

Efectividad
de la indicación farmacéutica
en farmacia comunitaria
según la percepción
de los pacientes

Ingrid Ferrer López

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE FARMACIA
GRANADA, FEBRERO 2007



Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Fernando Martínez Martínez, Responsable del Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada

CERTIFICA: Que la presente Tesis Doctoral titulada “Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes” ha sido dirigida por los Doctores Don Manuel Machuca González, Dña María Isabel Baena Parejo y Dña María José Faus Dáder, cumpliendo los requisitos para este tipo de trabajo.

Y para que conste, firmo el presente
En Granada a 26 de febrero de 2007

Fdo: Fernando Martínez Martínez

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Memoria que presenta D^a. Ingrid Ferrer López para aspirar al
grado de Doctora en Farmacia

El director de la tesis

La directora de la Tesis

Dr. Manuel Machuca González
Parejo

Dra. María Isabel Baena

La directora de la Tesis

Prof^a. Dra. María José Faus Dáder

Lda. Ingrid Ferrer López

Ingrid Ferrer López

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

D. Manuel Machuca González, Doctor en Farmacia,

CERTIFICA:

Que D^a. Ingrid Ferrer López ha realizado el trabajo de investigación titulado "Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes" bajo mi dirección y que la presente memoria corresponde fielmente a los resultados obtenidos.

En cumplimiento de la normativa vigente, me complace informar favorablemente la presentación de esta Tesis Doctoral ante el tribunal que se designe.

Granada, 26 de Febrero de 2007.

Ingrid Ferrer López

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

D^a. María Isabel Baena Parejo, Doctora en Farmacia,

CERTIFICA:

Que D^a. Ingrid Ferrer López ha realizado el trabajo de investigación titulado "Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes" bajo mi dirección y que la presente memoria corresponde fielmente a los resultados obtenidos.

En cumplimiento de la normativa vigente, me complace informar favorablemente la presentación de esta Tesis Doctoral ante el tribunal que se designe.

Granada, 26 de Febrero de 2007.

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

D^a. María José Faus Dáder, Doctora en Farmacia, Profesora Titular de la
Universidad de Granada

CERTIFICA:

Que D^a. Ingrid Ferrer López ha realizado el trabajo de investigación titulado bajo "Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes" mi dirección y que la presente memoria corresponde fielmente a los resultados obtenidos.

En cumplimiento de la normativa vigente, me complace informar favorablemente la presentación de esta Tesis Doctoral ante el tribunal que se designe.

Granada, 26 de Febrero de 2007

Ingrid Ferrer López

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

"Puedes estar en la vía correcta y moviéndote en la dirección correcta, pero si no te mueves suficientemente rápido, el tren te arrollará".

Will Rogers

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Agradecimientos

Llegar a poder presentar esta tesis doctoral ha supuesto un reto personal en mi carrera como persona al no dejarme cosas importantes en el camino sin completar y como farmacéutica por poder compartir experiencias que demuestran que trabajamos con y para los pacientes, no lo había podido hacer sin la ayuda de vosotros.

Debo de agradecer ante todo a mi familia; a mi abuela, madre y hermana por creer incondicionalmente en mí y hacerme saber que pese a la distancia que imponen mis cejas y las dificultades que tiene la vida siempre están hay.

A mis tíos, por evitar que las reuniones familiares no se convirtieran en dramas cuando mama preguntaba insistentemente en cada cambio de plato como iba mi tesis doctoral. A Loli y Juanma que me han ayudado durante el camino facilitándome un entorno donde pudiese compaginar el trabajo diario con la formación creyendo en lo que me hace feliz.

A mi prima por contagiarme la ilusión que le producen mis pequeños logros y saber que realmente esta faceta de la profesión me llena y no forzarme a profundizar en otras.

A Jesús por insistir siempre en juntar a la pandilla plumilla, sobre todo en mi último año de carrera sin la cual, no habría podido conseguirlo.

A ti, coka por acompañarme en mis horas de estudio y beberte el café que me sobraba a escondidas ante de mis exámenes.

A las generaciones de Lolos por ampliarme la mente y hacerme ver que la opción mas fácil suele ser la mas cobarde, especialmente a ti Lola, que has estado cerca muy cerca.

A mi Mile, que consiguió sacarme de mis lamentos irreales y siempre me aporta energía, aunque a veces te hayas mimetizado con mi madre para presionarme a terminar la tesis doctoral.

A Manolo que me ha inspirado en mi carrera, me ha enseñado y ayudado, ha estado desde los comienzos, creando la semilla de esta tesis, compartiendo su creación conmigo, acompañándome a toda velocidad en el trabajo de campo, dejándome que conociese a su maravillosa familia y que esta me dejara compartir su tiempo conmigo.

A Isabel por sacar tiempo de donde no lo hay, por saber cambiar de registro y en la mitad de la vorágine de llamadas que le invade saberse centrar en mí.

A la jefa que ha posibilitado esta tesis doctoral y aunque le preocupaba como a todos su finalización, dejaba que fuera yo la que sacara el tema.

Al decano por insistirme de manera dulce pero seria en que las cosas hay que acabarlas.

A Clara, Bernabé Tere y Andrea que me han ayudado en la consecución de mis objetivos, como cuando y donde yo necesitaba.

A la Catedra Sandoz de Granada por facilitarme una beca que posibilitó el comienzo de esta aventura y a Cecofar especialmente a Lola del Hoyo por darme el apoyo logístico durante el trabajo de campo.

A todos los farmacéuticos y adjuntos de las farmacias (Farmacia de Amalia Morente Delgado, Cristina García Ayuso, Diego Cabezas Maldonado, Encarnación Melero Alarcón, Evaristo Rubio Sánchez, Joaquín Herrera Dávila y José Antonio Nieto Maestre) que han participado en el estudio con aportación de datos y también a aquellos que no aportaron, pues sin ellos hubiera sido imposible llevar a cabo la tesis.

Sin olvidar a los pacientes que se dejaron aconsejar y a los investigadores de las referencias bibliográficas que me sirvieron de referencia e inspiración.

Quiero reseñar que sin vosotros no lo habiéramos conseguido.

Muchas gracias

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

"Puedes estar en la vía correcta y moviéndote en la dirección correcta, pero si no te mueves suficientemente rápido, el tren te arrollará".
Will Rogers

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	- 35 -
1.1.	ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	- 37 -
	INDICACIÓN FARMACEUTICA	- 48 -
1.1.1.	SITUACIÓN EN ESPAÑA.....	- 54 -
1.1.2.	PRODUCTOS DISPENSABLES DURANTE LA INDICACIÓN FARMACEUTICA.....	- 56 -
1.1.3.	CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA	- 61 -
1.2.	PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	- 71 -
2.	JUSTIFICACIÓN	- 79 -
3.	HIPOTESIS	- 81 -
4.	OBJETIVOS.....	- 83 -
4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	- 83 -
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	- 83 -
5.	MATERIAL Y MÉTODOS	- 91 -
5.1.	DISEÑO.....	- 91 -
5.2.	PERIODO DE ESTUDIO	- 91 -
5.3.	ÁMBITO.....	- 91 -
5.4.	POBLACIÓN DE ESTUDIO	- 92 -
5.4.1.	<i>Criterios de exclusión:</i>	- 92 -
5.5.	RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	- 93 -
5.6.	PROCEDIMIENTO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA.....	- 94 -
5.7.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES <u>RESUMEN DE VARIABLES:</u>	- 97 -
5.7.1.	<i>Obj 1: Variables relacionadas con la aplicabilidad del protocolo</i>	- 99 -
5.7.1.1.	Identificación del síntoma menor, (basado en la desaparición de los síntomas)	- 99 -
5.7.1.2.	Tipo de indicación	- 99 -
5.7.1.3.	Desviaciones del protocolo.....	- 100 -
5.7.2.	<i>Obj 2: Variables relacionadas con la caracterización de los pacientes y la indicación farmacéutica:</i>	- 101 -
5.7.2.1.	Características sociodemográficas	- 101 -
5.7.2.2.	Características del tipo de paciente (habitual /de paso)	- 102 -
5.7.2.3.	Características clínicas-farmacológicas	- 102 -

5.7.3. Obj 3: Variables relacionadas con la efectividad de la indicación farmacéutica.....	- 103 -
5.7.3.1. Mejoría de los síntomas menores que motivaron la indicación:	- 103 -
5.7.3.2. Cumplimiento de las indicaciones:	- 103 -
5.7.3.3. Consultas resueltas sin intervención médica.....	- 103 -
5.7.4. Obj 4: Variables relacionadas con la percepción que tienen los pacientes sobre la indicación farmacéutica	- 105 -
5.7.4.1. Autopercepción del estado de salud:.....	- 105 -
5.7.4.2. Satisfacción con el servicio.....	- 105 -
5.7.5. Obj 5: Variables relacionadas con la percepción que tienen los pacientes sobre el farmacéutico que le atendió.....	- 105 -
5.7.5.1. Nivel de calidad de la información:	- 106 -
5.7.5.2. Nivel de confianza	- 106 -
5.7.5.3. Nivel de amabilidad.....	- 107 -
5.7.6. Obj 6: Variables relacionadas con la percepción que tienen los pacientes sobre la farmacia. .	- 107 -
5.7.6.1. Nivel de accesibilidad.....	- 107 -
5.7.6.2. Nivel de satisfacción general:	- 108 -
5.7.7. obj 7: VARIABLES relacionadas con la búsqueda de factores asociados del paciente, el farmacéutico y la farmacias:	- 109 -
5.7.8. Obj 8: Variables relacionadas con las opiniones de mejora de la farmacia por parte de los pacientes.	- 109 -
5.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS	- 110 -
5.9. LIMITACIONES.....	- 111 -
6. RESULTADOS	- 117 -
6.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN (OBJ 2.1).....	- 117 -
6.2. PERDIDAS DEL ESTUDIO.	- 117 -
6.2.1. Farmacias:.....	- 117 -
6.2.2. Pacientes.....	- 118 -
6.3. RESULTADOS GLOBALES:	- 119 -
6.4. RESULTADOS DETALLADOS POR FARMACIAS	- 135 -
6.4.1. OBJETIVO 1: APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO.....	- 135 -
6.4.1.1. Identificación del síntoma menor:.....	- 135 -
6.4.1.2. Tipo de indicaciones farmacéuticas	- 136 -
6.4.1.3. Desviación de protocolo	- 137 -

6.4.2. OBJETIVO 2: CARACTERIZACIÓN DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA.....	- 138 -
6.4.2.1. Perfil de los pacientes atendidos.....	- 138 -
6.4.2.2. Motivos de las indicaciones farmacéuticas.....	- 145 -
6.4.2.3. Medicamentos aconsejados	- 147 -
6.4.3. OBJETIVO 3: EFECTIVIDAD DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA	- 149 -
6.4.4. OBJETIVO 4: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA.....	- 153 -
6.4.4.1. Satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica.....	- 154 -
6.4.5. OBJETIVO 5: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL FARMACÉUTICO	- 155 -
6.4.5.1. Calidad de la información recibida.....	- 155 -
6.4.5.2. Confianza sobre el consejo farmacéutico recibido.....	- 159 -
Trato del farmacéutico.....	- 160 -
6.4.6. OBJETIVO 6: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA FARMACIA.....	- 164 -
6.4.6.1. Accesibilidad de la farmacia.....	- 164 -
6.4.6.2. Respeto de la intimidad	- 167 -
6.4.6.3. Comparación con otras farmacias.....	- 168 -
7. DISCUSIÓN	- 175 -
7.1. DISCUSIÓN SOBRE LAS LIMITACIONES/ PERDIDAS DEL ESTUDIO	- 175 -
7.2. DISCUSIÓN POR OBJETIVOS	- 179 -
7.2.1. Aplicabilidad del protocolo al total de consultas incluidas en el estudio.....	- 179 -
7.2.2. Caracterización de la indicación farmacéutica:	- 182 -
7.2.2.1. Características de los pacientes.	- 182 -
7.2.3. Efectividad de la indicación farmacéutica efectuada en farmacias comunitarias.....	- 185 -
7.2.4. Percepción sobre la indicación farmacéutica.....	- 189 -
7.2.5. Percepción sobre el farmacéutico.....	- 192 -
7.2.6. Percepción sobre la farmacia.	- 195 -
7.2.7. Opiniones de mejora de la farmacia por parte de los pacientes.....	- 197 -
8. CONCLUSIONES.....	- 203 -
9. ANECDOTARIO	- 205 -
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 209 -

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Glosario

Autocuidado de la salud (AS).

Clasificación internacional de enfermedades (CIE-9)

Desarrollo de proceso continuado (DPC)

Documento de Consenso en Atención farmacéutica (DCAF)

Educación continuada (EC)

Federación Internacional Farmacéutica (FIP).

Investigación de procesos y resultados en salud (IPRS).

Medicamentos publicitarios (MP).

Medicamentos de autocuidado de la salud (MAS):

Organización mundial de la salud (OMS).

Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)"

Glosario de definiciones

- Asistencia farmacéutica: Conjunto de actuaciones realizadas por el farmacéutico encaminadas a asegurar la correcta prestación farmacéutica y uso racional del medicamento, en todos los niveles del sistema sanitario, mediante los establecimientos y servicios farmacéuticos encargados de su custodia, conservación y dispensación.¹ (Según artículo 103 de la ley 14/1986, de 25 abril, General de sanidad).
- Atención Farmacéutica: Participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacológico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, implicándose en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades.² (Según Documento de Consenso en Atención Farmacéutica)
- Automedicación: Situación en la que los pacientes adquieren y utilizan medicamentos sin ninguna intervención por parte del personal sanitario³, CADIME o bien “el proceso por el cual los individuos actúan con sus propios conocimientos en el mantenimiento de sus salud, realizando decisiones sobre ella y previendo, detectando y tratando las enfermedades u otros problemas de salud”. (Sociedad farmacéutica América)⁴.
- Autocuidado de la salud: uso de medicamentos que no están sujetos a prescripción médica, pero deben ser utilizados en el marco de un uso racional del medicamento para cuyos fines es imprescindible el papel del farmacéutico en todo lo relacionado con la automedicación responsable.⁵ (Según Ley 29/2006).
- Calidad: Grado en que se satisfacen los requisitos establecidos y los implícitos de los pacientes y de la sociedad que se atiende. (según UNE en ISO (9000:2000))

- Consulta farmacéutica: Recomendaciones técnicas y sanitarias impartidas por un profesional farmacéutico, en la consulta farmacéutica del establecimiento de asistencia donde ejerce su actividad profesional, garantizando la confidencialidad tanto del paciente como de la información recibida e impartida al mismo.⁶ (Según Ley 5/2005).

Solicitud de información, consejo, recomendación, en la que el paciente solicita al farmacéutico con algún aspecto de educación sanitaria, como la dieta, alimentación infantil, manejo de aparatos como tensiómetros, medidores de glucosa, interpretación de pruebas analíticas, etc. (este concepto incluye el de indicación farmacéutica).² (DCAF).

- Dispensación: Entrega de medicamentos al público efectuado, en el ejercicio de sus funciones, por un farmacéutico o bajo su responsabilidad, en farmacia, botiquín, servicio de farmacia o depósito de medicamentos, previa prescripción por un facultativo autorizado o bajo su criterio profesional en los casos que esté autorizado.⁶
 - Dispensación de medicamentos de uso humano. Servicio demandado por el ciudadano que acude a una farmacia. A solicitar un medicamento concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee autocuidarse. La actuación profesional del farmacéutico en este caso va mucho más allá de la mera entrega del medicamento, debe ir orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento.²
- Indicación farmacéutica: Servicio presado ante la demanda de un paciente que llega a la farmacia sin saber que medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto.⁷ (In-dader)

- Medicamentos publicitarios (MP): medicamentos que no requieren de prescripción médica para su dispensación, están destinadas a la prevención, alivio o tratamiento de síntomas o síndromes de carácter leve, están excluidas de la prestación farmacéutica y tienen establecidas sus condiciones en la ley del 2006
- Medicamento de indicación farmacéutica: Medicamento, legalmente autorizado para dispensarse sin receta médica, que se destina para el alivio de un síntoma menor que sufre un paciente, cuyo objetivo es mejorar la capacidad funcional que haya limitado dicho síntoma, debiendo no interferir en la evolución del resto de problemas de salud del paciente, y destinado a un tratamiento no superior a 7 días de duración.⁷ (In-dader)
- Percepción del estado de salud: Condición de una persona, de un grupo o de una población en términos de indicadores de salud cuantitativos o cualitativos tales como morbilidad, mortalidad, etc.⁸
- Problema de salud: Cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/ o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente.⁹ (WONCA, 1995).
- Proceso: Conjunto de actividades que transcurren con y entre facultativos y pacientes¹⁰.
- Resultado: Cambio en el estado de salud del paciente derivado de la atención sanitaria.¹¹
- Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad.¹²
- Síntoma menor: Un problema de salud banal, autolimitante en sí mismo y de curación espontánea, de menos de 7 días de evolución y que no tiene relación alguna con las manifestaciones clínicas de otros problemas de salud que sufra el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma.⁷ (In-Dader)

A lo largo de toda la lectura se utilizarán indistintamente los términos síntoma menor y banal

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente.
Organización Mundial de la Salud (OMS).

1. INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo propició en el año 2001 el Documento de Consenso sobre Atención farmacéutica² (DCAF), en el que se define la Atención Farmacéutica, como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacológico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan enfermedades.

Dicho Documento de Consenso cita la necesidad de establecer una cartera de servicios de cada farmacia, dentro de la cual están necesariamente la "indicación farmacéutica", definida como el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente 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.

Durante el proceso de indicación farmacéutica el profesional tras una breve entrevista con el paciente decide si seleccionar un medicamento que no requiere receta médica para su dispensación y/o derivar al médico si la sintomatología que refiere el paciente y sus características necesitan de un diagnóstico médico. A diferencia de otros países como Reino Unido y Australia el farmacéutico Español sólo puede tratar síntomas menores para los cuales la legislación le da potestad de usar determinados medicamentos no sujetos a prescripción exclusiva por parte del médico.

A partir de los requisitos sugeridos en el Documento de Consenso, Machuca et al¹³ propusieron un modelo sistemático, englobado en un procedimiento normalizado de trabajo, con la finalidad de atender la demanda de indicación en farmacia comunitaria.

Se obtuvieron unos resultados previos sobre la actuación profesional al indicar medicamentos por parte del farmacéutico, viéndose resueltas las demandas de los pacientes.

Se estableció este modelo como un servicio a través del cual, el farmacéutico comunitario puede aportar al sistema sanitario, al resolver problemas de salud menores de los pacientes que acuden a la farmacia, con lo que podrían disminuir la afluencia a los servicios de urgencias.

El Proyecto se basa en la "propuesta de un modelo de actuación en indicación farmacéutica adaptado al Consenso Español en Atención Farmacéutica", publicado por Machuca et al¹³ en la Revista Seguimiento Farmacoterapéutico en el año 2003 y posteriormente protocolarizado dentro de programa Dader y editado como "In-Dader".⁷ Estos autores aplicaron dicho modelo en una farmacia comunitaria de Sevilla, donde identificaron razones de consulta, derivaciones al médico, resultados de las intervenciones farmacéuticas y la aceptación del servicio por parte de los pacientes, concluyendo que "la indicación farmacéutica – es decir, la actuación del farmacéutico ante la demanda espontánea de solución por parte de un paciente ante un problema de salud – puede disminuir las visitas al médico en el caso de síntomas menores y resuelve las demandas de los pacientes".

Dado que este procedimiento necesita ser más experimentado, se requieren más estudios, siendo este, el objeto del trabajo al aplicarlo en más farmacias y de distintas características socioeconómicas para comprobar la efectividad en cualquier lugar que se encuentre la farmacia comunitaria más o menos cerca del centro de salud y con distinto perfil de pacientes que pudiera atender.

La protocolización de la indicación farmacéutica sobre trastornos menores es la actividad de Atención Farmacéutica más desarrollada hasta ahora por las Farmacias comunitarias, pero, a pesar de ello, no se conoce que se haya realizado ningún trabajo específicamente dirigido a valorar su eficacia como herramienta metodológica.

Las guías pueden permitir trabajar al farmacéutico con rigor, pues dan pautas y premisas necesarias para que no se invadan competencias correspondientes a otros profesionales y se indiquen los fármacos sin receta más adecuados.

Lo importante de este proceso es que propone una metodología no por síntomas sino global, encaminada a que el farmacéutico como punto de partida frente a un ¿Que me da para?, pueda discriminar los síntomas menores de los que no son y derivar al médico y/o indicar un fármaco de indicación farmacéutica, además lleva un registro de la actuación dirigido a verificar que ocurrió con el paciente tras la intervención como evaluación de control de calidad.

1.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La Atención Farmacéutica es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. La Atención Farmacéutica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la provisión responsable de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en salud y en la calidad de vida del paciente.¹⁴

Recientemente, con fecha del 23 de noviembre del 2006, la OMS acaba de publicar el documento "El Desarrollo de la práctica farmacéutica" con un enfoque en la atención al paciente, en el que se incide en la Atención Farmacéutica, como medio de optimizar los resultados del tratamiento y garantía del uso seguro y eficaz del medicamento.

Tanto si el farmacéutico proporciona por sí mismo Atención Farmacéutica a un paciente, iniciando el tratamiento con un medicamento que no requiere receta médica, como si actúa dentro de un equipo de salud en relación con

los tratamientos prescritos, los criterios que regulen las actividades de los farmacéuticos deben estar en conformidad con las formas nacionales de farmacia basadas en la guía de la buena práctica farmacéutica, de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP).¹⁵

La Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP) apoyó las recomendaciones de la primera reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la función del farmacéutico en el sistema de atención de salud (1990) y sigue apoyando en el último documento emitido por la OMS en relación al farmacéutico 7 estrellas "Developing Pharmacy practice. A focus on patient care" 2006 ^{4, 16}, en las que se identifican los diversos cometidos del farmacéutico hacia los pacientes y las necesidades correspondientes en materia de educación y recursos humanos.

Se nombra la necesidad de la toma de decisiones basando el trabajo de los farmacéuticos en el uso apropiado, eficaz, seguro y rentable de los recursos, debiendo decidir sobre el tipo de acción mas apropiada que puede ofrecer al paciente en cada momento, además en situaciones de asistencia multidisciplinar debe asumir una posición donde prevalezca el bienestar global del paciente.

Existen diferencias fundamentales en los sistemas de prestación de la atención sanitaria entre países, sin embargo, se considera que el concepto de Atención Farmacéutica es aplicable a todos los países a pesar de las diferencias en la evolución de la situación socioeconómica y legislativa.

Los factores socioeconómicos influyen decisivamente en la prestación de la atención sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Allí donde las poblaciones envejecen, la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta y el arsenal terapéutico se amplía, la farmacoterapia se convierte en una forma de intervención médica

frecuentemente utilizada en la práctica clínica. Una farmacoterapia monitorizada permite obtener una atención sanitaria segura, en tanto que el uso inadecuado de fármacos tiene importantes consecuencias para los pacientes, como para la sociedad en general. Es necesario asegurar una utilización racional y eficiente de los medicamentos en todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. Los farmacéuticos tienen un cometido fundamental que desempeñar en lo que se refiere a atender las necesidades de los individuos y la sociedad a este respecto.

Cabe destacar también el aval importante que supone para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en España la reciente aprobación de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en la que dicho concepto se cita en varias ocasiones.

- “El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes.”
- El título VI “El farmacéutico dispensará con receta aquellos (...), pero sí colaborará en el seguimiento farmacoterapéutico de los tratamientos prescritos, a través de los procedimientos de. atención farmacéutica.
- Artículo 31. Garantías de información “La ficha técnica resumirá la información científica esencial (...) la información que se requiera para una actuación terapéutica y una atención farmacéutica correctas, de acuerdo con los estudios que avalan su autorización.
- Artículo 77. La receta médica y la prescripción hospitalaria. “En las recetas y órdenes hospitalarias de dispensación, el facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y para el paciente, así como las instrucciones para un mejor seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de la atención farmacéutica, con el fin de garantizar la consecución de los objetivos sanitarios de aquéllas”

- Artículo 84. Oficinas de farmacia. "En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, (...) cooperarán en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad".

En todas estas citas se involucra al farmacéutico en el cuidado del paciente por medio de procedimientos de trabajo en los que queda regulado el grado de implicación que se les requiere. Esto tiene un trasfondo muy importante en España, pues sitúa de manera explícita al farmacéutico dentro del ámbito sanitario en coordinación con el resto de profesionales de la salud para conseguir unos resultados en salud concretos del paciente.

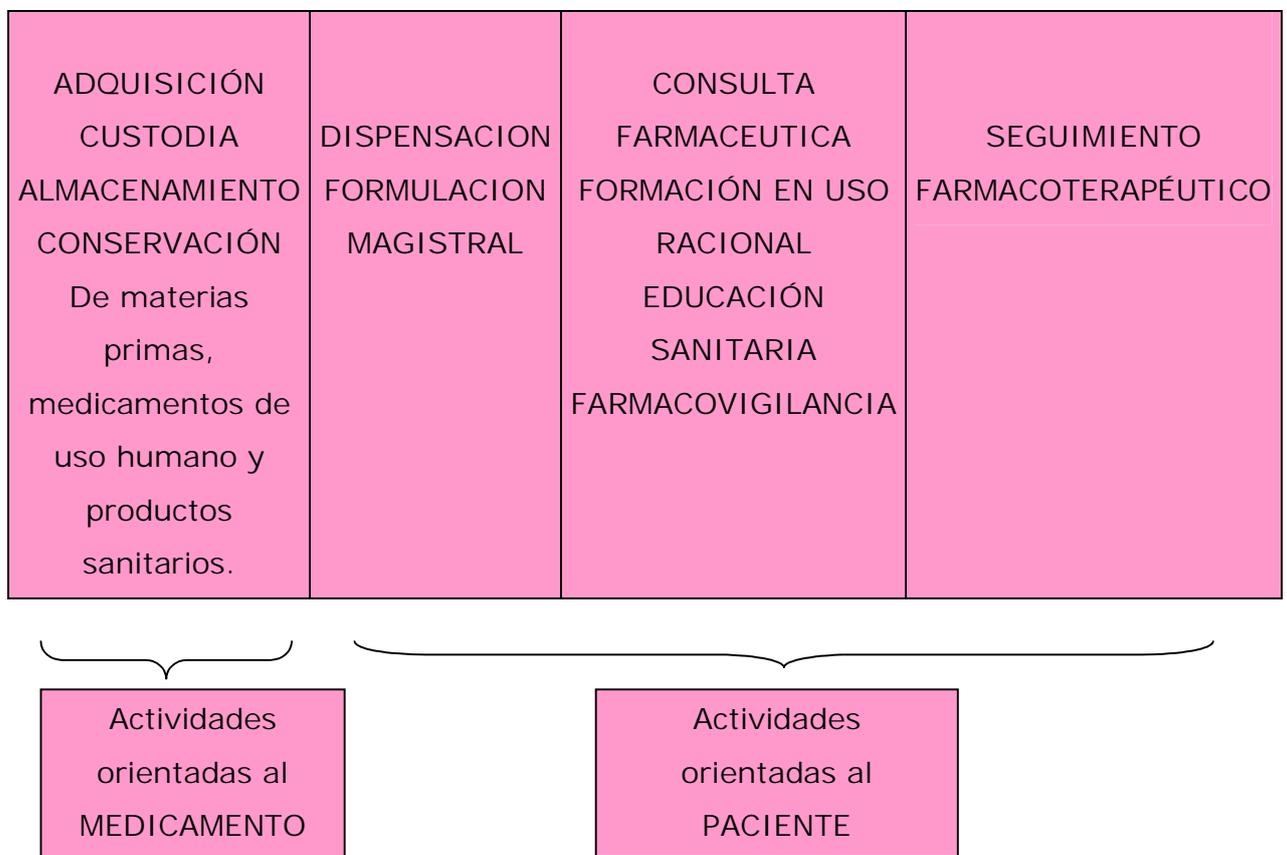
Según la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el trabajo que los farmacéuticos realizan de atención farmacéutica tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes.⁵

La implantación generalizada del modelo de atención farmacéutica en España planteó como primera necesidad el circunscribir adecuadamente el término atención farmacéutica en el marco de funciones encomendadas al farmacéutico por la Ley 16/1997 de Regulación de Servicios de las Farmacias comunitarias¹⁷. Tras debatir las diferentes interpretaciones del término en la actualidad y analizar su significado en la legislación nacional y autonómica, se puso de manifiesto la necesidad de estructurar las distintas actuaciones profesionales, agrupándolas bajo una denominación que cumpla con las siguientes características:

- Implicación de la gestión del conocimiento farmacéutico aplicada a un paciente determinado.
- reconocimiento por otros colectivos profesionales y por la población.

La atención farmacéutica unificó criterios de actuación gracias a la comisión de expertos convocada por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo que elaboró el DCAF.²

Bajo esta perspectiva, y recogiendo las distintas funciones asistenciales del farmacéutico, marcadas por la Ley 16/1997, y por las distintas leyes autonómicas en materia de farmacia, se distinguen las siguientes situaciones recogidas en el DCAF del ministerio:



Dentro de la ATENCION FARMACEUTICA se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la CLÍNICA por estar orientadas a la asistencia al paciente en el manejo de los medicamentos, antes que al medicamento en sí.

Los servicios cognitivos del farmacéutico son aquellos servicios que tienen como eje al paciente, exigiendo un conocimiento específico, tratando de

mejorar el proceso de uso de los medicamentos o bien los resultados de la farmacoterapia.¹⁸

Otro hito importante en la implantación de la Atención Farmacéutica en nuestro país ha sido la constitución del Foro de Atención Farmacéutica, integrado por los principales expertos en la materia, y convocado hace más de dos años por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos cuyo objetivo es el de establecer un mensaje común a difundir entre el colectivo farmacéutico, consensuando conceptos y haciéndolo llegar también a otros profesionales sanitarios y a la sociedad.

Continuando con la cartera de servicios recogida en el DCFA podría decirse que existen dos tipos servicios cognitivos, unos centrados en el proceso de uso de medicamentos y otros centrados en la evaluación de los resultados de la farmacoterapia:

- Servicios cognitivos orientados al proceso. Fundamentalmente basados en mejorar el proceso de uso del medicamento.
- Servicios cognitivos orientados a los resultados. Son aquellos servicios cognitivos orientados fundamentalmente a analizar y evaluar los resultados de la farmacoterapia. También han sido denominados servicios cognitivos avanzados.¹⁸

Hay autores¹⁹ que asimilan el concepto de servicios cognitivos, de una manera general, al de servicios de valor añadido en atención farmacéutica incluyendo entre estos, el tradicional consejo farmacéutico, programas específicos de gestión del estado de la enfermedad, y servicios de prevención y detección de patologías diversas.

Para Roberts y cols²⁰, servicios farmacéuticos cognitivos son aquellos "servicios ofrecidos por farmacéuticos, en los que utilizan su conocimiento y pericia para mejorar la farmacoterapia y la gestión de la enfermedad,

mediante la interacción con el paciente o con otros profesionales sanitarios cuando sea necesario". El farmacéutico, situado siempre junto al medicamento, ha asumido la responsabilidad y el compromiso de ofrecer soluciones, en cooperación con el resto del equipo de salud y tratando de integrar sus servicios en la asistencia multidisciplinar, en beneficio, siempre del paciente.

Durante los años recientes, las funciones de los farmacéuticos comunitarios han consistido en actividades como dispensar recetas médicas e indicar medicamentos sin receta para trastornos menores, haciendo recomendaciones sobre todos los medicamentos, hasta trabajar con otros profesionales de la salud y con los pacientes.

El DCFA recoge actuaciones como: la consulta farmacéutica, la prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas actividades que se relacionan con el uso racional del medicamento."

La formación en uso racional, es muy importante y el farmacéutico dentro de la estructura sanitaria, debe actuar como consejero competente y experto en medicamentos, sobre la utilización de los mismos, tal y como se recoge en el comunicado de la comisión europea. "Información, educación y entrenamiento en el campo de la salud pública", del 1 de junio del 1994 ²¹: "el farmacéutico juega un papel clave proporcionando asistencia, consejo e información a los pacientes sobre los productos para el autocuidado, y las circunstancias en las que debe consultar con el medico".

La información que proporcionan a los pacientes de manera habitual se relaciona específicamente con la mejoría de la efectividad y de la seguridad del tratamiento farmacológico²². Adicionalmente, los farmacéuticos se han ido involucrando en diversas estrategias que pretenden mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico²³.

