

**Universidad de Granada**  
**Facultad de Farmacia**

**Programa de Doctorado de Farmacia Asistencial**



Tesis doctoral

**REGISTRO Y EVALUACIÓN DE TODAS LAS ACTUACIONES  
PROFESIONALES DEMANDADAS EN LA FARMACIA  
COMUNITARIA.**

Presentada por:  
**Rosa Prats Más**

**-Granada, 2010-**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Rosa Prats Mas  
D.L.: GR 1552-2011  
ISBN: 978-84-694-0955-8

**REGISTRO Y EVALUACIÓN DE TODAS LAS ACTUACIONES  
PROFESIONALES DEMANDADAS EN LA FARMACIA  
COMUNITARIA**

Memoria que presenta Rosa Prats Más  
Para aspirar al Grado de Doctor en Farmacia

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dr. D. Fernando Martínez Martínez.

Dra. Dña. M<sup>ª</sup> Isabel Baena Parejo.

Dra. Dña. Pilar García Delgado.

Rosa Prats Más  
Aspirante al Grado de Doctor en Farmacia

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

#### **CERTIFICA**

Que el trabajo titulado **REGISTRO Y EVALUACIÓN DE TODAS LAS ACTUACIONES PROFESIONALES DEMANDADAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA**, ha sido realizado por la Licenciada en Farmacia **Dña Rosa Prats Más** bajo la dirección de los Doctores, Dña. M<sup>a</sup> Isabel Baena Parejo, D. Fernando Martínez Martínez y Dña. Pilar García Delgado. Para la obtención del Grado de Doctor, y considerando que se halla concluido y reúne los requisitos oportunos, autoriza su presentación para que pueda ser juzgado por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, se expide el presente certificado en Granada, a 1 de Diciembre de 2010.



Dr. D. Fernando Martínez Martínez



**D.Fernando Martínez Martínez**, Doctor en Farmacia,

**D<sup>a</sup>. María Isabel Baena Parejo**, Doctora en Farmacia,

**D<sup>a</sup> Pilar García Delgado**, Doctora en Farmacia,

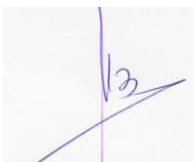
**CERTIFICAN:**

Que D<sup>a</sup>. Rosa Prats Más ha realizado el trabajo de investigación titulado **Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en La farmacia comunitaria** bajo su dirección y que la presente memoria corresponde fielmente a los resultados obtenidos. En cumplimiento de la normativa vigente, les complace informar favorablemente la presentación de esta Tesis Doctoral ante el tribunal que se designe.

Granada, 1 de Diciembre de 2010



Dr. D. Fernando Martínez Martínez.



Dra. M<sup>a</sup> Isabel Baena Parejo



Dra. Pilar García Delgado.







***La meta es partir. Giuseppe Ungaretti (1888 – 1970) poeta italiano***

***A mi padre. Es tu esencia en mí, la que me ayuda a ver lo que miro, a reflexionar lo que pienso y a amar a los que quiero.***

***Agradecimientos:***

***A la primera persona a la que debo este trabajo es a mi mejor amiga y confidente Inés, sin la que hubiera sido IMPOSIBLE empezarlo, continuarlo y terminarlo. Ha sido pieza fundamental en todo el proceso, hasta el punto que considero que merece esta tesis, tanto como yo. Gracias, Inés.***

*Agradecer de manera especial a mis directores de tesis, Isabel Baena, Fernando Martínez y Pilar García, por haber hecho posible la realización de este trabajo, y haberme ayudado con esta dura y emocionante tarea.*

*Especialmente a Isabel Baena; sin su rigor, su dirección y su cariño no hubiera sido posible realizar esta tesis. Tus reflexiones y visión crítica me han dado luz desde el primer momento para encontrar el camino, y tu cariño me ha sabido guiar hasta el final. Gracias por todo ese tiempo robado a tu poco tiempo.*

*A Fernando Martínez por haber confiado en este proyecto, y haberme animado siempre a continuar con él, aún en momentos difíciles.*

*A Pilar García, por ayudarme a la realización de este trabajo y dedicarme tu tiempo, apoyo y profesionalidad, robándoselo a su princesa Carlota. Gracias por haber estado ahí.*

*A Francisco Martínez, que sin saberlo, formó parte de la semilla de lo que hoy es esta tesis, al coincidir en las inquietudes que gestaron esta investigación.*

*A Luis Salar por su disponibilidad e importantes sugerencias, que me dieron más luz en este complicado camino de la tesis.*

*A Beatriz Román por su apoyo y aportaciones al trabajo.*

*A Encarna del Cim, del Colegio de Farmacéuticos de Alicante, por su amistad y su ayuda en las búsquedas bibliográficas.*

*A Dani por sus lecciones de ánimo, que tanta falta me han hecho.*

*Manuel, gracias por responder tan rápidamente a mis dudas estadísticas, era un consuelo saber que siempre estabas ahí.*

*Ana Lillo y Jordi Oltra por ayudarme con sus lecturas críticas.*

*Ana Moreno, sin tu orientación para resolver las burocracias que llenan el camino, no hubiera podido llegar al final a tiempo.*

*Tengo que agradecer de forma especial Pepe, mi marido, que durante todo este tiempo tuvo la paciencia suficiente para apoyarme, darme su comprensión, su cariño y su amor. Gracias por alentarme a continuar, a pesar de que tú también sufrías el desgarró que produce tanta dedicación*

*Por supuesto a mi madre y a mis hijas, a las que he privado también de compartir momentos conmigo por estar tan envuelta en este huracán que te arrastra sin darte cuenta, y te separa de los que más quieres. Además, a Carla y Tamara por ayudarme en*

*la parte literaria de las correcciones, lo cual me ha sido de gran ayuda, pues soy nefasta escribiendo.*

*Sin lugar a dudas esta tesis es fruto de la colaboración de todas las personas que trabajan en las farmacias del estudio, y que son por ello protagonistas igualmente de este trabajo. Gracias a M<sup>a</sup> José, Vanessa, Pedro, Encarna y Laia.*

*Agradezco a mis farmacéuticas Vanessa y Laia, sin las cuales no hubiera podido robar el tiempo a la farmacia para trabajar en esta tesis, que por mucha dedicación que le des, nunca es suficiente*

*A ti Pura, por compartir horas conmigo de tu propio universo.*

*A todos mis amigos y compañeros que han entendido mi aislamiento y me han brindado su cariño en todo momento.*

*“La posibilidad de realizar un sueño es lo que hace que la vida sea interesante”. Paulo Coelho (1947) Escritor brasileño*

***¡Gracias a todos por dejarme realizar este sueño!***



## **ABREVIATURAS**

?: Porcentaje.

A: Automedicación sin incidencia.

AC: Automedicación y consejos higiénico-dietéticos.

ACM: Automedicación, consejos y recomendación de visitar al médico.

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AF: Atención Farmacéutica.

AGEMED: Agencia Española de Medicamentos.

AM: Automedicación y recomendación de visitar al médico.

AMM: Asamblea Médica Mundial.

AP: Actuaciones Profesionales.

APF: Actuaciones Profesionales Farmacéuticas.

AS: Automedicación, consejos y derivación a otros servicios.

AUTOM: Automedicación

CA: Comunidad Autónoma del estado español.

CCAA: Comunidades Autónomas del estado español.



CE: Consejo de Europa.

CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

C/I: Con incidencia.

CN: Código nacional.

COF: Colegio Oficial de Farmacéuticos.

CPE: Consejos añadidos en parafarmacia, dietética u ortopedia.

CPS: Control previo sanitario.

D: Dispensación farmacéutica.

DGFyPS: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

EEUU: Estados Unidos de América.

EFP: Especialidad farmacéutica publicitaria.

ETC: Etcétera.

FDA: Federal Drug Administration (USA).

FIP: Federación Internacional farmacéutica.

FCVG: Farmacovigilancia.

FORO: Foro de atención farmacéutica.

FVG: Farmacovigilancia.

GIAF: Grupo Investigación de Atención Farmacéutica.

GIAF-UGR: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

IC: Intervalo de confianza.

IC: Indicación de un medicamento con sus recomendaciones o consejos.

ICM: Indicación de un medicamento, consejos y recomendación de ir al médico.

IF: Indicación farmacéutica.

IM: Indicación de un medicamento y recomendación de ir al médico.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IOS: Índice de Oferta Sanitaria.

IPM: Información personalizada del medicamento.

IS: Desviación a otros servicios con/sin venta asociada.

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

ISPhC: Sociedad Internacional de Farmacéuticos Formulistas.

LOPD: Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

MEDIC.: Medicamento

MeSH: Search Community Pharmacy.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MUFACE: Mutualidad general de Funcionarios Civiles del Estado.

OBRA90: Omnibus Budget Reconciliation Act 1990 (USA).

OF1: Oficina farmacia 1. Farmacia Comunitaria.

OF2: Oficina farmacia 2. Farmacia Comunitaria.

OFT: Oficina farmacia TOTAL.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PhC: Pharmaceutical Care.

PA: Pacientes atendidos.

PCNE: Pharmaceutical Care Network Europe.

Pharm Care Esp: Pharmaceutical Care España.

PNT: Procedimientos normalizados de trabajo.

PRM: Problema relacionado con medicamentos.

PVP: Precio venta público.

RAM: Reacción adversa a medicamentos.

RD: Real Decreto.

REAP: Red Española Atención Primaria.

RNM: Resultado/s negativo/s asociado/s a la medicación.

RO: Real Orden.

SA: Sustitución de medicación no adecuada.

SAC: Sustitución de la automedicación no adecuada y consejos higiénico-dietéticos.

SACM: Sustitución de la automedicación no adecuada y consejos higiénico-dietéticos con derivación al médico.

SAM: Sustitución de la automedicación no adecuada y derivación al médico.

SC: Sustitución de la automedicación no adecuada y consejos higiénico-dietéticos.

SEFV: Sistema Español de Farmacovigilancia.

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria.

SFT: Seguimiento farmacoterapéutico.

SM: Sustitución de la automedicación no adecuada y derivación al médico.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SS: Sustitución de automedicación, consejos con derivación a otros servicios (SFT).

SUSTIT: Sustitución

TOD: Tratamiento observado directamente.

TOMCOR: Therapeutic Outcomes Monitoring in Coronary patients.

TV: Televisión.

USA: United States of America.

VC: Venta cero.

VV: Vender un artículo (venta varia a coste cero).

WHO: World Health Organization.

WSMI: World Self-Medication Industry.

## GRÁFICAS

Gráfica 1. Consenso de Atención farmacéutica.

Gráfica 2. Actuaciones profesionales.

Gráfica 3. Actuaciones profesionales. Resolución e incidencias.

Gráfica 4. Análisis de datos.

Gráfica 5. Aportaciones de la herramienta.

Gráfica 6. Artículos de la herramienta.

Gráfica 7. Desplegable visualizado.

Gráfica 8. Pantalla de ventas visualizada: dispensación sin incidencias.

Gráfica 9. Desplegable visualizado: dispensación sin incidencia.

Gráfica 10. Pantalla de ventas visualizada: dispensación con incidencia de necesitar IPM.

Gráfica 11. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia de necesitar IPM.

Gráfica 12. Pantalla de ventas visualizada: dispensación con incidencia de necesitar consejos.

Gráfica 13. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia de necesitar consejos.

Gráfica 14. Pantalla de ventas visualizada: dispensación con incidencia de necesitar SFT.

Gráfica 15. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia de necesitar SFT.

Gráfica 16. Pantalla de ventas visualizada: dispensación con incidencia por derivar al médico.

Gráfica 17. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia por derivar al médico.

Gráfica 18. Pantalla de ventas visualizada: dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia.

Gráfica 19. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia.

Gráfica 20. Se visualiza en el programa informático: dispensación con incidencia por no dispensar.

Gráfica 21. Desplegable visualizado: dispensación con incidencia por no dispensar.

Gráfica 22. Flujo de dispensación.

Gráfica 23. Pantalla de ventas visualizada: fórmulas magistrales.

Gráfica 24. Pantalla de ventas visualizada: indicación de un medicamento o producto.

Gráfica 25. Pantalla de ventas visualizada .Resolución de indicación: derivación al médico.

Gráfica 26. Pantalla de ventas visualizada: automedicación adecuada.

Gráfica 27. Pantalla de ventas visualizada: automedicación adecuada pero necesita información y/o consejos.

Gráfica 28. Pantalla de ventas visualizada: automedicación adecuada pero se deriva al médico.

Gráfica 29. Pantalla de ventas visualizada: automedicación no adecuada. Se sustituye.

Gráfica 30. Pantalla de ventas visualizada: automedicación no adecuada. Se sustituye y se deriva al médico.

Gráfica 31. Pantalla de ventas visualizada: automedicación no adecuada. Solo se aconseja.

Gráfica 32. Pantalla de ventas visualizada: automedicación no adecuada. Se deriva al médico.

Gráfica 33. Pantalla de ventas visualizada: consultas sin venta asociada.

Gráfica 34. Pantalla de ventas visualizada: consulta con venta asociada.

Gráfica 35. Actuaciones profesionales no farmacéuticas.

Gráfica 36. Clasificación actuación profesional de dispensación de medicamentos con receta.

Gráfica 37. Actuaciones profesionales de dispensación de fórmulas magistrales.

Gráfica38. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales en las farmacias de estudio.

Gráfica 39. Demanda mensual/diaria de pacientes atendidos en las farmacias de estudio.

Gráfica 40. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones farmacéuticas.

Gráfica 41. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones no farmacéuticas.

Gráfica 42. Demanda mensual/día de actuaciones profesionales con dispensación.

Gráfica 43. Demanda mensual/día de actuaciones profesionales sin dispensación.

Gráfica 44. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales con receta.

Gráfica 45. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales sin receta.

Gráfica 46. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación con receta, de medicamentos que cursan con incidencias.

Gráfica 47. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación con receta, de medicamentos que cursan sin incidencias.

Gráfica 48. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta, que cursan con incidencias.

Gráfica 49. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales con receta, de dispensación de fórmulas magistrales.

Gráfica 50. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional de indicación farmacéutica.

Gráfica 51. Evolución mensual de la demanda media diaria de la actuación profesional automedicación.

Gráfica 52. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional automedicación sin incidencia.

Gráfica 53. Evolución mensual de la demanda media diaria de la actuación profesional de automedicación con incidencia.

Gráfica 54. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional consulta.



## **TABLAS**

Tabla 1. Aportaciones en la herramienta inicial.

Tabla 2. Artículos en la herramienta inicial.

Tabla 3. Parrilla desplegable de dispensación en la herramienta inicial.

Tabla 4. Parrilla desplegable de dispensación en la herramienta final

Tabla 5. Pantalla de ventas: dispensación sin incidencias.

Tabla 6. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por necesitar IPM.

Tabla 7. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por necesitar consejos.

Tabla 8. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por necesitar SFT.

Tabla 9. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por derivar al médico.

Tabla 10. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia.

Tabla 11. Pantalla de ventas: dispensación con incidencia por no dispensar..

Tabla 12. Pantalla de ventas: indicación farmacéutica de un medicamento o producto.

Tabla 13. Pantalla de ventas: indicación farmacéutica solo de los consejos necesarios..

Tabla 14. Pantalla de ventas: Derivación de una indicación farmacéutica al médico.

Tabla 15. Actuaciones profesionales. Distribución de frecuencias.

Tabla 16. Actuaciones profesionales.

Tabla 17. Pacientes atendidos.

Tabla 18. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas).

Distribución de frecuencias.

Tabla 19. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas).

TablaV20. Clasificación de actuaciones Profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 21. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Datos descriptivos.

Tabla 22. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación. Distribución de frecuencias.

Tabla 23. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación.

Tabla 24. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación. Distribución de frecuencias.

Tabla 25. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.

Tabla 26. Actuaciones profesionales sin dispensación. Distribución de frecuencias.

Tabla 27. Act. profesionales sin dispensación.

Tabla 28. Actuaciones profesionales: con y sin receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 29. Actuaciones profesionales: con y sin receta.

Tabla 30. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 31. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Datos descriptivos.

Tabla 32. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 33. Clasificación de actuaciones profesionales dispensación con receta.