En situaciones especiales, los farmacéuticos indican directamente medicamentos a los pacientes^{24,25} fármacos de indicación farmacéutica como los medicamentos publicitarios (MP) y otros exentos de receta médica en España. En los últimos tiempos en el Reino Unido nos encontramos con farmacéuticos prescriptores con una normativa que recoge todas sus funciones y obligaciones con la sociedad en cuanto a la sanidad pública.

La educación en el campo del autocuidado de la salud, es un acto, muy extendido entre la población, y conlleva desde el punto de vista sanitario un riesgo, que puede ser importante. Por ello, los profesionales sanitarios que están en mayor medida en contacto con los pacientes como pueden ser los farmacéuticos, tienen la responsabilidad de informar de los problemas de esta práctica así como de aconsejar de la mejor manera de uso de la «automedicación responsable»^{26, 27}.

El autocuidado con medicamentos se ha elevado del 11,9% al 16,8% en la población mundial, en la última década el 5,3% corresponde a adquisiciones de medicamentos recetados anteriormente por los médicos y el 3,3% a sugerencias de no profesionales o indicaciones de los farmacéuticos.

Nuestro país es el quinto mercado farmacéutico de Europa, figurando entre los diez primeros países europeos en autocuidado de la salud. Actualmente la ley 26/2006 refiere que es indispensable la colaboración del farmacéutico en el autocuidado de la salud.

Además de ayudar a los pacientes, los farmacéuticos también pueden ofrecer su ayuda a los profesionales de la salud, al suministrarles información acerca de los productos²⁸ y medicamentos de autoconsumo de los pacientes, ayudando en los regímenes farmacológicos y asesorando a quienes los prescriben acerca del uso apropiado de los medicamentos²³.

También juegan un papel más activo en relación a los pacientes para los propósitos de la promoción de la salud²⁹. Estas actividades de promoción de la salud desarrolladas por los farmacéuticos habitualmente se denominan como "no relacionadas con el producto" ya que se centran en mejorar el bienestar general del paciente y no solamente en su tratamiento farmacológico.

La dispensación es el servicio de farmacia más solicitado y debe realizarse una correcta actuación por parte del farmacéutico ante la demanda de medicamentos con o sin receta. Esta actuación no sólo consiste en la entrega del medicamento o producto sanitario, sino que implica la verificación de que el paciente conoce el objetivo del tratamiento, la forma de administración y pautas posológicas, valorando si el medicamento es el más adecuado para él.³⁰

El proceso de la Dispensación debe ser un proceso ágil y rápido, en el que se obtenga la mínima información suficiente para poder proceder a la entrega del medicamento o del producto sanitario.

El acto de dispensación es un acto profesional completo, y nunca algo meramente mecánico, de manera que, cuando una persona acude a una farmacia a por un medicamento, el farmacéutico debe tener como objetivos simultáneos los siguientes³¹:

- a) Entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas (principal requerimiento del usuario) y de acuerdo con la normativa legal vigente, y
- b) Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.

Otro de los servicios que los farmacéuticos comunitarios han venido proporcionando es aquello que se ha conocido como "pharmaceutical care o seguimiento farmacoterapéutico (SFT)" (Hepler 1990)³². No debe

confundirse con el diagnóstico médico, el objetivo no es otro que el de asesorar al paciente para conseguir la máxima efectividad de la farmacoterapia, evitando en lo posible sus riesgos.

De acuerdo con Hepler y Strand, el SFT incluye:

- 1) la identificación de problemas potenciales y reales relacionados con los medicamentos,
- 2) la resolución de problemas reales relacionados con los medicamentos, y
- 3) la prevención de problemas potenciales relacionados con los medicamentos.

En España en la actual ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en el título VI se recoge que el farmacéutico deberá colaborar en el uso racional de los medicamentos mediante el seguimiento farmacoterapéutico³³ de los tratamientos prescritos, a través de los procedimientos de la atención farmacéutica.⁵

Desde la publicación del DCAF en el 2001 se han realizado y publicado estudios de gran interés para el desarrollo e implantación definitiva de la Atención Farmacéutica como TOMCOR, VINTAF y TOD^{34,35,36}

Aparentemente, la Atención Farmacéutica es muy popular. Así, en encuestas realizadas a farmacéuticos comunitarios un 85% se muestran favorables a la implantación de la Atención Farmacéutica como práctica asistencial habitual, sin embargo, los trabajos empíricos³⁷ demuestran, por ejemplo, que como mucho un 22% de los farmacéuticos comunitarios encuestados en Cáceres y Toledo (54 encuestados) han conseguido implantar en su práctica diaria la Atención Farmacéutica, cifra que baja en otro estudio realizado en Badajoz³⁸ a un 10% de farmacéuticos comunitarios que realizan Seguimiento Farmacoterapéutico continuado entre los 104 encuestados. Por otra parte, en un trabajo asturiano se demostró que un 57% de farmacéuticos estaban

en fase de precontemplación en lo referente a la implantación de la Atención Farmacéutica. Hay, pues, un amplio contraste entre el deseo y la realidad.

Aunque todas las facetas de la atención farmacéutica no estén implantadas, los pacientes sí precisan asesoramiento e información sobre medicamentos, e identifican a la farmacia como una buena fuente de la misma.

INDICACIÓN FARMACEUTICA

Cada vez es mayor el arsenal de medicamentos que no necesitan receta médica para su dispensación, siendo el farmacéutico el profesional de la salud que se responsabiliza de su uso racional.

Se considera indicación farmacéutica al servicio prestado ante la demanda de un paciente que llega a la farmacia sin saber que medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo la mitad de los fármacos adquiridos en el mundo tanto en países desarrollados como en otros menos avanzados, se emplean de acuerdo con la práctica adecuada, este porcentaje hace referencia tanto a los fármacos de prescripción médica como los empleados en la indicación farmacéutica.

No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si se utiliza correctamente.

Pese a ser fármacos que no precisan de prescripción médica, para lograr su correcta acción terapéutica es necesaria la aportación del farmacéutico, para elegir que medicamento es el más apropiado en base a las circunstancias del paciente (toma de otros fármacos o alérgicas a determinados productos...)

En el ámbito europeo se considera que el farmacéutico debe actuar como experto en el medicamento, en la resolución de la ResAP (2001) 2 del 21 de marzo,³⁹ el Comité de ministros europeos señaló que "los farmacéuticos deben evaluar todas las solicitudes de los pacientes. Deben poder apoyarse

en protocolos que incluyan criterios para evaluar el estado de salud del paciente y ofrecer consejo. Los farmacéuticos si es necesario deben de poner opiniones por escrito y, de acuerdo con el paciente, dirigiéndolas al medico....”

La FIP ha realizado una declaración sobre el papel del farmacéutico⁴⁰ en la que deja claro que la indicación farmacéutica no es sólo un consejo, sino algo más comprometido que requiere del farmacéutico unos conocimientos en sintomatología y farmacología para tratar o derivar al médico cuando el problema de salud así lo requiera.

En España, las farmacias son un apoyo a la asistencia de atención primaria,⁴¹ siendo importante ofrecer la actuación de indicación farmacéutica en el momento en el que paciente acude a la farmacia entrando en contacto con el sistema de salud.

La indicación es el acto profesional por el que el farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar o resolver un problema de salud a instancias del paciente, o su derivación al médico cuando dicho problema necesite de su actuación.³¹

La indicación farmacéutica se puede interpretar como equivalente al consejo farmacéutico, y realmente se trata de un autocuidado asistido donde el paciente acude al farmacéutico solicitando la elección de un fármaco que no requiera receta médica haciéndole participe de un compromiso y responsabilidad profesional.⁴²

Cuando los pacientes acuden a la farmacia se plantean dos formas diferentes de actuación por parte del farmacéutico según el paciente demande su orientación profesional o solicite un medicamento concreto .En el primer caso se trata de una indicación, en el segundo caso se trata de una dispensación de medicamentos demandados por el paciente.⁴³

- Indicación farmacéutica. Este servicio se realiza cuando el paciente consulta al farmacéutico sobre el posible tratamiento para un problema de salud concreto, es decir, le pregunta "¿Qué me da para...?". En este caso estará siempre referido a aquellos síntomas o síndromes menores para los cuales la legislación permite la dispensación de medicamentos sin prescripción médica o supondrá la derivación al médico en caso necesario.

Dispensación de medicamentos de uso humano. Es el servicio más demandado por el ciudadano que acude a una farmacia. Es la situación en la que el sujeto solicita un medicamento concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee autocuidarse. La actuación profesional del farmacéutico en este caso va mucho más allá de la mera entrega del medicamento, sino que debe ir orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento.

En el DCAF elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo se recogen los objetivos que se deben cumplir ante la demanda de un paciente que realiza una consulta en la farmacia sobre un problema de salud,² en estos casos se debe:

- a) Indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso seleccionar un medicamento,
- b) Resolver las dudas planteadas por el paciente o las carencias de información detectadas por el farmacéutico,
- c) Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos, y
- d) Evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia del un problema relacionado con un medicamento.

Esto supone que en el momento en que el farmacéutico es consultado, debe detectar otras necesidades y ofertar, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica clínica (identificar pacientes susceptibles de recibir educación sanitaria, Seguimiento Farmacoterapéutico⁴⁴, etc.), o si es necesario, la remisión al médico.

El servicio de indicación es de gran importancia cualitativa, ya que se produce a petición directa del paciente, que identifica al farmacéutico como el profesional sanitario que requiere según sus necesidades.⁴⁵ Algunos autores han estudiado la indicación farmacéutica intentando definir el papel del farmacéutico dentro de la misma ⁴⁶ y se han establecido propuestas de modelo de actuación en indicación farmacéutica² adaptadas al Consenso Español en Atención Farmacéutica.

Esta intervención es relevante, ya que, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto del paciente con el sistema de salud. Se simboliza con la frase « ¿Que me da para... ?». Este proceso debe enmarcarse dentro de las actividades clínicas de atención farmacéutica ya que debe abordarse con el compromiso de cubrir las necesidades del paciente evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, siempre en un contexto de uso racional de los tratamientos y mediante la aplicación de criterios científicos y técnicos.¹³

En la indicación de medicamentos el farmacéutico tiene una responsabilidad ineludible para asegurar el uso racional de los mismos, ya que si se limita a dispensar lo que demandan los pacientes y con ello da por terminada su actuación profesional, su presencia en la farmacia no tendría razón de ser.⁴⁷

La intervención del farmacéutico comunitario en la indicación de un tratamiento incluye dos etapas:

Una primera de evaluación definida para los médicos por la Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia WONCA, pero aplicable a cualquier profesional sanitario, como "Entrevista en la que un médico responde en términos profesionales a los temores, problemas o expectativas que le plantea un paciente. Es un proceso dinámico en el que la interacción se basa en el respeto mutuo. La confianza en el médico permite establecer una agenda común para resolver los problemas del paciente"⁹ aplicada a la farmacia comunitaria, es la comprobación mediante entrevista de que efectivamente se trata de un problema leve, en el que se puede ayudar según las competencias, o la sospecha de una trascendencia no detectada llegando a ser necesaria una derivación al médico.

Una segunda etapa es la indicación farmacéutica, en los casos donde es susceptible de seleccionar un tratamiento de competencia farmacéutica ya sea farmacológico, entre los disponibles y el más adecuado para la resolución del problema de salud o el alivio de los signos y síntomas, en definitiva, para la mejora del estado de salud.

Este proceso debe ser dinámico, de forma que no suponga para el paciente un excesivo consumo de tiempo. Sin embargo, lo importante no es la agilidad del proceso, sino la eficiencia con la que se realiza. Por ello, el farmacéutico, para poder actuar con el mayor rigor posible, debe obtener una mínima información del paciente utilizando técnicas de comunicación adecuadas⁴⁸.

Las funciones del farmacéutico en el proceso de indicación farmacéutica abarcarían los siguientes puntos:

- Asegurar que el paciente va al médico si es necesario un diagnóstico o un medicamento que precisa legalmente receta.
- Comprobar, supervisar, seleccionar el fármaco adecuado que no precise receta en patologías tratables mediante indicación farmacéutica siguiendo protocolos.
- Asesorar, aconsejar e informar al paciente sobre qué, cuánto, cómo y durante cuánto tiempo va a tomar un medicamento para resolver la dolencia.
- Mantener la comunicación con los pacientes.

En la intervención el farmacéutico asume una responsabilidad directa en la atención a los pacientes que va mucho más allá de la simple dispensación y consejo puntual que se ha podido estar dando por los farmacéuticos desde el inicio de la profesión farmacéutica.

Es necesario acompañar al paciente para monitorizar las intervenciones y conocer el desenlace de la consulta, se trata de un proceso de reprofesionalización del servicio farmacéutico a la población.

Supone un pacto entre el profesional farmacéutico y el paciente, establecido libremente por ambos y en el que el paciente deposita su confianza en el farmacéutico para que controle y le asesore en todo lo referente a su terapia farmacológica y el farmacéutico se compromete a aportar sus servicios y conocimientos al paciente. Por lo tanto, significa, por parte del paciente, un reconocimiento de autoridad al profesional realizado de forma libre y voluntaria.⁴⁹

1.1.1. SITUACIÓN EN ESPAÑA.

El mercado de los medicamentos publicitarios (MP) pese a ir creciendo, aún representa en España un 7.5% de los productos disponibles en comparación con el 20 % que llegan a tener de media en Europa. España es el país en el que menos medicamentos están aprobados para ser utilizados como de indicación farmacéutica, en otros países de Europa se incluyen fármacos como: antimigrañosos, simvastatina y fármacos para la candidiasis vaginal. En una encuesta múltiple realizada en España se destaca que mientras un 18% decía haberse guiado por la publicidad a la hora de reclamar un medicamento de autodiagnóstico en la farmacia, un 72% aseguraba haber consultado al farmacéutico.

En el Informe Libro Blanco sobre la aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España se expone un estudio realizado por el Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief sobre 1547 cuadernos de registros de demanda. Se determinó que como promedio, cada farmacia realiza 24 actuaciones diarias, por lo que se puede establecer que en farmacias de tamaño medio, con un promedio de entre 50 y 100 pacientes/día, el porcentaje de pacientes que consultan al farmacéutico se encuentra entre el 24% y el 48%.⁵⁰

En el estudio de Sánchez AM et al⁵¹, en el que se analizaron 1279 consultas registradas en 118 días en 30 farmacias, se pudo determinar un promedio de 10,8 consultas/farmacia/día, lo que supondría un porcentaje de pacientes que consultan al farmacéutico en farmacias de tamaño medio entre 10,8% y 21,6%.

La indicación farmacéutica es un aspecto muy debatido, en la literatura científica cercana, tanto desde el punto de vista de los modelos de informe

al paciente⁵², las demandas de información por los pacientes en las farmacias^{53,54,55,56} su importancia, la evaluación del conocimiento y nivel de educación sanitaria de la población^{57,58,59,60,61}, así como las estrategias de mejora de los mismos^{62,63,64,65,66}.

Muchos trabajos proponen métodos de mejora de la formación del farmacéutico para poder abordar aspectos de indicación en patologías menores compuestos por algoritmos de decisión ^{67,68,69,70,71,72,73}. Sin embargo, casi todos los trabajos están centrados en patologías concretas, lo que limita la validez de su uso a esa patología y obliga a tener un enorme número de protocolos de actuación, según cada problema de salud consultado, dificultando el aprendizaje y en consecuencia, su aplicabilidad en la práctica diaria en la farmacia, que se caracteriza por una gran variabilidad de consultas.

La indicación es de gran importancia, pues, en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto del paciente con el sistema de salud. En función de esta responsabilidad con los pacientes y de las actividades establecidas en el documento de consenso en Atención Farmacéutica mencionado, Machuca et al, han propuesto un modelo de actuación en indicación farmacéutica.¹³ con un protocolo general basado en el tiempo de evolución de los síntomas pues en la mayoría de los casos los síntomas menores son autolimitados en el tiempo, la existencia de medicamentos que no necesiten receta médica para tratar el problema y la presencia de patologías y/o medicamentos concomitantes, el farmacéutico debe de decidir si indica un medicamento que no requiera receta médica y que no le influya negativamente sobre las patologías o medicación que tenga o bien proceder a derivar al médico.

Un estudio reciente basado en este protocolo ha demostrado que la indicación farmacéutica puede disminuir las visitas al médico y resuelve las demandas de los pacientes, estableciéndose como un servicio a través del cual el farmacéutico comunitario puede aportar al sistema sanitario, ya que resuelve problemas de salud menores de los pacientes que acuden a la farmacia.⁴⁵

La protocolización de la indicación farmacéutica sobre trastornos menores es una de las actividades de Atención Farmacéutica más desarrollada hasta ahora por las Farmacias comunitarias, pero, a pesar de ello, pocos son los trabajos específicamente dirigido a valorar su eficacia como herramienta metodológica.

1.1.2. PRODUCTOS DISPENSABLES DURANTE LA INDICACIÓN FARMACEUTICA

Las farmacias se consideran en la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios⁵ como establecimientos sanitarios privados de interés público en la que la dispensación de medicamentos se realiza aconsejando e informando sobre su utilización, colaborando con los pacientes y con las Administraciones Públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general^{4,17}.

En la anterior ley del medicamento 1990, se recogía que tenían que ser aquellas destinadas a patologías que no necesiten un diagnóstico preciso y que, de los datos de su evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración, no se desprenda la necesidad de prescripción con receta para evitar los riesgos en la salud de las personas.⁷⁵

La dispensación de medicamentos está sometida a regulación legal. La Ley del 2006, establece que los medicamentos sólo serán dispensados con receta, aunque prevé la exención de tal requisito para determinados medicamentos.

El Sistema Nacional de Salud financia todos los medicamentos a excepción de los que figuren en el Real Decreto 83/1998 de financiación selectiva y en las órdenes ministeriales por las que se desarrolla el real decreto de 273/1981 sobre el registro de especialidades farmacéuticas publicitarias actualizada a 13 de febrero de 2007⁷⁴. ". La primera de las "listas negativas"

se preparó en 1993, retirando la financiación pública a 1.121 medicamentos. Una segunda lista negativa de 834 medicamentos entró en vigor el 1 de septiembre de 1998.

El mercado de medicamentos de uso humano y presentaciones registradas en envase normal (no clínico) es de 11.212 medicamentos de los que 1.138 corresponden a medicamentos publicitarios (MP).

Los medicamentos Publicitarios no son financiados por el Sistema Nacional de Salud; tienen precio libre y puede hacerse publicidad de ellos en los medios de comunicación. Los "no-publicitarios": algunos son financiados por el Sistema Nacional de Salud, si no está excluido en "listas negativas"; su precio está regulado y no puede hacerse publicidad al consumidor.

Al aumentar el arsenal de los medicamentos que pasan a ser publicitarios se amplían las posibilidades del tratamiento en patologías menores.

Se recogen en la legislación española como medicamentos que no necesitan receta médica los:

- Medicamentos del autocuidado de la salud(MAS):
Concepto introducido en la actual ley 26/2006 relacionado con la calificación de medicamentos como no sujetos a prescripción médica. Se trata de adaptar la ley a la realidad social del siglo XXI en la que cada vez tiene más importancia el uso de medicamentos en las condiciones que se establece, pero que debe ser realizado acorde con el uso racional de medicamentos y con la colaboración de los farmacéuticos.
- Medicamentos a base de plantas medicinales definidos en el Artículo 51 de la ley del 2006⁵ como plantas y sus mezclas, así como los preparados obtenidos de plantas en forma de extractos, liofilizados, destilados, tinturas, cocimientos o cualquier otra preparación galénica que se presente con utilidad terapéutica, diagnóstica o preventiva seguirán el régimen de las fórmulas magistrales, preparados oficinales o medicamentos industriales, según proceda y con las especificidades que reglamentariamente se establezcan.

Están pendientes de que el Ministerio de Sanidad y Consumo establezca una lista de plantas cuya venta al público quedará restringida o prohibida por razones de toxicidad.

Pueden venderse libremente al público las plantas tradicionalmente consideradas como medicinales y que se ofrezcan sin referencia a propiedades terapéuticas, diagnósticas o preventivas, quedando prohibida su venta ambulante.

- Medicamentos Publicitarios (MP): son aquellos de libre uso y dispensación sin receta, empleados para el alivio o tratamiento de síndromes o síntomas menores, que no requieran atención médica, o para la prevención de los mismos y que sean autorizadas como tales, teniendo en cuenta determinados criterios legislativos⁷⁵. Se formulan con sustancias establecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo en Lista Positiva; y demostrada seguridad y eficacia a través de una amplia experiencia. Una vez aprobados estos medicamentos que no requieren de prescripción médica, para ser consideradas como MP, deberán cumplir con los requisitos siguientes:
 - Que, por su composición y objetivo, estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento, aunque si requieran la intervención de un farmacéutico.
 - Que incluyan toda la información indispensable para la correcta utilización del medicamento así como una invitación expresa y claramente visible a leer detenidamente las instrucciones que figuren en el prospecto o en el embalaje externo, según el caso, y la recomendación de consultar al farmacéutico sobre su correcta utilización.
 - Que no constituyan sustancias psicotrópicas o estupefacientes con arreglo a lo definido en los convenios internacionales.

La publicidad de medicamentos está sujeta a ley y sólo podrán ser objeto de publicidad destinada al público los medicamentos que cumplan todos los requisitos que se relacionan en el artículo 78 Garantías en la publicidad de medicamentos destinada al público en general.⁵

El cumplimiento de estos requisitos se verificará con carácter previo por el Ministerio de Sanidad y Consumo mediante el otorgamiento de la preceptiva autorización.

El Ministerio de Sanidad y Consumo exigirá, a efectos de su autorización, que los mensajes publicitarios de los medicamentos reúnan los siguientes requisitos:

- a) Que resulte evidente el carácter publicitario del mensaje y quede claramente especificado que el producto es un medicamento.
- b) Que se incluya la denominación del medicamento en cuestión, así como la denominación común cuando el medicamento contenga una única sustancia activa.
- c) Que se incluyan todas las informaciones indispensables para la utilización correcta del medicamento.
- d) No incluir expresiones que proporcionen seguridad de curación, ni testimonios sobre las virtudes del producto.

El número de medicamentos a los que se les asigna la condición de no necesitar receta crece continuamente y esto tiene importantes repercusiones en el rol del farmacéutico como integrante de la resolución o alivio del problema de salud^{76,77}. En la Unión Europea, los farmacéuticos forman parte de la llamada estructura de colaboración en el cuidado de la salud, pues existen riesgos para el autocuidado que pudieran verse minimizados al acudir a un profesional especializado. Los principales riesgos que se asocian son:

- Retraso en el diagnóstico: en el caso de comenzar a usar medicamentos para alguna dolencia y se espera mucho tiempo para acudir al médico.
- Diagnóstico incorrecto: Un tratamiento de autocuidado sin un diagnóstico previo, puede influir en que los síntomas y signos

cambien, ocultando el origen y desorientando, pudiéndose emitir un diagnóstico poco exacto o incorrecto.

- Riesgo de reacciones adversas: por interacciones o contraindicaciones de medicamentos con la salud y medicación del individuo.
- Incumplimiento terapéutico, puede ser un factor decisivo en la aparición de problemas de salud en el paciente. La falta de adherencia al tratamiento es un conocido problema, especialmente grave en ancianos polimedicados, sobre todo si están asintomático. Sus consecuencias son un acortamiento de la esperanza de vida y un mayor número de ingresos hospitalarios. La actividad educadora de los farmacéuticos en diversos estudios han demostrado ser el factor principal en la mejoría de la adherencia.⁷⁸
- Consumo innecesario de medicamentos, generalmente, los pacientes comentan utilizar medicamento anunciados en la televisión o por el consejo de algún amigo o familiar, al cual le fue bien y por ello cree que pudiera ser extrapolable a su situación.

El farmacéutico es en la mayoría de las ocasiones el único profesional sanitario testigo y observador del tratamiento de los síntomas menores. Y por ello la sociedad puede exigirle responsabilidades en:

- La mejora del uso de medicamentos.
- La prevención de problemas con la medicación (fundamentalmente en grupos de riesgo).
- La reducción del uso de medicamentos cuando son excesivos y/o no adecuados.⁷⁹

Es necesario que este asesoramiento este estandarizado y protocolarizado, llegando a consensuar las decisiones con el resto de profesionales sanitarios.

Tras la indicación farmacéutica es primordial evaluar que ocurre con el paciente, para evitar que los supuestos anteriores ocurran, pues el proceso no finaliza con atender a los pacientes en el momento que demanda el servicio, sino que hay que llegar a evaluar que resultados tiene estas actuaciones.

1.1.3. CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA.

Los farmacéuticos son profesionales de la salud entre cuyas responsabilidades profesionales se incluye buscar y garantizar que los pacientes obtengan el mayor beneficio terapéutico de sus tratamientos. Esto implica que deben mantenerse actualizado en cuanto a los avances en conocimientos relacionados con el uso de los medicamentos.⁸⁰

Partiendo de la definición de calidad según la norma UNE en ISO (9000:2000) "grado en que se satisfacen los requisitos establecidos y los implícitos de nuestros pacientes y de la sociedad que atendemos" se debe seguir un procedimiento normalizado de trabajo para la realización de la indicación farmacéutica sobre problemas de salud leves o trastornos menores que consulten los pacientes.

Tomando como base estos conceptos, existen una serie de elementos que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de esta práctica profesional con calidad:

- Todas las actividades han de diseñarse como servicio continuado de modo que sirvan de mecanismo para ofrecer al paciente protección frente a la aparición o presencia de problemas relacionados con los medicamentos, tanto en la dispensación (principal servicio demandado por los pacientes de las farmacias), como en la consulta, en la indicación farmacéutica, la educación sanitaria y por supuesto en el seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

- Es necesario establecer unas pautas profesionales concretas y claras, que permitan la implantación generalizada de un ejercicio profesional farmacéutico para un nuevo concepto de Farmacia. Este ha de ser construido sobre las bases de la práctica profesional actual, con un enfoque realista, sin caer en la ambigüedad ni en la indefinición, pero de forma acorde con el alto nivel de exigencia de los servicios sanitarios.

A nivel internacional, todo esto sólo se puede lograr partiendo de un compromiso personal e individual de Desarrollo Profesional Continuado (DPC)⁸¹, definido como “la responsabilidad que tiene el farmacéutico, individualmente, de mantener, desarrollar y ampliar en forma sistemática sus conocimientos, habilidades y aptitudes con el fin de asegurar la continuidad de su competencia como profesional a lo largo de su carrera”.⁸²

El DPC es mucho más que la simple participación en programas de educación continuada (EC), los cuales, por sí mismos, no necesariamente representan un cambio positivo en la práctica profesional, ni una mejora de los resultados de la asistencia sanitaria⁸².

Sin embargo, la EC constituye parte importante de un programa de DPC estructurado, personalizado para cada farmacéutico. El proceso debe ser evidente para asegurar la credibilidad de los pacientes y administraciones sanitarias.

En algunos países, los organismos encargados de regular los asuntos que atañen al farmacéutico ya exigen que se demuestre, a intervalos establecidos, la participación de éste en programas de DPC como un prerrequisito para la revalidación del derecho a seguir ejerciendo la profesión. Otros países están en vía de incorporar esta evaluación que, muy probablemente, se convertirá en una norma de aplicación general⁸².

Los pacientes tienen derecho a saber que los profesionales que suministran los servicios de salud mantienen sus competencias a lo largo de su vida profesional. En tal sentido, es de esperar que los gobiernos, las agencias de

acreditación y otros organismos farmacéuticos que tengan un interés legítimo, traten de asegurar que los organismos reguladores están tomando las medidas necesarias para lograr este objetivo. Actualmente en España los farmacéuticos hospitalarios y de atención primaria deben de demostrar sus competencias, conocimientos y habilidades y en relación a estas se les retribuye por medio de la carrera profesional.

La agencia andaluza de calidad ha editado un Manual de Estándares, para un programa de Acreditación de Oficinas de Farmacia donde se recoge los criterios de calidad que deben llevarse a cabo.

Mantener la competencia a lo largo de una carrera profesional durante la cual se plantean nuevas responsabilidades profesionales, es un requisito ético fundamental para todos los profesionales de la salud.

La Federación Internacional de Farmacéuticos (FIP) ha reconocido y plasmado esta responsabilidad⁸² en varios documentos:

- En el 8º principio del Código de ética para farmacéuticos: “asegurar la competencia en cada servicio farmacéutico suministrado, por medio de la continua actualización de conocimientos y habilidades”.
- En el documento denominado Normas para la calidad de los Servicios Farmacéuticos de 1997 ⁸³
 - “Los farmacéuticos en cada escenario del ejercicio de la profesión deberán aceptar la responsabilidad personal por el mantenimiento y la determinación de su competencia a lo largo de su vida profesional”.
 - “Las organizaciones farmacéuticas nacionales deberían tomar acción también para asegurar que la educación farmacéutica, tanto antes del inicio como al final de los estudios universitarios, garantizan los elementos que formen a los farmacéuticos para el papel que tendrán que desempeñar en la práctica hospitalaria y comunitaria”).
- En la declaración de principios sobre las Buenas practicas de Educación Farmacéutica⁸⁴; del año 2000: “La educación continuada

profesional debe ser un compromiso de por vida para cada farmacéutico que ejerza la profesión”.

Este principio de Desarrollo Profesional Continuado fue aprobado en septiembre del 2002 por la federación internacional de farmacéuticos y constituye un marco que permite al farmacéutico lograr la satisfacción de esta responsabilidad

Todo ejercicio que aspire a realizarse con unos criterios de calidad debe asentarse en el proceso de mejora continua, constituido por un proceso cíclico estructurado en 5 fases:

1. Auto-evaluación – identificación de las necesidades de Desarrollo Profesional Continuado que puede lograrse a través de uno o más de los siguientes elementos:

- Evaluación personal.
- Evaluación del rendimiento por parte de un superior.
- Auditoria del ejercicio conjuntamente con otros.
- Requerimiento por parte de una autoridad profesional o de la salud.

2. Plan personal – identificación de los recursos y acciones que se requieren para satisfacer las necesidades personales de DPC.

3. Acción – participación en programas de formación (incluye, entre otros, presentaciones, tutorías, reuniones formales e informales, talleres, cursillos de corta duración, enseñanza, contacto con colegas y expertos, orientación pedagógica, programas de educación formal y auto-estudio).

4. Documentación – llevar un registro de todas las actividades de DPC realizadas para presentarlo a quien lo solicite.

5. Evaluación – evaluar los beneficios, tanto personales como para los que participación en cualquier actividad DPC relevante. Habría que tener en cuenta satisfacer las siguientes preguntas:

- ¿Se han logrado satisfacer las necesidades establecidas?

- ¿En qué medida se ha mejorado la práctica?
- ¿En qué medida se han beneficiado los pacientes?
- ¿Se interrumpió el aprendizaje? En caso afirmativo, ¿por qué?

6. Para garantizar el adecuado desarrollo de la indicación farmacéutica, y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada.

La evaluación del proceso se basará en la valoración del grado de cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo para esta actividad. Ésta se podrá realizar mediante:

- Análisis del sistema de registro que permite medir la actividad
- Observación directa del funcionamiento,
- Entrevista a pacientes.

La evaluación del servicio puede hacerse internamente por el propio farmacéutico responsable o por un evaluador externo.

Los procedimientos normalizados de trabajo en la farmacia comunitaria deben ser documentos escritos que describen la secuencias específicas de acciones que se deben de realizar en farmacia comunitaria permitiendo que siempre que se ejecute una operación o proceso, por la misma o distinta personas, se haga de la misma manera.

Estos protocolo deben llevarse a cabo de manera sencilla en la metodología de trabajo, para que sea posible integrarlo en las actuaciones farmacéuticas con circunstancias variables y para que su aplicación no complique el de por sí complejo trabajo del farmacéutico comunitario.⁸⁵

En España el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica DCAF, establece unos criterios mínimos de calidad que deben llevarse a cabo para realizar la actividad de indicación farmacéutica

Para que el servicio que ofrece el farmacéutico al ser consultado sobre un medicamento que no requiere receta médica, sea el más adecuado, debería de cumplir los siguientes requisitos ²:

- a) Disponibilidad y cobertura del 100% de los consumidores en España. Todo aquel que requiera asesoría sobre un medicamento

o problema de salud debe recibir este servicio profesional de forma adecuada, independientemente de si es paciente habitual o de paso de esa farmacia. Compromete igual a las farmacias con pacientes habituales que a aquellas con pacientes de paso.

- b) Responder a las expectativas del paciente: Profesionalidad y eficiencia en el servicio, suficiente grado de agilidad y confidencialidad si es requerida.
- c) Garantizar la seguridad en las recomendaciones y la asunción de responsabilidad sobre las consecuencias.
- d) Poderse integrar en el funcionamiento operativo de la farmacia.

De acuerdo con los objetivos perseguidos ante la indicación farmacéutica y con relación a los requisitos que deben cumplirse, el servicio debe diseñarse teniendo en cuenta los siguientes elementos:

I. La necesidad de realizar la indicación farmacéutica con seguridad, eficiencia y profesionalidad, exige la realización de protocolos clínicos sencillos pero robustos, para el tratamiento de aquellos síntomas en los que la legislación faculta al farmacéutico a indicar un medicamento.

II. Debería disponerse de procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la indicación farmacéutica, que respondan a las cinco preguntas básicas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo? y ¿Dónde? en cuanto a la realización de esta actividad.

III. Al ser consultado, el farmacéutico realizará sistemáticamente:

a) Una entrevista breve al paciente para recoger la información imprescindible, que es al menos:

- Motivo de consulta, descripción del problema de salud
- Otros problemas de salud
- Medicación en uso concomitante, aunque los MP lo son por haber demostrado su seguridad en el uso de síndromes menores con el consejo farmacéutico, sin embargo también es cierto que la seguridad no siempre es total, sobre todo cuando estos medicamentos pueden utilizarse con otros medicamentos simultáneamente.

b) La evaluación del problema planteado, teniendo en cuenta el tiempo de evolución de los síntomas, las características del paciente y los posibles problemas de salud y tratamientos concomitante del que pueda estar haciendo uso.

c) La toma de decisión correspondiente, que pueden consistir en:

- Recomendar medidas higiénico-dietéticas o físicas.
- Indicar un medicamento que no requiera receta médica y seleccionar de acuerdo con la situación concreta.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de recibir otro tipo de servicio sanitario (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico).
- Remitirle a su farmacéutico habitual (posible informe entre farmacéuticos).
- Y/o derivarle al médico u otro profesional sanitario (odontólogo, fisioterapeuta.....).

d) Siempre se dará información adecuada al paciente de la recomendación realizada, preferiblemente por escrito, incluso en el caso de derivación a otro profesional.

IV. Debe evitarse un tratamiento farmacológico a un paciente del que no se disponga de suficiente información, por no querer proporcionarla o por no acudir él mismo a la farmacia y no conocer su situación la persona que solicita el medicamento.

V. Los criterios de derivación a otros servicios sanitarios deberían ser consensuados. Esto supone el establecimiento de canales fluidos de comunicación con los profesionales de otros niveles asistenciales, fundamentalmente de atención primaria. También puede suponer la cooperación con servicios sociales.

VI. En caso de derivación, debe elaborarse una nota o breve informe de remisión, normalizado, del que debe quedar copia en la farmacia.

VII. La información al paciente sobre el medicamento indicado, pauta y duración del tratamiento debe suministrarse preferiblemente por escrito.

VIII. Es necesario realizar un registro adecuado de la actividad.

Los elementos indispensables para la adecuada indicación farmacéutica²

- Debe ser realizada por un farmacéutico.
- Debe cumplir los requisitos establecidos por la legislación en cuanto a la exigencia de receta médica.
- Requiere la disponibilidad de guías clínicas para la indicación al paciente de medicamentos que no requieren prescripción médica y selección de principios activos para esta situaciones (guía farmacoterapéutica).

- Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades, realizadas, incluyendo informes de remisión por escrito e información al paciente.
- Debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.

Por tanto, el informe farmacéutico ante una indicación farmacéutica no sólo debe consistir en una recogida de datos y la entrega de un procedimiento escrito de dosificación y pautas de administración, sino que implica una responsabilidad mayor que va desde que el paciente demanda un medicamento para una sintomatología determinada hasta que se consiguen los objetivos farmacoterapéuticos deseados⁸⁶.

El registro constituye un sistema de calidad que servirá al farmacéutico como ejercicio de autoevaluación, para poder determinar los puntos de mejora y saber cual es la satisfacción del paciente.

Si existiera una metodología de documentación y evaluación de intervenciones unificada y validada, los datos serían comparables y extrapolables a otros ámbitos y dispondríamos de un instrumento de medición de actividad, de calidad y un posible sistema de acreditación de la indicación farmacéutica

El proceso de indicación farmacéutica debe llevarse a cabo con todas las características de la investigación de proceso y resultados en salud⁸⁷ (IPRS) basándose en:

1. El análisis de la efectividad de las intervenciones sanitarias en la práctica clínica habitual. Deben de evaluarse tal y como se realizan en la práctica diaria, pues de esta forma los resultados finales, como mortalidad y calidad de vida, reflejarán mejor las condiciones habituales.
2. Enfatizar la percepción de los pacientes. La satisfacción del paciente es tan importante como la calidad de vida.

3. Utilizan métodos de documentación e investigación establecidos. La metodología empleada debe ser semejante a la usada en epidemiología.

4. Refieren tanto al paciente individual como al agregado. Los estudios deben llevarse a cabo a pacientes de forma individual y/o a poblaciones.

La investigación en la práctica farmacéutica en nuestro país se encuentra con un buen nivel en Atención Farmacéutica, al menos en cuanto a cantidad⁸⁸. Revisiones llevadas a cabo por las sociedades científicas farmacéuticas tanto comunitaria como de hospital y primaria llegan a concluir que España representa un 4% de las publicaciones indexadas de investigación a nivel mundial, siendo el SFT, responsable de muchos de estos trabajos de investigación. La metodología aplicada a los trabajos de investigación debe ser más rigurosa⁸⁹; pues los trabajos realizados hasta ahora, son preferentemente descriptivos, siendo además la Farmacia Comunitaria el ámbito donde más abundan los estudios publicados.

El Farmacéutico debe colaborar mediante la IPRS para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios, ahorrar recursos y consecuentemente garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

Se debe adquirir la habilidad suficiente para la medida de resultados en salud en colaboración con otros profesionales sanitarios, así como dar a conocer sus resultados.⁹⁰

La investigación referente al proceso de indicación farmacéutica es variada pues hasta ahora se han aplicado distintos protocolos de indicación, no son comparables, entre distintos países por la disparidad de leyes y de situaciones legales que atañen al farmacéutico y a los medicamentos dispensables por estos⁹¹.

1.2. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En los últimos años, el estudio de la satisfacción respecto a los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento creciente para la investigación. El hecho de aceptar la satisfacción del paciente, es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales e implica de por sí una mejora de la calidad.

Existen razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Hay trabajos^{92, 93} que demuestran que la satisfacción es una buena medida del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y que afecta a los resultados a nivel clínico. La satisfacción es un instrumento útil para comunicarse con los pacientes, se ha constatado, la influencia que tiene la información a la hora de involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud. La opinión del paciente puede utilizarse como un sistema de mejora continua, para indagar sobre sus expectativas y sugerencias.⁹⁴

Es importante mejorar en la satisfacción como medida de calidad aunque la calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, y que varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico, el grado de confidencialidad y los cambios del estado de salud (la percepción de éste varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación).

Desde la perspectiva del paciente, los medicamentos tienen las siguientes funciones: curar, a veces; aliviar, a menudo; y confortar, siempre. Pero los medicamentos van de la mano de los profesionales que los seleccionan en base a la información que reciben de los pacientes, además de las distintas pruebas complementarias.

La atención profesional depende de los conocimientos científicos (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), de la

capacidad de interrelacionarse con los pacientes (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación), la amabilidad y la comunicación (dar y recibir información), sin olvidar el ambiente donde se desarrolla su labor (confort y rapidez).

Medir estos factores nos ayudan a valorar los aspectos más destacables para profundizar en la satisfacción de los pacientes sobre los servicios sanitarios que se les presta desde la farmacia.

Los aspectos técnicos/instrumentales de la asistencia, el arte de la asistencia (aspectos comunicativos) y las comodidades de la asistencia son dimensiones coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la satisfacción.

Históricamente a la hora de medir la satisfacción la primera opción fue, fijar o establecer criterios o estándares y comprobar su cumplimiento (Normas ISO, Normas de la EFQM, etc.). No obstante, en los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de tener en cuenta las percepciones de los usuarios, e incorporar a la medida de la Calidad Global de un servicio una medida de la Calidad Percibida por los pacientes.^{95, 96}

Varela et al,⁹⁷ presentaron en 2003 una escala de satisfacción sobre los servicios sanitarios, para su elaboración fue preciso decidir qué dimensiones incluir o, lo que es lo mismo, cuáles eran las dimensiones relevantes de servicio, basada en abundante bibliografía, sobre todo en trabajos considerados clásicos, como el de Hulka^{98,99} (1982) o el de Ware y Hays¹⁰⁰ (1988), o trabajos realizados en España, como los de Benavides et al¹⁰¹ (1987) o Delgado et al¹⁰² (1993).

Los resultados obtenidos por Varela permitieron presentar una escala de tan sólo 11 ítems, con una fiabilidad y validez aceptables.

DIMENSIÓN considerada respecto al:

Personal sanitario

- Tiempo que le dedica su médico
- Solución que el médico/enfermera le da
- Interés del médico en explicarle su dolencia
- Información proporcionada sobre el tratamiento

Personal de apoyo

- Trato recibido por el resto de personal
- Disposición del personal para ayudarle

Condiciones físicas

- Comodidad y amplitud de las instalaciones
- Instalaciones y equipamiento del centro
- Señalización interna del centro

Acceso al servicio

- Horario de atención a los pacientes
- Tiempo de espera para entrar a la consulta

La Escala de respuesta es de 5 puntos: Nada Satisfecho (1), Poco Satisfecho (2), Algo Satisfecho (3), Bastante Satisfecho (4) y Muy Satisfecho (5).

Los ítems valorados en el anterior cuestionario son aplicables a cualquier proceso sanitario pues confluyen las necesidades del paciente respecto a su salud. Hay bibliografía que refleja la importancia de estos aspectos en el ámbito de la farmacia.^{22,23}

La distancia entre la definición normativa de salud y la percepción por parte del paciente aumenta con el desarrollo y el nivel cultural. Está documentado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales y la salud subjetiva percibida por los individuos. Cuanto mayor es la oferta de "salud", más gente responde que tiene problemas, necesidades, y/o enfermedades.

Los datos aportados por Amartya Sen¹⁰³ muestran que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos.

El proceso de indicación es requerido por muchas personas, tanto las que consultan al médico como aquéllas que nunca lo hacen. Este recurso es solicitado por todas las clases sociales y pudiera estar generado en parte, por la incapacidad de tiempo para asistir al médico convirtiéndose la farmacia en el punto más accesible para el asesoramiento sanitario.

También se recurre a consultar al farmacéutico por razones de confianza personal, de competencia profesional y la mayor accesibilidad de las farmacias, así como la gratuidad de la atención farmacéutica, incluso por la propia comodidad del paciente.¹⁰⁴

Ante la consulta de un paciente a un farmacéutico, es necesario una correcta evaluación de signos y síntomas del estado del paciente y su derivación o no al médico, la selección adecuada del medicamento para ese paciente, la determinación de dosis y pautas de administración individualizadas, la comunicación de información e instrucciones necesarias para obtener la mayor eficacia y seguridad de la farmacoterapia y la comprobación de los resultados mediante control y seguimiento de la indicación farmacéutica.¹³

La información que ese paciente debe recibir, es muy importante y no debe basarse en la cantidad sino en la calidad y el entendimiento por parte del paciente pues de ello va a depender en gran parte el éxito del tratamiento farmacológico, esta es una responsabilidad del farmacéutico para la consecución de los objetivos planteados.

El aumento de la práctica del autocuidado entre la población justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes^{105, 106}, según la OMS, es esencial que estas se adecuen al nivel de educación y de conocimientos de la población a la que va dirigida¹⁰⁷, lo que además podría evitar la mayor parte de los riesgos asociados^{108,109,110}.

En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, la valoración del usuario resulta de capital importancia, porque proporciona información sobre el éxito del farmacéutico en el cumplimiento de las expectativas. En este sentido la satisfacción del paciente es un indicador de la calidad del servicio sanitario, por tanto, esta escala puede ser aplicada a servicios sanitarios de la farmacia comunitaria, la valoración en el proceso ¿Que me da para...? ha de realizarse tanto en la indicación, como en la capacidad de satisfacer las necesidades del paciente

El paciente tiende ante determinada sintomatología, a ir a la farmacia por la accesibilidad que le supone, pues la tiene cercana y sabe que va a encontrar a un profesional que a lo largo del histórico de sus actuaciones, ha ido ganándose su confianza.

Todo servicio normalizado debe ser evaluado para asegurar su sistemática y calidad y esta valoración puede ser objetiva o subjetiva según se base en métodos de observación directa del funcionamiento del servicio (observadores objetivos, tests conductuales, análisis del sistema de registro, etc.) o realizada mediante entrevistas a pacientes, medidas de satisfacción, que es el modelo elegido para este estudio para no prescindir de la opinión del paciente.

Un científico debe tomarse la libertad de plantear cualquier cuestión,
de dudar de cualquier afirmación, de corregir errores.

Julius Robert Oppenheimer

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto se basa en la "propuesta de modelo de actuación en indicación farmacéutica adaptado al consenso español en atención farmacéutica", publicado por machuca et al en la revista seguimiento farmacoterapéutico en el año 2003. Estos autores aplicaron dicho modelo en una farmacia comunitaria, donde identificaron razones de consulta, derivaciones al médico, resultados de las intervenciones farmacéuticas y la aceptación del servicio por parte de los pacientes, concluyendo que "la indicación farmacéutica – es decir, la actuación del farmacéutico ante la demanda espontánea de solución por parte de un paciente ante un problema de salud resuelve las demandas de los pacientes".

Proponer un modelo de trabajo en indicación farmacéutica, no por síntomas sino global, encaminada a que el farmacéutico como punto de partida frente a un ¿que me da para?, pueda discriminar los síntomas menores de los que no son y pueda derivar al medico o indicar un fármaco de indicación farmacéutica, además lleva un registro de la actuación dirigida a verificar que ocurrió con el paciente tras la intervención como sistema de control de calidad.

Dado que este procedimiento de indicación farmacéutica necesita ser más experimentado se necesitan más estudios, siendo este, el objeto del estudio el aplicarlo en más farmacias y a más pacientes para comprobar la efectividad y si cumple criterios básicos de calidad, basados en la percepción de los pacientes atendidos.

3. HIPOTESIS

Una actuación protocolizada por parte del farmacéutico se corresponde con la resolución óptima de problemas de salud de la población a la que atiende en la farmacia, pudiendo contribuir a que en ocasiones se detecten problemas más graves que requieran de un diagnóstico preciso evitando que el paciente se demore en su diagnóstico considerando que es un problema de menor importancia.

Para garantizar una actuación de calidad, la aplicación de un protocolo de indicación farmacéutica para síntomas menores en farmacias comunitarias permite ser evaluado y por tanto tener información para el proceso de mejora continua.

La indicación farmacéutica consigue aliviar y resolver problemas de salud que los pacientes suelen preguntar al farmacéutico sin requerir intervención médica previa.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica y la percepción de los pacientes atendidos en farmacia comunitaria sobre su estado de salud.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1:

- Medir la aplicación del protocolo de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla.

Objetivo 2:

- Caracterizar la indicación farmacéutica realizada en farmacias comunitarias de Sevilla:
 - a. Caracterizar los pacientes atendidos.
 - b. Analizar la frecuencia y los motivos de consulta más habituales en farmacia comunitaria.
 - c. Analizar los medicamentos utilizados en la indicación farmacéutica.

Objetivo 3:

- Medir la efectividad de la indicación farmacéutico en cuanto a mejora o resolución de los síntomas.

Objetivo 4:

- Valorar la percepción que tienen los pacientes sobre la indicación farmacéutica.

Objetivo 5:

- Valorar la percepción que tienen los pacientes sobre el farmacéutico que le atendió.

Objetivo 6:

- Valorar la percepción que tienen los pacientes sobre la farmacia la que se dirigieron para solicitar indicación farmacéutica.

Objetivo 7:

- Describir factores relacionados con el paciente, el farmacéutico y la farmacias asociados a:
 - a. Percepción de mejoría por los pacientes,
 - b. A la capacidad para la identificación del problema de salud menor.
 - c. Y con la elección de la farmacia como la mejor en comparación con otras.

Objetivo 8:

- Describir las opiniones de mejora de la farmacia por parte de los pacientes.

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

Start low and go slow, but go.

Ingrid Ferrer López

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO

Estudio multicéntrico cuasiexperimental post test sin grupo control.

5.2. PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se realizó durante 2 meses (Octubre y Noviembre de 2004) coincidiendo con el horario de consulta en atención primaria.

Quedaron excluidas las guardias en la farmacia comunitaria, por haber una mayor demanda de indicación, pues no hay consulta en los centros de salud, y podría haber supuesto una falta de homogeneidad en cuanto a la recogida de muestra entre las distintas farmacias.

5.3. ÁMBITO

10 farmacias comunitarias de Sevilla capital seleccionado por muestreo aleatorio estratificado entre la totalidad de farmacias de Sevilla Capital (487).

Se realizó un muestreo estratificado, en un estrato de nivel socioeconómico bajo y el otro de nivel socioeconómico alto en función del valor por metro cuadrado que referencia el catastro.

Se consideró nivel socioeconómico alto a las farmacias situadas en zonas con valor catastral superior a 3.000 euros/m² y de nivel socioeconómico bajo a aquellas farmacias situadas en zonas con valor inferior. (Anexo 1: Farmacias colaboradoras.). El valor catastral se obtiene tomando como referencia el valor de mercado. Normalmente se calcula aplicando un coeficiente que reduce a la mitad el valor resultante en la ponencia de valores. En esta valoración se tienen en cuenta la antigüedad de la construcción, su estado de conservación, la localización de la finca.

El contacto con cada farmacia seleccionada se hizo mediante llamada telefónica para fijar una entrevista personal con el farmacéutico titular en la que se le expusieron los objetivos del estudio y afirmó su participación.

5.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Suponiendo una prevalencia del 25% (peor escenario posible, que sólo este porcentaje se cure o mejore), con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra requerida para el estudio es de 209 pacientes, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente entre las 10 farmacias. Se incluirá un 10% más para considerar las pérdidas.

El número mínimo, requerido de pacientes era de 21 paciente/farmacia (3 consultas/día, 1 día a la semana durante 7 semanas). En base a estudios anteriores¹³ se consideró que la captación de tres pacientes días podía ser factible.

La selección de la unidad-paciente se hizo en base al orden de petición de indicación de los pacientes que entraron en cada una de las farmacias designadas y solicitaron una indicación farmacéutica.

En caso de que se solicitasen dos indicaciones al mismo tiempo como sólo llevaba a cabo el estudio un farmacéutico por farmacia, se le requería a la segunda persona que esperase a dicho profesional y en caso negativo se consideraba como una pérdida.

5.4.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personas que acudan con receta.
- Personas que solicitan una indicación para un tercero.
- Personas menores de 14 años
- Incapacidad para responder al cuestionario: Incapacidad psíquica o no manejo del castellano.
- Pacientes que acuden por educación sanitaria.

5.5. RECOGIDA DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

De cada farmacia seleccionada tras el muestreo aleatorio, se pidió la participación de un farmacéutico que recibió una formación individual de 2 horas, conteniendo una parte teórica sobre la justificación de llevar a cabo una indicación farmacéutica protocolizada y evaluando los resultados en salud del paciente y otra práctica conteniendo el desarrollo del procedimiento. Igualmente recibió entrenamiento sobre el registro de los datos para el estudio y se le suministró información de cómo atender a pacientes con síntomas menores.

Así mismo se elaboró una carta de consejos de cómo poner en marcha el estudio. (Anexo 2)

El farmacéutico evaluaba a cada paciente para que cumpliera los criterios de inclusión y le solicitaba su consentimiento para participar en el estudio.

Tras llevar a cabo el protocolo de actuación (Anexo 3) efectuaba el registro utilizando el instrumento (Anexo 7) diseñado para tal fin, que fue pilotado en un grupo de 5 pacientes previo a la puesta en marcha del estudio. El registro lo efectuaba el farmacéutico durante la indicación y lo enviaba al investigador responsable.

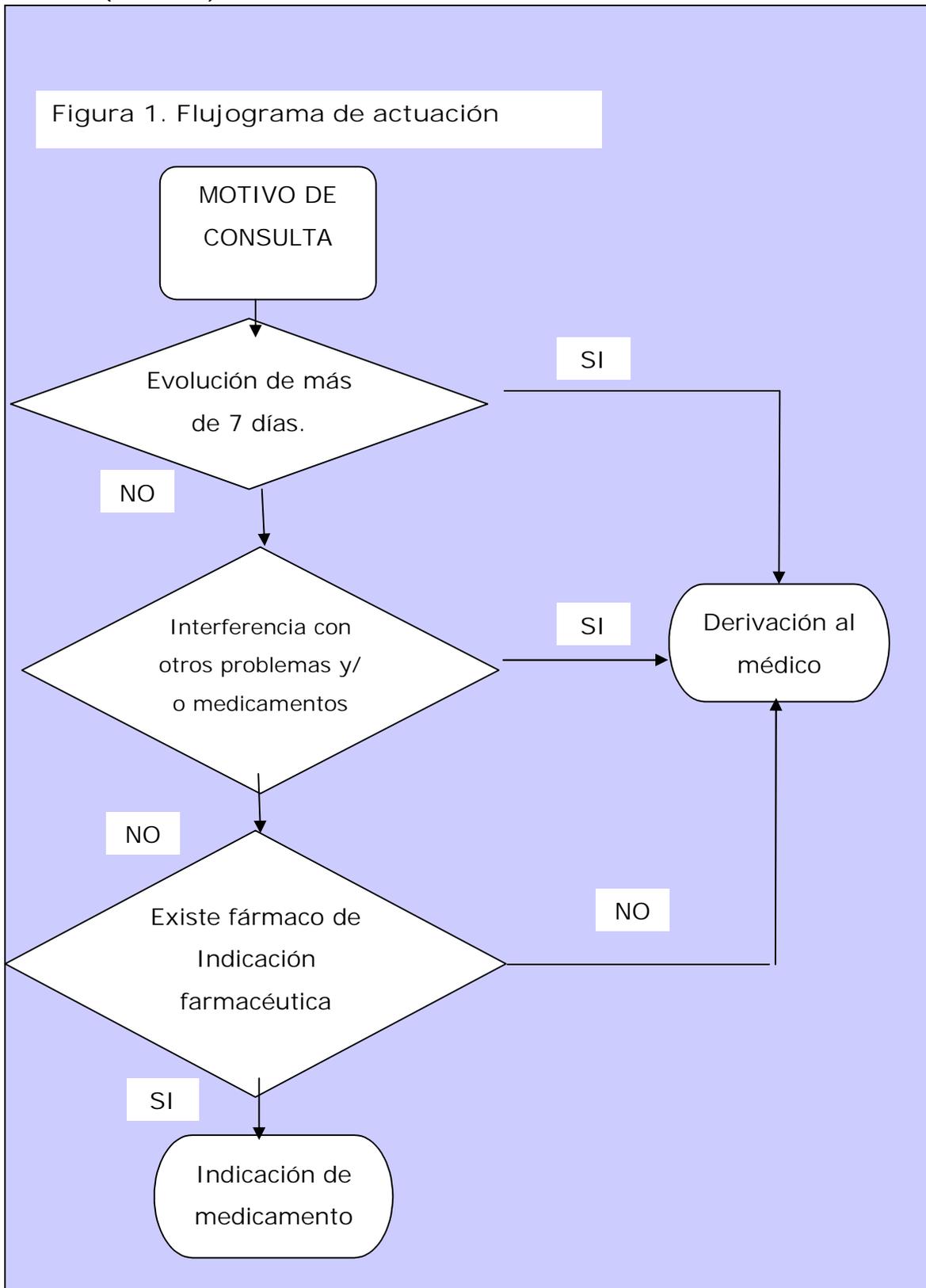
Un entrevistador externo al estudio, sin relación alguna con el ámbito de la farmacia complementaba el registro con una entrevista telefónica al paciente, a los 7 días de la indicación farmacéutica.

Para garantizar la recogida de las encuestas, se efectuaron llamadas recordatorias a los farmacéuticos y con los pacientes se hicieron 3 intentos de contacto, después de los cuales si no contestaban al teléfono se consideraron perdidas.

La fuente de información fue un cuestionario en dos partes (anexo 7): 1^{era} parte cuestionario autoadministrado para que el farmacéutico recogiera parte de los datos del paciente y la 2^{da} la encuesta telefónica al paciente administrada por un entrevistador externo.

5.6. PROCEDIMIENTO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

A continuación se hace una descripción general del procedimiento de indicación farmacéutica⁷ que siguieron los farmacéuticos participantes del estudio. (Anexo 3)



El inicio del proceso se producía a través de una razón de consulta, en la que el paciente describía al farmacéutico el problema de salud y/o los síntomas que presentaba.

Para valorar las distintas opciones (indicar un fármaco o derivar al médico), se procedía a realizar una serie de cuestiones que le ayudaban al farmacéutico a discernir cuál era el posible problema que tenía el paciente, como el tiempo de evolución, si existía medicación sin requerimiento de receta médica para tratarlo o bien si era aconsejable que se derivase al médico pues las características del paciente en cuanto a su tiempo de evolución y/o condiciones fisiológicas, patológicas y farmacológicas podían requerir de una evaluación médica.

Un síntoma leve, ya fuese tratado o no con medicamentos, si presentaba una evolución de duración superior a siete días, debía de considerarse como no banal, debido a que estos procesos suelen ser autolimitados en el tiempo.¹¹¹

La derivación se debía completar en un informe de interconsulta con la remisión al médico donde incluía toda la información obtenida durante la entrevista (Anexo 4).

Si la intervención proporcionada al paciente consistía en indicar un tratamiento farmacológico, el farmacéutico se debía de asegurar de ofrecer y hacer comprensible la información relacionada con el uso adecuado, seguro y efectivo del mismo y la hacía constar en el formato de indicación farmacéutica para el paciente (Anexo 5).

Ante la sospecha de que el motivo de consulta pudiera deberse a una reacción adversa a medicamentos, se debía de notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia y remitir al médico.

Una vez tomada la decisión y, en el caso de que se indicará un medicamento o producto sanitario, se procedía a llevar a cabo la dispensación como se recoge en el (Anexo 6) y se le pedían algunos datos como su nombre y su número telefónico para realizarle luego una encuesta telefónica

Todos los datos eran completados en el formato que se diseñó para el registro de indicación (Anexo 7 parte 1ª) y tras 7 días se le realizaba una

encuesta telefónica para verificar su evolución y la satisfacción con el servicio que se le había ofrecido (Anexo 7 parte 2ª) .En caso de no poder seguir el protocolo debía de justificarse la causa para poderla analizar posteriormente.

5.7. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

RESUMEN DE VARIABLES:

1. Para la aplicabilidad:
 - i. Identificación del problema de salud menor.
 - ii. Desviación del protocolo.
 - iii. Tipo de indicación farmacéutica (derivación o dispensación fármaco).

2. A la hora de caracterizar a los pacientes se hizo atendiendo a:
 2. a: Variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios).
Tipo de paciente (habitual o de paso).
Problemas de salud y tratamientos concomitantes.
 2. b: Motivo de consulta.
 2. c: Tratamiento indicado

3. La efectividad se valora teniendo en cuenta:
 - i. Mejoría de los síntomas que motivaron la consulta.
 - ii. El cumplimiento de las indicaciones del farmacéutico.
 - iii. Consulta resuelta sin intervención médica.
(No era síntoma menor, complicación, solicitud de asesoría médica)

- Para valorar la percepción de los pacientes sobre:

4. La indicación se tiene en cuenta:
 - i. La autopercepción del estado de salud.
 - ii. Satisfacción con el servicio.

5. El farmacéutico que le atendió se evaluó:
 - i. Nivel de calidad de la información suministrada en base a (información suficiente, entendimiento de la información y preparación del farmacéutico)
 - ii. Nivel de confianza
 - iii. La amabilidad en la escucha, trato y tiempo de dedicación.

6. La farmacia se investigó.
 - i. Nivel de accesibilidad (tiempo de espera, estado de las instalaciones y el horario de atención).
 - ii. Nivel de satisfacción en general (respecto a la intimidad, comparada con otras y si se recomendaría).

7. Factores asociados:

Variable dependiente	Variables independientes			
Mejoría de los pacientes	Información que suministra el farmacéutico	Seguimiento de las indicaciones		
Identificación del problema de salud menor	Calidad de la información	Confianza transmitida	Amabilidad del farmacéutico	
Elección de la farmacia	Calidad de la información	Amabilidad del farmacéutico	Accesibilidad de la farmacia	Tipo de paciente

8. Opciones de mejora de la farmacia: categorías obtenidas por la descripción de los pacientes.

5.7.1. OBJ 1: VARIABLES RELACIONADAS CON LA APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO

Para estudiar la posibilidad de llevar a cabo el protocolo se tuvieron en cuenta tres variables; evaluar si ayuda a identificar un síntoma menor, como lo resuelve el farmacéutico si derivando o indicando un fármaco y de estos en cuantos casos fue necesario indicar uno que requiriera de prescripción médica.

- Identificación del síntoma menor.
- Tipo de indicación.
- Desviación del protocolo

5.7.1.1. Identificación del síntoma menor, (basado en la desaparición de los síntomas).

Definición: Resolución del síntoma menor (un problema de salud banal, autolimitante en sí mismo y de curación espontánea, de menos de 7 días de evolución y que no tiene relación alguna con las manifestaciones clínicas de los otros problemas de salud que sufra el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma) para los cuáles el paciente solicitó indicación farmacéutica.

Tipo. Variable categórica dicotómica

Categorías: Si/No

Fuente de obtención de la información: a través de la desaparición del síntoma menor tras la entrevista post intervención al cabo de los 7 días. (Encuesta telefónica, pregunta 1 de la 1^{era} parte del anexo 7)

5.7.1.2. Tipo de indicación

Definición: Servicio que es prestado ante la demanda de un paciente que llega a la farmacia sin saber que medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto⁷

Tipo. Variable categórica dicotómica

Categorías: Derivación al médico/dispensación.

- o Derivación: acto farmacéutico que se origina tras ser consultado por un paciente sobre un problema de salud y se considera que se debe de buscar asesoramiento médico.
- o Dispensación: acto farmacéutico en el que el profesional selecciona un fármaco de indicación farmacéutica para aliviar un síntoma menor

Fuente de obtención de la información: la decisión por la que opta el farmacéutico tras aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.1.3. Desviaciones del protocolo

Definición: Indicación de un fármaco que requiere receta médica por no existir medicamento de indicación farmacéutica.

Tipo: Variable dicotómica.

Categorías: Desviación/ no desviación. Suma de todas las indicaciones farmacéuticas desviadas.

Fuente de obtención de la información: la selección de fármaco al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.2. OBJ 2: VARIABLES RELACIONADAS CON LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES Y LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA:

Fue necesario analizar la población que más solicitaba indicación farmacéutica en las farmacias en base a características sociodemográfica, tipo de paciente y sus características clínico terapéuticas.

5.7.2.1. Características sociodemográficas

5.7.2.1.1. Edad:

Definición: números de año de vida del paciente, medida a partir del nacimiento.

Tipo de variable cuantitativa continua separadas por el paso de 1 año.

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.2.1.2. Sexo:

Definición. Se refiere al género de los pacientes atendidos.

Tipo de variable: dicotómica: Mujer/hombre

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

Nivel de estudios:

Se ha utilizado esta variable como aproximación al nivel socioeconómico de los pacientes.

Definido: Nivel de trabajo empleado en aprender y cultivar una ciencia o arte.

Tipo de variable cualitativa: estudios primarios incompletos/estudios primarios completos/estudios secundarios/ estudios superiores.

- Estudios primarios incompletos: estudios de escolarización obligatorios sin finalizar.
- Estudios primarios completos: estudios de escolarización obligatorios finalizados.

- Estudios secundarios: estudios de enseñanza media.
- Estudios superiores: estudios universitarios

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.2.2. Características del tipo de paciente (habitual /de paso).