Tabla 34. Incidencias en las actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 35. Clasificación de actuaciones profesionales sin receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 36. Clasificación de actuaciones profesionales sin receta.

Tabla 37. Actuación profesional de indicación farmacéutica. Datos distributivos.

Tabla 38. Clasificación de las resoluciones de las indicaciones farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 39: Clasificación de las resoluciones de las indicaciones farmacéuticas. Datos distributivos.

Tabla 40. Actuación profesional en automedicación.

Tabla 41: Clasificación de la actuación profesional de automedicación. Distribución de frecuencias.

Tabla 42. Clasificación de la actuación profesional de automedicación.

Tabla 43. Actuación profesional de automedicación que cursa con incidencias. Distribución de frecuencias.

Tabla 44. Actuación profesional de consulta. Distribución de frecuencias.

Tabla 45. Actuación profesional de consulta.

Tabla 46. Actuaciones profesionales, en las dos farmacias comunitarias del estudio. Distribución de frecuencias.

Tabla 47. Actuaciones profesionales demandadas por farmacia. Distribución de frecuencias.

Tabla 48. Actuaciones profesionales, en las dos farmacias comunitarias del estudio.

Tabla 49. Pacientes atendidos mensualmente en el período de estudio.

Tabla 50. Actuaciones profesionales farmacéuticas y no farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 51. Actuaciones profesionales farmacéuticas en las dos farmacias comunitarias del estudio.

Tabla 52. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 53. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 54. Actuaciones no farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 55. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin dispensación. Distribución de frecuencias.

Tabla 56. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin dispensación.

Tabla 57. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación. Distribución de frecuencias

Tabla 58. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.

Tabla 59. Clasificación de actuaciones profesionales sin dispensación. Distribución de frecuencias.

Tabla 60. Clasificación de actuaciones profesionales sin dispensación.

Tabla 61. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin receta. Distribución de frecuencias.

Tabla 62. Actuaciones profesionales con o sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio.

Tabla 63. Actuaciones profesionales demandadas con receta médica. Frecuencias de distribución.

Tabla 64. Actuaciones profesionales demandadas con receta médica.

Tabla 65. Act. Prof. con receta de dispensación de medicamentos. Distribución de frecuencias.

Tabla 66. Actuaciones profesionales con receta de dispensación de medicamentos.

Tabla 67. Incidencias en la actuación profesional de dispensación con receta de medicamentos, referida al total de dispensaciones de medicamentos con receta.

Tabla 68. Incidencias en la actuación profesional con receta de dispensación de medicamentos.

Tabla 69. Actuación profesional de dispensación con receta de fórmulas magistrales.

Tabla 70. Actuación profesional sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio. Distribución de frecuencias.

Tabla 71. Actuación profesional sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio.

Tabla 72. Actuación profesional de indicación farmacéutica. Distribución de frecuencias.

Tabla 73. Actuación profesional de indicación farmacéutica.

Tabla 74. Actuación profesional automedicación. Distribución de frecuencias.

Tabla 75. Actuación profesional automedicación.

Tabla 76. Actuación profesional de automedicación que cursa con incidencia. Distribución de frecuencias.

Tabla 77. Actuación profesional consultas: Clasificación. Distribución de frecuencias.

Tabla 78. Actuación profesional consultas.

Tabla 79. Planing diario.

Tabla 80. Registro de actuaciones farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

Tabla 81. Fallos que se cometen, por paciente, al no registrar las actuaciones farmacéuticas con que se les atiende para resolver su demanda.

Tabla 82. Registro de actuaciones farmacéuticas.

Tabla 83. Horario de los fallos cometidos en el registro de actuaciones farmacéuticas.

Tabla 84. Horario de pacientes atendidos.

# INDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCION

1-EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA .....	
2-EVOLUCIÓN DE LA ATENCION FARMACÉUTICA.....	
2.1 CONSENSO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA .....	
2.1.1DISPENSACIÓN.....	
2.1.2CONSULTA O INDICACIÓN FARMACÉUTICA.....	
2.1.3SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PERSONALIZADO.....	
2.2 FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	
3-ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA.....	
4-IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA (barreras).....	

## JUSTIFICACIÓN .....

## OBJETIVO .....

## METODOLOGÍA .....

### 1-MÉTODO PARA OBJETIVO 1

1.1 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA.....	
1.1.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	
1.1.2 EQUIPO INVESTIGADOR .....	
1.1.3 CRITERIOS PARA EL DISEÑO .....	
1.2 DISEÑO INICIAL.....	
1.3 PILOTAJE .....	
1.4 REAJUSTE DE LA HERRAMIENTA.....	
1.5 CONTROL DE CALIDAD DE LA HERRAMIENTA.....	
1.6- OBTENCION DE DATOS.....	

## **2-MÉTODO PARA OBJETIVO 2**

2.1-DISEÑO.....	
2.2-POBLACIÓN.....	
2.3 AMBITO ESPACIAL.....	
2.4- AMBITO TEMPORAL .....	
2.5-FUENTE DE INFORMACIÓN: .....	
2.6-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES .....	
2.7- LIMITACIONES .....	
2.8-ANÁLISIS DE DATOS.....	

## **RESULTADOS.**

### **1-RESULTADO DEL PRIMER OBJETIVO...**

HERRAMIENTA FINAL.....	
1 INCORPORACIONES AL PROGRAMA.....	
1.1. APORTACIONES.....	
1.2. ARTÍCULOS.....	
1.3. PARRILLA DESPLEGABLE.....	
2 MANUAL DE LA HERRAMIENTA.....	
2.1 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA.....	
2.1.1. PROTOCOLO DISPENSACIÓN .....	
2.1.2. REGISTRO.....	
2.1.2. A. REGISTRO: DISPENSACIÓN SIN INCIDENCIAS.....	
2.1.2. B. REGISTRO: DISPENSACIÓN CON INCIDENCIAS.....	
Incidencia: IPM .....	
Incidencia: CONSEJOS.....	
Incidencia: SFT.....	
Incidencia: MÉDICO.....	
Incidencia: FARMACOVIGILANCIA.....	
Incidencia: NO DISPENSACIÓN.....	
2.2 FÓRMULAS MAGISTRALES .....	
2.2.1. PROTOCOLO FÓRMULAS MAGISTRALES .....	

2.2.2. REGISTRO.....	
2.3 INDICACIÓN FARMACÉUTICA.....	
2.3.1. PROTOCOLO INDICACIÓN FORO.....	
2.3.2. REGISTRO.....	
2.4 AUTOMEDICACIÓN.....	
2.4.1. PROTOCOLO AUTOMEDICACIÓN FORO.....	
2.4.2. REGISTRO.....	
2.5 CONSULTA .....	
2.5.1. PROTOCOLO CONSULTA.....	
2.5.2. REGISTRO.....	
2.6 OBTENCIÓN DE DATOS.....	

## **RESULTADOS DEL SEGUNDO OBJETIVO**

### **-RESULTADOS GLOBALES**

1. ACTUACIONES PROFESIONALES .....	
2. ACTUACIONES PROFESIONALES: FARMACÉUTICAS Y NO FARMACÉUTICAS.....	
3. ACTUACIONES PROFESIONALES: CON DISPENSACIÓN Y NO DISPENSACIÓN.....	
4. ACTUACIONES PROFESIONALES: CON RECETA Y SIN RECETA.....	
4.1 ACTUACIONES PROFESIONALES: CON RECETA.....	
4.1.1 Act. Prof. de dispensación .....	
4.1.1.1 Act. Prof. de dispensación de medicamentos con receta .....	
4.1.1.1.1 Incidencias en la dispensación .....	
4.1.1.2 Act. Prof. de dispensación con receta de fórmulas magistrales .....	
4.2 ACTUACIONES PROFESIONALES SIN RECETA .....	
4.2.1 Act. Prof. de Indicación Farmacéutica .....	
4.2.2 Act. Prof. de Automedicación .....	
4.2.3 Act. Prof. de Consulta .....	
4.2.4 Ventas .....	

### **-RESULTADOS POR FARMACIA**

1. ACTUACIONES PROFESIONALES .....	
2. ACTUACIONES PROFESIONALES: FARMACÉUTICAS Y NO FARMACÉUTICAS.....	
3. ACTUACIONES PROFESIONALES: CON DISPENSACION Y NO DISPENSACION.....	
4. ACTUACIONES PROFESIONALES: CON RECETA Y SIN RECETA.....	
4.1 ACTUACIONES PROFESIONALES: CON RECETA.....	
4.1.1 Act. Prof. de dispensación.....	
4.1.1.1 Act. Prof. de dispensación de medicamentos con receta.....	
4.1.1.1.1 Incidencias en la dispensación .....	
4.1.1.2 Act. Prof. de dispensación con receta de fórmulas magistrales .....	

4.2 ACTUACIONES PROFESIONAL SIN RECETA .....  
4.2.1 Act. Prof. de Indicación Farmacéutica -----  
4.2.2 Act. Prof. de Automedicación .....  
4.2.3 Act. Prof. de Consulta .....  
4.2.4 Ventas .....

**-PLANING DIARIO** .....

**-RESULTADOS DEL CONTROL DE CALIDAD** .....

**DISCUSIÓN** .....

**CONCLUSIONES** .....





## INTRODUCCIÓN

### 1. EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA

La farmacia nace, ligada intrínsecamente al medicamento, alrededor del s. VIII. Hasta entonces, médicos y farmacéuticos habían estado solapados como ciencia y como profesión.(1)

Así, la farmacia aparece en una época en la que el aumento de remedios medicamentosos constituye una complejidad tal que genera una necesidad social de profesionales capacitados para su elaboración. La figura del farmacéutico entra en juego, en este momento, englobando en una sola profesión funciones como: la adquisición de materias primas y su posterior conservación, la preparación de medicamentos a partir de éstas y, por último, la dispensación de estos medicamentos.

A partir del s. XIX, la mayoría de farmacéuticos eran propietarios de una farmacia y dirigían la elaboración de fórmulas magistrales de las prescripciones realizadas por los médicos. Con el tiempo, se fueron especializando en el conocimiento de las operaciones químicas necesarias para elaborar las fórmulas, ya que su beneficio dependía del número de fórmulas realizadas.(2,3)

Más tarde, la Revolución Industrial trajo como consecuencia una pujante industria farmacéutica que comenzó a fabricar lo que en principio se denominaron “específicos”, considerándose los precursores de los medicamentos. Así, la industrialización convirtió a los laboratorios en productores de medicamentos, facilitando el acceso de más parte de la población a un número mayor de productos, pero a cambio convirtió las boticas en centros de dispensación. (2)

Los específicos se introdujeron, en su mayoría, desde el extranjero, donde había una industrialización más avanzada. También Cataluña, Asturias, Madrid y el País Vasco se incorporaron a la producción de medicamentos industriales elaborados por los

laboratorios. Alguno de estos laboratorios se localizaba en lugares anejos a la farmacia comunitaria.

Podemos decir que los específicos, en aquella época, carecían de los controles de seguridad y eficacia de los actuales medicamentos. Eran unos tiempos de transición en los que se introdujeron medicamentos inútiles y secretos, y en los que se rompió el hábito de actuación colegiada de los farmacéuticos mediante la proliferación de anunciantes que indicaban en qué farmacias concretas se podía conseguir uno u otro específico. (2)

De este modo, la industrialización no fue del agrado de todos los farmacéuticos: se veía como un fenómeno importado, y se miraba con recelo porque despojaba al farmacéutico de sus funciones, reemplazándolo por una industria que pondría a la venta sus medicamentos en droguerías y otros establecimientos, perdiendo así la función de elaboradores.

Es a mediados del siglo XIX, durante la segunda mitad del reinado de Isabel II (1833-1868), cuando se consigue una cierta estabilidad política que permite sentar las bases de la organización sanitaria de España y la ordenación del ejercicio de la farmacia mediante La Ley de Servicio General de Sanidad de 1855.

El farmacéutico con funciones de salud pública, el Farmacéutico Titular, aparece regulado por vez primera en el Real Decreto de 5 de abril de 1854, “mandando que en todas las ciudades, villas y lugares del reino haya médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares”

Posteriormente, en 1860, se publicaron las Ordenanzas de Farmacia que regulaban el ejercicio profesional de farmacéuticos, drogueros y herbolarios (con el objetivo de

evitar el intrusismo profesional), y sentaban las bases para la publicación de la Farmacopea Española, la Tarifa Oficial y el Petitorio, que se produjo por Real Orden de 1864 (RO de 26 de marzo «aprobando la Farmacopea Española», y RO de 4 de mayo "aprobando la tarifa y el petitorio de la Farmacopea Española"). Esta regulación supuso la modernización de la práctica farmacéutica. (4)

La Ley del Timbre de 1892 definía los específicos como remedios secretos envasados. En 1893, pasan a ser considerados medicamentos envasados acompañados de un prospecto informativo. En 1898 se define el específico como "cualquier medicamento de composición desconocida, total o parcialmente, y que se expende en cajas, frascos, botellas o paquetes que expresen el nombre del medicamento, los usos a que se destina y las dosis".

Los específicos se prohibieron en 1919, aunque se siguieron utilizando de manera clandestina durante bastantes años más.

La actividad desarrollada en la farmacia comunitaria ha evolucionado adaptándose a las circunstancias que han ido apareciendo: circunstancias determinadas por los avances socioeconómicos y científicos. Factores que han influido también, en mayor o menor manera, en el desarrollo del resto de profesiones.

Podemos resumir estos cambios agrupándolos en 3 etapas:

- Originariamente la farmacia era un establecimiento donde la función más relevante del farmacéutico era elaborar fórmulas magistrales según la prescripción médica.

- La segunda etapa comienza a partir de la Revolución Industrial, donde la producción de medicamentos industriales trae consigo una progresiva adaptación del farmacéutico a este nuevo escenario. Por otra parte, el Estado orienta su esfuerzo a asegurar a la sociedad una mayor oferta de medicamentos mediante la planificación y ordenación de las farmacias.

Se consigue así mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a estos establecimientos, gracias a una amplia distribución geográfica, un horario continuado mediante el establecimiento de un servicio de guardias que garantizaba la existencia de una farmacia abierta los 365 días del año durante las 24 horas del día, y a la presencia de un profesional universitario para la dispensación de medicamentos.

En este sentido, la planificación sanitaria del estado, consiguió un modelo de amplia cobertura geográfica de farmacias comunitarias que, junto a otros factores, propició la creación de un sistema de distribución mayorista que ha permitido, y así lo sigue haciendo, que todas las farmacias, independientemente de su volumen, ubicación geográfica y capacidad económica, puedan obtener con rapidez el medicamento necesario en un tiempo muy reducido (5)

Esta segunda etapa se caracteriza por el cambio en el ejercicio profesional, pasando el farmacéutico de elaborador, mayoritariamente, a mero dispensador (6)

- Por último, la etapa actual se caracteriza tanto por la disponibilidad de una elevada oferta de medicamentos, como por una demanda asistencial mucho más exigente en lo que a nivel de educación sanitaria e información de medicamentos se refiere.

Es esta una etapa en la que, una parte del mundo de la farmacia, se plantea una reorientación profesional ante la necesidad de ejercer la actividad farmacéutica de forma diferente a la que tradicionalmente se ha llevado a cabo, originando una nueva filosofía de práctica profesional centrada en el paciente: Pharmaceutical Care(5)

Este término de Pharmaceutical Care aparece en 1975 por primera vez en Estados Unidos, traducido en un principio, como Atención farmacéutica (AF) y entendido hoy en España, como Seguimiento farmacoterapéutico. (7)

## **2-EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

El término Pharmaceutical Care (PhC), aparece en Estados Unidos en 1975, a partir de la definición de Mikeal y col.: “La atención (the care...) que un paciente determinado requiere y recibe, y que garantiza el uso racional y seguro de los medicamentos”. En esta primera definición, creada en unos años en los que todavía la función del farmacéutico se centraba básicamente en distribuir los medicamentos a la población, el paciente se incorpora como objeto de la actuación del farmacéutico, así como un elemento que necesita y recibe una “atención” que garantice un uso racional de los medicamentos, como analogía de la atención médica (medical care).(7)

Cinco años después, en 1980, en su conferencia sobre Teoría de la práctica farmacéutica, Brodie desarrolló los conceptos de Mikeal, proponiendo que: “El

farmacéutico debe ser responsable del resultado de la terapia con medicamentos”. (8) Él fue quien desarrolló el concepto en su sentido actual, para incluir la determinación de las necesidades de medicamentos de un paciente dado y la provisión, no sólo del medicamento requerido, sino también de los servicios necesarios tanto antes, durante o después del tratamiento, para asegurar una terapia adecuadamente segura y eficaz. De este modo, Brodie es el primer autor que establece las bases teóricas de una práctica profesional que acepta la responsabilidad sobre los resultados de los medicamentos utilizados por los pacientes.