Definición: Modo en que una persona utiliza los servicios de una farmacia con asiduidad acudiendo mayoritariamente a esa farmacia o de manera esporádica y tenga como referencia otra.

Tipo de variable: dicotómica: paciente habitual/ paciente de paso.

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.2.3. Características clínicas-farmacológicas

5.7.2.3.1. Tratamientos concomitantes/ tratamiento indicado:

Definición: Conjunto de medios farmacológicos que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

Tipo de variable cualitativa clasificada según la clasificación anatómica de especialidades ATC (anexo 8).¹¹²

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.2.3.2. Problemas de salud concomitantes/ motivo de consulta:

Definición. Cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/ o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente

Tipo de variable cualitativa continua clasificada según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) (anexo 7).¹¹³

Fuente de obtención de la información: la entrevista con el paciente al aplicar el protocolo (registro del paciente anexo 7).

5.7.3. OBJ 3: VARIABLES RELACIONADAS CON LA EFECTIVIDAD DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA.

Para ver la efectividad se midieron la evolución de los síntomas que refería el paciente, el seguimiento de la indicaciones que le facilitó el farmacéutico al dispensarle el/los fármacos y si el motivo de consulta fue resuelto.

5.7.3.1. Mejoría de los síntomas menores que motivaron la indicación:

Definición. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, tras indicar un fármaco y/o derivar al médico medida en base a la mejoría percibida que refiere el paciente al cabo de 7 días.

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Ninguna mejoría) hasta 10 (Totalmente mejorado).

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica. (Pregunta 1 de la 1^{era} parte del anexo 7)

5.7.3.2. Cumplimiento de las indicaciones:

Definición: Grado en que el paciente cumple el plan de atención que se establece entre el paciente y el farmacéutico al dispensarle los fármacos e informarle de cómo debe tomar dichos fármacos.

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): (no ha cumplido nada-cumplido totalmente).

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica. (Pregunta 4 de la 1^{era} parte del anexo 7)

5.7.3.3. Consultas resueltas sin intervención médica.

Tras aplicar el protocolo se hizo necesario ver el número de consultas resueltas sin acudir al médico y describir los casos en los que no fue posible

5.7.3.3.1. Consulta resuelta

Definición: indicación de medicamento que resuelve el motivo de la consulta sin necesidad de acudir al médico por la misma sintomatología.

Tipo de variable: categórica dicotómica:

Categorías: Si/No

Fuente de obtención de la información: a través de la mejoría del síntoma menor tras la entrevista post al cabo de los 7 días. (Encuesta telefónica).

5.7.3.3.2. Causas de la consulta no resueltas.

Definición: Motivos por los que un paciente acude al médico tras solicitar una indicación farmacéutica.

Variable cualitativa descriptiva: derivación, fallo al detectar un síntoma menor/Complicación/Querer buscar un asesoramiento médico.

- Derivación por parte del farmacéutico.
- No síntoma menor: falta de un problema de salud menor, autolimitante en sí mismo y de curación espontánea, de menos de 7 días de evolución y que no tiene relación alguna con las manifestaciones clínicas de los otros problemas de salud que sufra el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma
- Complicación: Empeoramiento o agravamiento de un problema de salud
- Asesoramiento médico: Tomar consejo del médico, o consultar su dictamen.

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica. (Preguntas 1,2,3 de la 1^{era} parte del anexo 7).

5.7.4. OBJ 4: VARIABLES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Se basa en la autopercepción del estado de salud que presenta el paciente y la satisfacción que percibe del servicio que solicitó en la farmacia. (Pregunta 1y 14 de la 2^{da} parte del anexo 7).

5.7.4.1. Autopercepción del estado de salud:

Definición: La impresión de sensaciones internas hecha por nuestros sentidos en base a la salud percibida.

Tipo de variable cuantitativa continua (1-5): (Muy mal, mal, regular, bien, muy bien).

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica. (2^{da} parte del anexo 7).

5.7.4.2. Satisfacción con el servicio.

Se analizó bajo la pregunta. ¿Como se encuentra usted de satisfecho con el servicio que recibió en la farmacia?

Definición: Grado de cumplimiento de las expectativas en cuánto al servicio requerido.

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada satisfecho) a 10 (Muy satisfecho).

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.5. OBJ 5: VARIABLES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE EL FARMACÉUTICO QUE LE ATENDIÓ.

Definición: evaluación del paciente respecto a la capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los pacientes. Se refiere tanto a la función operativa como al modo en que se relaciona con el paciente

Tipo de variable cuantitativa continua 0-10: 0 (Nada valorado) a 10 (Muy valorado). (Preguntas 4-10 de la 2^{da} parte del anexo 7).

Todas las preguntas que se realizaron iban enfocadas al grado de valoración en diversos aspectos. (Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor).

5.7.5.1. Nivel de calidad de la información:

Definición: propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada). (Pregunta 4-5-6).

(Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor).

- La información que le dio el farmacéutico ¿le pareció suficiente?
- ¿cómo entendió la información que le dio el farmacéutico?
- ¿Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico?

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.5.2. Nivel de confianza

Definición. Esperanza firme que se tiene de alguien o algo. (Pregunta 7).

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada).

- ¿Tuvo confianza en el farmacéutico que le atendió?

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.5.3. Nivel de amabilidad

Definición: Calidad de ser afable, complaciente, afectuoso referido al farmacéutico:

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada).

Media de (Pregunta 8-9-10): Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor.

- 8. ¿Estuvo dispuesto el farmacéutico a escucharle cuando lo necesitó?
- 9. ¿Cómo valora la amabilidad en el trato del farmacéutico que le atendió?
- 10. ¿El tiempo que le dedicó el farmacéutico fue el adecuado?

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.6. OBJ 6: VARIABLES RELACIONADAS CON LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE LA FARMACIA.

Definición: Capacidad de la farmacia de satisfacer a los paciente en cuanto a sus expectativas frente a la accesibilidad y trato.

Tipo de variable cuantitativa continúa 0-10. 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada). (Preguntas 1-3 y 11-13 de la 2^{da} parte del anexo 7).

Todas las preguntas que se realizaron iban enfocadas al grado de satisfacción en diversos aspectos. (Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor).

5.7.6.1. Nivel de accesibilidad

Definido: Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales de la farmacia: (Preguntas 1-2-3).

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada).

(Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor).

- 1. ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar?
- 2. ¿Cómo de cómodas y agradables le parecieron las instalaciones de la farmacia?
- 3. ¿Le parecieron adecuados los horarios de atención de la farmacia?

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.6.2. Nivel de satisfacción general:

Definido: Grado de cumplimiento de las expectativas en cuánto a la atención recibida y la comparación con otras farmacias.

Tipo de variable cuantitativa continua (0-10): 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada).

(Pregunta 11-12). (Suma de las respuestas de cada pregunta dividido por el N° total de las mismas, cada respuesta tiene el mismo valor).

- 11. ¿Considera que se ha respetado su intimidad en la farmacia? (0-10).
- 12 La farmacia en comparación con otras ¿como crees que es? (0-5) 1-mejor, 2-igual, 3-peor, 4-no conozco otras.

Tipo de variable cuantitativa dicotómica SI/NO

- 13. ¿Se la recomendaría aun familiar o amigo?
 - Variable dicotómica SI/NO.

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica.

5.7.7. OBJ 7: VARIABLES RELACIONADAS CON LA BÚSQUEDA DE FACTORES ASOCIADOS DEL PACIENTE, EL FARMACÉUTICO Y LA FARMACIAS:

- o La percepción de mejoría de los pacientes (variable dependiente) se intenta relacionar con la información que suministra el farmacéutico y el seguimiento de las indicaciones (variables independientes).
- o La identificación del problema de salud menor (variable dependiente) se intenta relacionarla con la calidad de la información, la confianza transmitida y la amabilidad del farmacéutico (variables independientes).
- o La elección de la farmacia como la mejor en comparación con otras (variables dependientes) se intenta relacionar con los niveles de satisfacción del paciente en cuanto a la calidad de la información, la amabilidad del farmacéutico; la accesibilidad de la farmacia y el tipo de paciente. (variables independientes).

Cada una de las variables se ha definido anteriormente así como el tipo de variable y la fuente de obtención

5.7.8. OBJ 8: VARIABLES RELACIONADAS CON LAS OPINIONES DE MEJORA DE LA FARMACIA POR PARTE DE LOS PACIENTES.

Definición: dictamen o juicio que se forma de algo cuestionable

Tipo de variable cualitativa descriptiva.

Fuente de obtención de la información: Encuesta telefónica. (Pregunta 15 de la 2^{da} parte del anexo 7).

5.8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis descriptivo de los datos se han utilizado distribuciones de frecuencias y porcentajes para la descripción de variables cualitativas, y media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas.

En el análisis bivalente, para analizar la influencia de la farmacia sobre la efectividad de la indicación farmacéutica se ha utilizado un contraste de Kruskal-Wallis. Por otro lado, para analizar la influencia de la edad sobre la autopercepción del estado de salud, se ha realizado un contraste de Kolmogorov-Smirnov¹⁴ -Nivel de significación

Ese mismo contraste se ha utilizado para comprobar si el tipo de paciente, de paso o habitual, influye en la percepción de éstos sobre el farmacéutico y la farmacia. Para estudiar la influencia del tipo de paciente sobre la preferencia de la farmacia utilizada en comparación con otras se ha construido una tabla de contingencia, realizándose su respectivo contraste chi-cuadrado; este estudio se ha completado con un análisis multivariante.

En el análisis multivariante con variables dependientes dicotómicas se han realizado regresión logística binaria. En el análisis multivariante con variables dependientes cuantitativas se ha realizado regresión lineal.

El software utilizado ha sido el paquete estadístico SPSS versión 14.

5.9. LIMITACIONES

Hubo 3 farmacias de las 10 que aceptaron participar que no aportaron datos.

La muestra tendría que haber alcanzado un reclutamiento de 209 pacientes y al final este número no ha superado la centena de pacientes.

A continuación se valoran las limitaciones de los objetivos y en que sentido afectan a cada uno de los objetivos:

Para la aplicabilidad la identificación del problema de salud como menor, si al cabo de 7 días durante la encuesta el paciente manifiesta haber mejorado, podría sobreestimar los resultados al ser autolimitantes, aunque podrían quedar compensados con aquellos motivos de consulta que requieren mas de 7 días para evolucionar y las desviaciones del protocolo al indicar fármacos que requieren receta médica pero que si existen como principios activos autorizados para convertirse en medicamentos publicitarios.

En la valoración de la efectividad de la indicación farmacéutica, la mejoría de los síntomas que motivaron la consulta puede sobreestimar los resultados, pues en si, estos síntomas se consideran autolimitados en el tiempo con o sin la intervención de un profesional, lo que ocurre es que es el propio paciente quien decide que requiere la ayuda de un farmacéutico para aliviar estos motivos de consulta.

El cumplimiento de las indicaciones del farmacéutico por parte del paciente y la posibilidad de acudir al médico jugarían en contra de la anterior sobreestimación pues al no cumplir con la intervención del farmacéutico los síntomas no se aliviarían.

Si el paciente deseara acudir al médico pese a que la sintomatología no lo requiriese o no se sintiese lo suficientemente satisfecho con el farmacéutico se estará infraestimando la intervención.

Tanto en la valoración de la aplicabilidad como de la efectividad, el total de limitaciones se verían compensadas o incluso infraestimada al depender

principalmente del cumplimiento del paciente pues está demostrado que influye directamente en la mejoría de los síntomas, la percepción de su salud y el querer recurrir al asesoramiento de otro profesional.

Las encuestas que se valoran en base a la percepción de los pacientes, se caracterizan por encontrar casi siempre niveles de satisfacción muy elevados (alrededor del 80%) y con muy poca variabilidad, de manera que, en la práctica, no sirven para discriminar entre sujetos realmente satisfechos e insatisfechos. (Bohigas¹¹⁵, Fitzpatrick¹¹⁶, Ibern¹¹⁷), pero sí para tener una idea global.



Si has construido un castillo en el aire, no has perdido el tiempo, es allí donde debería estar. Ahora debes construir los cimientos debajo de él.

George Bernard Shaw

6. RESULTADOS

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN (OBJ 2.1)

Tras el periodo de estudio se obtuvo en 7 farmacias una muestra de 107 pacientes.

Las características de los pacientes atendidos que solicitaron indicación fueron de una edad media de 43 años (42,96), (mínima (17) y máxima (98)) siendo el 63,8% mujeres y el 52,7% con estudios secundarios.

El 73,8% eran pacientes habituales y un 62,6% de los pacientes pertenecía a farmacias con nivel socioeconómico alto.

De los pacientes que participaron en el estudio el 27,4% presentaban problemas de salud concomitantes diferentes al que consultaron en la farmacia (arritmia, aumento de la transaminasas, depresión, hipertensión, piel atópica, sobrepeso y varices) y el 23,2% de ellos tomaban medicamentos (antibiótico, paracetamol, anticonceptivos, calcio, clorazepato dipotásico, ácido alendrónico, ibuprofeno, amlodipino, ambroxol, vitamina E y medicación para artrosis). (mas detallado en datos por farmacias punto 6.4.2).

6.2. PERDIDAS DEL ESTUDIO.

6.2.1. FARMACIAS:

Al inicio del estudio se aleatorizaron 10 farmacias de las que sólo accedieron a participar en el estudio 8.

Las causas que alegaron para no participar fueron.

- Farmacia A: "Los pacientes a los que atiendo son mayoritariamente extranjeros."
- Farmacia B: En un primer momento aceptaron pero tras recapacitar argumentaron "Falta de disponibilidad por tener mucho trabajo".

Tras una segunda aleatorización 2 farmacias se negaron a participar en el estudio:

- Farmacia C: No estaba interesada y colgó el teléfono sin mayor explicación.
- Farmacia D: Al principio aceptó pero luego más tarde refirió "no estar interesada en nada relativo con la atención farmacéutica".

Una vez que se obtuvo la aceptación por parte de 10 farmacias, durante la investigación no aportaron datos 3, en estos casos los motivos fueron:

- Farmacia 8: Ningún argumento
- Farmacia 9: " El encontrarse cerca de un centro de salud no le facilitaba tener un volumen suficiente de peticiones de consultas que requiriesen indicación farmacéutica".
- Farmacia 10: "Consideraba que al acabar de instalarse en el barrio la gente era reacia a que se le hicieran tantas cuestiones".

6.2.2. PACIENTES

De la muestra recogida al principio del estudio 107 se perdieron 10 casos al aplicar la encuesta telefónica y las razones fueron: en 6 de los casos los números de teléfonos fueron erróneos, dos personas no quisieron contestar, una tercera a la cual fue imposible localizar y la cuarta contestó pero con un amplio porcentaje de no sabe no contesta.

Tabla 1: motivos de pérdidas de pacientes.

Farmacias	Nº	Paciente de paso	Motivos de pérdidas de pacientes		
Farmacia 4:	1	SI			Nº erróneo
Farmacia 5:	2	NO	No localizable	No quería contestar	
Farmacia 6:	5	NO		2 No querían contestar	3 Nº erróneo
Farmacia 7	2	SI			2 Nº erróneo

Cabe destacar que la numeración de las farmacias no se corresponde con el orden alfabético en las que han sido mencionadas tanto en los agradecimientos como en la tabla de farmacias colaboradoras (anexo 1) para preservar el anonimato.

Además hay farmacias que no llegaron a aportar el número mínimo, requerido de pacientes, que era de 21 paciente/farmacia (3 consultas/día, 1 día a la semana durante 7 semanas). En base a estudios anteriores¹³ se consideró que la captación de tres pacientes días podía ser factible

Para los objetivos de aplicabilidad y caracterización la muestra es de 107 pacientes y en el resto de objetivos donde se miden en base a la entrevista telefónica la muestra baja a 97 pacientes.

Tabla 2: Pacientes de cada farmacia

FARMACIAS	Total por farmacia
FARMACIA 1	17
FARMACIA 2	28
FARMACIA 3	20
FARMACIA 4	7
FARMACIA 5	5
FARMACIA 6	17
FARMACIA 7	13
Total	107

6.3. RESULTADOS GLOBALES:

Aplicabilidad del protocolo (Obj 1).

La identificación del problema de salud menor se produjo en un porcentaje muy alto de casos 94,8%, en 92/97 casos, se identificó correctamente el síntoma menor, corroborado por la mejoría percibida que fue óptima, en la 93 casos se indicó fármacos y las desviaciones del protocolo fueron 4,7% del total, realmente sólo en 4 casos donde se indicaron 3 aciclovir tópico y 1 ácido níflúnic, son fármacos que requerían de receta médica aunque sus principios activos estaban autorizados para comercializarse sin receta médica pero no existía forma farmacéutica sin requerimiento de receta por entonces.

La derivación al médico, se realizaron sólo en un 3,7% de los 107 casos, fueron 4 frente a 103 indicaciones. Estas se produjeron por diversas causas:

- Una fue por sospecharse la presencia de herpes en el tórax superior.
- Otra por un herpes labial en una madre lactante.
- Otra fue una consulta sobre una conjuntivitis que no mejoraba con el tratamiento prescrito, en la que la visita al médico concluyó con un mantenimiento de la medicación pues no consideraba que hubiese pasado el tiempo suficiente para valorar una falta de respuesta al tratamiento.
- La cuarta derivación fue por presentar una verruga en la cara interna del muslo.

Todas las derivaciones planteadas fueron correctas pues en ninguno de los casos se podría haber planteado la indicación farmacéutica ya que se requería de un diagnóstico médico previo al tratamiento por las situaciones clínicas que podían enmascarar o el estado fisiológico del paciente.

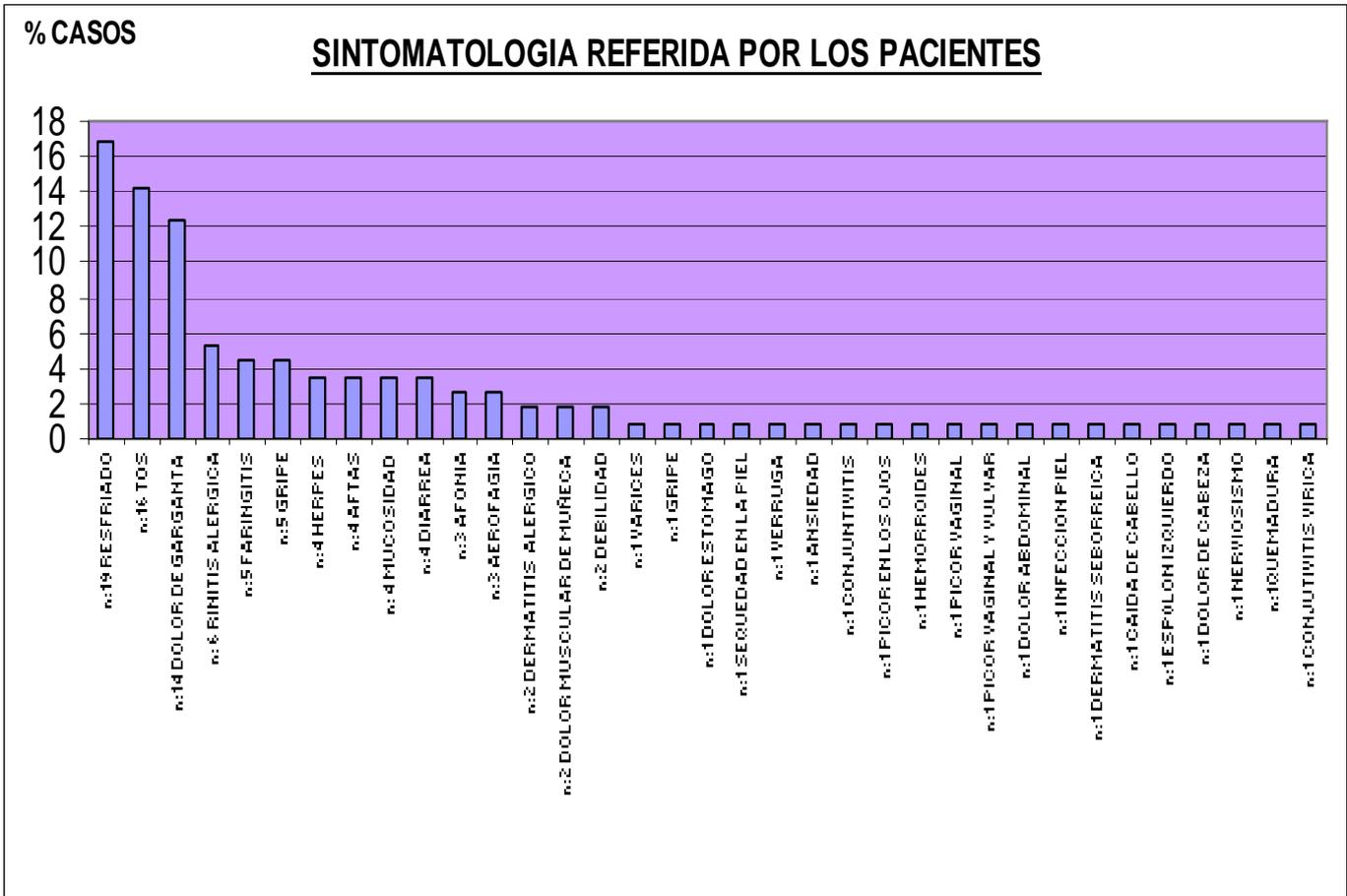
Tabla 3: Variables asociadas a la aplicabilidad del protocolo.

APLICABILIDAD	No	Si	
Identificación del problema de salud menor n: 97	5,2%	94,8%	100%
¿Desviación del protocolo? n: 107	95,3%	4,7%	100%
Tipo de indicación n: 107	Derivación al médico	Dispensación	
	3,7%	96,3%	100%

Motivos de consulta en indicación realizada (Obj 2.2)

Los motivos de la consulta al farmacéutico más frecuente fue el resfriado con un 16,8 % seguido de la tos con un 14,2% y del dolor de garganta con 12,4% el resto se exponen en la Gráfica según la codificación CIE9.

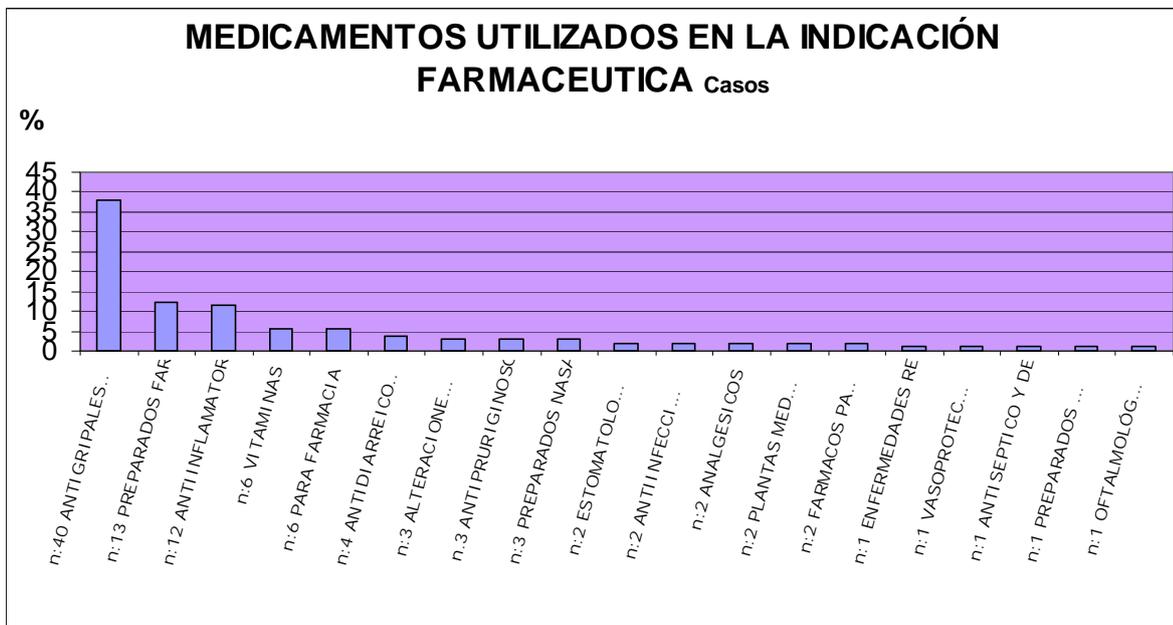
Gráfica 1: Sintomatología referida de los pacientes. N: 107



Medicamentos utilizados en la indicación farmacéutica. (Obj 2.3)

Según la codificación ATC de sistemas de actuación de los fármacos, los medicamentos más aconsejados son los codificados como R05 (antigripales y antitusivos) con un 38%, con un gran distancia del siguiente (preparados faríngeos) con un 12,4% (Gráfica 2) .Hay que tener en cuenta que en 2 casos se aconsejó más de un medicamento al mismo paciente.

Gráfica 2: Medicamentos utilizados en la indicación farmacéutica.



Para medir la efectividad de la indicación farmacéutica (Obj 3)

Se evaluó la evolución de los síntomas que refería el paciente así como el cumplimiento de la indicaciones que le facilitó el farmacéutico al dispensarle el/los fármacos. Y las consultas resueltas.

Los pacientes valoran la mejoría de sus síntomas tras la indicación farmacéutica (IF) en un 8,59 sobre 10.

En casi todas las farmacias la puntuación media de la valoración del cumplimiento de las indicaciones estuvo por encima de 8, concretamente considerando toda la muestra la puntuación media ha sido 8,71 con un mínimo de 4 y máximo de 10.

Al evaluar las consultas resueltas tras aplicar el protocolo se describieron los casos en los que no fue posible, (teniendo en cuenta las derivaciones, complicaciones, el querer buscar asesoramiento y fallo al aplicar el protocolo) surgidas después de la consulta al farmacéutico, el número de casos atendidos que contestaron a la encuesta n: 97, en los que se resolvieron los problemas de salud fue de un 88% de los casos.

Tabla 4: Motivos de consultas médicas no resueltas.

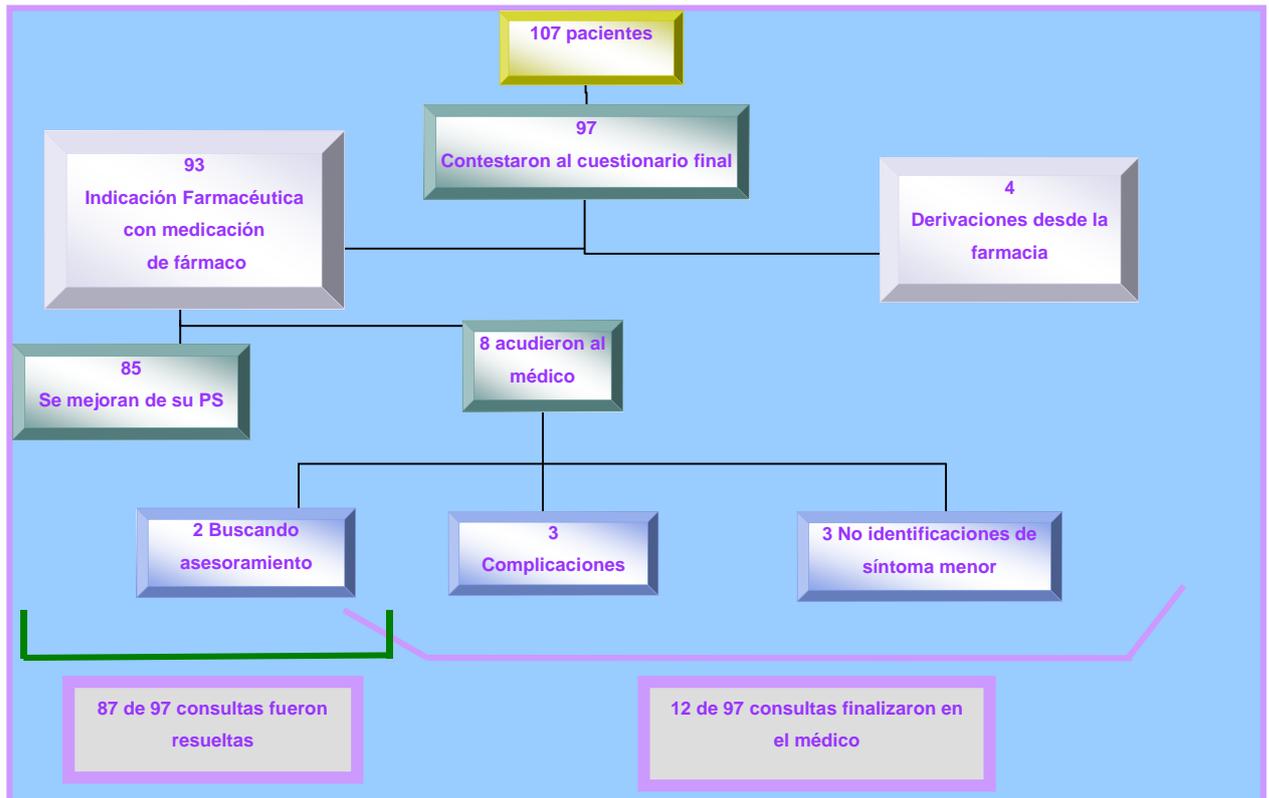
n:97	No	Si
¿Consulta médica resuelta?	12,0%	88,0%
a) No síntoma menor/derivación	58,3%	
b) Complicación	25,0%	
c) Querer asesoramiento médico	16,7%	

Los motivos por los que a 12 pacientes no se les pudo resolver la consulta y que tuvieron que acudir al médico fueron por: 4 derivaciones del farmacéutico y 8 tras la indicación de un fármaco (2 por

asesoramiento, 3 que se debían de haber derivado a priori y 3 por complicaciones).

De estos 6 últimos el médico sólo prescribió fármacos a 4 y en el resto de las ocasiones les aconsejó que siguieran con las indicaciones de su farmacéutico.

Grafica 3: Algoritmo de pacientes.



Del total de pacientes, 12 fueron al médico: 4 derivadas por el farmacéutico (descritas anteriormente) y 8 casos, en los que a pesar de haber consultado al farmacéutico prefirieron asesoramiento por otro profesional, estos se debían a:

- Tres de los pacientes sufrieron complicaciones en sus estados de salud iniciales (situaciones de afecciones respiratorias como gripe y resfriado así como una afección de garganta donde el médico tras explorar a los pacientes optó por añadir antibióticos, a los

tratamientos indicados por los farmacéuticos consistentes en antigripales (analgésicos y antipiréticos).y antitusivos).

- Dos casos en los que los pacientes quisieron buscar asesoramiento médico. En uno de ellos el médico optó recomendando proseguir con el tratamiento que tenía de base y en el otro caso le recomendó que continuara con la indicación de su farmacéutico.
- Tres acudieron al médico sin que el farmacéutico se lo recomendase y estos son realmente los casos donde se erró, se indicaron 2 complejos vitamínicos y una pomada venotónica el médico tubo que requerir de pruebas analíticas complementarias para los casos donde los pacientes referían agotamiento por dietas estrictas y de una colonoscopia para un caso de hemorroides que no mejoraba.

Al valorar la percepción que tienen los pacientes sobre la indicación farmacéutica (Obj 4) basándonos en la autopercepción del estado de salud que presenta el paciente y la satisfacción que percibe del servicio que solicitó en la farmacia.

El 72% de los pacientes consideraba que su estado de salud era bueno.

Tabla 5: Autopercepción del estado de salud.

<u>Autopercepción del estado de salud</u>	Frecuencia	Porcentaje
Malo	1	1,1
Regular	20	21,1
Bueno	68	71,6
Muy bueno	6	6,3
<u>Total</u>	95	100,0

Sólo un paciente contestó que se sentía malo y 2 no sabe-no contesta.

Si comparamos la autopercepción del estado de salud entre los mayores y menores de 50 años observamos los siguientes resultados:

Tabla 33: Autopercepción del estado de salud.

Autopercepción del estado de salud	Porcentaje acumulado \leq 50 años	Porcentaje acumulado $>$ 50 años
Mal	0%	6,3%
Regular	21,2%	56,3%
Bien	94,2%	100%
Muy bien	100%	100%

Como puede verse, el 21,2% de los menores de 50 años se sentía mal o regular mientras que este porcentaje era del 56,3% en los mayores de 50 años. Para comprobar si, efectivamente, el comportamiento de la variable se analizó el grado de significación generándose un nivel de significación de 0,098, es decir, permitiendo una probabilidad del error tipo I del 10%, se podría afirmar que el comportamiento de la variable era diferente según el grupo de edad.