Pero fueron Hepler y Strand, en 1989, con la publicación de *Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care*, quienes marcaron un hito en la evolución de la farmacia asistencial con su definición de Pharmaceutical Care, poniendo uno de los principales pilares para el desarrollo de la atención farmacéutica en España. Así, estos dos autores aportaron la definición ya clásica de PhC: “provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente”, poniendo el acento en la importancia de una orientación hacia los resultados, que había estado implícita en la definición previa, y la responsabilidad en las relaciones establecidas.(9)

Casi simultáneamente, en Estados Unidos, la Omnibus Budget Reconciliation Act (10)(11)de 1990 (OBRA 90) incluyó aspectos del PhC y estableció la obligación de efectuar revisión del uso de los medicamentos en los pacientes beneficiarios de Medicaid (el sistema asistencial federal para pacientes de bajos ingresos) y que los farmacéuticos les ofrecieran consejo. Desde entonces, este modelo ha influido de manera determinante en la práctica farmacéutica de los profesionales en todo el mundo, ya que dio un impulso al proceso de cambio de la práctica farmacéutica, desde “servicios de distribución” hacia “servicios cognitivos”, apelando a la responsabilidad profesional de los farmacéuticos (12)

Cabe destacar el desarrollo de "Minnesota Pharmaceutical Care Project", en 1992, proyecto realizado en 20 farmacias comunitarias con 12376 actos de *Pharmaceutical Care*. Se identificaron 2.434 Problemas Relacionados con la medicación (PRM). El 43% de los pacientes presentaba un PRM y el 70% de ellos mejoraron con el seguimiento farmacoterapéutico. (12)

En esta misma línea, la OMS, en el informe de Tokio de 1993 respalda el *Pharmaceutical Care* como responsabilidad básica del farmacéutico con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente, que debe ser implantado en todos los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La OMS establece que el farmacéutico, en el marco de la AF, debe cumplir funciones orientadas al paciente, como es el control de farmacoterapia y a la comunidad, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (13)

En 1993 el concepto de *Pharmaceutical Care*, desarrollado en EEUU, es difundido y adaptado en otros países del continente americano y europeo.

También en este año 1993 se crea el Grupo de Investigación en Atención farmacéutica, posiblemente entre otros, dependiente de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada. (GIAF-UGR). (14). Se constituyó formalmente con fines de investigación y docencia, y viene desarrollando una importante labor metodológica y de formación (II Consenso de Granada sobre PRM, celebración de las reuniones científicas "Simpodáder", etc.). Cabe destacar su labor en docencia de diseño y promoción del Método Dader para el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), y ha venido impartiendo cursos en toda España, Portugal y América Latina, mediante acuerdos con universidades de la región (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Brasil, etc.).



*En 1994 se crea la red europea “Pharmaceutical Care Network European” (PCNE) que coordina en Europa proyectos de investigación de AF, con el ánimo de extender esta filosofía profesional.(12)*

En 1995, se hizo la presentación oficial de la Atención Farmacéutica en este país, en el V Congreso de Ciencias Farmacéuticas(15) de Alcalá de Henares. Contó con la participación del Profesor Charles Hepler, de la Universidad de Florida, quien motivó a los farmacéuticos españoles a implementar la Atención Farmacéutica y a la implicación de todas las instituciones.

En 1996, en la Conferencia Nacional de Decanos de facultades de Farmacia de España, se elabora un documento en el que se declara que se debe propiciar la docencia orientada hacia las nuevas tendencias de la AF(12)

*En 1997, también en España, en la Universidad de Granada, se crea un máster presencial en AF, para la formación y capacitación de farmacéuticos de España y extranjero, para implantar servicios de AF en farmacias comunitarias y hospitalarias y desarrollar proyectos de investigación en esta práctica. A partir de ese año se crean también en otras universidades españolas. (12)*

Más tarde, en 1998, Cipolle et al. insistieron en la importancia de relacionar el concepto de Pharmaceutical Care con los resultados de la farmacoterapia definiéndolo como “una práctica en la que el facultativo se responsabiliza de las necesidades de un paciente, relacionadas con los medicamentos y se compromete con dicha responsabilidad”. Durante la realización de esta práctica profesional, se provee una farmacoterapia responsable con el propósito de alcanzar resultados positivos en el

paciente(16). Esta aportación supuso el desarrollo de conceptos y herramientas necesarios para efectuar seguimiento farmacoterapéutico.

También en 1998 se crea la Fundación Pharmaceutical Care España, para el desarrollo y difusión de la práctica de Pharmaceutical Care en el sistema de salud español.

La Fundación Pharmaceutical Care España(17), es una organización privada sin ánimo de lucro con sede en Barcelona y con los objetivos de “implantar, promover y desarrollar la AF, apoyar a las instituciones sanitarias correspondientes y a los investigadores en el tema, procurando que todos los estudios se realicen dentro del más alto nivel cualitativo, promover la investigación científica en AF, ofrecer formación y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la AF y otras tendencias actuales y futuras en esta misma línea de actuación y difundir los resultados de los trabajos de investigación y facilitar el conocimiento de los avances en los diferentes campos de la investigación del PhC, organizando congresos, cursos, simposios y realizando publicaciones”.

Este mismo año 1998 se celebra el Primer Consenso de Granada (12). Este consenso se realiza sobre PRM (Problemas relacionados con el medicamento) en el que se definió este término y se estableció la primera clasificación de éstos en España.

Los estudios realizados sobre los fallos de la farmacoterapia han sido muy numerosos a lo largo de los últimos 30 años, si bien fue en 1990 cuando Strand et al.(18) publicaron el primer artículo en el que se trató conceptualmente el término “drug-related problems”, que fue traducido al español como Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). Desde entonces, el debate acerca de la idoneidad y significado de este término ha estado abierto.

Con el objetivo de consensuar una definición y una clasificación de PRM, que permitieran poder comparar los resultados que mayoritariamente en aquel momento se estaban obteniendo en España en este campo de la práctica farmacéutica, en 1998 se celebró una reunión convocada por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, en la que se alcanzó un acuerdo que se publicó bajo la denominación de Primer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos.

En el año 2000 se crea el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, en la Universidad de Granada, con la propuesta de un método para el desarrollo de seguimiento farmacoterapéutico. El Programa Dáder fue elaborado por el GIAF de la Universidad de Granada y nació con el objetivo de ayudar a los farmacéuticos españoles y del resto del mundo a implantar este nuevo servicio.(19)

También en el 2000, concretamente el 20 de diciembre, nace oficialmente la Sociedad Española de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC), fecha en la que el colectivo de los farmacéuticos comunitarios deja de ser el único en España sin su propia sociedad científica y profesional. Su presentación en sociedad fue el 21 de marzo de 2001, en la Real Academia de Farmacia. SEFAC es una asociación de carácter científico-profesional, independiente, sin ánimo de lucro, de ámbito estatal e integrada por farmacéuticos que ejercen su actividad en farmacia comunitaria o tienen interés por colaborar con ella.(20)

La visión, adelantada a su tiempo, que de la profesión farmacéutica compartían los socios fundadores de SEFAC fue lo que les llevó a poner las bases de la única sociedad de ámbito nacional creada por y para el farmacéutico comunitario. Viene celebrando congresos anuales desde 2004 y, en todos ellos, la AF constituye el núcleo fundamental de los trabajos presentados, además de figurar en sus estatutos la promoción y el fomento de su progreso (21)

A nivel europeo, el Consejo de Europa (CE), el EuroPharm Forum (una colaboración entre la OMS y las organizaciones profesionales de farmacéuticos europeos) y muchas asociaciones farmacéuticas nacionales promueven la implantación de la AF. (22-25)

El Consejo de Europa, por su parte, tiene un especial protagonismo en lo referente a la farmacia a través de la Dirección Europea de Calidad de los Medicamentos, que se encarga entre otros, de la Farmacopea Europea. En cuanto a la AF, cabe destacar la Resolución respecto al rol del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. En esta resolución del CE, adoptada el 21 de marzo de 2001 por el Comité de Ministros, con participación española, se recomienda a los estados firmantes a adaptar su ordenamiento jurídico nacional para dar cabida en él al papel del farmacéutico, en relación con la seguridad en la salud del paciente, entre otros, mediante el desarrollo de la AF en farmacias hospitalarias y comunitarias y en atención primaria. Reconoce además que la AF es un elemento esencial en la prevención y reducción de los riesgos iatrogénicos y que debería implantarse sistemáticamente. (26)

En España, el concepto Pharmaceutical Care se tradujo, en un primer momento, como Atención farmacéutica (27), pero pronto ese concepto se desvirtuó (28,29), hasta el punto de que fue necesaria la elaboración de un documento de Consenso sobre Atención farmacéutica promovido por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el año 2001 vio la luz el Documento de Consenso sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad como respuesta a los cambios en la farmacia asistencial. (30)

Fue realizado por un grupo de farmacéuticos expertos de diferentes orígenes (comunitarios, hospital, de atención primaria o de gerencia) que se reunió con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo llegando a un acuerdo de actividades clínicas y asistenciales del farmacéutico.

El Documento recoge la idea central de que la Atención Farmacéutica en España equivale al conjunto de las funciones asistenciales del farmacéutico, describiendo detalladamente (concepto, objetivos, requisitos, diseño y evaluación) los más importantes: dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Sin olvidar que el término incluye otros servicios tales como: farmacovigilancia, educación sanitaria, formulación magistral y formación en uso racional de medicamentos.

Es importante resaltar que el concepto del seguimiento farmacoterapéutico coincide con el concepto de *Pharmaceutical Care* propuesto en 1989 por Hepler y Strand.

Lo importante de este documento es el apoyo decidido del Ministerio de Sanidad y Consumo en todo el proceso de implantación y difusión de la atención farmacéutica.

En 2002, tras la experiencia del uso del concepto de PRM definido en el primer consenso de Granada, y detectarse algunos problemas de comprensión se decidió, por una parte importante de los firmantes del primer Consenso, la revisión y actualización del mismo en un Segundo Consenso de Granada (31) donde se ratificó de forma explícita que los PRM eran problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, y se clasificaron cumpliendo con todos los requisitos necesarios que se exigen a una clasificación (que sea exhaustiva y excluyente), además de aportar una ordenación lógica.

A su vez, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), que agrupa a todos ellos, también ha puesto en marcha actividades de formación y promoción de la AF [\(32\)](#) entre las que destaca el denominado Plan Estratégico para el desarrollo de la AF en la farmacia comunitaria y Foro de AF.

En 2002, se inicia El Plan Estratégico impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) para el desarrollo de la AF en la farmacia comunitaria [\(33\)](#). Se inició con la elaboración y difusión del documento base y la puesta a punto de la herramienta informática “Base de datos del conocimiento sanitario–BOTPlus”. En 2004 comenzó la actividad dirigida a los farmacéuticos, apoyada en la colaboración de los Consejos Autonómicos de Colegios y los Colegios provinciales. Se basa explícitamente en la definición de uso racional de medicamentos de la OMS y la AF según el Consenso nacional de AF y trabaja con el soporte del BOTPlus y diverso material formativo elaborado al efecto. La intención del Plan es universalizar la práctica de la AF a través de las actividades voluntariamente asumidas por los farmacéuticos, y unificar e integrar las distintas metodologías de AF existentes en el país. El Plan oferta a los farmacéuticos participantes formación acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y se viene desarrollando en módulos de actividad en dispensación activa (estatinas en el año 2004, dolor osteomuscular en 2007, psicofármacos en 2009 y para el 2010, antidiabéticos orales), indicación farmacéutica (tabaquismo y resfriado, en 2005-2006), y seguimiento farmacoterapéutico (hipertensión en 2006-2007 y para el 2010 pacientes polimedicados).

En 2004, con la finalidad de establecer un único mensaje en torno a la Atención farmacéutica, la Organización Farmacéutica Colegial impulsó la formación de un grupo de debate constructivo formado por representantes de distintas instituciones de todos los ámbitos de interés relacionados con AF, y con el compromiso de implicación en el proyecto, que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro). Foro hizo

un trabajo de revisión de conceptos, consensuó y publicó un documento sobre PRM y RMN, lo que dio lugar al Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), aceptando las definiciones propuestas por FORO para ambos conceptos.

(31)

En 2006 se dio lugar el tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), donde se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM. Se definen los PRM y RNM, se propone un listado de PRM y una clasificación de RNM. Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico del Consenso sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, publicado en 2001, utilizando los nuevos conceptos de PRM y RNM. (31)

El impulso a la AF por parte de la OMS y la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) continúa, como evidencia la publicación en 2006, del manual: "Desarrollo de la práctica de farmacia, centrada en la atención al paciente" (25), traducido al español en 2009 y avalado por ambas organizaciones. En él se aplica el concepto de las "siete estrellas" desarrollado por la OMS y la FIP para describir el papel del farmacéutico que es considerado como proveedor de cuidados, comunicador, capaz de tomar decisiones, formador, sujeto de aprendizaje continuo, líder y gestor, al que se añade, para el objetivo concreto del manual, su faceta investigadora. El Pharmaceutical Care se destaca como el factor clave en el proceso por el que los farmacéuticos deben trabajar por el uso seguro y eficaz de los medicamentos en los pacientes, asumiendo una responsabilidad que trasciende sus actividades de dispensación tradicionales.

En paralelo a esto, se han desarrollado multitud de cursos de Atención Farmacéutica impulsando ofertas de formación específica en AF en toda España, que apoyan a

farmacéuticos que ejercen en farmacia comunitaria a iniciar proyectos de implantación de AF.

En definitiva, la definición de esta nueva filosofía, sobre los años 90, de la práctica farmacéutica, centrada en el paciente supuso un fuerte revulsivo en la dinámica en que estaba trabajando la farmacia. Desde ese momento, y aún ahora, parte de la profesión farmacéutica está tratando en orientar su actividad profesional hacia el paciente, independientemente del lugar de trabajo(34)

### **2.1 Consenso de Atención farmacéutica (30)**

En 2001, como resultado del trabajo de un grupo de expertos, el Ministerio de Sanidad y Consumo español publicó el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica con el que, sin carácter de norma legal, se pretende presentar conceptos y directrices consensuados entre profesionales, que contribuyan a la generalización de la implantación de la Atención Farmacéutica en España. Al tiempo que se busca satisfacer *“la necesidad de 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 comunitarias en este país”*.

En dicho Documento, el grupo de expertos establece que la ***“Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.”***



Tras debatir las diferentes interpretaciones del término en aquel momento 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:

- *“Que implique la gestión del conocimiento farmacéutico aplicada a un paciente determinado*
- *Que sea reconocido por otros colectivos profesionales y por la población.”*

En el documento de consenso, se recogen las distintas funciones asistenciales del farmacéutico que incluye la ley 16/07, y que también vienen descritas en las distintas leyes autonómicas en materia de farmacia. Se distinguen las siguientes situaciones:

Gráfica1: Consenso de Atención Farmacéutica.

Figura 1: Consenso de Atención Farmacéutica			
<b>ADQUISICIÓN</b> <b>CUSTODIA</b> <b>ALMACENAMIENTO</b> <b>CONSERVACIÓN</b> De materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios.	<b>DISPENSACIÓN</b> <b>FORMULACIÓN</b> <b>MAGISTRAL</b>	<b>CONSULTA</b> <b>FARMACÉUTICA</b> <b>FORMACIÓN EN USO</b> <b>RACIONAL</b> <b>EDUCACIÓN SANITARIA</b> <b>FARMACOVIGILANCIA</b>	<b>SEGUIMIENTO DEL</b> <b>TRATAMIENTO</b> <b>FARMACOLÓGICO</b> (Pharmaceutical Care)
<b>Actividades orientadas al</b> <b>MEDICAMENTO</b>		<b>Actividades orientadas al</b> <b>PACIENTE</b>	

En este esquema quedan reflejadas todas las actividades que ha de desarrollar el farmacéutico en la farmacia comunitaria. Aquí se oferta la Cartera de Servicios que responde a necesidades y demandas de la población. Se diferencian unas actividades orientadas al medicamento y una serie de actividades orientadas al paciente, que son las que se pretenden potenciar en este Consenso, dentro de las cuales hay que destacar el Seguimiento Farmacoterapéutico Personalizado, para que sea una práctica generalizada por todos los farmacéuticos en beneficio de los propios pacientes. Se consideran especialmente importantes también, dentro de las actividades orientadas al paciente, la dispensación de medicamentos y la consulta o indicación farmacéutica.

Por tanto, en estas tres actividades son en las que se va a centrar el consenso cuyo documento las enuncia y describe de la siguiente forma:

### **2.1.1 Dispensación**

**Concepto.** *“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 automedicarse (de forma adecuada o no). 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”.*

**Objetivos:** El documento de consenso señala dos objetivos principales para la dispensación en el entorno de la atención farmacéutica que no se pueden concebir de manera aislada, pues cada uno trae implícito unos aspectos que también hay que cumplir:

*a) “Entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas (principal requerimiento del usuario) y de acuerdo con la normativa legal vigente.*

*b) Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.”*

*Esto implica que, además de la entrega del medicamento, este acto único de dispensación desee servir como:*

*- Fuente de información para los pacientes sobre la medicación que van a utilizar.*

- Filtro para la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos, y

- Fuente de información para el farmacéutico, a partir de la cual tome la decisión más beneficiosa para el paciente, que puede ser una de las siguientes:

- *Dispensar el medicamento según se ha descrito,*
- *Ofrecer una asistencia complementaria mediante otro servicio de atención farmacéutica (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico), o*
- *No dispensar sin remisión o previa consulta el médico u odontólogo.”*

**Requisitos:** para realizar un servicio de dispensación adecuado, es necesario el cumplimiento de los siguientes:

• *Ofrecer cobertura al 100% de los consumidores en España (todo aquel que reciba un medicamento debe haber tenido la oportunidad de ser aconsejado en el proceso, independientemente de si éste es el cliente habitual u ocasional de esta farmacia). Por tanto, esto compromete igual a las farmacias con usuarios habituales que a aquellas con usuarios «de paso», así como a las farmacias que dispensan a residencias u otros centro socio- sanitarios.*

• *Responder a las expectativas del paciente: agilidad suficiente y eficiencia en el servicio.*

• *Poder integrarse en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico.”*

**Diseño del servicio de dispensación:** el documento de consenso establece unos puntos a seguir para la realización de una dispensación dentro del marco de la atención farmacéutica, sin olvidarnos que hay que incluir los objetivos

anteriormente expuestos y contemplar unos requisitos determinados. Entre los principales elementos que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar este ejercicio profesional, están:

*I. “La dispensación deberá ser la realizada siempre por un farmacéutico o bajo su supervisión personal y directa. La necesaria garantía sanitaria y de calidad del servicio prestado al consumidor requiere la adecuada identificación del personal de la farmacia en función de su cualificación técnica: farmacéuticos y personal auxiliar.*

*II. La dispensación se realizará con agilidad suficiente, pero en ningún caso esto condicionará la calidad de la misma. Es necesario transmitir al usuario que el proceso de adquisición de un medicamento puede requerir invertir un cierto tiempo, por su propio beneficio.*

*III. El farmacéutico en la dispensación verificará sistemáticamente al menos que:*

- El paciente conoce el objetivo del tratamiento.*
- El paciente conoce la forma de administración correcta del medicamento y,*
- Que, con la información disponible en ese momento, el medicamento no es inadecuado para ese paciente (medicación concomitante, otras enfermedades, embarazo, etc.).*

*Además se valorarán todos aquellos aspectos que a juicio del farmacéutico sea necesario tener en cuenta para ese paciente y/o ese medicamento concreto.*

*IV. En la función de verificación realizada, el farmacéutico decidirá la dispensación o no del medicamento y/o remisión a su médico. En caso de decidir no dispensar, siempre se proporcionará al interesado información adecuada sobre el posible problema detectado, pero nunca se cuestionará la actuación de otros profesionales*

sanitarios. Es recomendable la realización de notas o breves informes de remisión por escrito. Así mismo, la información al paciente se proporcionará preferiblemente por escrito (puede ser ayuda de trípticos, fichas, etc.).

V. En la medida de lo posible, los criterios de derivación a otros servicios sanitarios deberían ser consensuados con los profesionales implicados. 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. Durante la dispensación, el farmacéutico valorará la posibilidad o necesidad de ofrecer al paciente otros servicios farmacéuticos disponibles (farmacovigilancia, educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico personalizado.....).

VII. Cada farmacia comunitaria debería disponer de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para la dispensación. En la redacción de estos procedimientos deberá tenerse en cuenta que éstos deben responder a las cinco preguntas básicas: ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo? y ¿Dónde? referidas al acto de la dispensación. En esta actividad los PNT contemplarán casos tipo, tales como:

- Dispensación de medicamentos con receta médica.

- Dispensación de medicamentos que no requieren receta médica. En este caso el farmacéutico es posiblemente el primer, y quizá único, contacto con el sistema sanitario y es necesario prevenir la automedicación inadecuada, transformando el proceso en automedicación asistida.

- *Dispensación al propio paciente, o bien a un intermediario (familiar, amigo, cuidador directo...) o entrega de medicación en el domicilio (debe garantizarse el mismo nivel de atención que el proporcionado en la farmacia).*

- *Dispensación a pacientes institucionalizados (residencias, clínicas privadas, centros socio-sanitarios, etc.) El farmacéutico es igualmente responsable de este acto de dispensación y deberá establecer los mecanismos adecuados para la correcta atención farmacéutica a esos pacientes.*

*VIII. El ejercicio profesional adecuado en la dispensación exige la formación continuada del farmacéutico. Además, para conseguir la máxima eficiencia en el servicio, el farmacéutico fomentará y facilitará la formación continuada del personal auxiliar. Dicho personal auxiliar apoyará al farmacéutico en las tareas Administrativas y logísticas relacionadas con el acto de la dispensación.*

*IX. Es necesario elaborar un registro adecuado y conservar documentación de las actividades realizadas en el caso de intervención, no sólo los términos cuantitativos, sino fundamentalmente cualitativos.”*

#### **Evaluación del servicio de dispensación:**

La evaluación 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.*

**Resumen:** para realizar una dispensación de calidad se tiene que diseñar el servicio de manera que queden incluidos los puntos anteriormente citados, donde es importante que queden cubiertos los objetivos y se cumplan los requisitos. En definitiva, hay una serie de elementos indispensables para una adecuada dispensación:

- *“Debe ser realizada por un farmacéutico o bajo su supervisión directa.*
- *Requiere la identificación de los profesionales de la farmacia por su titulación.*
- *Debe cumplir los requisitos establecidos por la legislación en cuanto a la exigencia de la receta médica.*
- *Requiere la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo, que contemplen al menos:*

*a) Quién dispensa. Criterios de atención ineludible por el farmacéutico.*

*b) Cómo se realiza la verificación sistemática del grado de conocimiento del paciente sobre su tratamiento y lo adecuado del mismo a priori.*

*c) Criterios de derivación (al médico, a su farmacéutico habitual, a seguimiento farmacoterapéutico personalizado, a educación sanitaria....).*

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

Desde el punto de vista práctico, la experiencia en farmacia comunitaria dice que los objetivos señalados por el Consenso coinciden con los objetivos que pretende el farmacéutico cuando realiza la dispensación, bien con receta, o sin ella.

Se pretende tanto “*entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas según la legislación vigente*”, como “*proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.*”

Son los requisitos que se necesitan para este cometido los que, no siempre, son fáciles de cumplir. En concreto:

- El segundo de los requisitos: “*Responder a las expectativas del paciente: agilidad suficiente y eficiencia en el servicio*”. Conseguir esto es muy importante, se diría que es la clave de una buena dispensación, pero es difícil encontrar el equilibrio entre “agilidad” y “eficiencia”, en la práctica diaria. A veces es el propio paciente el que exige la agilidad en detrimento de la dispensación, y otras, es el farmacéutico el que marca la dinámica de trabajo. La solución para conseguir una dispensación ágil y eficaz, cuando es la dinámica de trabajo la que no lo permite, a pesar de trabajar con guías de trabajo y PNT’s, podría solucionarse con una mejor organización y gestión de recursos de la farmacia, planificando el tiempo y personal de la farmacia para dedicar tiempo a otras tareas más asistenciales(5) , incluso el aumento de personal facultativo, cuya dotación adecuada facilitaría la agilidad y la eficacia profesional del servicio . Así lo sugiere también en su tesis Ferrer I. (2007), atendiendo a la colaboración de las farmacias de su estudio, afirmando 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.(35)

- El tercero: *“Poder integrarse en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico”*. La realización de todas las dispensaciones de forma ágil y eficaz integradas en la rutina de trabajo diario, sería lo ideal, para ello debería haber un cambio de actitud por parte del farmacéutico asumiendo esta forma de trabajo como la única para llevar a cabo la labor adecuadamente.

Dentro de las condiciones para el diseño de este servicio de dispensación, se recoge que *“debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.”* Es cierto, debe potenciarse esta comunicación, pero a día de hoy se sabe que no es tarea fácil. Es un tema que de hecho se trata desde otros estamentos (colegios profesionales, asociaciones científicas, etc.) donde se intenta fomentar canales de comunicación entre todos los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente. Cada sanitario es un eslabón necesario y el diferencial que aporta su formación no tiene sentido si no es para sumarlo al de los otros profesionales de la cadena, que actúan en beneficio del paciente.

Aquí tiene mucha importancia la labor particular desde la farmacia, intentando por parte del farmacéutico, una comunicación más directa con el médico, no solo a través del paciente.

Se necesita, como dice el Dr. López Guzmán, un cambio de paradigma en las relaciones interprofesionales que consiga uno de los retos fundamentales en el ámbito sanitario como es el de la verdadera integración de todos los agentes que tienen a su cargo el cuidado de la salud.(36)

También, en el diseño se contempla que:” *Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades realizadas en el caso de intervención, incluyendo informes de remisión e información al paciente, por escrito si es necesario*”. No se duda que los registros son fundamentales para conocer lo que se hace y además demostrarlo. El problema está en el equilibrio entre ágil y eficaz. Si se logra que sea eficaz y lo suficientemente ágil para tener “tiempo “de registrar se habría encontrado el equilibrio. Con todo ello, se puede pensar que, en este momento, la mejora del servicio de dispensación que cumpla los objetivos del Consenso es posible. El consenso es un documento que recoge, entre otros aspectos, los requisitos para realizar AF, reflejándose el registro de los servicios de AF como un requisito fundamental que permite conocer el trabajo realizado, estudiarlo, valorarlo y mejorarlo.

Para empezar a mejorar el servicio de dispensación, es preciso que el farmacéutico conozca la labor que se hace en su farmacia para estudiar y valorar la calidad del trabajo realizado y promover cambios que lleven a una mejora del servicio en beneficio del paciente.

### **2.1.2 Consulta o indicación farmacéutica**

**Concepto.** *“Se entiende por consulta o indicación farmacéutica, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Esta intervención es de gran importancia, ya que en la mayoría de los casos, el farmacéutico es el primer o único contacto de usuario con el sistema de salud. Se simboliza con la frase «¿Qué 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. Parte de los objetivos han de ser comunes a dos descritos para la dispensación. La ventaja en este caso es que el paciente o usuario demanda la actuación del farmacéutico”.*

**Objetivos:** Cuando una persona acude a una farmacia para realizar una consulta, bien sea de un problema de salud o bien de un medicamento, el farmacéutico debe de cumplir de manera simultánea los siguientes objetivos:

- 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 usuario o las carencias de información detectadas por el farmacéutico.*
- c) Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.*
- 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 farmacoterapéutico personalizado, etc.), o si es necesario , la remisión al médico.”*

**Requisitos:** para garantizar el adecuado desarrollo de la consulta o indicación farmacéutica, hay que tener en cuenta una serie de requisitos que son ineludibles:

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 cliente habitual u ocasional de esa farmacia. Compromete igual a las farmacias con usuarios habituales que a aquellas con usuarios 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.”*

**Diseño:** de acuerdo con los objetivos asistenciales perseguidos con la realización de este servicio y teniendo en cuenta los requisitos que deben cumplirse, se debe diseñar una consulta o indicación farmacéutica de acuerdo a las siguientes premisas:

I. *“La necesidad de realizar la consulta o indicación farmacéutica con seguridad, eficiencia y profesionalidad, exige la realización de guías clínicas sencillas pero robustas, para el tratamiento de*

*Aquellos síntomas para lo que la legislación faculta al farmacéutico a indicar un medicamento. Sería muy recomendable que cada farmacia dispusiera de su propia guía farmacoterapéutica de medicamentos destinadas a tratar estas situaciones.*

II. *Debería disponerse de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) relacionados con la consulta 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 o usuario 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.*

b) *La evaluación del problema planteado*

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

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

d) *Siempre se dará información adecuada al paciente o usuario 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 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. Al igual que en la dispensación, en la consulta farmacéutica los criterios de derivación a otros servicios sanitarios deberían ser consensuados con los profesionales implicados en la medida de lo posible (ej.: manejo de síntomas gripales en pacientes no de riesgo y derivación al médico con criterios pactados). 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.

En todos los casos deberá contener:

- a) Motivo de consulta.
- b) Decisión del farmacéutico (tratamiento indicado, derivación, otras medidas...).
- c) Evaluación del resultado en la medida de lo posible.”

### **Evaluación del servicio de consulta o indicación farmacéutica**

“Para garantizar el adecuado desarrollo de la consulta o 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”.*

**Resumen:** se puede hacer un resumen de todos los puntos que deben quedar incluidos a la hora de realizar una consulta o indicación farmacéutica de calidad, donde han de contemplarse los siguientes puntos:

- *“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 procedimientos normalizados de trabajo para la entrevista, toma de decisiones e información al paciente.*
- *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, por escrito si es necesario.*
- *Debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.”*

Desde la práctica en farmacia comunitaria se puede decir que los objetivos señalados por el Consenso coinciden con los objetivos que pretende el farmacéutico cuando realiza una indicación farmacéutica.

Los requisitos que propone el Consenso para su realización también se cumplen, en la mayoría de los casos, ya que:

- a) Se realiza a todo paciente que solicita una indicación para un problema de salud.

- b) Se intenta responder a las expectativas del paciente con la agilidad y confidencialidad que el servicio requiere.
- c) Las recomendaciones que se hacen se consideran seguras asumiendo la responsabilidad de las consecuencias.
- d) Es un servicio integrado en la cartera de trabajo de la farmacia comunitaria.

Es en el diseño en el que posiblemente hay discrepancias de trabajo:

- En relación a los puntos I, II, III, IV, y V, referentes a la exigencia de trabajar con guías farmacoterapéuticas, PNT de trabajo, protocolos de trabajo y derivación al médico, parece que bastantes farmacias responden a las consultas de indicación siguiendo guías clínicas, pero no todas tienen elaborados PNT's de trabajo, ni todas tienen criterios consensuados de derivación, aunque sí que siguen protocolos consensuados verbalmente.
- En lo referente al punto VI, VII y VIII del diseño que tiene que ver con el registro de la actuación realizada y de sus resoluciones e incidencias, se tiene la dificultad de siempre "el tiempo". Conseguir una actuación de indicación ágil, eficaz y también registrada no es fácil. El registro, debido a dinámica del mostrador puede no hacerse por no perder agilidad o la eficacia.

Por tanto, puede decirse que el servicio de indicación está en la cartera de servicios de la farmacia y se realiza a todo paciente que lo solicita, siguiendo, posiblemente, guías clínicas para su resolución, pero no registrando, la mayoría de veces, las actuaciones, sus resoluciones y sus incidencias.