Independientemente de la edad, la satisfacción por el servicio se sitúa como óptima en 9,42 sobre 10 con un valor mínimo de 8 y máximo de 10.

Tabla 6: Satisfacción con el servicio de indicación.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA	97	9,42	8	10	0,784

Al valorar la percepción que tenían los pacientes sobre el farmacéutico (Obj 5) que les atendió se obtuvo un índice elevado del 9,63 sobre una escala de 10, con un mínimo de 6 y máximo de 10.

En cuanto a la calidad de la información recibida fue óptima 9,6 se puntuó muy bien la información que dio el farmacéutico tanto en cantidad como en el entendimiento de la misma con valores mayores a 9. Los pacientes puntuaron muy alto 9,55 la preparación del farmacéutico, dándoles mucha confianza con un valor de 9,59 con un mínimo de 6 y máximo de 10.

La amabilidad recibida se caracterizó como óptima 9,8, coincidiendo el nivel de los apartados evaluados de disponibilidad del farmacéutico y trato y de 9,7 en el tiempo dedicado a resolver la consulta planteada.

Tabla 7: Percepción sobre le farmacéutico.

PERCEPCIÓN	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
¿Le pareció suficiente la información que le dio el farmacéutico?	97	9,4	0	10	1,226
¿Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico?	97	9,6	8	10	0,646
¿Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico?	96	<u>9,5</u>	<u>7</u>	<u>10</u>	0,752
1. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	97	9,6	6,7	10	0,7098
2. NIVEL DE CONFIANZA	97	9,6	6	10	0,787
Disponibilidad del farmacéutico	97	9,8	7	10	0,538
El trato del farmacéutico	97	9,8	8	10	0,482
Tiempo dedicado por el farmacéutico a su atención	97	9,7	7	10	0,566
3. AMABILIDAD DEL FARMACÉUTICO	97	9,8	8	10	0,453
<u>Total</u>	<u>96</u>	<u>9,6</u>	<u>6</u>	<u>10</u>	<u>0,649</u>

Es destacable que los mínimos son muy elevados, nunca por debajo de 6 puntos. La preparación del farmacéutico ha sido muy bien valorada con 9,5 y un mínimo de 7 sobre 10.

Hubo un paciente que contestó no sabe-no contesta.

Sobre la farmacia se valoró la percepción que tenían los pacientes (Obj 6).

Las dos primeras cuestiones accesibilidad y respeto a la intimidad, obtuvieron una puntuación de 9,33 siendo óptimas las valoraciones del tiempo de espera, las instalaciones, horarios y respeto a la intimidad.

Tabla 8: Percepción sobre la farmacia.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
1.ACCESIBILIDAD DE LA FARMACIA	96	<u>9,3</u>	6,3	10,0	0,8289
Tiempo de espera	96	<u>9,5</u>	5	10	0,805
Instalaciones	95	<u>9,2</u>	2	10	1,296
Horarios	76	<u>9,4</u>	6	10	0,953
2.RESPETO A SU INTIMIDAD	75	<u>9,3</u>	0	10	1,552
Total:	75	<u>9,3</u>	0	10	1,185

Tan sólo un paciente consideró que no se respetó su intimidad, y aunque es solo uno, la valoración de no respetarse su intimidad es muy importante para llevar a cabo una labor sanitaria.

En algunos apartados hasta 12 pacientes contestaron: no sabe-no contestan.

En la comparación con otras farmacias, el 53,6% de los pacientes habituales pensaron que la farmacia que suelen utilizar es mejor que cualquier otra conocida, frente el 43,5% de los pacientes de paso.

Tabla 9: comparación con otras farmacias.

Comparación con otras farmacias n: 82	Pacientes habituales	Pacientes de paso
3 Peor	0	0
1 Mejor	37 (53,6%)	10 (43,5%)
2 Igual	16 (23,2%)	12 (52,5%)
4 No conozco otras	16 (23,2%)	1 (4,3%)
Total	69 (100%)	23 (100%)

5 valores perdidos no saben no contestan.

Para comprobar si el hecho de ser cliente de paso o habitual influía al ahora de elegirla como la mejor se aplicó el contraste χ^2 $p < 0,05$, pudiendo afirmar que la probabilidad de elegir a la farmacia como la mejor es mas alta si el cliente es habitual que si es de paso.

Todos los pacientes de la muestra, salvo 4 que no contestaron, recomendarían la farmacia utilizada a sus allegados.

Tabla 10: Recomendación de la farmacia.

Recomendaría la farmacia n: 97	Frecuencia	Porcentaje
Si	93	96,9
No	0	0
NS/NC	4	4,1
Total	97	100,0

Factores asociados entre variables (Obj: 7)

Percepción de mejoría: Las variable independientes (información suficiente y el seguimiento de las indicaciones) son significativas a la hora de explicar el comportamiento de la variable "mejoría". (Regresión lineal).

Tabla 11: variables de las que puede depender la mejoría.

	Var. Dependiente: Mejoría	
VARIABLES INDEPENDIENTES	Coefficientes estandarizados	Significación
"¿Le pareció suficiente la información que le dio el farmacéutico?(0=Insuficiente,...,10=Suficiente)	0,289	0,039
"¿Siguió las indicaciones que le hizo el farmacéutico?" (0=Insuficiente,...,10=Suficiente)	0,203	0,019

Pudiendo llegar a afirmar que:

- A medida que se considera suficiente la información recibida aumenta la percepción de mejoría (Coeficientes estandarizados de 0,289 y significación de 0,039)
- Cuanto mayor es el cumplimiento de las indicaciones mayor es la percepción de mejoría. (Coeficientes estandarizados de 0,203y significación de 0,019)

Se ha probado con otras variables en este estudio pero al meter más variables aparece el problema de la colinealidad pues hay mucha relación entre las preguntas y se ocultan entre ellas, el modelo no es coherente y los resultados dan diferentes a lo razonable.

Identificación del problema de salud; a continuación se estudió como influye el factor "farmacéutico" pues a lo largo del estudio se les pidió a los pacientes que valoraran su percepción del farmacéutico en base a tres características:

- Calidad de la información transmitida por el farmacéutico (suma de : preparación del farmacéutico, información suministrada suficiente y entendimiento de la información)
- Confianza transmitida por el farmacéutico
- Amabilidad recibida del farmacéutico (Escucha, trato y tiempo).

Las razones de las ventajas (Odds Ratio) y su significación asociada se presentan en la siguiente tabla: (regresión logística binaria).

Tabla 12: variable de identificación del problema de salud menor.

VARIABLES INDEPENDIENTES	Var. Dependiente: Identificación del problema de salud menor	
	O.R.	Significación
Calidad de la información	3,629	0,043
Confianza transmitida por el farmacéutico	0,369	0,430
Amabilidad del farmacéutico	0,429	0,658

Los resultados permiten afirmar que la confianza y la amabilidad no influye en la identificación del problema de salud menor, pero si la calidad de la información.

- Cuanto mejor sea la calidad de la información principalmente entendida como la preparación del farmacéutico, la probabilidad de identificar por parte del farmacéutico el problema de salud menor, aumenta. (Odds ratio 3,62 y significación de 0,043)

Comparación con otras farmacias: se utilizaron las características del farmacéutico, de la farmacia y del paciente para relacionar que lleva a decidir a un paciente a clasificarla como la mejor.

La variable comparación con otra farmacia tras eliminar los pacientes que no conocían otras farmacias se convirtió en dicotómica con categorías "igual" o "mejor" (categoría de referencia), pues nadie durante el estudio clasificó a la farmacia como peor

Las razones de las ventajas (Odds Ratio) y su significación asociada se presentan en la siguiente tabla: (regresión logística binaria).

Tabla 13: Variables de elección de una farmacia.

VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLE DEPENDIENTE. Elección de la farmacia como mejor.	
	O.R.	Significación
Nivel de satisfacción		
Calidad de la información	0,924	0,900
Confianza	0,702	0,480
Amabilidad del farmacéutico	4,352	0,087
Accesibilidad de la farmacia	2,859	0,018
Paciente Habitual	3,128	0,068

Podemos afirmar:

- Cuanto mayor sea la amabilidad del farmacéutico (Su capacidad de escucha, el trato y el tiempo dedicado), la probabilidad de elegir a la farmacia como la mejor aumenta. (Odds ratio 4,35 y significación de 0,087)
- Cuanto más accesible es una farmacia (tiempo de espera, estado de las instalaciones y el horario), mayor es la probabilidad de elegirla como una de las mejores. (Odds ratio 2,85 y significación de 0,018)
- La probabilidad de elegir como mejor a la farmacia es más alta si el paciente es habitual que si es de paso. (Odds ratio 3,12 y significación de 0,068)

Por último se le preguntó a los pacientes que es lo primero que mejorarían del servicio (Obj 8) y el 66,7% de los que contestaron, comentó que no cambiaría nada de la farmacia en la que fue atendido.

Las respuestas obtenidas han sido:

Tabla 14: Mejoras en el servicio de farmacia

	Frecuencia	Porcentaje
No cambiaría nada	20	66,7
El cambio frecuente de personal	1	3,3
Horario de atención más flexible	2	6,6
La atención al público	1	3,3
Más información sobre medicamentos genéricos	1	3,3
Más personal	1	3,3
Las medidas de seguridad en la farmacia	1	3,3
NS/NC	3	10,0
Total	30	100

77 valores perdidos

Las cosas que querrían cambiar principalmente los pacientes que contestaron serían que el personal no cambiase tan frecuentemente, que mejorase el horario de atención al público y las medidas de seguridad de las farmacias así como ampliar la información sobre genéricos.

6.4. RESULTADOS DETALLADOS POR FARMACIAS

6.4.1. OBJETIVO 1: APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO

Para estudiar la posibilidad de llevarse a cabo el protocolo se van a tener en cuenta tres variables para saber si ayuda a identificar un síntoma menor, como lo resuelve el farmacéutico si derivando o indicando un fármaco y de estos en cuantos casos ha sido necesario indicar un fármaco que requiere prescripción médica

6.4.1.1. Identificación del síntoma menor:

Del total de indicaciones global y del total de indicaciones por farmacias, la identificación del problema de salud menor se produjo en un porcentaje muy alto de casos:

Tabla 15: Identificación del problema de salud menor.

FARMACIAS		Identificación del síntoma menor		Total por farmacia
		No	Si	
FARMACIA 1	Recuento	0	17	17
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 2	Recuento	2	26	28
	% de Farmacia	7,1%	92,9%	100,0%
FARMACIA 3	Recuento	2	18	20
	% de Farmacia	10,0%	90,0%	100,0%
FARMACIA 4	Recuento	0	6	6
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 5	Recuento	0	3	3
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 6	Recuento	0	13	13
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 7	Recuento	1	9	10
	% de Farmacia	10,0%	90,0%	100,0%
Total	Recuento	5	92	97
	% de Farmacia	5,2%	94,8%	100,0%

10 valores perdidos

Las farmacias 1, 4 ,5 y 6 no identificaron síntomas derivables en los pacientes que recibieron la indicación farmacéutica, por consiguiente el total de pacientes tuvieron síntomas tratables por el farmacéutico.

Las farmacias 3 y 7, identificaron un 90% de síntomas menores del total de los pacientes. El 92,9% de estos síntomas fueron identificados en la farmacia 2, siendo el porcentaje más alto de las 7 farmacias estudiadas el 100% en 3 de ellas.

Concretamente, en el 94,8% del total de casos se produjo la identificación del problema de salud menor.

6.4.1.2. Tipo de indicaciones farmacéuticas

Las indicaciones farmacéuticas realizadas en cada farmacia se describen a continuación:

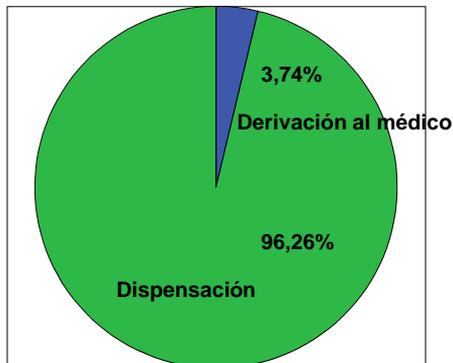
Tabla 16: Tipo de indicaciones por farmacias

FARMACIA		Tipo de indicación		Total por farmacia
		Derivación al médico	Dispensación	
FARMACIA 1	Recuento % de Farmacia	0 0,0%	17 100,0%	17 100,0%
FARMACIA 2	Recuento % de Farmacia	1 3,6%	27 96,4%	28 100,0%
FARMACIA 3	Recuento % de Farmacia	2 10,0%	18 90,0%	20 100,0%
FARMACIA 4	Recuento % de Farmacia	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
FARMACIA 5	Recuento % de Farmacia	0 0,0%	5 100,0%	5 100,0%
FARMACIA 6	Recuento % de Farmacia	0 0,0%	17 100,0%	17 100,0%
FARMACIA 7	Recuento % de Farmacia	0 0,0%	13 100,0%	13 100,0%
Total	Recuento % de Farmacia	4 3,7%	103 96,3%	107 100,0%

Considerando toda la muestra, la derivación al médico, después de la consulta del paciente, se realizó sólo en un 3,7% de los casos ,4 casos donde el farmacéutico percibió que no eran síntomas menores.

El porcentaje más alto de derivaciones al médico es de un 14.3% en la farmacia 4, seguida con un 10% en la farmacia 3 y con un 3,6% la farmacia 2, el resto de las farmacias no realizaron ninguna derivación al médico.

Tipo de intervención



Gráfica 4: Tipo de intervención n: 107.

6.4.1.3. Desviación de protocolo

Los resultados sobre las desviaciones de protocolo en las diferentes farmacias se presentan a continuación:

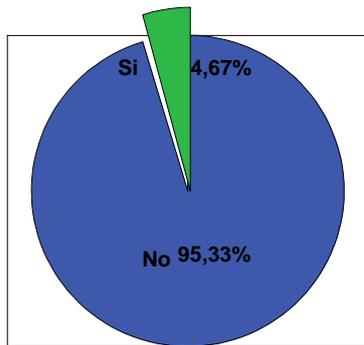
Tabla 17: Desviaciones del protocolo.

FARMACIAS		¿Desviación del protocolo?		
		No	Si	Total por farmacia
FARMACIA 1	Recuento	13	4	17
	% de Farmacia	76,5%	23,5%	100,0%
FARMACIA 2	Recuento	28	0	28
	% de Farmacia	100,0%	0,0%	100,0%
FARMACIA 3	Recuento	20	0	20
	% de Farmacia	100,0%	0,0%	100,0%
FARMACIA 4	Recuento	7	0	7
	% de Farmacia	100,0%	0,0%	100,0%
FARMACIA 5	Recuento	5	0	5
	% de Farmacia	100,0%	0,0%	100,0%
FARMACIA 6	Recuento	16	1	17
	% de Farmacia	94,1%	5,9%	100,0%
FARMACIA 7	Recuento	13	0	13
	% de Farmacia	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	102	5	107
	% de Farmacia	95,3%	4,7%	100,0%

La mayoría de las desviaciones de protocolo se han producido en la farmacia 1, con un 23,5%; en la farmacia 6, de las 17 indicaciones farmacéuticas realizadas, solo una se desvió del protocolo, esto equivale a un 5,6%.

En las farmacias restantes no hubo desviaciones en el protocolo.

Desviaciones del protocolo?



Gráfica 5: Desviaciones del protocolo.

Considerando el total de la muestra, las desviaciones del protocolo se ha producido sólo en el 4,7% de los casos al indicarse productos que requerían receta médica.

6.4.2. OBJETIVO 2: CARACTERIZACIÓN DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

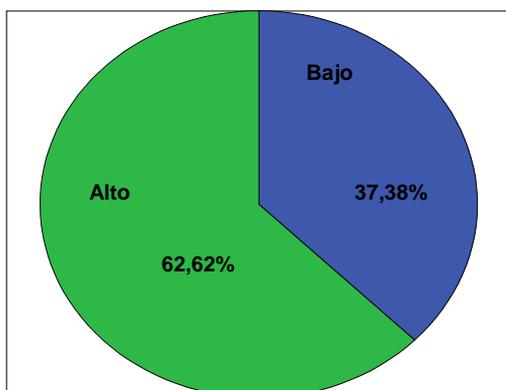
El objetivo de esta sección es caracterizar la indicación farmacéutica. Es necesario analizar la población que más solicita indicaciones farmacéuticas en la farmacia en base a características sociodemográfica tipo de paciente y sus características clínico- farmacológicas.

6.4.2.1. Perfil de los pacientes atendidos

El estudio se realizó sobre 107 pacientes de 7 farmacias de la ciudad de Sevilla. Las farmacias se han agrupado en farmacias de barrios con nivel socioeconómico bajo y alto. Como puede observarse, un 62,6% son pacientes de farmacias en barrios con nivel socioeconómico alto.

Tabla 18:

Nivel Socioeconómico de la farmacia.



	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	40	37,4
Alto	67	62,6
Total	107	100,0

Gráfica 6: Nivel socioeconómico.

Los farmacéuticos clasificaron a los pacientes como habituales o de paso. En cada farmacia, se obtuvieron los siguientes resultados:

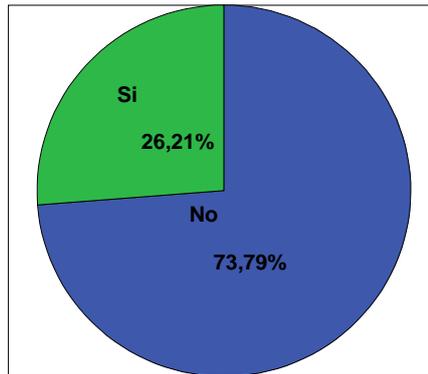
Tabla 19: Tipo de paciente.

FARMACIA	PACIENTE HABITUAL	PACIENTE DE PASO	TOTAL
FARMACIA 1	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13
FARMACIA 2	20 (71,4%)	8 (28,6%)	28
FARMACIA 3	18 (90%)	2 (10)	20
FARMACIA 4	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7
FARMACIA 5	5 (100%)	0 (0%)	5
FARMACIA 6	12 (70,6%)	5 (29,4%)	17
FARMACIA 7	6 (46,2%)	7 (53,8%)	13
Total	76 (73,8%)	27 (26,2%)	103

4 valores perdidos por no registro del farmacéutico

Del total de pacientes participantes registrados en el estudio, el 73,8% eran pacientes habituales. Salvo en las farmacias 4 y 7 en la que los pacientes seleccionados estaban muy repartidos entre habituales y de paso en el resto la mayoría de pacientes eran habituales.

Pacientes de Paso



Gráfica 7: Tipos de pacientes.

La edad media, mínima y máxima de los pacientes de cada farmacia se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 20: Edad de los pacientes por farmacia.

FARMACIAS	N	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESV. TÍP.
FARMACIA 1	5	33,8	26	51	9,96
FARMACIA 2	19	34,8	19	72	12,37
FARMACIA 3	19	46,2	25	96	16,34
FARMACIA 4	4	46,2	27	66	19,60
FARMACIA 5	5	50,6	37	62	9,34
FARMACIA 6	15	53,3	21	89	22,47
FARMACIA 7	12	37,4	17	63	14,05
Total	79	42,9	17	96	17,12

28 valores perdidos

La edad media obtenida esta es de 42,96 años con un mínimo de 17 años y un máximo de 96 años, los mínimos se mueven entre los 17-19 años en las farmacias 2 y 7 y de los 21-26 años en las farmacias 1,3,4,6.

Sólo la farmacia 5 es la que tiene una edad mínima que sobrepasa los 35 años. El máximo mayor de edad se encuentra en la farmacia 3 con 96 años y la farmacia 6 con 89 años, el resto está comprendido entre los 62-66 años

en tres farmacias. La farmacia 1 tiene pacientes con edad máxima de 51 años y la 2 con un máximo de 72 años.

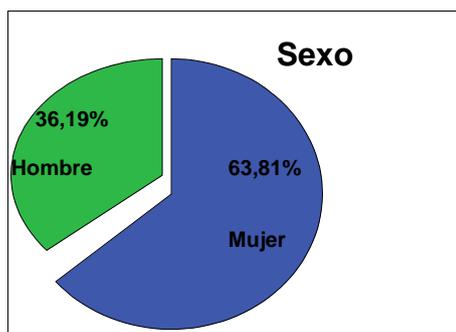
Al analizar la variable "Sexo" por farmacia, se observa, que en casi todas, predominó el sexo femenino salvo la farmacia 5 y 6:

Tabla 21: Género por farmacias.

FARMACIA	MUJER	HOMBRE	TOTAL
FARMACIA 1	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17
FARMACIA 2	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28
FARMACIA 3	13 (68,4%)	6 (31,6%)	19
FARMACIA 4	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7
FARMACIA 5	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5
FARMACIA 6	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17
FARMACIA 7	9 (75,0%)	3 (25,0%)	12
Total	67 (63,8%)	38 (36,2%)	105

2 valores perdidos

Del total de pacientes, el 63,8% eran mujeres.



El nivel de estudios de los pacientes se ha agrupado en cuatro categorías: estudios primarios incompletos, estudios primarios completos, estudios secundarios y estudios superiores. Los resultados de cada farmacia se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 22: Tipo de estudios.

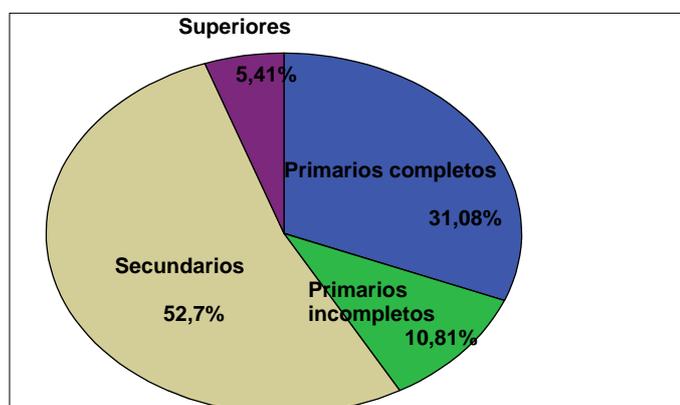
FARMACIA	PRIMARIOS INCOMPL.	PRIMARIOS COMPL.	SECUND.	SUPER.	TOTAL
FARMACIA 1	0 (0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0 (0%)	6
FARMACIA 2	1 (4,5%)	6 (27,3%)	15 (68,2%)	0 (0%)	22
FARMACIA 3	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	0 (0%)	7
FARMACIA 4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	0 (0%)	4
FARMACIA 5	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	5
FARMACIA 6	4 (23,5%)	8 (47,1%)	5 (29,4%)	0 (0%)	17
FARMACIA 7	0 (0%)	0 (0%)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	13
Total	8 (10,8%)	23 (31,1%)	39 (52,7%)	4 (5,4%)	74

33 valores perdidos por no registro del farmaceutico.

El 52,7% de los pacientes tienen estudios secundarios. Solo en la farmacia 7 hay pacientes con estudios superiores.

Las farmacias 1 y 7 no atendieron a nadie con los estudios primarios incompletos.

Nivel de Estudios



Por farmacias, el porcentaje de pacientes con problemas de salud concomitantes se puede consultar en la siguiente tabla:

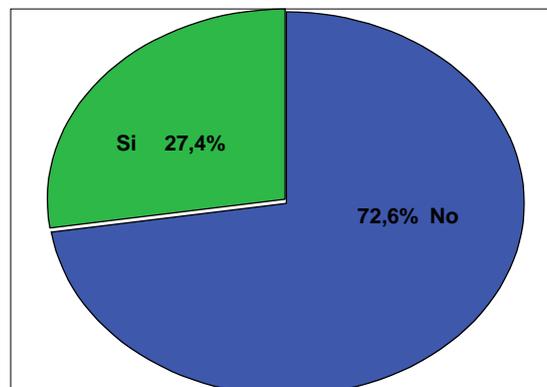
Tabla 23: Pacientes con problemas de salud concomitantes.

FARMACIA	CON PROBLEMA	SIN PROBLEMA	TOTAL
FARMACIA 1	9 (100%)	0 (0%)	9
FARMACIA 2	2 (11,8%)	15 (88,2%)	17
FARMACIA 3	5 (33,3%)	10 (66,7%)	15
FARMACIA 4	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3
FARMACIA 5	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3
FARMACIA 6	1 (7,1%)	13 (92,9%)	14
FARMACIA 7	1 (8,3%)	11 (91,7%)	12
Total	20 (27,4%)	53 (72,6%)	73

34 valores perdidos, no registro.

De los pacientes que participaron en el estudio en el 27,4% presentaron problemas de salud concomitantes. La farmacia 1 no tuvo ningún paciente con problemas concomitantes y en las farmacias 2, 6 y 7 los porcentajes fueron inferiores al 10% los pacientes que si tenían problemas

Problemas de salud concomitantes



concomitantes.

Los problemas descritos han sido: arritmia, aumento de la transaminasas, depresión, hipertensión, piel atópica, sobrepeso y varices.

Por farmacias, el porcentaje de pacientes con tratamientos concomitantes se puede consultar en la siguiente tabla:

La gran mayoría de los pacientes eran gente sana.

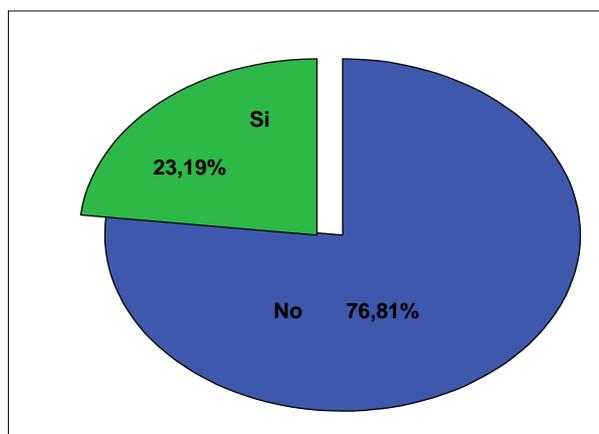
Tabla 24: Pacientes con tratamientos concomitantes.

FARMACIA	CON TRATAM.	SIN TRATAM.	TOTAL
FARMACIA 1	8 (100%)	0 (0%)	8
FARMACIA 2	1 (6,3%)	15 (93,8%)	16
FARMACIA 3	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13
FARMACIA 4	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3
FARMACIA 5	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3
FARMACIA 6	1 (6,7%)	14 (93,3%)	15
FARMACIA 7	0 (0%)	11 (100%)	11
Total	16 (23,2%)	53 (76,8%)	69

38 valores perdidos por no registro.

De los pacientes estudiados, el 23,2% de ellos tienen un tratamiento concomitante. Volvemos a encontrarnos a la farmacia 1 sin ningún paciente con tratamiento de base y la 2 y la 6 con un porcentaje inferior al 10% de pacientes con tratamientos. La mayoría no usan medicamentos.

Tratamientos concomitantes



Los tratamientos encontrados han sido: antibiótico, paracetamol, anticonceptivos, calcio, clorazepato dipotásico, ácido alendrónico, ibuprofeno, amlodipino, ambroxol, vitamina E y medicación para artrosis. Tras describir el perfil de los pacientes participantes en el estudio, se presentan los

motivos de la consulta farmacéutica y los medicamentos aconsejados en la atención de dichas consultas.

6.4.2.2. Motivos de las indicaciones farmacéuticas

Los motivos de la consulta al farmacéutico, según la codificación de la CIE9, se exponen en la siguiente tabla. En ella hay que tener en cuenta que algunos pacientes presentaban varios motivos:

Tabla 25: Motivos de consulta.

Codificación CIE9	Frecuencia	Porcentaje
RESFRIADO	19	16,8
TOS	16	14,2
DOLOR DE GARGANTA	14	12,4
RINITIS ALERGICA	6	5,3
GRIPE	6	5,3
FARINGITIS	5	4,4
HERPES	4	3,5
AFTAS	4	3,5
MUCOSIDAD	4	3,5
DIARREA	4	3,5
AFONIA	3	2,7
AEROFAGIA	3	2,7
DERMATITIS ALERGICO	2	1,8
DOLOR MUSCULAR DE MUÑECA	2	1,8
DEBILIDAD	2	1,8
VARICES	1	0,9
DOLOR ESTOMAGO	1	0,9
SEQUEDAD EN LA PIEL	1	0,9
VERRUGA	1	0,9
ANSIEDAD	1	0,9
COJUNTIVITIS	1	0,9
PICOR EN LOS OJOS	1	0,9
HEMORROIDES	1	0,9
PICOR VAGINAL	1	0,9
PICOR VAGINAL Y VULVAR	1	0,9
DOLOR ABDOMINAL	1	0,9
INFECCION PIEL	1	0,9
DERMATITIS SEBORREICA	1	0,9
CAIDA DE CABELLO	1	0,9
ESPOLON IZQUIERDO	1	0,9
DOLOR DE CABEZA	1	0,9
NERVIOSISMO	1	0,9
QUEMADURA	1	0,9
CONJUTIVITIS VIRICA	1	0,9
Total	113	100

El motivo más presentado es el codificado como 460 (Resfriado) con un 16,8 % seguido de la tos con un 14,2% y del dolor de garganta con 12,4 quedando muy alejados del siguiente motivo de consulta que es la rinitis alérgica con un 5,3 %

Según la codificación por sistemas donde actúan los fármacos:

Tabla 26: Tipo de sistemas involucrados.

Codificación por sistema	Frecuencia	Porcentaje	
Enf infecciosas	1	4	3,8
Enf endocrinas, metabólicas.	3	11	10,4
Enf mentales	5	2	1,9
Enf del SN y de los sentidos	6	10	9,4
Enf Sist. circulatorio	7	2	1,9
<u>Enf Respiratoria</u>	8	65	61,3
Enf digestivas	9	3	2,8
Enf piel	12	4	3,8
Enf osteo-mioarticulares..	13	4	3,8
Enf perinatales	15	1	0,9
Total		106	100,0

El motivo más presentado es el codificado como 8 de enfermedades respiratorias muy distante del resto de sistemas.

6.4.2.3. Medicamentos aconsejados

Según la codificación ATC, los medicamentos aconsejados por los farmacéuticos se presentan en la tabla siguiente. Hay que tener en cuenta que algunas veces se aconsejó más de un medicamento al mismo paciente.

Tabla 26: Medicamentos indicados.

ATC	Frecuencia	Porcentaje	ATC	Frecuencia	Porcentaje
17B05	1	0,9	M01AE	3	2,8
A01AB	1	0,9	M01AX	9	8,5
A01AC	1	0,9	M02AA	1	0,9
A02AD	1	0,9	N02BE	2	1,9
A03AX	3	2,8	PN05	1	0,9
A07CA	1	0,9	PN06	1	0,9
A07DA	4	3,8	R01AA	1	0,9
A11BA	5	4,7	R01AX	1	0,9
A11JC	1	0,9	R01BA	1	0,9
C05AD	1	0,9	R02AA	8	7,5
D04AA	1	0,9	R02AB	5	4,7
D04AB	1	0,9	R03CC	2	1,9
D04AX	1	0,9	R05A	1	0,9
D06BB	2	1,9	R05CA	3	2,8
D08AX	1	0,9	R05CB	4	3,8
F0330	1	0,9	R05DA	7	6,6
F5314	1	0,9	R05FA	5	4,7
F8611	2	1,9	R05X	20	18,9
FPH10	1	0,9	S01GA	1	0,9
			Total	106	100

Los medicamentos más aconsejados son los codificados como R05X con un 18,9%, 20 casos de 106.

Según la codificación ATC sistemas donde actúan los fármacos, los medicamentos más aconsejados son los codificados como R05. (antigripales

y antitusivos) con un 38%, con un gran distancia del siguiente con un 12,4% de preparados faríngeos

Tabla 27: Tipo de medicamentos indicados.