La indicación "se sabe" que se realiza en todas las farmacias, incluso se fomenta con la frase "CONSULTE AL FARMACÉUTICO", pero la falta de registros no permite estudiar y valorar convenientemente esta labor tan importante. Importante por ser, en muchos casos, el farmacéutico el único sanitario en contacto con el paciente en



resolución de su problema de salud. También es detector de problemas de salud graves que el paciente está pasando desapercibidos, consiguiendo con la derivación al médico un diagnóstico más rápido.

Es preciso que el farmacéutico conozca la labor en indicación que se hace en su farmacia para estudiar y valorar la calidad del trabajo realizado y promover cambios que lleven a una mejora del servicio en beneficio del paciente.

En este sentido, podría decirse al igual que antes que, para conseguir un servicio de indicación farmacéutica que cumpla con todo el Consenso de Atención Farmacéutica, se necesita además de asumir la actitud del trabajo bien hecho, utilizando las guías, los PNT's y realizando registros de todas las actuaciones, mejorar la organización y gestión de la farmacia, planificando el tiempo y personal, para conseguir un servicio que consiga realmente solucionar la demanda en salud del paciente eficazmente.

### **2.1.3 El seguimiento farmacoterapéutico personalizado.**

**Concepto.** *“Conforme a la definición, el seguimiento farmacoterapéutico personalizado es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.*

*El seguimiento farmacoterapéutico es un elemento necesario de la asistencia sanitaria y debe estar integrado con los otros elementos. Este servicio es proporcionado para el beneficio directo del paciente y por tanto el farmacéutico es responsable directo ante éste de la calidad de la asistencia.”*

La existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada al uso de fármaco hace que la participación de farmacéutico en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos sea una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales como, lo que es más importante, por ética profesional.

*“En el ejercicio profesional del farmacéutico, el adecuado desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico personalizado un esfuerzo especial del estudio y formación continua. Este esfuerzo debe estar orientado a la búsqueda de soluciones a las necesidades concretas de un sujeto determinado que acude a la farmacia”.*

*“El farmacéutico deberá desarrollar habilidades nuevas, que le permitan mejorar su comunicación con el paciente y con otros profesionales sanitarios (farmacéuticos de otros ámbitos, médicos, personal de enfermería, odontólogos, fisioterapeutas.....). Esta comunicación deberá ser verbal y escrita. Debe respetarse además el derecho del paciente a la información adecuada, a su autonomía de decisión y a la protección de sus datos de carácter personal.”*

**Objetivo:** El servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado debe pretender los siguientes objetivos:

a) *“Buscar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.*

*b) Minimizar los riesgos asociados al uso de los medicamentos y, por tanto, mejorar la seguridad de la farmacoterapia.*

*c) Contribuir a la racionalización del uso de medicamentos como principal herramienta terapéutica de nuestra sociedad.*

*d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes.”*

**Requisitos:** para desarrollar la actividad asistencial de seguimiento farmacoterapéutico de manera adecuada, deben quedar cubiertos al menos cuatro requisitos que son básicos:

- *“Compromiso del farmacéutico con los resultados de la farmacoterapia en cada paciente. Puesto que el contrato asistencial es un contrato de medios; esto significa que el farmacéutico, de acuerdo con el paciente, asume la responsabilidad de haber puesto todos los medios a su alcance para que los medicamentos que éste utilice le produzcan efectos beneficiosos para la salud.*

- *Garantía de continuidad en el servicio. Esto implica que el compromiso anteriormente adquirido va a ser ofrecido o prestado mientras el paciente esté de acuerdo con ello.*

- *Disponibilidad de información actualizada sobre el paciente y su tratamiento.*

- *Documentación y registro de la actividad tanto de las intervenciones realizadas como de los resultados obtenidos.”*

**Diseño:** siempre hay que realizar el diseño de la actividad asistencial, cualquiera que sea, de acuerdo con los objetivos establecidos y los requisitos previamente planteados. Teniendo en cuenta además que el seguimiento farmacoterapéutico personalizado es un servicio novedoso y complejo, hay que incluir una serie de elementos indispensables y como son:

*I. "Debe disponerse de procedimientos normalizados de trabajo para cada una de las actividades que comprenden el servicio de seguimiento farmacoterapéutico personalizado.*

*II. El servicio en este caso deberá ser ofertado al paciente, ya que actualmente el consumidor raramente lo demanda por si mismo. Para ello se establecerán criterios de inclusión o elementos de cribaje que permitan identificar los pacientes más susceptibles de beneficiarse de este servicio, pero en una perspectiva de universalidad y equidad. Dado que la colaboración del paciente es imprescindible, es necesario informarle adecuadamente y obtener su consentimiento.*

*III. La necesidad de información detallada sobre los medicamentos que el paciente utiliza, exige la apertura de una historia farmacoterapéutica obtenida mediante una entrevista inicial e implica su adecuado mantenimiento posterior. En éste deben constar como mínimo los problemas de salud del paciente, los medicamentos que utiliza (con o sin prescripción médica) y los estilos de vida relevantes.*

*Debe respetarse la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal, registrando el fichero correspondiente y garantizado confidencialidad de la información.*

*IV. El seguimiento farmacoterapéutico implica satisfacer las necesidades del paciente en relación con los medicamentos. Para ello debe evaluarse la existencia de*

*problemas relacionados con los medicamentos o la posibilidad de su aparición. Esto exige el estudio de la situación concreta del paciente y de las posibles intervenciones farmacéuticas.*

*V. En el caso de detectas posibles de problemas de salud relacionados con los medicamentos en ese paciente, debe producirse la intervención farmacéutica para prevenir o resolver dichos problemas. Cuando la intervención pudiera suponer una modificación del tratamiento prescrito por un médico, o ante cualquier otra circunstancia que lo recomiende, se establecerá comunicación con éste, informándole del posible problema encontrado. El facultativo valorará la decisión a tomar en el contexto de la enfermedad de ese paciente.*

*VI. Siempre se dará adecuada información al paciente de los problemas detectados y de las soluciones propuestas, respetando su autonomía de decisión.*

*VIII. Todas las actividades e intervenciones deben ser convenientemente registradas. El compromiso con los resultados de la intervención exige una evaluación rigurosa de los mismos”.*

**Evaluación:** *“Para garantizar el adecuado desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico, y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada.”*

*“La evaluación 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 del registro que permite medir la actividad.*
- *Observación directa del funcionamiento.*

- *Entrevista a paciente.*

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

*Debería realizarse una valoración de las actuaciones en función de los resultados obtenidos en salud, clasificados en función de su relevancia o importancia y, en la medida de lo posible, haciendo una evaluación de impacto económico de la actividad. Además, puesto que se pretende una práctica integrada en el Sistema de Salud, debe tenerse en consideración la valoración de este servicio por parte de los demás profesionales sanitarios.”*

**Resumen:** para la realización de un seguimiento farmacoterapéutico adecuado y de calidad hay que partir de una serie de premisas que dan una idea de cómo debe realizarse el servicio:

- *“Acuerdo previo farmacéutico-paciente.*
- *Disponibilidad de procedimientos normalizados de trabajo para la información al paciente, entrevista inicial, evaluación de la situación, intervención farmacéutica y comunicación con otros profesionales.*
- *Recogida de información suficiente sobre las necesidades del paciente en relación con su farmacoterapia.*
- *Debe realizarse el registro y la documentación de las actividades realizadas, incluyendo informes de remisión por escrito e información al paciente por escrito.*
- *Debe potenciarse la comunicación con los otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente”*

La experiencia diaria en la farmacia comunitaria nos dice que verdaderamente el Seguimiento farmacoterapéutico personalizado no es una labor demandada en la farmacia comunitaria, de momento. Es un servicio que se oferta al paciente susceptible de necesitar un seguimiento de su medicación para mejorar los objetivos de la farmacoterapia.

La implantación de este servicio es fundamental para lograr una Atención Farmacéutica integral, pero sus requisitos y condiciones de diseño hacen que sea difícil, de momento, su extensión de forma generalizada a todas las farmacias. (5)

La incorporación de un buen número de farmacéuticos comunitarios a la Dispensación Activa, Consulta e Indicación Farmacéutica de calidad es la manera más efectiva de conseguir la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico pero la prudencia impone que todo se haga de forma sencilla, simple, uniforme y en colaboración con otros profesionales de la salud(37)

El camino para conseguir la implantación de este servicio necesita, además de un cambio de actitud del farmacéutico, el apoyo de la administración, Universidad y colegios profesionales, para poder resolver las barreras que la implantación de este servicio supone(38-40)

.

### **Conclusiones y recomendaciones del Consenso**

*“El ejercicio de la atención farmacéutica de forma integral es un proceso evolutivo que parte de la práctica profesional tradicional. Este proceso requiere una adaptación del farmacéutico y de su entorno, con el fin de que toda la práctica se dirija hacia la satisfacción de las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza.*

*Es un hecho que los ciudadanos a menudo tienen problemas cuando utilizan los medicamentos, por múltiples motivos, asociados a la complejidad de nuestra sociedad y de la propia terapia. Ante este suceso el farmacéutico no puede eludir su responsabilidad en el proceso asistencial, utilizando sus conocimientos para minimizar en lo posible la aparición de esos problemas y contribuyendo a resolverlos lo antes posible cuando aparezcan. Este objetivo sólo puede lograrse orientando todas las actividades de la farmacia hacia una misma dirección e implicándose en el equipo asistencial.*

*Esto requiere un esfuerzo indudable y la superación de dificultades que son menores a medida que se avanza en la tarea. Ante el reto planteado, los avances de la tecnología y, sobre todo, el trabajo en equipo, son herramientas de gran ayuda para el crecimiento y desarrollo de una buena labor asistencial. El marco legislativo existente y el aval de las publicaciones científicas, constituyen un respaldo suficiente para aquellos que se inician ahora en este camino.*

El Consenso sobre atención farmacéutica supuso pues, un punto de inflexión en el desarrollo del ejercicio de la profesión farmacéutica en nuestro país.

Es fácil comprender la dificultad que entraña un cambio central en las actividades, actitudes y comportamientos relacionados con la práctica profesional diaria, ya que requieren cambios fundamentales en la práctica (41). Cambios que en la práctica diaria se traducen en un aumento de trabajo interno (más tiempo dedicado al paciente, más tiempo burocrático de registros ...) y externo como es el mayor tiempo dedicado a formación continuada, imprescindible para una adecuada atención farmacéutica y la relación con otros profesionales.



## 2.2 FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El Foro fue constituido en febrero de 2004, como un grupo de debate en torno al futuro de la AF en España y con el objetivo de favorecer su difusión y desarrollo. Se integran en él, además del CGCOF, el Ministerio de Sanidad y consumo, la Real Academia Nacional de Farmacia, la Fundación Pharmaceutical Care España, el GIAF-UGR, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (42)

En su declaración institucional, los miembros del Foro consensuaron 10 principios básicos para la práctica de la AF que son: (43)

- *Considerar que el paciente es el eje fundamental de la actividad*
- *Favorecer la aplicación sistemática y universal de la AF para asegurar la equidad del servicio prestado.*
- *Desarrollar esta actividad para que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos con el mínimo riesgo.*
- *Evidenciar que el farmacéutico es el sanitario idóneo para llevar a cabo esta labor a través de su compromiso con la formación y aprendizaje permanentes.*
- *Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la AF.*
- *Utilizar procedimientos normalizados de AF.*
- *Emplear la evidencia científica disponible como base para la práctica de la AF.*
- *Lograr la implicación de todos(organizaciones profesionales y administraciones sanitarias) para su desarrollo.*

Además de propiciar el debate interno, el Foro de Participación en Atención farmacéutica se propuso trabajar en la elaboración de un documento que reflejase los enfoques, previsiones y pautas recomendadas de actuación en la AF, estableciendo metodológicamente las bases de su desarrollo e incorporando todas las iniciativas puestas en marcha en España para generalizar esta práctica entre todos los farmacéuticos. Las reuniones se articularon en varias mesas sobre justificación, motivación, formación, difusión y herramientas necesarias para impulsar la implantación de la AF.

En Foro de Atención Farmacéutica se han propuesto las siguientes definiciones de los tres servicios básicos de Atención Farmacéutica: dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

La definición del servicio de dispensación se recoge por primera vez en un documento oficial en este Consenso FORO de AF, dado que el Consenso de AF del MSC de 2001 recogía el concepto y objetivos pero no definía el servicio.

Según FORO la dispensación es *“el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente”*.(44)

La definición propuesta por FORO para la indicación farmacéutica es: *“El servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”*.(45) Si el servicio requiere la dispensación de un medicamento, ésta se realizara de acuerdo con la definición anterior del servicio de dispensación.

La definición actual, consensuada por Foro, del Seguimiento Farmacoterapéutico es:  
*“El servicio profesional que tiene como objetivo la detección de PRM para la prevención y resolución de RNM. Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.*(46)

Un documento abreviado de Foro (47) se publicó en noviembre de 2006 recogiendo la nueva propuesta de clasificación de PRM (Problemas relacionados con el medicamento ) y RNM (Reacciones Negativas del medicamento).

En este Documento define a los PRM como *aquellas situaciones que, en el proceso de uso de medicamentos, causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM).*

Los PRM son, por tanto, elementos de proceso (entendiendo como tal todo lo que acontece antes del resultado) que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM. Y a los RNM, como *los resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos.*

*Se define como “sospecha de RNM” la situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM a los que se pueden considerar como factores de riesgo de este RNM.*

En este Documento, FORO propone también un listado, no exhaustivo ni excluyente, de PRM, que podrá ser modificado en función de su utilización en la práctica clínica.

-Administración errónea del medicamento.

- Características personales.

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

Foro sigue activo trabajando en facilitar herramientas que ayuden a mejorar el trabajo en la farmacia comunitaria,

### **3. Regulación de la Atención Farmacéutica en España**

En el marco legal, la Atención Farmacéutica constituye una realidad profesional en España. Tomando como base la Constitución Española [\(48\)](#) que reconoce, en su artículo 35, el derecho a la protección de la salud y establece la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, convocando a los poderes públicos a fomentar la educación sanitaria.

La AF se ha ido incorporando lentamente a la normativa legal farmacéutica española, tanto a nivel nacional como en la legislación de las distintas comunidades autónomas,[\(49,50\)](#)

En el ámbito nacional, además de la Ley General de Sanidad del 14/1986, de 25 de abril,

(49) se puede destacar la Ley de regulación de servicios de las farmacia comunitaria de farmacia,(51) la Ley de Garantías y uso racional de los Medicamentos(52) y la incorporación de la AF en el Plan Estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (53)

La Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las farmacias comunitarias de Farmacia, establece un marco jurídico básico, que deberá ser completado por las comunidades autónomas competentes en la materia (51) En particular, la Ley de regulación de servicios, puede considerarse la base legal del desarrollo posterior de la AF al incluir implícitamente las distintas funciones o servicios que integran esta práctica. Esta ley define a las farmacias como establecimientos (sanitarios) privados de interés público, sujetos a planificación sanitaria, y enumera los servicios básicos que deben prestar a la población, entre otros, “la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos” y la farmacovigilancia o la colaboración con el sistema y los profesionales sanitarios para el uso racional de los medicamentos.

La Ley 29/2006, (52) de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece los criterios básicos de ordenación del sector farmacéutico, tanto en lo que se refiere a establecimientos farmacéuticos como al uso racional de los medicamentos, encomendando a las diferentes administraciones del Sistema Nacional de Salud con competencias en la materia, la ordenación de las farmacia comunitaria farmacia, servicios farmacéuticos y prestaciones farmacéuticas. La AF se incluye como función de elevada importancia para la salud pública ya que cita textualmente: *“El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de Atención Farmacéutica tiene una importancia*

*esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes". Y supone una responsabilidad que el farmacéutico ha de cumplir.*

Por su parte, el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Española [\(53\)](#) publicado en noviembre de 2004, alude repetidamente a la Atención Farmacéutica y al Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), en su relación de medidas para el uso racional del medicamento.

Por lo que se refiere a las leyes de ordenación farmacéutica autonómicas aparecidas hasta el momento, cabe destacar las de las comunidades del País Vasco (1994), Madrid (1998) y Navarra (2000).