		Frecuencia	Porcentaje
ANTIGRI PALES Y ANTITUSIVOS	R05	40	38,10
PREPARADOS FARINGEOS	R02	13	12,40
ANTI INFLAMATORIOS Y ANTI REUMATICOS	M01	12	11,40
VITAMINAS	A11	6	5,70
PARA FARMACIA	PARAFARMACIA	6	5,70
ANTI DIARREICOS, ANTI INFLAMATOROS Y ANTI INFECCIOSOS INTESTINALES	A07	4	3,80
ALTERACIONES FUNCIONALES GASTROINTESTINALES	A03	3	2,90
ANTI PRURIGINOSOS, INCLUYENDO ANTI HISTAMINICOS Y ANESTESICOS)	D04	3	2,90
PREPARADOS NASALES	R01	3	2,90
ESTOMATOLOGICOS	A01	2	1,90
ANTI INFECCIOSOS TÓPICOS	D06	2	1,90
ANALGESICOS	N02	2	1,90
PLANTAS MEDICINALES	PLANTAS	2	1,90
FARMACOS PARA ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS Y PULMONARES	R03	2	1,90
ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ACIDEZ	A02	1	1,00
VASOPROTECTORES	C05	1	1,00
ANTI SEPTICO Y DESINFECTANTES.	D08	1	1,00
PREPARADOS TÓPICOS PARA DOLORES MUSCULARES Y ARTICULARES	M02	1	1,00
OFTALMOLÓGICOS	S01	1	1,00
	Total	105	100,00

6.4.3. OBJETIVO 3: EFECTIVIDAD DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Para ver la efectividad se midieron la evolución de los síntomas que refería el paciente así como el cumplimiento de la indicaciones que le facilitó el farmacéutico al dispensarle el/los fármacos y las consultas resueltas.

Para ello se pidió a los pacientes que valoraran su mejoría con puntuaciones desde 0 (Ninguna mejoría) hasta 10 (Totalmente mejorado).

Los resultados globales y por farmacia se presentan a continuación:

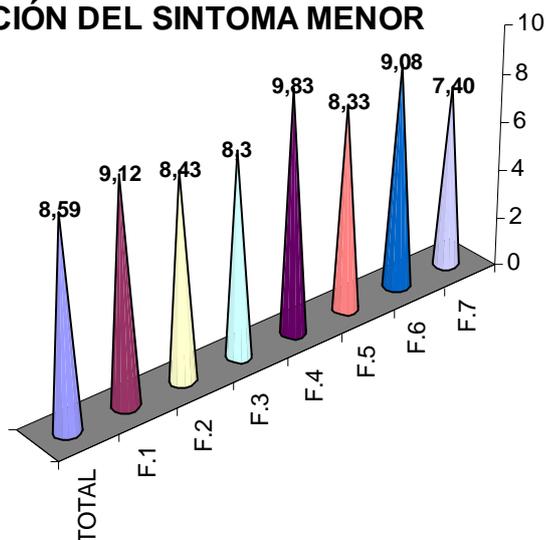
Tabla 28: Percepción de mejoría del paciente.

Farmacia	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
FARMACIA 1	17	9,1	6	10	1,495
FARMACIA 2	28	8,4	0	10	2,795
FARMACIA 3	20	8,3	0	10	2,697
FARMACIA 4	6	9,8	9	10	0,408
FARMACIA 5	3	8,3	5	10	2,887
FARMACIA 6	13	9,1	5	10	1,498
FARMACIA 7	10	7,4	1	10	2,503
GLOBAL	97	8,6	0	10	2,326

10 valores perdidos

Todas las farmacias exceptuando a la 7 presentan una recuperación de los síntomas mayor a 8 y las farmacias 1,4 y 6 mayor a 9 puntos que se considera como óptimo.

SOLUCIÓN DEL SINTOMA MENOR



Dado que la valoración media de la mejoría en la farmacia "FARMACIA 7" es ligeramente menor se ha intentado analizar si las valoraciones medias sobre la mejoría en todas las farmacias se pueden considerar similares no existiendo diferencias significativas entre las farmacias al medir el comportamiento medio de la variable "mejoría". ($P=0,145$)

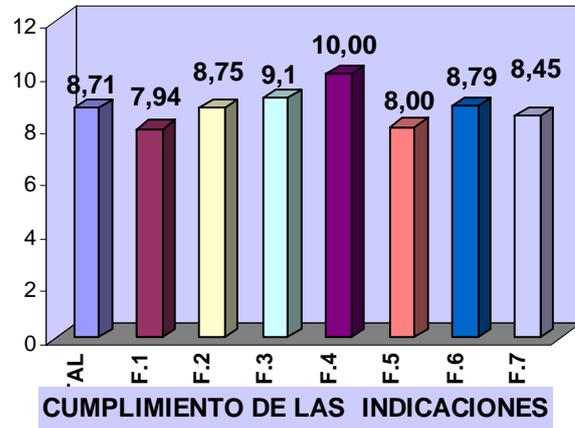
De la valoración del cumplimiento de las indicaciones, los resultados han sido los que se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 29: Cumplimiento de las indicaciones.

Farmacias	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
FARMACIA 1	17	7,9	0	10	2,749
FARMACIA 2	27	8,7	0	10	2,382
FARMACIA 3	20	9,1	0	10	2,337
FARMACIA 4	6	10,0	10	10	,000
FARMACIA 5	3	8,0	4	10	3,464
FARMACIA 6	13	8,8	4	10	2,155
FARMACIA 7	11	8,4	5	10	1,809
Total	97	8,7	0	10	2,305

10 valores perdidos por no sabe no contesta

En las farmacias 1, 2 y 3 algunos de los pacientes reconocieron no haber seguido nada las indicaciones y en la 5 y 6 este cumplimiento se encuentra por debajo de punto medio que es 5, tan solo en la número 4 los 6 pacientes que atendieron cumplieron íntegramente con las indicaciones del farmacéutico.



En casi todas las farmacias la puntuación media de la valoración del cumplimiento de las indicaciones está por encima de 8, concretamente considerando toda la muestra la puntuación media ha sido 8,71 con un mínimo de 0 y máximo de 10.

Tras aplicar el protocolo se hizo necesario ver el número de consultas resueltas que se presentan a continuación:

Tabla 30: Consultas resueltas por farmacia.

FARMACIAS		¿Consultas resueltas?		
		No	Si	Total
FARMACIA 1	Recuento	0	17	17
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 2	Recuento	5	23	28
	% de Farmacia	17,9%	82,1%	100,0%
FARMACIA 3	Recuento	4	16	20
	% de Farmacia	20,0%	80,0%	100,0%
FARMACIA 4	Recuento	1	5	6
	% de Farmacia	16,7%	83,3%	100,0%
FARMACIA 5	Recuento	0	3	3
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 6	Recuento	0	14	14
	% de Farmacia	0,0%	100,0%	100,0%
FARMACIA 7	Recuento	2	10	12
	% de Farmacia	16,7%	83,3%	100,0%
Total	Recuento	12	88	100
	% de Farmacia	12,0%	88,0%	100,0%

7 valores perdidos por no registro del farmacéutico.

Los datos sobre el número de casos atendidos en resolvieron las consultas por las farmacias fue de un 80% o más y considerando el total de los pacientes, la consulta no se resolvió en un 12% de los casos. En la farmacia 3 se obtuvo el porcentaje más alto de consulta no resuelta con un 20%, con un 17,9% la farmacia 2, las farmacias 4 y 7 tiene un porcentaje del 16,7%. Mientras que en las farmacias 1, 5 y 6 se solucionaron todas las consulta.

¿Consulta resuelta?

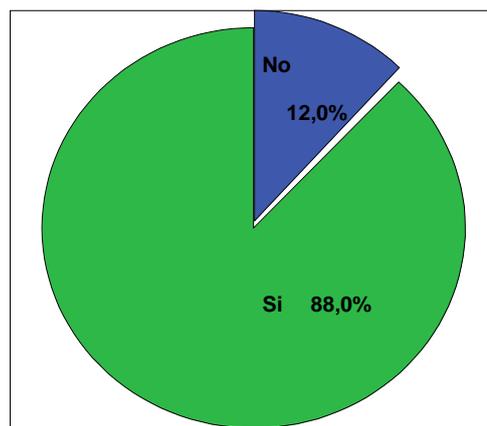


Tabla 31: Consultas no resueltas.

Consulta no resuelta	Frecuencia	Porcentaje
No síntoma menor/derivación.	7	58,3
Complicación	3	25,0
Asesoramiento médico	2	16,7
Total	12	100

Del total de pacientes 12 fueron al medico: 4 derivadas por el farmacéutico (descritas anteriormente) y 8 casos en las que los pacientes optaron por ir.

- 3 complicaciones que pudieran ser imprevisibles pero que coinciden en la misma farmacia la número 2.

- 2 por opción del paciente al querer buscar asesoramiento médico y no quedarse del todo conforme con la indicación farmacéutica, correspondiente a las farmacias 2 y 3.
- 3 por no detectar un síntoma mayor que pertenecen dos pacientes a la farmacia 3 y uno a la farmacia 2.

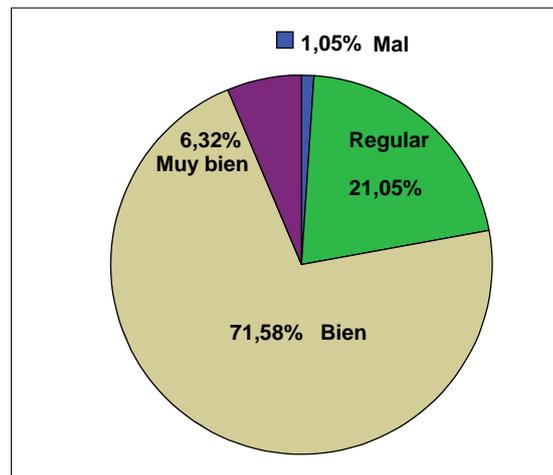
6.4.4. OBJETIVO 4: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Se basa en la autopercepción del estado de salud que presenta el paciente y la satisfacción que percibe del servicio que solicitó en la farmacia.

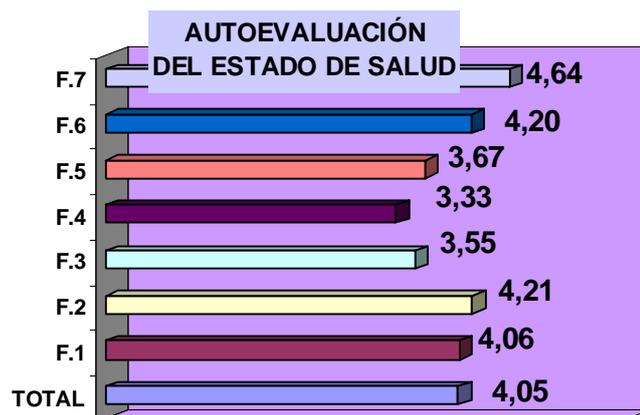
Para obtener un resultado total se van a sumar las respuestas de cada pregunta y dividir por el N° total de las mismas, teniendo cada respuesta el mismo valor.

La mayoría de los pacientes atendidos al cabo de una semana manifestaron que su autopercepción del estado de salud era regular en un 21% y buena en el 71%. Nadie contestó que se sentía muy mal. Los resultados sobre autopercepción del estado de salud se presentan en la siguiente gráfica:

Autopercepción del estado de salud



Si analizamos la autoevaluación del estado de salud por farmacia nos encontramos que exceptuando las farmacias 3,4 y 5 el resto se autoevalúan por encima de 4.



6.4.4.1. Satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica

Para valorar la satisfacción con el servicio de la farmacia utilizada se les pidió a los pacientes que valoraran esta característica de 0 (Nada satisfecho) a 10 (Muy satisfecho). Los resultados por farmacias y para toda la muestra han sido:

Tabla 34: Satisfacción con el servicio de indicación.

Farmacias	N	Media	Mínimo	Máximo	Desv. típ.
FARMACIA 1	17	9,1	8	10	0,827
FARMACIA 2	27	9,5	8	10	0,793
FARMACIA 3	20	9,6	8	10	0,754
FARMACIA 4	6	9,7	8	10	0,816
FARMACIA 5	3	9,7	9	10	0,577
FARMACIA 6	13	9,6	9	10	0,514
FARMACIA 7	11	9,2	8	10	0,982
Total	97	9,4	8	10	0,784

Como puede observarse, casi todas las puntuaciones mínima obtenidas ha sido 8 y máximas de 10 con una media de 9,42.



6.4.5. OBJETIVO 5: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL FARMACÉUTICO

Para valorar la percepción que tienen los pacientes sobre el farmacéutico que les atendió se midió el nivel de satisfacción de tres características: la calidad de la información recibida, la confianza sobre el consejo farmacéutico recibido y el trato del farmacéutico y además se clasificó si el paciente era habitual o de paso.

6.4.5.1. Calidad de la información recibida

Para valorar la información recibida por el farmacéutico se les plantó a los pacientes tres cuestiones:

- ¿Le pareció suficiente la información que le dio el farmacéutico? Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 35: Percepción de si la información fue suficiente por tipo de paciente.

¿Le pareció suficiente la información que le dio el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	70	0	10	9,41	1,367
Paciente de paso	24	7	10	9,38	0,824

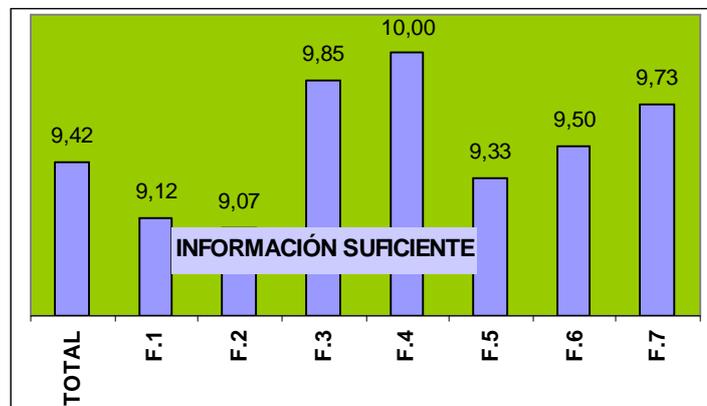
3 valores perdidos por no sabe no contesta

Dado que la puntuación media de los pacientes de paso es menor que la de los habituales, se analizó el nivel de significación 0,924 determinándose que no hay diferencias. Los resultados para toda la muestra son:

Tabla 36: Percepción de si la información fue suficiente.

¿Le pareció suficiente la información que le dio el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total	94	0	10	9,42	1,226

3 valores perdidos por no sabe no contesta



➤ ¿Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico? Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), son:

Tabla 37: Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico por paciente.

¿Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	70	8	10	9,7	0,657
Paciente de paso	24	8	10	9,6	0,565

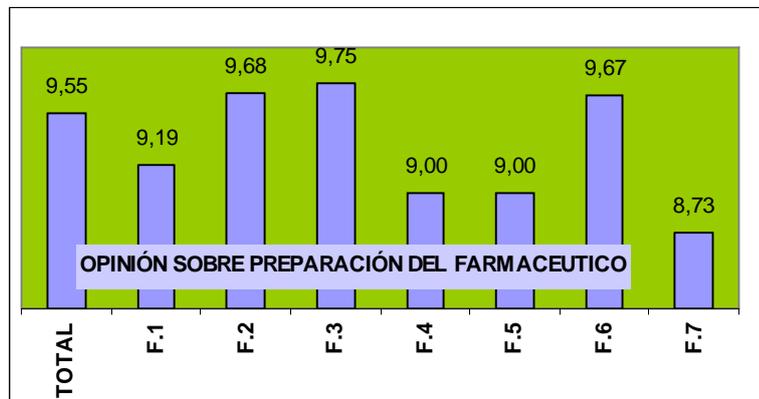
3 valores perdidos por no sabe no contesta

La puntuación media obtenida en ambos grupos es muy similar. Esta afirmación se corrobora al realizar un "contraste de Kolmogorov-

Smirnov”, en él se llega a la conclusión de que ambos grupos tienen comportamiento similar (Nivel significación 1). Los resultados para toda la muestra son de un 9.64 de media:

Tabla 38: Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico.

¿Cómo entendió la información que le dio el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total	97	8	10	<u>9,64</u>	0,646



➤ ¿Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico? Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 39: Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico por paciente.

¿Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	70	7	10	9,57	0,791
Paciente de paso	22	8	10	9,50	0,673

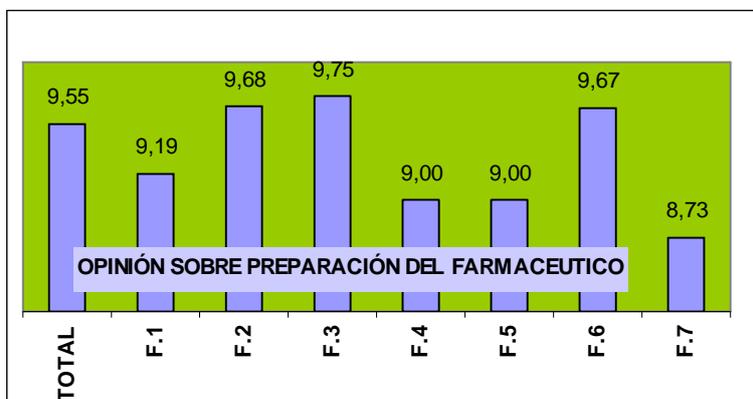
5 valores perdidos por no sabe no contesta

La puntuación media de los pacientes de paso es menor que la de los pacientes habituales. Al comprobar si esa diferencia es significativa se puede afirmar que el comportamiento de esta variable es similar en ambos grupos (Nivel de significación $p=0,909$). Los resultados para toda la muestra son de un 9,55 de media:

Tabla 40: Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico.

¿Cómo de preparado piensa que está el farmacéutico?	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total	96	7	10	<u>9,55</u>	0,752

1 valores perdidos por no sabe no contesta



Para resumir estas tres cuestiones se creó un índice de nivel de satisfacción sobre la calidad de la información. Para ello se calculó, para cada paciente, la valoración media de estas tres variables. El resultado fue óptimo con una media de 9,53 con un mínimo de 6,7 y máximo de 10.

Tabla 41: Nivel de satisfacción con la calidad de la información.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel de satisfacción: CALIDAD DE INFORMACIÓN	97	6,7	10,0	<u>9,536</u>	0,7098



6.4.5.2. Confianza sobre el consejo farmacéutico recibido

La valoración de la confianza sobre el consejo farmacéutico, distinguiendo según el tipo de paciente, fue el siguiente:

Tabla 42: Confianza sobre el consejo del farmacéutico por paciente.

Confianza	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	71	6	10	9,62	0,834
Paciente de paso	22	8	10	9,50	0,673

4 valores perdidos por no sabe no contesta

Aunque la puntuación media de los pacientes de paso es menor, esta diferencia no es significativa $P=0,622$. La valoración de la confianza, para toda la muestra, es de 9,59 de media con un mínimo de 6 y máximo de 10.

Tabla 43: Confianza sobre el consejo del farmacéutico por paciente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel de satisfacción: CONFIANZA	93	6	10	<u>9,59</u>	0,787



Trato del farmacéutico

Para valorar el trato del farmacéutico se planteó a los pacientes tres cuestiones:

- Disponibilidad del farmacéutico a escucharle. Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 44: Disponibilidad del farmacéutico a escucharle por tipo de paciente.

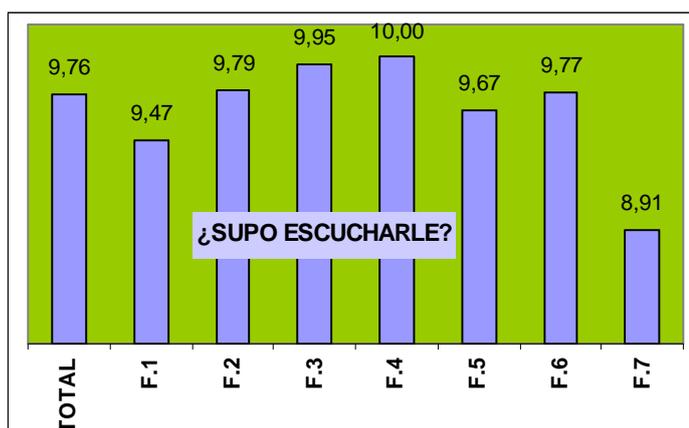
Disponibilidad del farmacéutico	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	71	7	10	9,77	0,566
Paciente de paso	23	9	10	9,65	0,487

3 valores perdidos por no sabe no contesta

La diferencia de comportamiento reflejada en las medias no fue significativa $P(0,635)$. La valoración de la disponibilidad, para toda la muestra, fue de una media de 9,76 con un mínimo de 7 y máximo de 10.

Tabla 45: Disponibilidad del farmacéutico a escucharle por tipo de paciente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Disponibilidad del farmacéutico	97	7	10	<u>9,76</u>	0,538



Amabilidad en el trato del farmacéutico. Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 46: Amabilidad en el trato del farmacéutico por tipo de paciente.

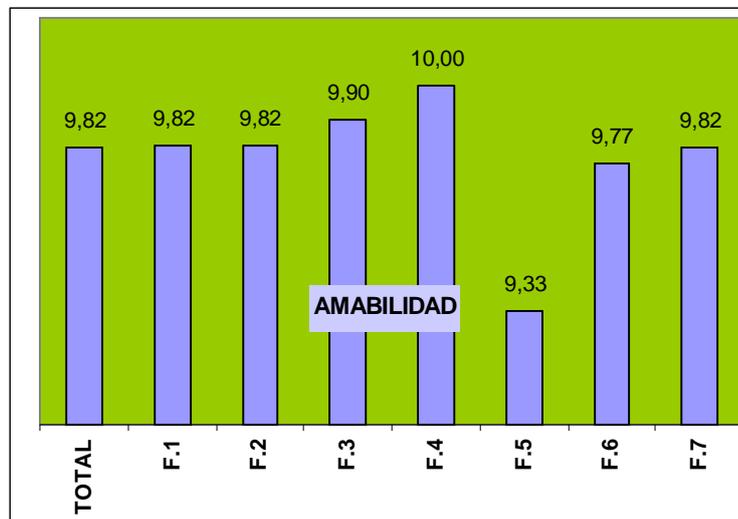
Amabilidad en el trato del farmacéutico	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	71	8	10	9,9	0,424
Paciente de paso	24	8	10	9,7	0,637

2 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar $P(0,888)$. La valoración de la amabilidad del farmacéutico, para toda la muestra, fue de 9,82 con un valores mínimos de 8 y máximos de 10.

Tabla 47: Amabilidad en el trato del farmacéutico.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Amabilidad del farmacéutico	97	8	10	<u>9,8</u>	0,482



- Tiempo dedicado por el farmacéutico a su atención. . Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 48: Tiempo dedicado por el farmacéutico a la atención por tipo de paciente.

Tiempo dedicado por el farmacéutico a su atención	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	70	7	10	9,8	0,569
Paciente de paso	24	9	10	9,7	0,464

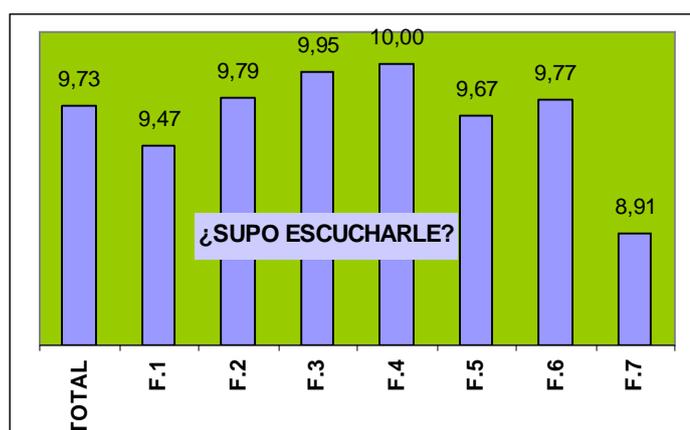
3 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar (Nivel de significación del contraste de Kolmogorov-Smirnov $P(0,958)$). La valoración del tiempo de atención, para toda la muestra, fue de 9,73 de media con un mínimo de 7 y máximo de 10.

Tabla 49: Tiempo dedicado por el farmacéutico a la atención.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tiempo dedicado por el farmacéutico a su atención	94	7	10	<u>9,7</u>	0,566

3 valores perdidos por no sabe no contesta



Para resumir estas tres cuestiones se creó un índice de nivel de satisfacción sobre el trato del farmacéutico. Para ello se calculó, para cada paciente, la valoración media de las tres variables anteriores. El resultado fue de un 9,77 de media con un mínimo de 8 y máximo de 10:

Tabla 50: Nivel de satisfacción con el trato del farmacéutico.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel de satisfacción: TRATO DEL FARMACÉUTICO	97	8	10	<u>9,8</u>	0,453

6.4.6. OBJETIVO 6: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA FARMACIA.

Para valorar la percepción que tienen los pacientes sobre la farmacia se pidió al paciente que puntuara diversas características de ésta.

6.4.6.1. Accesibilidad de la farmacia

En la accesibilidad se han planteado a los pacientes tres cuestiones que debían valorarse de 0 (Nada valorada) a 10 (Muy valorada):

- Tiempo de espera. Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 51: Tiempo de espera por tipo de paciente.

Tiempo de espera	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	69	5	10	9,5	0,868
Paciente de paso	23	8	10	9,8	0,518

5 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar (Nivel de significación 0,862). La valoración del tiempo de espera, para toda la muestra, fue de 9,57 de médica con un mínimo y máximo en 5 y 10.

Tabla 52: Tiempo de espera.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tiempo de espera	92	5	10	<u>9,6</u>	0,805



➤ Instalaciones. Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), fueron:

Tabla 53: Estado de las instalaciones por tipo de paciente.

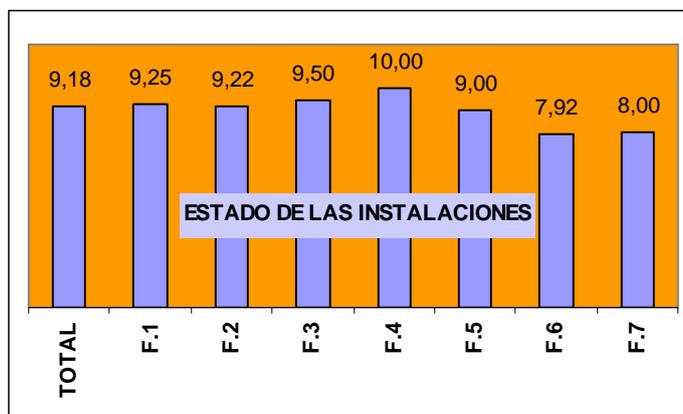
Instalaciones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	69	2	10	9,2	1,308
Paciente de paso	22	5	10	9,0	1,327

6 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar (Nivel de significación 0,956). La valoración de las instalaciones, para toda la muestra, fue de 9,18 de media con un mínimo de 2 y máximo de 10.

Tabla 54: Estado de las instalaciones.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Instalaciones	91	2	10	<u>9,2</u>	1,296



- Horarios. Los resultados, según el tipo de paciente (habitual o de paso), se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 55: Satisfacción con los horarios por tipo de pacientes.

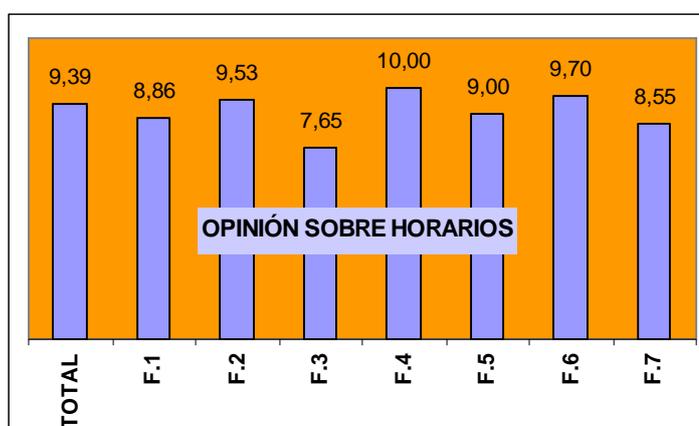
Horarios	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	60	6	10	9,4	1,008
Paciente de paso	13	8	10	9,4	0,768

24 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar (Nivel de significación 0,999). La valoración de los horarios, para toda la muestra, fue de 9,39 de media y un rango de mínimo y máximo de 6-10.

Tabla 56: Satisfacción con los horarios.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Horarios	73	6	10	9,4	0,953



Para resumir estas tres cuestiones se creó un índice de nivel de satisfacción sobre la accesibilidad de la farmacia. Para ello se calculó, para cada paciente, la valoración media de las tres variables anteriores. El resultado fue de 9,34 de media con un intervalo entre el mínimo y el máximo situado en 6,3 y 10. :

Tabla 57: Accesibilidad de la farmacia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel de satisfacción: ACCESIBILIDAD DE LA FARMACIA	97	6,3	10,0	<u>9,3</u>	0,8289

6.4.6.2. Respeto de la intimidad

Para medir el nivel de satisfacción de cada paciente en cuanto al respeto a su intimidad, se les pidió que valoraran dicha característica de 0 (Ningún respeto) a 10 (Máximo respeto). Los resultados, según el tipo de paciente fueron:

Tabla 58: Respeto a la intimidad por tipo de paciente.

Respeto a su intimidad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Paciente habitual	55	0	10	9,4	1,582
Paciente de paso	17	4	10	9,0	1,581

35 valores perdidos por no sabe no contesta

El comportamiento de la variable en ambos grupos se puede considerar similar (Nivel de significación del contraste 0,579). La valoración para toda la muestra, fue de 9,32 de media y con un mínimo en 0 y máximo en 10.

Tabla 59: Respeto a la intimidad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nivel de satisfacción: RESPETO A SU INTIMIDAD	72	0	10	<u>9,3</u>	1,552



6.4.6.3. Comparación con otras farmacias

Se les planteó a los pacientes la siguiente cuestión: En comparación con otras farmacias ¿cree que es mejor, peor o igual? La tabla de contingencia que relaciona ambas variables es la siguiente:

Tabla 60: Comparación con otras farmacias por tipo de pacientes.

Comparación con otras farmacias	Pacientes habituales	Pacientes de paso
3 Peor	0	0
1 Mejor	37 (53,6%)	10 (43,5%)
2 Igual	16 (23,2%)	12 (52,5%)
4 No conozco otras	16 (23,2%)	1 (4,3%)
Total	69 (100%)	23 (100%)

5 valores perdidos por no sabe no contesta

Como puede verse, el 53,6% de los pacientes habituales piensan que la farmacia que suelen utilizar es mejor que cualquier otra conocida, frente el 43,5% de los pacientes de paso.

Todos los pacientes de la muestra, salvo 4 que no contestan, recomendarían la farmacia utilizada a sus allegados.

Tabla 61: Recomendación de la farmacia.

Recomendaría la farmacia		Frecuencia	Porcentaje
1	Si	94	<u>96,9</u>
2	No	0	0
	NS/NC	4	4,1
	Total	97	100,0

El 96, 9% de los pacientes contestaron que recomendarían la farmacia, nadie contestó que no la recomendaría y 4 pacientes no supieron contestar.

Locura es seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes.

(Albert Einstein)

7. DISCUSIÓN

7.1. DISCUSIÓN SOBRE LAS LIMITACIONES/ PERDIDAS DEL ESTUDIO

De los pacientes incluidos se obtuvo una respuesta de un 90% y 10 pacientes fueron considerados como perdidas durante el estudio.

La negativa a participar de dichos pacientes puede estar fundamentada en que no están acostumbrados a que se les hagan preguntas para asegurar la conveniencia o selección de un fármaco, y además que se les llame luego a casa para interesarse por su salud. Es por ello que sería necesario que los pacientes supieran el beneficio de este tipo de encuestas, ya que no conocen todo lo que los farmacéuticos pueden ofrecerles, y de tal manera colaboraran aportando información necesaria para luego poder participar tomando decisiones con el farmacéutico.

Cabe decir que exista negativa en participar en este tipo de estudios, puede justificarse porque los pacientes no están acostumbrados a que se les llame para preguntar por su salud; el entrevistador al ser un extraño puede suscitar sensación de desconfianza, y actualmente las encuestas telefónicas son muy frecuentes produciendo en la población un efecto cansancio.

Con respecto a las farmacias participantes, aunque de la aleatorización se requerían 10 farmacias, sólo accedieron 8 a participar en el estudio. Tras la segunda aleatorización para conseguir 2 nuevas farmacias se negaron a participar 2 farmacias. Una vez que se obtuvo la aceptación por parte de 10 farmacias, durante la investigación 3 no aportaron datos.