La ley autonómica vasca [\(54,55\)](#) recoge por primera vez el seguimiento farmacoterapéutico entre las funciones de los farmacéuticos en la farmacia comunitaria. La ley madrileña [\(55\)](#), en su exposición de motivos, define la AF - ya con el sentido que le da el Consenso -, como "provisión responsable de la terapia medicamentosa con el propósito de conseguir resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente". En el articulado se encuentran recogidos todos los contenidos de la AF, y en el artículo 17, dedicado al SFT, se especifica la realización de historia o ficha farmacoterapéutica.

La ley navarra [\(56\)](#) de finales del 2000, como las de Cantabria [\(57\)](#) y Castilla-León [\(58\)](#), en vigor desde 2001, incluyen implícitamente el SFT entre las actividades de las farmacias comunitarias. La última ley de nuestras comunidades autónomas se aprobó en 2007: Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía (Título II, 47 artículos). La cual en su título II, capítulo I, artículo 16, hace mención expresa al SFT, también como función o servicio de la farmacia comunitaria, exponiendo además: " *Con el objeto de detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos y fomentar un uso adecuado de los mismos, así como el correcto*

*cumplimiento del tratamiento indicado, la Consejería competente en materia de salud podrá establecer los criterios y condiciones para un seguimiento eficaz por parte del farmacéutico de las terapias medicamentosas de un paciente o grupo de pacientes”.*

La Ley de Farmacia de Andalucía contempla ya en su exposición de motivos una nueva visión de la práctica farmacéutica hacia la “consecución de los objetivos del uso racional de los medicamentos y la mejora de la calidad de la vida de los pacientes”.

La Ley de Farmacia de Andalucía también introduce aspectos relevantes en la función de los farmacéuticos comunitarios, como las actividades de promoción de la salud y Seguimiento Farmacoterapéutico, y el derecho de la población a la Atención Farmacéutica, a la cual dedica el título II de dicha Ley: “Atención Farmacéutica en las oficinas y servicios de farmacia”, especialmente su capítulo I, dedicado a la Oficina de Farmacia.(59)

#### **4. IMPLANTACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

La atención farmacéutica (AF) convierte al medicamento en un medio para conseguir los objetivos terapéuticos previstos y deja de percibirlo como un fin en sí mismo, de manera que el farmacéutico acepta la responsabilidad de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos (53)

Así, a pesar de que la función inicial del farmacéutico, como elaborador, y la práctica posterior basada en aspectos distributivos de los medicamentos, constituyen actividades tan diferentes, ambas estaban centradas en el proceso de uso del medicamento. Sin embargo, la aparición de una nueva filosofía de la práctica

farmacéutica conlleva un cambio de paradigma (60-64) ya que supone pasar de centrar los esfuerzos profesionales exclusivamente en el proceso de uso de los medicamentos (a distintos niveles) a orientar la actividad hacia la mejora de los resultados de la farmacoterapia en el paciente.-----

Desde hace 20 años, a partir de la publicación del artículo de Hepler y Strand “Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care”(9) se han llevado a cabo, tanto a nivel internacional como estatal, multitud de trabajos en farmacia comunitaria que demuestran la necesidad de los pacientes de la implantación de la AF.(65) Las causas de esta necesidad son tanto la escasa información que tienen los pacientes de su medicación (66)(40,63) como la mejora que se consigue en la adherencia a los tratamientos farmacológicos (16)(67)(68,69)(70) además del aumento de la eficacia de la medicación prescrita al paciente.(70)(67,69) Se han realizado, incluso, estudios de indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos en diferentes países (71-74)(75) , en España se realizó en el 2009 por Ana Dago (66)(73),siendo una de sus conclusiones que más de la mitad de los pacientes con indicador presentaban un RNM de necesidad y aproximadamente las tres cuartas partes de estos acudieron al servicio de urgencias por manifestar el resultado negativo de la medicación.

Al mismo tiempo, hay datos que muestran que haría falta la implicación de un especialista en el medicamento. Como ejemplos que reflejan esta necesidad social de un cambio en la práctica profesional, se encuentran incremento las visitas a urgencias relacionadas con el uso de medi(76)camentos (1 de cada 3 pacientes) pudiendo ser evitables en un 73.1%, si se realizara SFT en la farmacia comunitaria, (76,77) o el



aumento de ingresos hospitalarios debidos a problemas relacionados con la medicación, <sup>16</sup> pudiendo ser evitables cuando se realiza SFT. (78,79)

En este sentido, una revisión sistemática, publicada en 2005 por Roughead EE et col,(80) de la efectividad del Pharmaceutical Care para mejorar los resultados en los pacientes estableció que, en general, estos servicios son efectivos para mejorar el uso de los medicamentos por parte de los pacientes, avalando junto con otros trabajos la difusión de phcare. (81)(67)(82)(83)(68)

Además, esta implantación de la atención farmacéutica, a través de la farmacia comunitaria podría tener la ventaja de la cercanía de estos centros sanitarios al paciente, de la amplitud de horarios y, sobre todo, de la percepción de confianza que se ha corroborado por parte de la población hacia la farmacia, como lo reflejan diferentes estudios. (84)(35)(85-87)(88-90)

En concreto, el estudio realizado por Sigma Dos,83(38) refleja que los aspectos mejor valorados fueron: la profesionalidad, el servicio/atención al usuario, la cercanía y la disponibilidad de medicamentos; todos ellos con una puntuación superior a otros tres aspectos: la disponibilidad horaria, los consejos/asistencia sanitaria que se les facilita a los usuarios y el servicio de urgencia, también valorados.

En España también se han realizado investigaciones en AF en farmacia comunitaria, que avalan la importancia de implantar la AF en la metodología de trabajo del farmacéutico.

Uno de los primeros trabajos realizado en España siguiendo los conceptos AF fue el proyecto TOMCOR (91)en 1996. Fue realizado por la REAP junto con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Vizcaya y Barcelona, con el patrocinio de Merck, Sharp

& Dohme. El objetivo de este estudio era evaluar los efectos de la AF en pacientes que habían sufrido un episodio coronario agudo y eran seguidos en una muestra de farmacias españolas. Se realizó el seguimiento a 600 pacientes durante 12 meses y los resultados hallados eran que los pacientes que recibieron AF tras un episodio coronario tendían a estar menos enfermos en los 12 meses posteriores, conocían mejor la farmacoterapia y utilizaban mejor los servicios sanitarios que los pacientes que no recibían atención farmacéutica.

Otros estudios que corroboran que la aplicación de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria mejora los resultados en salud, se han realizado en pacientes diabéticos, (92) asmáticos (93,94) polimedicados, (95) personas mayores hipertensos y dislipémicos (82)(83) reflejando que el control del consumo de medicamentos es necesario, ya que existe una relación importante entre la morbilidad, la mortalidad y la farmacoterapia .

Una gran cantidad de datos está siendo publicado en las revistas biomédicas en un esfuerzo para establecer las características clínicas, la viabilidad económica y humanista de la Atención Farmacéutica, incluso se han hecho revisiones para estudiar la evolución de esta práctica, concluyendo que los resultados positivos obtenidos con diferentes programas de Atención Farmacéutica está realizando un cambio beneficioso en la salud de los pacientes, pero aún deben llevarse a cabo más proyectos de investigación para apoyar este cambio. (81)

En el año 2000, una revisión Cochrane,(96) realizada para examinar el efecto de la expansión del papel de los farmacéuticos (AF y servicios cognitivos) sobre la utilización de servicios de salud, los costes y los resultados sobre los pacientes, concluyó que los farmacéuticos deben continuar dando consejo y educando a los pacientes en relación a su tratamiento farmacológico y que un grupo determinado de

autores apoya la expansión adicional de sus roles hacia el manejo terapéutico de los pacientes, así como hacia el asesoramiento sobre aspectos generales de la salud, diferentes de los relacionados específicamente con el tratamiento farmacológico.

Sin embargo, a pesar de los datos anteriores y aunque aparentemente en nuestro país las encuestas realizadas a los farmacéuticos se muestran muy favorables a que se implante la atención farmacéutica, (97) la realidad es otra. Se han estimado niveles de implantación muy variables (97-100) que, en el mejor de los casos y en zonas determinadas, no llegarían al 35% de farmacéuticos ejercientes(101). En este sentido, el estudio de March, Arroyo, Puche y Ramos (102), avala la cifra del 10% de las farmacias españolas ofreciendo servicios de AF, resultado que algunos han encontrado pobre tras años de promover cambios en los contenidos de la oferta asistencial. (103)

Con todo, el contraste entre el deseo de implantar la AF y la práctica de la misma en el trabajo cotidiano exige un análisis. Diversos autores han estudiado las causas de esta indecisión (38)(104)(105)(106)(107)(5,39) sobre todo cuando parece que existe un amplio consenso en la importancia de implantar servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria.

El trabajo de Van Mil et al. (106), en **2001**, analiza las barreras percibidas para la implantación de servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria en 11 países europeos, incluido España. Los países fueron seleccionados porque en ellos habían tenido lugar intentos activos de implantar dichos servicios. El hallazgo fundamental fue que las dos barreras más importantes eran la falta de tiempo y la falta de dinero, o mejor, la falta de pago por los servicios. En los resultados de este estudio en España es la falta de tiempo el que ocupa el primer lugar.

En **2003**, Plaza y Herrera, han publicado los resultados de un estudio Delphi que aborda estos temas. Se enviaron cuestionarios a dos grupos de farmacéuticos: uno que ellos consideraron como “expertos en atención farmacéutica” en base a unos criterios de selección previamente establecidos y otro elegido de manera aleatoria y estratificada. Los expertos no incluyeron la falta de tiempo en sus respuestas como barrera para la implantación, para ellos la falta de formación es la más importante, mientras que el otro grupo sí, haciéndolo en segundo lugar después de la dificultad que conlleva la sobrecarga de trabajo en la farmacia.

En este sentido, Plaza y Herrera plantean que: (a) los farmacéuticos que ya han implantado servicios, están preocupados por los temas de formación y comunicación con los médicos; (b) los que se iniciarán en breve, por la falta de tiempo, formación y remuneración; (c) los que han abandonado esta práctica lo han hecho por falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, falta de consenso en los procedimientos de trabajo y falta de colaboración del equipo de la farmacia, de los pacientes y de los médicos; además señalan problemas en la formación; y (d) los que ven inviable la atención farmacéutica aducen problemas estructurales (falta de personal, de formación, de dinero, de espacio, de tiempo), falta de reconocimiento por parte de la Administración y falta de apoyo de las estructuras colegiales (38)

Otro estudio realizado en Granada, en **2005**(105), analiza el grado de conocimiento que tienen los farmacéuticos comunitarios de Granada sobre el seguimiento farmacoterapéutico, así como las barreras que ellos creen que impiden su desarrollo. También el tiempo ocupa la primera barrera en importancia a la hora de implantar el seguimiento farmacoterapéutico.

El estudio de las barreras de implantación de nuevos servicios cognitivos de la farmacia comunitaria es importante, porque puede permitir analizar diferentes elementos que permitan a los farmacéuticos plantear estrategias de mejora que supongan la superación de dichas barreras y avanzar en el proceso de implantación de nuevos servicios cognitivos y avanzar en el proceso de cambio.

Gastelurrutia MA define los servicios cognitivos como *“aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejora, bien el proceso de uso de los medicamentos, bien los resultados de la farmacoterapia.*

Un artículo de revisión, publicado en **2005** por Gastelurrutia MA et col ,102 (38) cita las barreras más importantes encontradas en España:

- Problemas económicos.
- Problemas de tiempo.
- Problemas con otros profesionales.
- Falta de habilidades de comunicación.
- Problemas con la estructura del sistema sanitario.
- Falta de formación específica.
- Problemas de actitud del propio farmacéutico.
- Falta de habilidades en gestión.
- Carencia de visión sobre el futuro profesional.

De todas ellas, el tiempo es considerado una de las barreras más importante a la hora de implantar servicios profesionales afirmándose, incluso, que se trata de la mayor barrera para la implantación de nuevos servicios.

Para entender e intentar subsanar esta falta de tiempo a que alude el farmacéutico para implantar o desarrollar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria se debería empezar por conocer qué y cuánta labor realiza en la farmacia en su día a día.

La vida profesional del farmacéutico comunitario transcurre fundamentalmente detrás de un mostrador, punto de encuentro habitual con sus clientes y sus pacientes. El mostrador es el lugar de máxima accesibilidad donde frecuentemente el farmacéutico comunitario resuelve los problemas básicos que forman parte de la vida diaria de la farmacia comunitaria. Y es en la resolución de estos típicos problemas en la que debe ser práctico el farmacéutico, resolviendo de forma adecuada todas las necesidades que demanda el paciente, bien atendiendo a la formación profesional del farmacéutico como especialista en el medicamento, como a su formación en salud.

Se sabe que en el mostrador es donde se demandan y realizan dos de las tres actuaciones en las que se basa la AF: dispensación (incluyendo automedicación) e indicación. La tercera, el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), cuando se realiza, se ofrece y se lleva a cabo en otra zona adecuada para ello, preferiblemente un lugar con más privacidad.

Asimismo, también se realizan otras actividades, algunas de ellas recogidas en el Consenso como son:

- Educación sanitaria.
- Dispensación de formulación magistral.
- Formación en uso racional del medicamento.
- Farmacovigilancia.

Y también otras actividades no recogidas como: la información de productos de venta en farmacia como los efectos y accesorios (tobilleras, apósitos, etc.) o dermocosmética, dietética, veterinaria, y la venta de artículos varios que no precisan de la presencia del farmacéutico.

Además de estas actividades existen otras que también necesitan de su realización y/o supervisión: la elaboración de fórmulas magistrales, los análisis clínicos, las revisiones de todas las alertas, actualización en novedades terapéuticas, formación en temas de interés y estudio de los PRM y RMN de la medicación de los pacientes en seguimiento. Sin olvidar la dedicación a la gestión empresarial que requiere farmacia comunitaria.

Por tanto, parece entendible la falta de tiempo promulgada por los farmacéuticos, que les obliga a desenvolverse en una dinámica de trabajo rápida y ágil, aunque no se tienen datos que cuantifiquen esta “cantidad” y justifique “la falta de tiempo” existen trabajos que nos reflejan la percepción (en %) que tiene el farmacéutico de en qué utiliza su tiempo, o exactamente el tiempo que dedica a unas actividades concretas: consulta, indicación... pero no son suficiente para justificar el tiempo (108,109)

Se precisa pues de un registro, de la actividad del farmacéutico, que se realice de forma ágil en el mismo momento en que se atiende al paciente. Esta labor registrada sería la respuesta a la demanda solicitada por los usuarios de la farmacia comunitaria.

Por otro lado, se sabe que desde que se ha iniciado el cambio de paradigma en el rol del farmacéutico, hace 20 años, ha habido un mayor debate, preocupándose el farmacéutico un poco más en la calidad de la dispensación de medicamentos. El uso de protocolos consensuados en la resolución de las indicaciones farmacéuticas parece estar bastante generalizado. Sin embargo, no se generan registros suficientes que demuestren convenientemente que es así. La farmacia que voluntariamente no

registra, únicamente tiene constancia de actividades en las que es obligado hacerlo: farmacovigilancia, dispensación de fórmulas magistrales (libro recetario), el seguimiento farmacoterapéutico, análisis clínicos, y por supuesto las recetas médicas con prestación, que dejan su registro al ser facturadas al correspondiente organismo etc. Del resto de actividades, a pesar de que se estén cumpliendo los protocolos consensuados, no hay constancia de ello ya que solo lo registrado evidencia actividades desempeñadas. Por todo ello se cree conveniente diseñar un método de registro cuantitativo que refleje toda la labor que se realiza en el mostrador de la farmacia, ya que es el lugar donde el farmacéutico desempeña la mayor parte de su trabajo, y que por sus características de atención, se hace difícil el registro.

El conocimiento de toda la labor que se realiza en la farmacia comunitaria, permitiría profundizar en el conocimiento real de esta dinámica de trabajo y también la barrera de falta de “tiempo” para implantar o desarrollar servicios cognitivos en la farmacia comunitaria.

Las características que debería cumplir este método de registro serían, en primer lugar, que fuese ágil para que no rompa la dinámica del mostrador y se pueda introducir fácilmente en la mecánica diaria. También un método cuya lectura de resultados no fuera complicada consiguiendo mediante su estudio planificar la oferta de servicios que responda a las necesidades y demandas en salud de la población, que deben ser cubiertas adecuadamente.

En este sentido, si se logra conocer cuantitativamente la diversidad de tareas en que está inmersa la farmacia comunitaria, se podrá valorar también el esfuerzo que, día a día, necesita hacer el farmacéutico para llegar a ofrecer una atención farmacéutica integral.



## JUSTIFICACIÓN

El conocimiento cuantitativo de toda la labor realizada en la farmacia comunitaria, puede ser de gran valor para el farmacéutico a la hora de tomar decisiones profesionales, y para la sociedad a la hora de valorar su trabajo.

Todas las actividades que se realizan en la farmacia comunitaria son la respuesta a la demanda en salud que realiza los pacientes en ella. Conocer esta demanda nos orienta en el tipo de servicios a implantar o desarrollar para que puedan ser resueltas mejor.

Reconociendo que el trabajo diario es la mejor fuente de información para poder llegar a conocer la calidad asistencial que se ofrece en la farmacia comunitaria, es necesario pues, una forma de registro fácil y compatible con la dinámica del trabajo diario, que ayude a reflejar, de forma cuantitativa, la labor que demanda el usuario en la farmacia comunitaria, para incorporar más calidad a los servicios y dar respuestas a la implantación de la Atención Farmacéutica.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1-Diseñar de un sistema de registro de todas las actuaciones profesionales que se realizan en la farmacia comunitaria.

2-Describir todas las actuaciones profesionales que se realizan como respuesta a las demandas realizadas por los usuarios en la farmacia comunitaria.

## **METODOLOGIA**

### **-MÉTODO PARA OBJETIVO 1**

#### **1.1 DISEÑO DE LA HERRAMIENTA**

##### **1.1.1 Búsqueda bibliográfica:**

En primer lugar se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en la base de datos PUBMED con el objetivo de revisar toda la literatura científica relacionada con la pregunta de investigación “sistemas de registros de Actuaciones Profesionales en farmacia comunitaria” e identificar estudios similares. La estrategia de búsqueda fue la siguiente: Search”Community Pharmacy” [MeSH] AND “Clinical Pharmacy Information Systems ” [MeSH] AND “Pharmaceutical Care” [MeSH] OR “Pharmaceutical Service” Limits: Publication Date from 1999/12/31 to 2007/12/30.

##### **1.1.2 Equipo investigador:**

Compuesto por tres farmacéuticas, dos de ellas comunitarias y otra de la administración sanitaria pública.

##### **1.1.3 Criterios para el diseño:**

Con el objetivo de que el sistema de registro se integrase en la rutina diaria y mantuviese la agilidad de las actuaciones profesionales se buscó que la herramienta se adaptara al programa informático de gestión farmacéutica. Anulando la posibilidad de diseñar otro soporte informático de registro.

Para lograr este propósito el equipo investigador del estudio diseñó la herramienta de registro utilizando como soporte informático el sistema de gestión disponible en las farmacias participantes en el estudio (FARMATC<sup>R</sup>).

La herramienta se probó en la práctica diaria de la farmacia comunitaria por farmacéuticos diferentes a los del equipo investigador, con el objetivo de minimizar el posible sesgo del investigador.

El estudio piloto para comprobar la agilidad y eficacia de la misma fue de 15 días. El equipo investigador evaluó los resultados obtenidos en el pilotaje. También evaluó las actuaciones profesionales que eran necesarias registrar tanto en base a su demanda, como a estar contempladas en el Consenso de AF, quedando finalmente incluidas: Dispensación, Indicación, Automedicación, Consultas y Ventas. Dentro de cada uno de éstos, se han introducido registros para definir mejor la actuación realizada y las posibles incidencias que puedan surgir en su proceso, intentando siempre no perder agilidad (Ver gráfica 2y 3). Durante 6 meses se trabajó con ella recogiendo todos los datos diariamente, así como los fallos cometidos al no registrar. Al final del periodo se estudiaron los datos obtenidos.

Los requisitos básicos que se persiguieron para el diseño de la herramienta, fueron:

- Registrar todas las actuaciones demandadas por el usuario de la farmacia comunitaria
- Recopilar la máxima información para cada una de las actuaciones profesionales
- Mantener la agilidad en la resolución de las mismas.

Diseño de la herramienta:

No es tarea fácil encontrar el equilibrio entre precisión de registro y agilidad del proceso. Se consideró fundamental, en primer lugar, definir las funciones asistenciales recogidas en el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica (30), consideradas “esenciales” en el modelo actual de ejercicio profesional del farmacéutico, y que se son claramente demandadas por el usuario, como son:

1-Dispensación

2-Indicación farmacéutica

Otro servicio esencial recogido y definido en el Documento de Consenso en AF, es el Seguimiento personalizado del medicamento, sin embargo, éste aún no es claramente una demanda del paciente, sino que es un servicio que se ofrece a los pacientes susceptibles de necesitarlo. Por tanto, el SFT no es objeto de registro como tal y por ello ni se define ni se cuantifica por la herramienta. Se considera una incidencia en la dispensación y así se registra.

El Documento de Consenso en AF recoge la automedicación dentro de la dispensación, como: “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 automedicarse (de forma adecuada o no)”. Sin embargo se decidió separarlo para poder valorar mejor el impacto de esta actividad dentro de toda la demanda realizada por el paciente en la farmacia comunitaria.

Por tanto, se pasa a pretender el registro de:

1-Dispensación

2-Indicación

3-Automedicación

Se decide, también, registrar las consultas realizadas por el usuario. La consulta en la farmacia es una práctica habitual de la población, incluso publicitada como reza

el"Consulte al farmacéutico", tanto en prospectos, folletos, como en anuncios televisivos.

Estas consultas son tanto de medicamentos, como de salud, como de productos de venta en farmacia (dietética, cosmética, efectos y accesorios...etc.). Consultas, no siempre relacionadas con la enfermedad o el medicamento que estamos dispensando, ya que esta consulta se engloba dentro del proceso de dispensación, como "consejos o información al paciente".

En el día a día, en la farmacia comunitaria, también se demandan productos que no necesitan del consejo de un profesional. Se consideró importante conocer cuánta "demanda" realizada por la población en la farmacia, podría prescindir, para su **resolución** de un profesional farmacéutico. Son lo que se llamarían "ventas".

Por tanto, las actuaciones objeto de registro son:

- 1-Dispensación
- 2-Indicación
- 3-Automedicación
- 4-Consultas
- 5-Ventas

Dentro de cada uno de estos, se han introducido registros para definir mejor la actuación realizada, y las posibles incidencias que puedan surgir en su proceso.

## 1-Dispensación.

El registro de dispensación se decide hacer por paciente, traiga una o más recetas. Se trata de registrar la labor asistencial que se realiza más que la cantidad de medicamentos que se dispensan. Por tanto es un registro por paciente

El equipo investigador decide definir, además del total de dispensaciones con receta, las incidencias contempladas por FORO, que interrumpen el proceso de dispensación, pero con algún matiz diferente, en pro de la agilidad. Estas incidencias son:

- Dispensación SIN incidencia
- Dispensación CON incidencia (C/I)
  - Dispensación (C/I) por necesitar información personalizada del medicamento (IPM)
  - Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico-dietéticos
  - Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT, incluyendo aquí también, los episodios de seguimiento
  - Dispensación (C/I) por notificación a Farmacovigilancia (FVG).
  - Dispensación (C/I) por recomendar visitar al médico
  - Dispensación CON incidencia por NO dispensar.

El registro Dispensación sin incidencias (S/I) se utiliza para aquellas dispensaciones que no se ven interrumpidas en su proceso de dispensación.

### De las incidencias en la dispensación:

**“Dispensación (C/I) por necesitar IPM”.** Foro enfatiza en que el paciente necesita IPM, bien por falta de información suficiente para el uso correcto del medicamento con el que va a iniciar un tratamiento o por tenerla errónea.(44) El equipo decide no distinguirlas en pro de la agilidad. En cualquier caso, la actuación consistirá en

proporcionar al paciente información personalizada sobre el uso del medicamento, registrándola como IPM.

La finalidad de este registro es doble:

- a) Cuantificar lo que ocupa una parte importante del tiempo del farmacéutico y que requiere incluso, a veces, la consulta al médico.
- b) Dejar constancia de una actuación que diferencia claramente la Dispensación de la entrega de medicamentos.

**“Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico-dietéticos”**. Una de las funciones asistenciales recogidas en el Consenso de Atención Farmacéutica es la de Educación Sanitaria.(30)

Esta labor se realiza frecuentemente en la dispensación de los medicamentos. En el proceso de dispensación, en que se le preguntan diferentes cuestiones al paciente, surge la alerta de la falta de consejos higiénico-dietéticos para mejorar su problema de salud. El equipo investigador considera importante que se refleje esta incidencia.

**“Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT”**, incluyendo aquí los “episodios de seguimiento”. Estas incidencias obligan a una evaluación, requiriendo, a veces, la adquisición de más datos realizando lo que FORO (44) ha acordado en llamar un **episodio de seguimiento** (suspendiendo o no la dispensación). Cuya definición según FORO *“Proceso de evaluación de los posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o de los resultados negativos asociados a los mismos (RNM).”*

No es fácil conseguir que el registro sea ágil. Esta incidencia fue muy discutida. Finalmente se decide anotar con un registro, todo lo relacionado con seguimiento de la medicación:

- Por abrir un episodio de seguimiento (y se resuelve sin necesidad de derivar al médico)



- Por ofrecer a un paciente el servicio de SFT (lo acepte o no)
- Registro de la actuación del farmacéutico en el mostrador, ante un paciente en SFT. No se está registrando la cita del paciente en SFT, pero sí la incidencia que se crea en la dispensación, pues hay que registrar en su historia la nueva medicación, y adelantar la cita si se cree conveniente.

**“Dispensación (C/I) por notificación a Farmacovigilancia (FVG)”**. El equipo investigador creyó conveniente reflejar las notificaciones a farmacovigilancia como una incidencia, resultado de una alerta detectada por el farmacéutico en el proceso de dispensación. Se define la incidencia en este apartado, siempre que se notifique a farmacovigilancia. La detección de una alerta que se notifique, lleva implícito la derivación o comunicación con el médico.(110)

**“Dispensación (C/I) por recomendar visitar al médico”**. Se decide registrar la derivación al médico del paciente, normalmente, como consecuencia de alguna incidencia surgida en la dispensación, que obligó a abrir un episodio de seguimiento. El medicamento se dispensa.

**“Dispensación CON incidencia por NO dispensar”**. Se decide registrar la no dispensación de algún medicamento. Normalmente esta actuación conlleva la derivación al médico.

## **2-Indicación farmacéutica**

Se decide registrar las indicaciones farmacéuticas demandadas por el paciente, definiendo fundamentalmente:

- Si se ha indicado algún medicamento o producto de homeopatía o herboristería con los consejos necesarios para mejorar su problema de salud. Siempre cuando se indica un medicamento o producto se ofrece la información del medicamento o producto y la educación sanitaria que se crea conveniente
- Si solo se han indicado consejos. Se realiza Educación sanitaria. Asesorar sin dispensar
- Si, además de indicar algún medicamento o producto, se deriva al médico
- Si se deriva al médico sin indicar ningún producto
- Si se deriva a otros servicios con entrega de medicamento
- Si se deriva a otros servicios sin entrega de medicamento.

## **3-Automedicación**

Se decide registrar las automedicaciones demandadas por el paciente, diferenciando:

- Automedicación sin incidencia: Son adecuadas para el problema de salud del paciente
- Automedicación con incidencia: Bien por falta de información del paciente, o por no ser adecuada para el problema de salud que refiere el paciente. Se definen varias incidencias :

- Que sea adecuada pero que no tenga suficiente información del medicamento solicitado o de la enfermedad que refiere. Se realiza IPM y/o educación sanitaria
- Que sea adecuada pero se decida derivar al médico
- Que no sea adecuado y se decida sustituir por otro medicamento o producto. En este se informa convenientemente de las razones de la sustitución, lo que conlleva una educación sanitaria.
- Que no sea adecuado y se decida solo dar consejos higiénico-dietéticos. Lo que conlleva realizar educación sanitaria. Es asesorar sin dispensar.
- Que no sea adecuado y se decida derivar al médico
- Se decide derivar a otros servicios con entrega de medicamento
- Se decide derivar a otros servicios sin entrega de medicamento.

#### **4-Consultas**

Se decide registrar las consultas demandadas en la farmacia comunitaria. Las consultas pueden hacerse en cualquier momento, pero no se registraran las que se hagan en el transcurso de alguna otra actuación como puede ser: dispensación, indicación o automedicación; ya que en estos casos se consideran ligados a otra actuación como “consejos “.

En pro de agilidad del proceso se ha creído conveniente diferenciar dos tipos de consultas:

- Consultas sin venta asociada (Sobre medicamentos, enfermedades, pruebas analíticas, administrativas)
- Consultas con venta asociada: sobre parafarmacia, veterinaria, efectos y accesorios.

## **1.2 DISEÑO INICIAL DE LA HERRAMIENTA**

La herramienta inicial, consiste en la introducción en el sistema informático (FARMATC<sup>R</sup>) de una serie de códigos de trabajo nuevos, que ayudan a registrar las actuaciones profesionales realizadas en la venta de esos artículos (medicamento, planta medicinal, homeopatía, dietética, etc.). Estas posibilidades de trabajo nuevas se consiguieron incorporando:

- Aportaciones nuevas:

En los sistemas de gestión se utiliza la aportación para definir el régimen de prestación al que está adherido el paciente: prestación de la seguridad social como pensionista y como trabajador activo, prestación MUFACE, ISFAS, etc. Por tanto, todos los medicamentos para pacientes bajo alguna prestación (con receta siempre) llevarán aportación. Sirve ésta, en primer lugar, para conocer el importe a pagar por el paciente (40%, 30%, etc.) y también para facturar éstos.

La herramienta utiliza esta flexibilidad de marcar medicamentos con aportación para aquellos que no están bajo ninguna prestación. Estos medicamentos son los que se dispensan en indicación y automedicación. (Medicamentos dispensados sin receta)

- Artículos nuevos, que ayudan a definir conceptos de trabajo.

Se dan de alta en el programa informático artículos nuevos a precio cero, que definen por si mismos, bien una actuación farmacéutica (Ej.: dispensación) que no se puede mediante la aportación, pues la dispensación con prestación lleva aportación implícita en su venta. También se dan de alta artículos, como el de “CPE “, que significa que se han dado consejos en la venta de los artículos a los que acompaña como: cosmética, dietética, ortopedia y/o veterinaria

- Parrilla desplegable

Es un desplegable con opciones a elegir, que se abre al finalizar la resolución de la demanda total del paciente, y sirve para definir las incidencias en la dispensación bajo prescripción médica.

**INCORPORACIONES AL SISTEMA DE GESTIÓN PARA PODER UTILIZAR LA HERRAMIENTA: RESUMEN**

Tabla1: Aportaciones en la herramienta inicial

Tabla 1. Aportaciones en la herramienta inicial	
APORTACIONES	IC, IM, ICM, IS: PARA INDICACION
	A, AC, AM, ACM, AS : PARA AUTOMEDICACION
	SA, SAC, SACM, SAM, SS: PARA SUSTITUCION DE AUTOMEDIC
	D: PARA DISPENSACION

Tabla 2: Artículos en la herramienta inicial

Tabla 2. Artículos en la herramienta inicial	
ARTÍCULOS	VC
	CPE
	FÓRMULAS
	VV

Tabla3: Parrilla desplegable de dispensación en la herramienta inicial.