Los argumentos expuestos para no participar en el estudio fueron por carecer de tiempo, no estar interesado en la Atención Farmacéutica, no querer documentar la indicación farmacéutica pues muchas de las indicaciones que se hacen son con medicamentos que requieren receta médica, bien por una selección incorrecta, por la coexistencia de distintas

presentaciones del mismo principio activo a la misma dosis pero con precios muy dispares siendo los mas baratos los que requieren receta médica y/o por último la falta de fármacos sin receta médica con principios activos que hacen años han sido catalogados como de posible dispensación sin receta pero que no tienen comercializada dichas presentaciones sin requerir de receta médica

En este sentido el trabajo de Barbero et al¹¹⁸, se contó con la participación de 139 farmacias en las que se registraron 61.114 demandas de fármacos entre noviembre del 2000 y 2001 y llegó concluir que en España hay una demanda de 11,1 % de fármacos que requieren receta, siendo de este un 20,1% para el autocuidado de la salud

Otro motivo de no participar fue carecer de demanda suficiente de indicación farmacéutica por parte de los pacientes, pues en principio parecía que la solicitud de 3 indicaciones en un día podría ser un objetivo fácilmente alcanzable que luego no resultó ser de esta manera.

Algunos motivos llaman la atención en las farmacias que, aceptando participar y siendo formados para ello, luego no aportaron pacientes al trabajo de campo, cuando lo lógico hubiera sido negarse de antemano. Resulta curioso cuando, a diferencia de otros procedimientos de trabajo que son realmente nuevos, como el seguimiento farmacoterapéutico, la indicación de medicamentos es algo más habitual en las farmacias. Parece tener más que ver con el miedo a ser juzgados en sus intervenciones que con una dificultad real del procedimiento, que luego ha demostrado ser fácilmente aplicable y útil para los pacientes que lo han demandado.

La razones que se esgrimen para no colaborar o abandonar el estudio por parte de los farmacéuticos coinciden con la publicación de Plaza y Herrera;¹¹⁹ en los resultados de este estudio que aborda las dificultades para

ejercer la atención farmacéutica, los autores enviaron cuestionarios a dos grupos de farmacéuticos: uno de ellos considerados como “expertos en atención farmacéutica” según unos criterios de selección previamente establecidos y otro a farmacéuticos sevillanos elegidos de manera aleatoria y estratificada. Todos los entrevistados mencionaron una barrera común, la ausencia de formación adecuada para las necesidades de esta nueva actividad. Según este estudio, los expertos tenderían a un modelo de atención farmacéutica ideal, que aún está por llegar y para el que es preciso desempeñar un gran esfuerzo. Las barreras descritas por los expertos fueron: el cambio de mentalidad en el modo de trabajar, formación deficiente, actitud negativa de los propios farmacéuticos (falta de ganas, incredulidad, miedo al cambio, etc.).

Los expertos nunca incluyeron la falta de tiempo como barrera. Por el contrario los farmacéuticos de Sevilla insistieron más en los problemas y carencias, resaltando sobre todo las barreras relacionadas con la estructura: sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, estructura insuficiente, formación deficiente, falta de motivación personal y económica, absentismo ligado a la edad, falta de autonomía de los adjuntos que, generalmente, son quienes están más motivados, el aislamiento en la farmacia rural, el paciente y el médico como barreras y el propio personal de la farmacia por falta de colaboración.

Gastelurrutia¹²⁰ en su investigación sobre barreras para implantar los servicios cognitivos en la farmacia española señala que es importante que el farmacéutico se libere de tareas burocráticas para poder dedicar todo su tiempo y sus conocimientos a estas funciones cognitivas.

Atendiendo a la colaboración de las farmacias de este estudio se puede sugerir que es necesario invertir en incorporar más farmacéuticos al equipo, de forma que cada uno de ellos, cuando se dedique a los pacientes, lo haga en exclusiva, sin interrupciones ni bajo tensiones por “acabar con esta persona y terminar la burocracia”, siempre pendiente. Si la posibilidad de incorporar más personal es inviable habría que reorganizar el trabajo dando

preferencia a una rotación diaria en la que cada farmacéutico tenga un tiempo disponible y consensuado, donde se pueda dedicar sin interferencias a la actividad clínica mientras el resto del equipo cubre otras tareas. No obstante, este cambio es difícil sin una estimulación externa, ya que el farmacéutico no se siente obligado, ni preparado para actuar de esta forma, y además entendiendo que el núcleo central de su trabajo se centra en la dispensación de medicamentos bajo prescripción médica.

Respecto a la falta de formación, no es una limitación para aportar un sentido clínico a las actividades diarias, no hay que estar capacitado en todo antes de actuar, la carrera da los conocimientos y habilidades básicas para ir perfeccionando la práctica día a día, no se puede aprender si no se practica y realmente una de las fuentes de conocimientos es el trabajo con los pacientes.

La motivación es esencial para ejercer como farmacéutico implicado en la salud del paciente. Es una faceta profesional que requiere vocación y colaboración dentro del equipo. El titular de la farmacia debe ejercer como organizador y fomentar entre sus empleados cada una de las facetas que demandan los pacientes; no hay que olvidar, que la gran mayoría acuden porque están enfermos y requieren cuidados distintos que les pudieran ofrecer en otros establecimientos.

La falta de datos de los pacientes de las 3 farmacias no colaboradoras pueden haber alterado la representatividad de la muestra, sin embargo al analizar las variables recogidas en el estudio, las 7 farmacias participantes tienen entre si resultados semejantes, por lo que cabría pensar que en el caso que hubiesen participado en el estudio habrían arrojado resultados parecidos.

7.2. DISCUSIÓN POR OBJETIVOS

Actualmente conocemos la "calidad como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores." Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión".¹²¹

Sin embargo, buscando una manera más clara del término y relacionándolo con la salud pública tenemos que calidad se refiere al grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del paciente.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste espera.¹²²

Los elementos de la calidad en atención farmacéutica que hemos considerado para evaluar la indicación farmacéutica cubren entre otros, los siguientes aspectos:

- Resultados en salud.
- Disponibilidad, viabilidad de los servicios ofertados.
- Capacidad técnica del prestador de servicios.
- Información al paciente.
- Relaciones interpersonales con el paciente.

7.2.1. APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO AL TOTAL DE CONSULTAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el 94,8% de los casos, (92 de 97) el profesional, identificó correctamente el síntoma menor, corroborado por la mejoría percibida posteriormente por el paciente, que consideró óptima, en la mayoría de los casos se indicaron fármacos que no precisan prescripción médica.

Las desviaciones del protocolo fueron realmente sólo en 4 ocasiones en las que se indicaron 3 aciclovir tópico y 1 ácido nufánico. Aunque ambos requieren receta médica, sus principios activos están autorizados desde septiembre de 1982 y febrero del 1995 respectivamente para poder formar

parte de medicamentos de indicación farmacéutica, pese a que ninguno en el momento del estudio tenía una presentación farmacéutica que no requiriese receta en el mercado Español.

Relacionando la aplicabilidad para identificar un problema de salud menor con la autopercepción del estado de salud de los pacientes, llama la atención el hecho de que en la gran mayoría de los casos el farmacéutico optó por indicar un medicamento en vez de derivar al médico, y la puntuación media tan elevada del paciente, alcanzando un 8,59. Esto hace pensar que tanto farmacéutico como el paciente identifican adecuadamente un síntoma menor, ya que el paciente acude a solicitar este servicio a la farmacia y no al médico. Son pocos los casos que necesitan de la atención médica posterior, ello nos insta a romper una lanza por el papel del paciente en su autocuidado y del farmacéutico en su asesoramiento.

Los resultados son coincidentes con los de Machuca et al ⁴⁵ ya que de los 166 casos que iniciaron el estudio, sólo 13 casos se aplicó mal el protocolo, en 10 de los casos la causas fueron que el paciente se negaba a ir al médico y 3 por indicar medicamentos no autorizados para ser dispensados sin receta aún cuando se podía haber elegido una opción dentro del arsenal de los medicamentos sin receta.

Es una realidad cómo se producen situaciones ciertamente incongruentes y paradójicas, ya que el farmacéutico, en la actualidad, puede actuar ilegalmente cuando dispensa sin receta médica un medicamento que no está catalogado así, pero si autorizado su principio activo para formularse dentro de los MP, esto da lugar a interpretaciones jurídicas discordantes¹²³; al mismo tiempo coexisten en el mercado principios activos con igual dosis con distinto precio y distinta condición con /sin receta médica.

Cuando se presentan estos casos en la farmacia verdaderamente no se sabe ¿cómo actuar?, si dentro de la legalidad haciendo pagar al paciente un mayor precio por el fármaco o ser leales en la búsqueda del beneficio del paciente para que no consuma más recursos en medicamentos pero actuando al margen de la legalidad, la verdad es que con cualquiera de las opciones, nunca se podría llegar a estar satisfecho.

Otro de los motivos para desviarse del protocolo podría haber sido la presión asistencial que sufre el farmacéutico por determinados pacientes cuando exigen la dispensación de medicamentos sin la receta oportuna o cuando se niegan a contestar preguntas para que se valore si es la opción farmacológica más adecuada. Realmente esta dificultad se ha creado históricamente al acostumbrar a los pacientes a obtener los medicamentos que ellos o sus allegados estimaban necesarios independientemente de que requirieran receta médica, actualmente son muchos los pacientes que se extrañan cuando al solicitar un medicamento se les requiere receta médica e información para dispensarle un fármaco.

Las situaciones en las que se niega la dispensación de determinados fármacos suelen ser muy difíciles pese a que se explica de manera asertiva y centrándose en el beneficio del paciente, se intenta hacerle ver que su situación puede requerir de un asesoramiento médico.

Este hecho se presentaba con más frecuencia con los pacientes que eran de paso; los pacientes habituales" suele tener más en cuenta este tipo de opiniones ya que confían en su farmacéutico.

Los datos obtenidos por Ruiz de Velasco et al ¹²⁴ponen de manifiesto que, en algunos casos, resulta difícil modificar el criterio del paciente que induce o fuerza la dispensación en contra del criterio del profesional. Los autores analizaron el concepto en el ámbito de la farmacia comunitaria, adquiriendo porcentajes importantes especialmente en los casos en los que el paciente se automedica ^{125,126}, se llegó a confirmar que en un 3,24% de los casos atendidos se induce a la dispensación en contra del criterio del farmacéutico después de que éste haya explicado al paciente las causas por las que no

debería adquirir el fármaco. Hasta un 23,16% de la población llegó a solicitar medicamentos sin aportar la receta necesaria.

De todos modos la población media a la que atiende cada farmacia gira en torno a los 2.200 habitantes y entre tanta población siempre nos encontramos con situaciones muy diversas donde no siempre es fácil mantener determinadas posiciones.

Cabe decir que si amplia es la población, numerosas son las boticas que prestan servicios de manera adecuada, aunque como siempre son muy pocos los que no lo hacen, pero que dan mucho que hablar.

7.2.2. CARACTERIZACIÓN DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA:

7.2.2.1. Características de los pacientes.

La edad media de los pacientes, es de 43 años, mayoritariamente gente joven, es inferior a la del usuario habitual de las farmacias españolas y coincide con la edad media encontrada en otros estudios¹⁰, siendo mayoritariamente el 40% de la muestra perteneciente al grupo de los que están entre 25 y 39 años los que más demandaban el servicio.

Esto parece confirmar el hecho de que quienes consultan al farmacéutico suele ser población en edad de trabajar, con una percepción de falta de tiempo para acudir a la consulta médica, confirmando los hallazgos de Machuca et al.⁴⁵

Como en muchos otros estudios más de la mitad 63.8 % eran mujeres correlacionándose muy bien con trabajos similares realizados en otros países como Irlanda del Norte (63%)¹²⁷ y Reino Unido (70%)¹²⁸, que reflejan también que el número de mujeres que acuden a la farmacia es muy superior al de los hombres. Y aunque sabemos que históricamente la mujer es la que se encarga de la salud en el hogar, también en nuestro estudio resultan ser las que más acuden solicitando una consulta. Domínguez et al,

realizaron un estudio sobre la demanda de información sanitaria en oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid durante los meses de verano, sobre 1024 individuos incluidos, un 69,4% eran mujeres y con edades comprendidas entre 25-65 años.^{129,130}

Pocas diferencias hay con el estudio de Ruiz de Velasco et al, durante su el cual hallaron que cuatro de cada diez pacientes eran hombres, que además están confirmados en algunos estudios^{131, 132}. Respecto al rango de edad de sus pacientes, en el 60% de los casos tenían entre 15 y 40 años.

En nuestro caso el nivel de estudio de la población atendida es superior a los encontrados en otros estudios, esto parece confirmar que los demandantes de este tipo de consulta poseen un nivel socio – cultural por encima del usuario habitual de las farmacias, pero si bien es cierto que 4 de las 7 farmacias pertenecían a una zona con valor por metro cuadrado elevado (5.638 €).

Las personas que acuden a la farmacia son jóvenes, normalmente sanos, trabajadores, con poco tiempo para acudir al médico o que no lo consideran necesario, y depositan su confianza en el farmacéutico como profesional sanitario más cercano que puede resolver sus problemas de salud puntuales de manera rápida y eficaz.

En relación a la presencia de problemas de salud y medicamentos concomitantes es importante a la hora de atender una consulta pues deben conocerse a la hora de tomar decisiones para evitar incompatibilidades o interacciones y decidir si la persona debe de acudir al médico o no.

La coexistencia de tratamientos y patologías concomitante se presentaban en un 27,4% y un 23,2% de los casos, un porcentaje levemente superior a otros estudios,¹⁹ lo que parece confirmar que quien consulta al farmacéutico es porque tiene una percepción de que su problema de salud es banal y no tiene necesidad de consultar con el médico.

Este porcentaje podría justificarse por la edad de la muestra que es joven y debido a que normalmente las personas con mayores complicaciones suelen

ser de mayor edad, pensionistas y que tienen a su médico muy accesible para comentarle cualquier preocupación, pues de media lo visitan 1-2 veces por mes⁴¹.

Además la franja poblacional de pensionistas son los que suelen preferir que sea el médico el que elija el tratamiento pues les conocen y en la gran mayoría de los casos los medicamentos son facturables a la seguridad social.

Características de la indicación farmacéutica.

La recogida de la muestra se hizo en los meses de octubre- noviembre en los que la afluencia de consultas se relacionan con las afecciones respiratorias propias de otoño, coincidiendo con otros estudios aunque en proporciones distintas debido a que se realizaron en periodos diferentes y alguno de ellos incluyendo el horario de urgencias. Habría que realizar un estudio más prolongado en el tiempo, o en el que se incluyesen todas las estaciones del año, para verificar si siguen siendo las patologías respiratorias las que provocan más consultas al farmacéutico.

Los principales problemas de salud para los que solicitaron remedios terapéuticos en el estudio de Domínguez et al, recogido durante las 4 estaciones del año fueron trastornos cutáneos (6,5%), diarreas o problemas intestinales (5,6%), problemas de nervios y depresión (4,1%), problemas de garganta (3,9%), y tos-catarro-gripe (3,8%).¹³³

Honrubia, realizó un estudio en la provincia de Ciudad Real durante el mes de diciembre en el que se analizaron 1279 consultas realizadas en 30 farmacias colaboradoras, distribuidas entre las 4 estaciones del año. Las consultas para solicitar tratamiento para algún síntoma concreto fueron (32,7%). Los problemas más consultados se referían a síntomas respiratorios, dermatológicos, otorrinológicos, digestivos y distintos tipos de

dolor. Siendo los grupos terapéuticos más solicitados con diferencia el N02 (analgésicos), con un 14,30%, seguido por el J01 (antibacterianos) hay que señalar que se realizó en horario de guardia- y los preparados para la tos y el resfriado (R05), con un 8,74 y 8,26%, respectivamente.¹³⁴

En una farmacia Comunitaria de Madrid durante dos años, se registraron todas las consultas de indicación. Los problemas de salud¹³⁵ más consultados fueron: tracto respiratorio (42,5%), dolores (10,6%), tracto gastrointestinal (9,2%) y problemas oculares (7,2%). El resultado de las consultas fue que en un 85,4% se recomienda un tratamiento farmacológico frente a un 96,6% de las consultas atendidas.

Normalmente en casi todos los estudios analizados incluyendo el nuestro ocuparon la primera posición en la lista de problemas de salud los resfriados y otras afecciones otorrinolaringológicas y los medicamentos utilizados para aliviar los síntomas son coincidentes con otros estudios.^{136,137, 138,139,140,141,142}

Los motivos de consulta se repiten en todos en los mismos estudios aunque con distintas proporciones dependiendo de la estacionalidad. Así pues, no contamos con una gran variabilidad de motivos de consulta que hagan demasiado impredecible la resolución de la demanda de indicación farmacéutica.

7.2.3. EFECTIVIDAD DE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA EFECTUADA EN FARMACIAS COMUNITARIAS.

Para ver la efectividad se midieron la evolución de los síntomas que refería el paciente así como el cumplimiento de la indicaciones que le facilitó el farmacéutico al dispensarle el/los fármacos y las consultas resueltas sin asesoramiento médico.

La sintomatología referida por los pacientes mejoró significativamente en la mayoría de los casos alcanzando un media de 8,59 sobre 10.

El hecho de la mejoría en si, no se debe a la indicación de fármacos pues los síntomas menores son autolimitados en el tiempo, (la medicación lo que hace es aliviarlos), es el hecho, de que al mejorar no hayan requerido

asesoramiento médico lo que puede indicar la actuación adecuada por parte del profesional.

En 5 de los 97 casos evaluados no superaron un valor de 5 sobre 10 en la mejoría de la sintomatología. Los casos fueron:

- Una tos sin expectoración en una mujer que no respondió a un jarabe de dextrometorfano y que tras visitar a su médico este le modificó el jarabe.
- Un herpes labial en un varón de 70 de años que refirió no mejorar nada.
- Una caída del pelo en donde se le recomendó un tratamiento vitamínico, y este no mejoró en 7 días aunque hay que puntualizar que estos tratamientos tardan en hacer efecto y no son valorables en tan sólo 7 días.

Habría que cuestionarse, independientemente del interés en tener determinados productos en el mercado para esto, si el farmacéutico está capacitado para identificar correctamente alopecias tratables con este tipo de sustancias o complejos.

- Otro caso fue el de una señora de 44 años en tratamiento para la depresión que presentaba una sensación de debilidad tras estar sometida a una dieta restrictiva alimentaria, tras indicársele un complejo vitamínico para complementar su dieta a los 7 días no se sentía recuperada, esto podría ser debido a la falta de tiempo para que el tratamiento hubiese hecho su efecto o bien a la situación de fondo que presentaba la mujer, este tipo de situación es susceptible de ofertársele otro tipo de servicio como el de seguimiento farmacoterapéutico.
- El último de los pacientes que no se encontraba mejorado de su dolencia era una señora de 43 años que se quejaba de afectación en las cuerdas vocales cursando con dolor y rojez, en ese caso se le

indicó un antiinflamatorio y cuando se le preguntó al cabo de la semana por su evolución comentó que no había mejorado por que realmente “lo suyo no tenía solución”.

Pese a estos casos, que son pocos, en los que el transcurso de 7 días fue insuficiente para evaluar la evolución, el resto de los pacientes refirió mostrar mejoría, lo que nos hace pensar que en la mayoría de los casos el farmacéutico supo detectar patologías aliviadas mediante fármacos de indicación farmacéutica.

Todas las derivaciones planteadas fueron correctas pues en ninguno de los casos se podría haber planteado la indicación farmacéutica ya que se requería de un diagnóstico médico previo al tratamiento por las situaciones clínicas que podían enmascarar o el estado fisiológico del paciente.

Nuestros resultados son similares a los de Machuca et al¹³ donde se aplicó la misma metodología de trabajo pero con la diferencia de que sólo se llevó a cabo en una farmacia y durante un periodo de 6 meses. En su muestra el 90% de los pacientes mejoraron sustancialmente sus síntomas, poco más del 10% no mejoraron nada o poco y la percepción de la salud de los pacientes eran que se sentían mejor o curados en más del 85% de los casos, en nuestro estudio el 71,6% se encontraba bien y el 6,3% muy bien. Lo que viene a estar en esa línea.

De los 120 pacientes que completaron su investigación, 102 no tuvieron necesidad de acudir al médico, lo que representa el 85,33% del total, y de los 18 que fueron, 8 lo hicieron por recomendación del farmacéutico, casos en los que no obstante se le indicó un medicamento mientras fuese visto por su médico. Llegaron a concluir que sólo 10 pacientes fueron los que empeoraron mientras tomaron el medicamento indicado por el farmacéutico y en nuestro caso fueron sólo 3 complicaciones.

Las consultas resueltas en nuestro estudio fueron 87 casos de 97, con 3 errores de detección de lo que era un síntoma menor y solo 2 casos donde los pacientes no quedaron muy convencidos y buscaron asesoramiento al médico.

Estos datos dejan entrever que para este tipo de circunstancias es útil que exista un farmacéutico que pueda resolver los síntomas menores, ya que en caso contrario estos pacientes podrían aumentar la demanda clínica de los centros de salud o en su defecto acudirían a las urgencias.

Resultados similares y en ámbitos diversos como fueron las 7 farmacias de este estudio, dejan de manifiesto la reproducibilidad del protocolo y la efectividad de la indicación farmacéutica.

Esto hace suponer que el farmacéutico, con este protocolo de tres preguntas, puede distinguir lo que puede tratar y lo que conviene derivar.

El farmacéutico podría ser un buen aliado del médico en estas circunstancias al resolver problemas de salud banales e incluso servir de filtro para derivar.

Al estudiar el cumplimiento de las indicaciones por parte de los pacientes cuando durante la dispensación eran asesorados sobre el tratamiento, frente a la información dada y a la mejoría de los pacientes se llega a la conclusión que:

- Cuanto mayor es el cumplimiento de las indicaciones mayor es la mejoría.

Todo esto se fundamenta en las reglas básicas de la adhesión al tratamiento, donde si el paciente se identifica con el tratamiento y entiende toda la información respecto de lo que debe esperar de él: como actúa, como debe de tomárselo, hasta cuando y sobre todo que los beneficios superan los riesgos, todo ello favorece el cumplimiento de las indicaciones con lo que el alivio de la sintomatología se hace más evidente y mejora la percepción sobre la enfermedad por parte del paciente.

A medida que crece la cantidad de información recibida aumenta la percepción de mejoría por parte del paciente

La comunicación adecuada con los pacientes hace que la información que se le suministra verbalmente pese a que deber ser reforzarla por escrito, se asimile de forma correcta. No se trata de dar mucha información sino la esencial y haciendo hincapié en lo más relevante, para que se administre la medicación de forma adecuada y sepa detectar cuando debe ir mejorando para que en caso contrario acuda de nuevo a la farmacia o al médico.

No debemos caer en el error de que los pacientes nos entienden a la primera, debemos de forma natural, hacer que el paciente exprese lo que ha entendido para confirmar la asimilación de la información de manera correcta.

Algo que a veces ha ocurrido en la farmacia ante un acto muy frecuente, como es el de recomendar los fármacos con la comida para evitar molestias digestivas, puede ser entendido textualmente como mezclarlo con la comida, encontrándonos lentejas con sabor mentolado del ibuprofeno en sobres, no debemos subestimar la importancia de que nos hagan constar el significado de lo que hemos recomendado.

7.2.4. PERCEPCIÓN SOBRE LA INDICACIÓN FARMACÉUTICA

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

Si nos basamos en la autopercepción del estado de salud que presentan los pacientes y la satisfacción que perciben del servicio que solicitaron en la

farmacia, la muestra tiene una gran percepción sobre el servicio que demandó

Se identifica una correlación positiva entre la satisfacción de los pacientes y la evaluación global de la calidad de la asistencia, lo que proporciona evidencia de la capacidad del cuestionario para correlacionar estos aspectos.

En la siguiente tabla se expresa la percepción del estado de salud de la población española respecto a su salud para poder cotejarla con la obtenida en este estudio.

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD SEGÚN SEXO Y EDAD, 2003

Ambos sexos	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	41.782.216	14,2	56,8	20,8	6,2	2,0
0-15	6.527.409	27,5	63,0	8,6	0,5	0,3
16-24	5.001.595	20,6	66,0	11,2	1,8	0,5
25-34	7.174.352	15,6	67,2	13,9	3,0	0,3
35-44	6.610.252	12,6	63,4	19,5	3,4	1,1
45-54	5.282.469	11,4	58,3	21,3	6,8	2,2
55-64	4.268.949	7,1	46,1	32,8	9,4	4,6
65-74	3.978.128	3,9	35,3	41,5	15,2	4,1
75 y más	2.939.062	2,7	28,7	37,9	22,3	8,3
65+	6.917.190	3,4	32,5	40,0	18,2	5,9

Al compararla con la muestra y considerando los mismos rangos, vemos que la población por debajo de los 50 años en un 94,2% consideraba que si tenía un estado de salud bueno, algo mejor que la media española (mejor valor es de un 68%), frente a los pacientes mayores de 50 años en los que en un 56% de las situaciones manifestaban sentirse regular, porcentaje también algo mayor que la media de España (en torno al 50%)

Esta percepción del estado de salud es más favorable en la población del estudio, quizás esta diferencia pudiera estar influenciada por ser pacientes en su mayoría sanos y sin polimediar.

Convendrían hacer estudios a nivel autonómico y provincial para determinar si la situación geográfica afecta a estos resultados, pues la cantidad de horas de luz solar y un clima favorable han demostrado mejorar la percepción en el estado de salud de las personas

Respecto a la percepción sobre la farmacia en España, el estudio realizado por Sigma Dos,^{132,133} reflejaba una buena valoración global positiva que hacían los españoles de las farmacias a la que acuden habitualmente, se destacaba "el alto grado de satisfacción con el servicio que se dispensa en las farmacias españolas". Cuando se pregunta la opinión sobre los servicios que actualmente presta la farmacia, la sociedad suele manifestar que está satisfecha.

Esto también ha sido constatado en otros países de nuestro entorno, como es el caso de Portugal.¹⁴³ La satisfacción con el servicio de indicación coincide con el anterior estudio y fue valorado muy positivamente pero lo que es de destacar es que ningún caso se puntuó por debajo de 8 sobre 10 en el estudio que se presenta.

En el estudio de García-Delgado et al¹⁴⁴ se evaluó la percepción del paciente sobre el proceso de seguimiento farmacoterapéutico y del profesional que le atendió, el aumento en la información sobre su medicación obtuvo un valor medio de 4.43 en satisfacción sobre 5, el grado de confianza en el farmacéutico para plantear los problemas de salud y seguir sus indicaciones fue valorado con unas medias de 4.63 y 4.70 respectivamente, en la escala de 1 a 5. La valoración general que dio el paciente al servicio, en la escala señalada es de 4.45, muy similar a los resultados de este.

7.2.5. PERCEPCIÓN SOBRE EL FARMACÉUTICO.

Hay que tener presente que la relación entre calidad asistencial y satisfacción de los pacientes es compleja. La percepción de la satisfacción depende en gran medida del grado de participación que el paciente percibe en su relación clínica y del nivel de comunicación alcanzado. De ello se desprende que los pacientes más informados son los que desean participar más activamente en la toma de decisiones que pueden repercutir sobre su salud.

La perspectiva psicológica y de comunicación tiene un gran peso, haciéndose fundamental el manejo de habilidades de comunicación por parte de los farmacéuticos, de tal manera que se facilite un encuentro clínico que ayude y alivie al paciente a través de una relación terapéutica.

El valor de la escucha en sí mismo que manifiestan los pacientes necesitar, nos remite a una demanda implícita de dotar de un carácter terapéutico a la comunicación paciente-farmacéutico.

En investigaciones cuantitativas realizadas con población general para conocer las opiniones de pacientes y profesionales sobre la práctica clínica, la escucha aparece como el aspecto más valorado junto con el tiempo de atención, ambos aspectos muy bien valorados en este estudio.

Al valorar los aspectos intrínsecos al farmacéutico como es la calidad de su información, la confianza que inspiran y el trato que dan a los pacientes han sido calificados muy alto con una media de 9,53, 9,59 y 9,77 y en ninguno de los casos la puntuación ha descendido de 6.

Se ha podido afirmar que la medida de la percepción de mejoría del paciente se relaciona con la valoración de la preparación e información que da el

farmacéutico. Al saber que los motivos de consulta desaparecen con o sin la utilización de fármacos y que son autolimitados en el tiempo, el hecho de que la percepción de la mejoría se relacione con las anteriores características hace pensar que la intervención del farmacéutico hace aumentar la percepción del paciente sobre su salud. Cuando uno se siente enfermo la capacidad de entender la información se ve disminuida por el miedo de sentirse enfermo, entonces hay que saber escucharles, transmitirles la información de su enfermedad y de cómo mejorarla o incluso aceptarla.

Todos los resultados obtenidos ponen de manifiesto el alto grado de confianza que tienen los pacientes en el farmacéutico para plantearle sus problemas de salud y seguir sus indicaciones en temas sanitarios.

Según el estudio de Domínguez- Castro et al⁵³ los motivos por los que los pacientes acuden a la farmacia en busca de consulta es en un 25,7% de los casos por la confianza que tienen en el farmacéutico, el 21,3% por las dificultades de comunicación con el médico y el 19,3% por un ahorro de tiempo.

Normalmente la satisfacción, va unida a quien nos asesora sobre algo que necesitamos. En el caso del mundo de la farmacia los pacientes se sienten muy cobijados por los farmacéuticos que les asesoran y les escuchan, el tiempo medio por paciente en la farmacia es satisfactorio para ellos, pues pueden contar para que han ido al médico, lo que les ha hecho y prescrito, la percepción sobre como le ha atendido y además solicitar la opinión del farmacéutico respecto de su salud.

Los estudios de García-Delgado¹⁴⁴, Machuca¹⁴⁵ y Al-Shammari¹⁴⁶ relacionan la percepción de mejoría con la información facilitada sobre la medicación, esto parece ayudar a comprender la necesidad de cumplir el tratamiento, las respuestas están en la misma línea con la significación encontrada en este estudio entre la calidad de la información principalmente entendida como la

preparación del farmacéutico, y la probabilidad de que mejore el problema de salud por el que se consulta.

Aprovechando toda esta información, el consejo al paciente es un proceso de gran importancia para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, para el cual, se requiere que el farmacéutico sea capaz de ayudar al paciente a describir su situación y los problemas relacionados con la utilización de sus medicamentos. Es necesario que el profesional escuche de forma adecuada y entienda el significado de lo que el paciente explica, para que pueda identificar los problemas del mismo y proponer posibles soluciones. Para poder lograrlo, debe ser capaz de comunicarse de forma eficaz con el paciente.

A pesar de que muchos farmacéuticos piensan que la capacidad de comunicarse con los pacientes es una cualidad innata que no puede enseñarse, en realidad, es una capacidad que se aprende y hay que fomentarla.

Las medidas de soporte para la práctica diaria de AF que habitualmente se mencionan en la literatura¹⁴⁷ son: la herramienta informática, un espacio privado, formación continuada¹⁴³⁻¹⁵⁰ y una técnica de comunicación adecuada con los pacientes¹⁵⁴. Pero siendo estas medidas básicas, no podemos ignorar otros elementos como: trato que se dispensa, servicios ofrecidos, confianza con el Farmacéutico y la información sanitaria que se da a los pacientes, que son también elementos indispensables para una adecuada atención.

Es oportuno aludir a las manifestaciones del Doctor Lown, Premio Nobel de La Paz en 1985, quien en el curso de su intervención en un simposium internacional celebrado en Madrid, reprochaba la conducta de aquellos profesionales que buscan el reconocimiento a través del dominio de la

tecnología y no mediante la escucha atenta de los problemas de sus pacientes.

Para algún paciente un buen farmacéutico puede ser aquel que siempre le atiende correcta y rápidamente mientras que para otros será aquel que le preste un trato especial. Ambos aspectos son importantes en función de lo que precise el paciente en cada momento, pero no hay que olvidar que son personas enfermas y que lo que necesitan principalmente son servicios que mejoren su salud.

Se necesitan farmacéuticos asistenciales, que transmitan y evalúen la información de manera activa y no sólo esporádicamente y de modo pasivo sin implicarse en el resultado.

7.2.6. PERCEPCIÓN SOBRE LA FARMACIA.

Podríamos decir que de manera extendida, el nivel de satisfacción que tienen los pacientes de las farmacias es muy alto, cuando investigamos sobre lo que opinan y se comparan con otras farmacias se obtiene que sea fundamental a la hora de elegirla como la mejor, la amabilidad del farmacéutico, así como la accesibilidad de la farmacia.

Cuanto mayor sea la amabilidad del farmacéutico y más accesible la farmacia, la probabilidad de elegirla como la mejor aumenta.

Ferrando W et al¹⁴⁸ obtuvieron en su trabajo un grado de satisfacción también alto sobre la farmacia, el 44,3% de los sus encuestados dijo que visitaba la farmacia por la cercanía. Resultados similares se obtuvieron en Malta¹⁴⁷ en dicho estudio a la pregunta de cómo le atendían el 80,9% de los encuestados dijo que "muy bien" y el 19,1% dijo "bien". Resultado casi idéntico se obtuvo en la publicación del colegio de farmacéuticos de Alicante COFA¹³⁷.

El presente estudio coincide con los resultados de otros autores ¹⁴⁹
^{150,151,152,153} en los que los aspectos mejor valorados fueron: la profesionalidad, el servicio/atención al paciente, la cercanía y la disponibilidad de medicamentos; todos ellos con una puntuación superior a 8 sobre 10. Entre siete y ocho puntos de media evaluaron otros tres aspectos: la disponibilidad horaria, los consejos/asistencia sanitaria que se les facilita a los pacientes y el servicio de urgencia¹⁴³. Todos estos estudios analizan, como no podía ser de otra manera, la actual farmacia distribuidora. Ya se ha insistido en que, a día de hoy, la actividad principal de la farmacia sigue siendo la Dispensación de medicamentos y productos sanitarios.

Todo sugiere pues, que los ciudadanos españoles tienen necesidades que pueden ser cubiertas por los farmacéuticos comunitarios sin que éstos lleguen a dar una respuesta estructurada, con difusión e implantación general de la Atención Farmacéutica. ^{138,141}.

Para alcanzar los objetivos propuestos y para lograr la correcta atención de los pacientes frente a una determinada situación de no salud o síntoma menor, se valora mucho por parte de los pacientes que se deben de:

- Disponer de un establecimiento que refleje el carácter profesional a fin de inspirar confianza en el tipo de cuidado sanitario que se brinda; con un lugar tranquilo donde el paciente pueda preguntar y el farmacéutico suministrar recomendaciones sin que la conversación sea escuchada por otras personas presentes en la farmacia;
- reflejar en todo momento la profesionalidad del acto farmacéutico y la necesidad de mantener la confianza adquirida por los pacientes en los conocimientos, capacidades, juicio y posición del farmacéutico en cuidar los intereses de los pacientes en relación con la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos;

Realmente los pacientes a los que se atiende en las farmacias están satisfechos con el servicio que se les ofrece, aunque si nos centramos en los aspectos detallados anteriormente, si bien es cierto que se cumplen en casi la totalidad de las farmacias, pero quizás habrían de fomentarse más, los servicios cuyo eje sea la salud del paciente y no el estado, rapidez o accesibilidad al fármaco.

7.2.7. OPINIONES DE MEJORA DE LA FARMACIA POR PARTE DE LOS PACIENTES.

Para finalizar se recogieron sugerencias de mejoras entre los pacientes encuestados y el 66,7% afirmó que no cambiaría nada y el resto harían cambios dirigidos al personal, quisieran que “el cambio de personal no fuese tan frecuente” y también el 3,3% de las respuestas fueron dirigidas a contratar más personal.

Respecto a la farmacia se manifestó que el horario de atención pudiera ser más flexible con mejoras en la atención a los pacientes y en un caso se preocuparon por la seguridad de los empleados al no tener mampara de seguridad que les protegiese de robos.

Es importante reseñar que los aspectos a mejorar que comentan los pacientes están centrados en mejoras de la farmacia o del farmacéutico y no en los servicios de atención farmacéutica que se le podían ofertar, quizás porque desconocen los servicios asistenciales en los que el farmacéutico podría ayudarles.

A diferencia, con el estudio llevado a cabo por Rodríguez MA et al¹⁵⁶ en dos farmacias comunitarias que realizaban SFT a pacientes, donde se destacaron como aspectos a mejorar por parte de los encuestados sobre la atención en la farmacias, el reclamo de una mayor información de los productos que adquirirían 14,4% y un 13,9% solicitaron seguimiento de los tratamientos. En Escocia ante la misma pregunta en el estudio de Iverseny et al¹⁵⁴, los pacientes esperaban del farmacéutico un papel más relacionado con el

consejo de medidas higiénicas y hábitos saludables y apenas relacionaban al farmacéutico como un experto en medicamentos.

Los estudios de satisfacción pueden llevarnos a conclusiones no del todo completas pues la satisfacción ante un servicio está totalmente condicionada por las expectativas que se tienen sobre el servicio en cuestión como es la actual farmacia dispensadora que conocen los usuarios. De hecho la satisfacción hace referencia al juicio del consumidor sobre cómo le ha sido ofrecido un determinado servicio. Por tanto, el nivel de satisfacción es el resultado de la comparación del consumidor entre sus expectativas sobre el servicio y el servicio recibido. El espacio entre las expectativas y la experiencia sentida influye radicalmente sobre cómo sentimos y opinamos sobre el servicio, es decir, afecta al grado de satisfacción con el servicio^{155, 156, 157}.

En cuanto a la indicación medida en este estudio y en otros, todos obtienen resultados muy favorables hacia la atención al paciente pero realmente con el resto de servicios cognitivos.

¿Se los ofrecemos a cada persona que entran en las farmacias españolas?
¿Realmente saben los pacientes todo lo que nos podrían demandar y no siempre le ofrecemos?

Se debería aumentar en las farmacias las actividades que mas influyen sobre la salud de los pacientes, involucrándose en la evaluación del impacto de nuestras intervenciones como medida de mejora continua y al mismo tiempo investigar si los pacientes demandan otro tipo de actividades y si conocen los servicios que podríamos aportarles.

Somos responsables por todo lo que sucede en el mundo.
Con la fuerza de nuestro amor, de nuestra voluntad, podemos
cambiar nuestro destino y el de mucha gente.

Paulo Coelho. As valquírias

8. CONCLUSIONES

- La aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica a las consultas incluidas en el estudio de diversas farmacias aleatorizadas ha sido posible. pues se ha podido aplicar en el 95,33% de los casos sin desviarse del protocolo, identificando el problema de salud menor en un 94,8%, seleccionando fármacos en el 96,26% de los casos y tras aplicarlo el resultado fue positivo en 97 pacientes.
- Los pacientes que más consultan suelen ser jóvenes, mujeres con estudios primarios y secundarios, sin patologías ni tratamientos concomitantes, y que mayoritariamente consultan por patologías respiratorias.
- La efectividad de la indicación farmacéutica efectuada en las farmacias comunitarias ha sido elevada pues los pacientes manifestaron la recuperación de los síntomas de 8,59 sobre 10. La consulta fue resuelta en un 88% de los casos.
- La percepción que tienen los pacientes en indicación farmacéutica es óptima en todos los aspectos evaluados: (La percepción de la salud fue alta, otorgando al servicio una media de 8,59 puntos sobre 10, el farmacéutico que le atendió y la farmacia.
- Se puede realizar las siguientes afirmaciones:
 - A medida que se considera suficiente la información recibida aumenta la percepción de mejoría
 - Cuanto mayor es el cumplimiento de las indicaciones del farmacéutico mayor es la mejoría.
 - Cuanto mayor sea la calidad de la información recibida por el paciente, principalmente entendida como la preparación del farmacéutico, aumenta la probabilidad de mejorar el problema de salud menor.
 - Cuanto mayor sea la amabilidad del farmacéutico (Su capacidad de escucha, el trato y el tiempo dedicado), aumenta la probabilidad de elegir a la farmacia como la mejor.
 - Cuanto más accesible es una farmacia (tiempo de espera, estado de las instalaciones y el horario), mayor es la probabilidad de elegirla como una de las mejores.
 - La probabilidad de elegir como mejor a la farmacia es más alta si el paciente es habitual.

Las opiniones de mejora de la farmacia como establecimiento, por parte de los pacientes van encaminadas al personal y a la farmacia pero no se mencionan los servicios de atención farmacéutica como posibilidades de mejora.

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

9. ANECDOTARIO

Entre los comentarios durante la entrevista los encuestados hicieron las siguientes referencias:

- Es un farmacéutico de renombre por su atención al público., mejoraría la zona de atención al público.
- Estaba de bote en bote y sólo esperé unos tres minutos., son muy entregados.
- Faltaría algún asiento, en cuanto hay algo de dudas te mandan al médico. casi siempre aciertan con el medicamento que recomiendan, pero apenas hay intimidad.
- La farmacia es mucho mejor que las que hay en la zona., reparan mucho en que no hayan problemas con los fármacos.
- Fui inicialmente atendido por el auxiliar y prefiero el titular.
- Las recomendaciones que dan son extraordinarias, siempre le dedican mucho tiempo al atenderle.
- La bata me da confianza y durante la indicación fue muy discreta.
- Me gustaría que no cerraran para comer. Y generalmente todo el mundo se entera de las consulta.
- Me hicieron muchas preguntas antes de decidir.
- Me llevaron el fármaco a casa.
- Me perdonaron diez céntimos que faltaban.
- No hay privacidad, pero no se puede evitar, sugiero alguna zona para solicitar productos más íntimos.
- Pensaba que el fármaco actuaría más rápido, me pareció un poco flojo para mi dolencia. Pero seguí las indicaciones pese a no saber si me curaba por si sola o por la acción del fármaco.
- Son gente maravillosa.
- Son modernas las instalaciones, y te explican bien las cosas.
- Van siempre muy arregladas.

Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ley 25/1990, de 20 de diciembre. Ley del Medicamento. BOE núm. 306, de 22 diciembre. Editorial Aranzadi S.A. [RCL 1990, 2643]).
- 2 Grupo de Consenso. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001.
- 3 Centro Andaluz de información de medicamentos (CADIME). Automedicación: riesgos y beneficios. Boletín terapéutico andaluz 196; 12 (5): 1-5.
- 4 Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education. A position paper: Entr y-level Eucation in Pharmacy: A Commitment to Change. Alexandria (Virginia): American Association of Colleges of Pharmacy; 1991.
- 5 Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 2006; (178): 28122- 28165.
- 6 Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. BOE 2005; (203): 29493.
- 7 Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Granada: Universidad de Granada; 2005
- 8 Internacional Labour Organization. ILO Thesaurus. Geneva: International Labour Office; 2005. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ILO-thesaurus/spanish/tr3942.htm>
- 9 Comité de Clasificación de la WONCA. Glosario Internacional de medicina general / familia Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1997.
- 10 Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Adm Press; 1980.
- 11 Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978; 200: 856-864.
- 12 World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: Official Records of the World Health Organization, no. 2; 1948.

-
- 13 Machuca M, Oñate MB, Romero-Barba L, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP. Propuesta de modelo de actuación en consulta o indicación farmacéutica adaptado al consenso español en atención farmacéutica. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(3): 141-146.
- 14 Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
- 15 Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud Informe de la Reunión de la Organización Mundial de la Salud. Tokio: OMS; 1993. Publicado en: *Pharm Care Esp* 1999; 1: 207-211 u 207.
- 16 World Health Organization and International Pharmaceutical Federation. Developing Pharmacy practice. A focus on patient care. Geneve / The Hague: OMS/FIP; 2006. Disponible en: www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf
- 17 Ley 16/1997, de regulación de los servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE 1997; (100):13450-13452.
- 18 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguim Farmacoter* 2005; 3(2): 65-77.
- 19 Spruill WJ, Wade WE, Taylor AT, Burke SI, Longue L. A survey of pharmacists opinions on both the value of and rehaznos for providing various pharmaceutical care services. *J Soc Adm Pharm* 2003; 20: 213-8.
- 20 Roberts A S, Hopp T, Sorensen E W, Benrimoj S I., Chen T F, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-34.
- 21 European Parliament and Council. Decision No. 645/96EC—adopting a programme of community action on health promotion, information, education

and training within the framework for action in the field of public health (1996–2000). Official Journal of the European Communities 1996; 39: 1–8.

22 Wilson ME, Robinson EJ, Ellis A. Studying communication between community pharmacists and their customers. Counselling and Psychology Quarterly 1989; 2:367-80.

23 Lipton HL, Bird JA. The impact of clinical pharmacists' consultations on geriatric patients' compliance and medical care use: a randomized controlled trial. Gerontologist 1994; 34(3):307-15.

24 Barber N. Drugs: from prescription only to pharmacy only. British Medical Journal 1993; 307(6905):640.

25 Bond CM, Sinclair HK, Winfield AJ, Taylor RJ. Community pharmacists' attitudes to their advice-giving role and to the deregulation of medicines. International J of Pharmacy Practice 1993; 2:26-30.

26 Westerlund T, Marklund B, Handl W, Thunberg M, Allebeck M. Nonprescription Drug-Related Problems and Pharmacy Interventions. Ann Pharmacother 2001; 35:1343-1348.

27 Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol A Randomized Controlled Trial. Pharmacoeconomol Drugs saf 2006 Feb;15 (2):115-21. JAMA 2006; 296:2563-2571. Published online November 13, 2006. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/21/2563>.

28 Haynes LM, Patterson AA, Wade SU. Drug information service for drug product procurement in the Veterans Affairs health-care system: preliminary experience. American Journal of Hospital Pharmacy 1992; 49(3):595-8.

29 King MJ, Blenkinsopp A. Cholesterol measurement as a focus for health education advice in community pharmacies - the PSNC pilot study. Pharmaceutical Journal 1989; 243:736-40.

30 Martín MJ, Pérez C, La Casa C. Organización de una farmacia comunitaria. Dispensación de medicamentos. En: Herrera J, Ed. Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Madrid: Elsevier, 2003. p. 419-438.

-
- 31 Machuca M, Silva-Castro MM, Ferrer-López I. Indicación Farmacéutica. En: Situación Actual de la Atención Farmacéutica. Módulo I. Master en Atención Farmacéutica Comunitaria. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL ; 2006
- 32 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 1990;47(3):533-43
- 33 Silva-Castro MM, Amariles Muñoz P, Sabater Hernández D, Parras M, Ferrer-López I, Faus MJ. Casos prácticos de seguimiento farmacoterapéutico. Edición: 1ª ed., 1ª imp. Universidad de Granada. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Granada; 2006
- 34 Cabides L et al. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos /Estudio TOMCOR). Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75: 375-88.
- 35 Barbero A, et al. Seguimiento desde la farmacia comunitaria de la vacunación y quimioprofilaxis de los viajeros internacionales. Estudio VINTAF. Aten. Primaria 2003; 32 (5): 276-81.
- 36 Salar L, Dualde E, Bernardeau E, García Cebrián F. Programa TOD (Tratamiento de Observación Directa) de Valencia. Implantación y experiencia iniciales. Pharmaceutical Care Esp 2000; 2: 28-41.
- 37 Rodríguez A, Rodríguez M. A. Conocimiento e implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico por el farmacéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3: 98-102.
- 38 Aguas Y, De Miguel E, Fernández-LLimós F. El proceso de incorporación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz. Seguim Farmacoter 2004; 2 (supl 1): 39-40.
- 39 Resolución ResAP (2001)2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. Consejo de Europa (Adoptada por el Consejo de

Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 746 reunión de Delegados de los Ministros). Pharm Care Esp 2001; 3: 216-222.

40 International Pharmaceutical Federation. Statement of Principle Selfcare including self-medication. The professional role of the pharmacist. Jerusalem: FIP Council; 1996.

41 Llanes R, Aragón A, Sillero MI, Martín MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. Atención Primaria 2000; 26(1):11-15.

42 Machuca M, Oñate MB, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP. Cartera de servicios de una farmacia comunitaria. Seguir Farmacoter 2004; 2 (1):50-53.

43 Rodríguez MC, Escarcena VE, Martín MJ. Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. FAP 2006; 4(3): 79.

44 Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento farmacoterapéutico. Granada: GIAF; 2003.

45 Machuca M, Oñate B, Machuca MP, Gastelurrutia P, Gutiérrez-Aranda L, López-Fernández E, Romero-Barba L. La indicación farmacéutica disminuye las visitas al médico y resuelve las demandas de los pacientes. Seguir Farmacoter 2003; 1(3): 110-114.

46 Herrera J. Acto profesional, atención y prescripción farmacéutica. Farmacia Profesional 1996; 10:62-64.

47 Zardaín E, Llavona AM. Protocolos para la atención farmacéutica de los trastornos menores. Farm Clin 1994; 11(4): 312-325.

48 Eyaralar T, Dago A, Del Arco Ortiz J. Dispensación activa. Aula de la Farmacia 2004; 1:10-20.

49 Alemany C, Bassons T, Gascón P, Bonal J. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. En farmacia hospitalaria: Tomo 2, capítulo 2.1; 275-293.

50 Krief B. Gabinete de estudios sociológicos. Informe libro blanco: La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1997.

51 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; 3:106-121.

-
- 52 Lavado E, Machuca M, Herrera J. Informe de consulta farmacéutica. Pharm Care Esp 1999; 1:62-69.
- 53 Domínguez- Castro A, Regidor E, Gallardo C. Aspectos relacionados con la demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia. Pharm Care Esp 1999; 1:335-342.
- 54 De Miguel E, Suárez de Venegas C. Automedicación en una farmacia comunitaria: solicitud y actuación del farmacéutico. Pharm Care Esp 2001; 3:433-438.
- 55 Laaksonen R, Duggan C, Bates I. Desire for information about drugs: relationships with patients characteristics and adverse effects. Pharm World Sci 2002; 24(5):205-210.
- 56 Fernández- Llimós F. Importancia de la información sobre medicamentos: sentencia del Tribunal Supremo 326/2001. Pharm Care Esp 2001; 3:309-312.
- 57 Tobón FA. Evaluación del conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en los adultos en Corconá- Antioquia (Colombia) en 1997. Pharm Care Esp 2001; 3:257-269.
- 58 Barris D, Rodríguez- Zarzuelo A, Salinas MM, Zarzuelo C. Demanda de antibióticos orales sin receta médica en una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2001; 3:412-420.
- 59 Choi JA, Sullivan J, Pankaskie M, Brufsky J. Evaluation of Consumer Drug Information Databases. J Am Pharm Assoc 1999; 39: 683-687.
- 60 Llamas MD. Conocimientos de los ancianos institucionalizados sobre sus enfermedades y tratamientos farmacológicos. Pharm Care Esp 2001; 3(5):358-369.
- 61 Martí- Benavent MA, Estrugo F, Martínez- Martínez MI. Mujer y climaterio. Una experiencia en el medio rural desde la óptica de la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2003; 5(1):13-21.

-
- 62 García- López JA. Legibilidad de los folletos informativos. *Pharm Care Esp* 2001; 3(1):49-56.
- 63 Timmer JW, de Smet PAGM, Schuling J, Tromp TFJ, de Jong- van den Berg LTW. Patient education to users of oral hypoglycemic agents: the perspective of Dutch community pharmacists. *Pharm World Sci* 1999; 21(5): 200-204.
- 64 Del Arco J, Ruiz- Golvano J, Menoyo C. La implicación de las farmacias en la prevención y tratamiento de las toxicomanías. *Pharm Care Esp* 2002; 4(3):138-142.
- 65 De Miguel E, Suárez de Venegas C. Implantación de un programa de seguimiento de personas con sobrepeso y obesidad como paso previo al seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002; 4(5):264-274.
- 66 Rajamäki H, Katajavuori N, Järvinen P, Hakuli T, Teräsalmi E, Pietilä K. A qualitative study of the difficulties of smoking cessation; health care professionals´ and smokers´ points of view. *Pharm World Sci* 2002; 24(6):240-246.
- 67 Hepler CD. Hacia una mejora sistemática del uso de medicamentos en el ejercicio comunitario. Una nueva perspectiva en Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1(6):428-457.
- 68 Loza MI, Cordero L, Fernández- Llimós F, Cadavid MI, Calleja JM, Sanz F, et al. El proyecto TESEMED: aprender en las farmacias comunitarias utilizando la telemática. *Pharm Care Esp* 2000; 2(6):440-443.
- 69 Cordero L, Fernández- Llimós F, Cadavid MI, Giorgio F, Loza MI et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: Gripe y resfriado. *Pharm Care Esp* 2001; 3(1):5-21.
- 70 Cordero L, Fernández- Llimós F, Cadavid MI, Giorgio F, Loza MI, et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: Tos. *Pharm Care Esp* 2001; 3(2):77-92.
- 71 Cordero L, Giorgio F, Fernández- Llimós F, Cadavid MI, Gato A, Loza MI, et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: Estreñimiento. *Pharm Care Esp* 2001;3(3):155-174.

-
- 72 Cordero L, Fernández- Llimós F, Cadavid MI, Giorgio F, Loza MI, et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: Hemorroides. Pharm Care Esp 2001; 3(5):324-336.
- 73 Burton S, Anderson C. Using the Internet to develop an international learning community of pharmacists. Pharm World Sci 2002; 24(5):172-174.
- 74 ORDEN SCO/255/2007. Sobre el registro de especialidades farmacéuticas publicitarias. BOE núm. 38.6294-6295.
- 75 García R. Especialidades Farmacéuticas Publicitarias. En: Curso básico sobre derecho farmacéutico. Unidad 8. Madrid: Correo farmacéutico; 2006. Disponible en: <http://www.correofarmacaceutico.com/formacion/>
- 76 Bradley C, Blenkinsopp A. The future for self medication. BMJ 1996; 312: 835-837.
- 77 Bond CM, Bradley C. The interface between the community pharmacists and patients. BMJ 1996; 312: 758-760.
- 78 Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol A Randomized Controlled Trial. JAMA 2006; 296:2563-2571. Published online November 13, 2006. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/21/2563>.
- 79 Alfonso T. El rol del farmacéutico en la automedicación. Uso de medicamentos, análisis desde la experiencia de España. Pharm Care Esp 1999; 1: 157-164 u 161.
- 80 Moral RR. Impacto en la educación médica formal continuada, JAMA. 1999; 282:867-74. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/edu/v6n4/original7.pdf>
- 81 European Foundation for Quality Management (1999). Modelo EFQM de Excelencia 1999. Bruselas: E.F.Q.M. Traducido por el Club Gestión de Calidad, Madrid.

-
- 82 International Pharmaceutical Federation. Declaración de la FIP sobre Normas Profesionales: Código de Ética para Farmacéuticos. Vancouver: FIP; 1997.
- 83 Organización Mundial de la Salud. Normas para la Calidad de los Servicios Farmacéuticos. Tokyo 1993 (revisada en 1997), aprobada por la OMS en abril de 1997.
- 84 International Pharmaceutical Federation. Declaración de Principios de la FIP – Buenas Prácticas de Educación Farmacéutica. Viena: FIP; 2000.
- 85 García F, Gervas J. La Atención Farmacéutica en España: contraste entre la expectativa y la realidad *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(1): 28-32.
- 86 Lavado E et al. Informe de consulta farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 62-69.
- 87 Rapier CM. An introduction to outcomes research. Brookwood: Medical publications; 1996.
- 88 Vaillo de Mindo M. La validación de la Atención Farmacéutica precisa el consenso en métodos y estándares. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/rec-templating/templates/correo_farmaceutico/cmp/
- 89 Baena I. Comentarios sobre la investigación en atención Farmacéutica. *Farm Hosp* 2006; 30(1): 59-63,
- 90 Rodríguez MA, Rodríguez A, Pérez E. Investigación de Proceso y de Resultados en Salud (IPRS), otro peldaño hacia la excelencia profesional del Farmacéutico Comunitario. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(1): 23-27.
- 91 American Pharmacist Association. Washington: APhAnet; 2006. Disponible en: <http://www.aphanet.org>
- 92 Pascoe, G. Patient satisfaction in primary health care: a literatura review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds.). *Patient satisfaction in health and mental services. Evaluation and program (1983). planning*, 6, 185-210.
- 93 Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria* 1992; 6: 176-185.
- 94 Pasco GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983; 6: 185-210

-
- 95 Varela, J. y Galego, P.. Bases para a mellora continua da calidade dos servicios de saúde. Santiago: Xunta de Galicia(2001).
- 96 Varela, E., Picón, E., Rial, A. y García, A.. Evaluación de la satisfacción del consumidor mediante el análisis de importancia-valoración (importance-performance analysis). Una aplicación a la evaluación de destinos turísticos. II Congreso Galego da Calidad. Santiago, 2-3 de abril de 2001.
- 97 Varela J, Rial A y García E, Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema* 2003; 15(4): 656-661.
- 98 Hulka BS, Zyzansrey SJ, Caser JC, Thomson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary health care. *Med Care* 1970; 8: 429.
- 99 Hulka BS, Zyzansrey SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care*1982, 20, 649-653.
- 100 Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medial encounters. *Med Care* 1988, 26. 393-402.
- 101 Benavides FG, Nolasco A, Jiménez L, González C, López JM, Pérez E, Bolumar F. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de usuarios de un centro de salud. *Atención Primaria* 1987; 4: 91-95.
- 102 Delgado A, López LA, Luna DJ. La satisfacción de los usuarios con los modelos de Atención Primaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria* 1992, 7: 32-40.
- 103 Sen A. Health perception versus observation. *BMJ* 2002; 324:860-1.
- 104 Huw D, Thomas V, Noyce PR. The interface between self medication and the NHS. *BMJ* 1996; 312. 688-691.
- 105 Ferrer-López I, Murillo MD, Machuca M. Determinación del grado de conocimiento y correcta utilización sobre anticonceptivos orales en farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(3): 136-138.

-
- 106 Hoog S. Self medication market a literatura study. J Soc Adm pharm 1992; 9 (3)123-137.
- 107 Cranz H. Over the counter drugs. The issues. Drugs sal 1990; 5 (suppl): 120-125.
- 108 Mant et al. Over the counter self medication. Drugs aging 1992; 2(4): 257-251.
- 109 Lunde I. Self-care: what is it? J Soc Adm pharm 1990; 7 (4)150-155.
- 110 Kennedy JG. Over the counter drugs (editorial). BMJ 1996; 312.593-4.
- 111 Hansworth G. Pharmacy protocols. Pharm J 1994; 253:759-761.
- 112 World Health Organization. Guide to Good prescribing. Action program ton essential drugs Num11. Geneva: WHO: 1994.
- 113 Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión, modificación clínica. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/cied.pdf>
- 114 Burgos R. Metodología de investigación y escritura científica. Granada: EASP; 1998
- 115 Bohigas L. La satisfacción del paciente. Gaceta Sanitaria 1995; 9: 283-286.
- 116 Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. BMJ 1991; 302: 887-889.
- 117 Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. Gaceta Sanitaria 1992; 6: 176-185.
- 118 Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz de Zarate J, Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demand for dispensing of medicines without medical prescription. Aten Primaria 2006; 37(2):78-87.
- 119 Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. Pharm Care Esp 2003; 5: 160-5.
- 120 Gastelurrutia MA. Elementos facilitadotes y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española.[Tesis Doctoral]. Universidad de Granada: 2005.
- 121 Cebrián S. Glosario de economía de la salud, PALTEX. Organización Panamericana de la Salud: 1995.

122 Varo, J; Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid; Díaz de Santos SA: 1994. Disponible en. <http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/reform.htm>

123 Carranza F, Machuca M, Baena MI, Martínez-Martínez F. Disponibilidad y coexistencia de especialidades farmacéuticas publicitarias con otras especialidades de igual composición. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(2): 46-54.

124 Ruiz de Velasco E, Unzueta L, Fernández J, Santisteban M, Lekue I. Prescripción inducida en Atención Primaria de la Comarca de Bilbao. *Aten Prim.* 2002; 29:414-420.

125 Barbero A, Pastor R, del Arco J, Eyaralar T, Espejo J. Demand for dispensing of medicines without medical prescription. *Aten Primaria.* 2006; 37:78-87.

126 Camaño F, Tomé M, Takkouche B, Gestal JJ. Influence of pharmacists' opinion on their dispensing medicines without requirement of a doctor's prescriptions. *Gac Sanit.* 2005; 19:9-14.

127 McElnay JC, Nicholl AJ, Grainger-Rousseau TJ. The role of the community pharmacist, a survey of public opinion in N. Ireland. *International Journal of Pharmacy Practice* 1993; 2:95-100.

128 Mottram DR, Ford JL, Markey B, Mitchelson K. Public perception of community pharmacy. *Pharmaceutical Journal* 1998; 242 (Suppl.):14-17.

129 Domínguez A, Regidor E, Gallardo C. Aspectos relacionados con la demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia. *Pharm Care Esp* 1999; 1:335-342.

130 Rodríguez MC, Escarcena VE, Martín MJ. Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. *FAP* 2006; 4(3): 79.

131 Obermeyer CM, Schulein M, Hardon A, Sievert, Price K, Santiago AC, y cols. Gender and medication use: an exploratory, multisite study. *Women Health* 2004; 39:57-73.

-
- 132 Stjernberg L, Berglund J, Halling A. Age and gender effect on the use of herbal medicine products and food supplements among the elderly. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 50-55.
- 133 Domínguez- Castro A, Regidor E, Gallardo C. Aspectos relacionados con la demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia. *Pharm Care Esp* 1999; 1:335-342.
- 134 Honrubia F, et al. 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.
- 135 Barbero JA. Consulta Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. [Tesis doctoral] Universidad de Alcalá; 2001.
- 136 Ausejo M, et al. Estudio sobre automedicación de antiinfecciosos en dos oficinas de farmacia. *Atenc Prim* 1993; 11(1):41-43.
- 137 Llavona AM, Loza MI. Estudio de automedicación desde una oficina de farmacia. *El farmacéutico* 1988; 54: 61- 68.
- 138 Fidalgo ML, Martínez M, Gil MA. Automedicación en un área sanitaria rural: análisis a través de las oficinas de farmacia. *Farm Clin* 1992; 9 (10):844-853.
- 139 Llavona AM, Dago AM, Zardain E. Automedicación en oficinas de farmacia de Asturias. *El farmacéutico* 1988; (59):75-88.
- 140 Gorostiza I et al, Evaluación de una campaña sobre el uso adecuado de laxantes en las farmacias comunitarias. *Farm Clin* 1995; 12(1):18-27.
- 141 Fidalgo ML, López C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *Rev Med Fam Comunitaria* 1995; 5(5): 245-252.
- 142 Aguiló MC, Bofill C, Riera P. Farmacoterapia analgésica en la asistencia primaria. Aproximación a una valoración desde la farmacia comunitaria. *Farm Clín* 1994; 11(3):218-34.
- 143 Nunes B, Baptista I, Contreiras T, Falcao JM. Estudio nacional de Satisfação dos Utentes com as Farmaciás. Ed. Centro de Estudos de farmacoe epidemiologia da Associação Nacional das Farmacias. CEFAR-ANF; 2001.

-
- 144 García-Delgado A, Machuca M, Murillo MD, de la Matta MJ, Martín MJ.. Percepción de la labor asistencial del farmacéutico comunitario por los pacientes incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 38-42.
- 145 Machuca M. Comunicación farmacéutico-paciente-médico. En: Curso de postgrado de introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Barcelona: Universidad de Granada; 2001.
- 146 Al Shammari SA. Compliance with short-terms antibiotic therapy among patients attending primary health centres in Riyadh, Saudi Arabia. *J Roy Soc Health* 1995; 115 (4): 231-234
- 147 Angelo LB, Ferreri SP. Assessment of workflow redesign in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash DC)*. 2005; 45:145-50.
- 148 Ferrando W. Uso de los servicios de una farmacia comunitaria en la población de la Vila Joiosa. *Rev Electron Biomed / Electron J Biomed* 2005;2: 44-54.
- 149 Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. Community Pharmacist's work activities in the United States during 2000. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42: 399-406.
- 150 Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am J Health- Syst Pharm* 1999; 56: 1758-64.
- 151 García de Bikuña Landa B. Especialidades Farmacéuticas Complejas. 1ª Edición. Bilbao: Autoedición, 2004.
- 152 Eyaralar T, Dago A, del Arco J. Dispensación Activa. *Aula de la Farmacia* 2004; 1 (4):10-20.
- 153 Barau M, Fité B, Gascón P, Carbonell M, Sellés M, Mercadé M, Fornés A, et al. Protocols dels serveis farmacèutics bàsics del programa d'AFca del COFB. *Circular Farmacèutica* 2005; 63 (1): 39-41.

154 Iversen L, Mollison J MacLeod T. Attitudes of the general public to the expanding role of community pharmacists: a pilot study. *Family Practice* 2001; 18: 534-536.

155 Kucucarslan S, Schommer JC. Patient's expectations and their satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42:495-6.

156 Rodríguez MA, Rodríguez A, García E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(2): 286- 90.

157 Johnson KA, Farris KB. Managing patient outcome data. In: Hagel HP, Rovers JP, eds. *Managing the patient centered pharmacy*. Washington: APHA; 2002.