Tabla 3. Parrilla desplegable de dispensación en la herramienta inicial.	
PARRILLA DESPLEGABLE	<b>Dispensación SIN incidencia</b>
	<b>Dispensación CON incidencia(C/I) por necesitar IPM</b>
	▶ Por necesitar IPM y consejos
	▶ Por necesitar IPM, y enviando al médico dando los consejos que necesite.
	<b>Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico dietéticos</b>
	▶ Por necesitar, consejos y se envía también al médico
	<b>Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT</b>
	▶ Por ofrecimiento o estar en SFT y consejos si necesita
	▶ Por ofrecimiento o estar SFT , y derivando al médico y consejos
<b>Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT</b>	
▶ Por ofrecimiento o estar en SFT y consejos si necesita	
▶ Por ofrecimiento o estar SFT , y derivando al médico y consejos	
<b>Dispensación (C/I) por notificación a FARMACOVIGILANCIA (FVG)</b>	
▶ Por notificación a (FVG) y necesitar consejos	
▶ Por notificación a (FVG), derivar al médico con los consejos que necesite	
<b>Dispensación (C/I) por recomendar visitar al médico.</b>	
<b>Dispensación CON incidencia por NO DISPENSAR</b>	
▶ No dispensar pero dar consejos necesarios	
▶ No dispensar pero dar consejos necesarios y enviar al médico	

## EXPLICACIÓN DE LAS INCORPORACIONES AL SISTEMA DE GESTIÓN:

- APORTACIONES

**I: Indicación farmacéutica.** Todo medicamento, planta medicinal o producto que lleve esta letra en su aportación refleja que se ha dispensado para resolver una demanda de Indicación farmacéutica solicitada por el paciente para un síntoma menor.

Para definir mejor la Indicación se tienen las aportaciones:

**IC:** Indicación de un medicamento con sus recomendaciones o consejos

**IM:** Indicación de un medicamento y recomendación de ir al médico

**ICM:** Indicación de un medicamento, consejos y recomendación de ir al médico

**IS:** Derivación a otros servicios con/sin venta asociada

Pero si la decisión es sólo de dar consejos y/o enviar al médico, se utiliza el artículo “venta cero”, se vende y registra con la aportación que corresponda.

**A: Automedicación.** Todo medicamento, planta medicinal o producto que lleve esta letra en su aportación significa que es una dispensación por una demanda de automedicación por parte del paciente.

Puede ocurrir que, además del medicamento o producto solicitado, también se requiera dar consejos higiénico-dietéticos y/o enviar al médico.

Para definir mejor la Automedicación se dispensa el medicamento o producto registrándolo en la pantalla de ventas con la alguna de las siguientes aportaciones según el caso:

**A:** Automedicación sin incidencia.

**AC:** Automedicación y consejos higiénico-dietéticos

**AM:** Automedicación y recomendación de visitar al **médico**

**ACM:** Automedicación, consejos y recomendación de visitar al **médico**

**AS:** Automedicación, consejos y derivación a otros servicios

**SA: Sustitución de una automedicación.** Todo medicamento, planta medicinal o producto que lleve estas letras en su aportación es una dispensación sustituyendo la solicitud del paciente por no ser adecuada.

Para definir mejor la sustitución de la Automedicación están las aportaciones:

**SA :** Sustitución de una automedicación

**SAC:** Sustitución de Automedicación y **consejos** higiénico-dietéticos

**SAM:** Sustitución de Automedicación y recomendando ir al **médico**

**SACM:** Sustitución de Automedicación, consejos con derivación al **médico**

**SS:** Sustitución de Automedicación, consejos con derivación a otros servicios

Pero si la decisión ante la solicitud de la automedicación errónea es sólo de dar consejos y/o enviar al médico, se utiliza el artículo “venta cero”, se vende y registra con la aportación que corresponda.

**D:** Dispensación farmacéutica. El registro definido por medio de aportaciones da flexibilidad en la obtención de datos (pero **NO** se pueden utilizar en dispensaciones con prestación: Seguridad Social, Isfas...etc., pues su venta requiere una aportación para distinguir los diferentes colectivos). En este caso la aportación **D** se utiliza para vender un artículo (VV), a precio cero, junto con los medicamentos dispensados, reflejando que se trata de una dispensación. Para definir mejor esta actuación se diseñó el desplegable que se abre al finalizar la dispensación, dando la posibilidad de definir además el tipo de incidencia, si la hubiere.

El registro de la dispensación (artículo “VV “con la aportación “D”) se hace al finalizar la/s dispensaciones a un paciente (un registro por paciente). Refleja la realización de



la actuación farmacéutica de dispensación y si ha habido incidencia, el tipo de ella dentro de las opciones que se recogen en la parrilla desplegable. Por tanto, el número de dispensaciones realizadas no coincide con el de medicamentos. Se pretende registrar la actuación asistencial con el paciente.

- **ARTÍCULOS:**

**Artículo denominado “VC” =Venta Cero:** Refleja que se ha hecho una actuación profesional a coste cero. Por ejemplo, recomendar sólo consejos higiénico-dietéticos ante una consulta de indicación farmacéutica, o bien, informar de unos resultados analíticos ante la consulta de duda del paciente.

Si este artículo lleva aportación significa que se ha realizado una actuación profesional, sin venta asociada, ligada a actuación farmacéutica como indicación o automedicación, según lo defina su aportación.

Si este artículo “VC” no lleva aportación significa que se ha realizado una actuación profesional, sin venta asociada, no ligada a una actuación farmacéutica (indicación o automedicación), ni tampoco ligada a dispensación pues los consejos en dispensación se definen en la parrilla o desplegable, que después se explica. Significa la resolución de una consulta farmacéutica sin venta asociada.

**Artículo denominado “CPE”= Consejos añadidos en parafarmacia, dietética u ortopedia.** Refleja que se ha resuelto una consulta farmacéutica en productos de parafarmacia, ortopedia, dietética o veterinaria. Este artículo se añade a la venta de los artículos de parafarmacia u ortopedia para reflejar esta actuación.

**Artículo denominado “Ventas Varias”.** Es un artículo que ponemos a coste cero y que al venderlo con aportación D, refleja que la venta (de uno o varios medicamentos) que lo contiene ha sido una dispensación con receta (código nacional 000000).

- DESPLEGABLE PARA DEFINIR LA DISPENSACIÓN:

El desplegable, que se diseña inicialmente, se abre al finalizar la dispensación y se debe elegir una de entre estas opciones para definirla.

**Dispensación SIN INCIDENCIA:** Define una dispensación que ha transcurrido, cumpliendo el protocolo de dispensación sin ninguna incidencia.

**Dispensación CON INCIDENCIA (C/I) por necesitar IPM**

- Por necesitar IPM y consejos
- Por necesitar IPM, y enviando al médico dando los consejos que necesite.

**Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico-dietéticos**

- Por necesitar consejos y, también, se envía al médico.

**Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT**

- Por ofrecimiento o estar en SFT y consejos, si necesita
- Por ofrecimiento o estar SFT y derivando al médico y consejos

**Dispensación (C/I) por notificación a Farmacovigilancia (FVG)**

- Por notificación a (FVG) y necesitar consejos
- Por notificación a (FVG) y derivar al médico con los consejos que necesite

**Dispensación (C/I) por recomendar visitar al médico**

**Dispensación CON incidencia por NO dispensar**

- No dispensar pero dar consejos necesarios
- No dispensar pero dar consejos necesarios y enviar al médico

Sólo se puede elegir una opción en la parrilla. Si hubiera varias, se elige la que a juicio del farmacéutico, es la más grave, o bien, por la que él empezaría a intervenir. La herramienta orienta sobre un orden, en principio, el lógico, pudiéndose alterar en el caso que el farmacéutico creyera conveniente.

Lo importante, llegado a este punto, es que se ha registrado la actuación de dispensación a un paciente, bien con una o varias recetas.

### **1.3 PILOTAJE DE LA HERRAMIENTA**

Diseñada la herramienta se inicia un pilotaje de 15 días para corroborar la agilidad de la herramienta en la dinámica del mostrador.

La herramienta se probó en la práctica diaria de la farmacia comunitaria por farmacéuticos diferentes a los del equipo investigador, con el objetivo de minimizar el posible sesgo del investigador.

### **1.4 REAJUSTE DE LA HERRAMIENTA INICIAL**

Diseñada la herramienta y realizado el pilotaje, se hicieron los ajustes necesarios para conseguir la agilidad necesaria en la dinámica del mostrador, sin disminuir su calidad.

#### **-CAMBIO DEL REGISTRO DE DISPENSACIÓN:**

Se cambia el registro de dispensación.

El registro de dispensación pasa de ser solamente con la venta del artículo “DISPENSACIÓN”, en lugar de “VENTA VARIA” (VV) y aportación “D” para hacerlo más fácil de contabilizar, a la vez que resulta más ágil en su utilización.

El artículo de “venta varia” (VV) es utilizado en el programa de gestión para otro tipo de ventas (como los artículos que no tienen código nacional) por tanto, para contabilizar los pacientes atendidos a los cuales se les ha realizado alguna dispensación, hay que elegir los artículos VV que lleven aportación “D”. Esto se ha tratado de agilizar cambiando el artículo de nombre (a “Dispensación”) y, al tiempo, se ha visto que no es necesario utilizar la aportación “D”.

#### **-CAMBIO Y ANULACIÓN DEL REGISTRO EN LAS ACTUACIONES FARMACÉUTICAS, EN FORMA DE APORTACIÓN, DE MÁS DE DOS DÍGITOS.**

El programa no da posibilidad de crear aportaciones de más de dos dígitos, por tanto debe haber un cambio.

Por otro lado se ha visto duplicidad en algunos registros que por empeño de definir mejor las actuaciones se crean dudas a la hora del registro, con el consecuente deterioro en la rapidez y agilidad del mostrador, que es lo que, en ningún momento puede verse afectado .

#### **- CAMBIOS EN EL REGISTRO DE LA AUTOMEDICACIÓN:**

- ACM se anula y se funde en AM: ACM es aportación creada inicialmente para definir la automedicación adecuada, por parte del paciente, pero con la incidencia de que su problema de salud debe ser controlado por el médico lo antes posible, junto con la información o consejos necesarios que se crea conveniente. La realidad es que siempre que se aconseja a un paciente que visite el médico lo antes posible, lleva consigo dar la información necesaria para que el paciente sea consciente de la importancia del problema. Por tanto, se anula ACM y queda AM sin perder la calidad del registro.

#### -EN EL REGISTRO DE LA SUSTITUCION DE LA AUTOMEDICACIÓN:

- SCM se anula y se funde en SM, por las mismas razones que ACM pasa a AM.

#### -EN EL REGISTRO DE LA INDICACIÓN

- ICM se anula y se funde en IM, por las mismas razones que los anteriores.

#### **-CAMBIO EN LA CONSIDERACIÓN DE FALLO EN DISPENSACIÓN**

El programa no deja corregir nada una vez cerrada la operación o atención al cliente.  
No da opción de marcha atrás.

Se ha considerado que sólo en dispensaciones con receta, en la que al cerrar la operación y haber elegido la opción de la parilla, se hubiera olvidado añadir el artículo “dispensación” en la pantalla de ventas, se puede obviar el “olvido” si, a continuación y solo inmediatamente a continuación , se realiza una operación de este artículo únicamente. Esta salvedad se debe tener en cuenta al contabilizar el total de operaciones, o pacientes atendidos, debiendo restar éstas del total.

## **-CAMBIO EN LA PARRILLA DE DISPENSACIÓN**

NO se puede registrar la dispensación con el desplegable como está configurado. No es cómodo. El objetivo de que sea una herramienta ágil y cómoda prima sobre la profundidad de la información. La posibilidad de cruzar opciones no está habilitada aún en el programa. Por tanto se decide unificar criterios. La nueva parrilla es:

Tabla4: Parrilla desplegable de la herramienta final

Tabla 4. Parrilla desplegable de la herramienta final
<b>Dispensación SIN incidencia</b>
▶ Dispensación (C/I)* por necesitar IPM.
▶ Dispensación (C/I)* por necesitar consejos higiénico dietéticos
▶ Dispensación (C/I)* por ofrecimiento o por estar en SFT
▶ Dispensación (C/I) *por notificación a FARMACOVIGILANCIA(FVG)
▶ Dispensación (C/I) *por derivar al médico
▶ Dispensación (C/I) *por NO DISPENSAR
C/I*: con incidencias

También se decide cambiar el orden de dos incidencias. Se adelanta la incidencia por derivar al médico a la de la detección de una alerta que se notifica a FVG, ya que normalmente cuando se notifica a farmacovigilancia se comunica al médico, bien directamente, o a través del paciente.

## **-CAMBIO EN EL CONCEPTO DE “CPE”**

Se decide que este concepto que refleja los consejos añadidos a la venta de los productos de parafarmacia, dietética y ortopedia, también recoja los añadidos a los productos de veterinaria. Los medicamentos con receta para uso veterinario se recogen en dispensación con receta.

### **Consideraciones a tener en cuenta:**

El programa, por defecto, abre la ventana de dispensación con receta SIEMPRE al atender a un paciente, se realice o no actuación farmacéutica de dispensación.

Al cerrar la parrilla sin haber elegido opción por no haber dispensación el programa, por defecto, la contabiliza como dispensación con receta sin incidencias.

Esto se tiene en cuenta al contabilizar este dato, que será la resta de las dispensaciones con receta totales realizadas (contabilizadas mediante el artículo "DISPENSACIÓN" y el total de incidencias en dispensación (contabilizadas correctamente mediante su elección en la parrilla).

Este número de dispensaciones sin incidencia real corresponde a las dispensaciones verdaderamente sin incidencias.

### **1.5 CONTROL DE CALIDAD DE LA HERRAMIENTA**

Se decide hacer un control de calidad de la herramienta para saber si realmente satisface las necesidades para lo que se ha diseñado. Se trata de comprobar que es útil para el registro de las actuaciones farmacéuticas que se realizan en la farmacia comunitaria para satisfacer la demanda del usuario.

Se considerará que es útil, si es lo suficientemente ágil para lograr el registro, como mínimo, de un 90% de las actuaciones farmacéuticas realizadas. Es decir, si los fallos que se cometen durante el periodo de estudio no superan el 10% de todos los registros que deben hacerse.

Para conocer todos los datos que se necesitan para asegurar la calidad de la herramienta se necesita el estudio de:

- **Actuación farmacéutica.** Actuación farmacéutica, ya vista anteriormente, es toda actuación profesional que debe ser realizada por el farmacéutico.

La herramienta de registro debe ser lo suficiente ágil para poder registrar, en su momento, estas actuaciones y así tener constancia de ellas.

Se diferencia entre:

- Actuaciones farmacéuticas registradas

-Actuaciones farmacéuticas no registradas: fallo. Se considera que se ha cometido fallo en el registro si, al atender a un paciente mediante una actuación farmacéutica, no la registramos.

Si el dato de fallos cometidos no supera el 10% de las actuaciones Farmacéuticas realizadas, se considera que la herramienta es lo suficientemente ágil para registrar las actuaciones que se hacen en el mostrador, sin romper su dinámica.

- ***Para conocer mejor la posible razón de los fallos se describe por:***

**1-Rango horario:** Se distribuyen los fallos por rango horario:

***-FALLOS EN HORARIO 9-10 HORAS***

***- FALLOS EN HORARIO 10-11 HORAS***

***- FALLOS EN HORARIO 11-12 HORAS***

***- FALLOS EN HORARIO 12-13 HORAS***

***- FALLOS EN HORARIO 13-14 HORAS***



- **FALLOS EN HORARIO 16-17 HORAS**
- FALLOS EN HORARIO 17-18 HORAS**
- **FALLOS EN HORARIO 18-19 HORAS**
- **FALLOS EN HORARIO 19-20 HORAS**
- **FALLOS EN HORARIO 20-21 HORAS**

**2-Por paciente: Fallos, por paciente, cometidos en el registro de las actuaciones farmacéuticas:** Es el % de fallos que se cometen, por paciente, al no registrar las actuaciones farmacéuticas con que se les atiende para resolver su demanda.

**3-Horario en que son atendidos los pacientes:** Es el horario en que se atiende a cada paciente. Se hacen rangos de tiempos para facilitar el estudio. Este dato se recoge para saber si existe concordancia de saturación de trabajo con los fallos cometidos. El programa nos da la facilidad de conocer, no sólo cuando se ha atendido al paciente por medio de las actuaciones profesionales, sino también por medio de operaciones administrativas, como el pago de deudas, facturas, etc. Por tanto, cuantitativamente el dato es superior al real pero lo importante es el conocimiento del horario en que se realizan todas las actuaciones.

- **actuaciones en horario de 9-10 HORAS**
- **actuaciones en horario de 10-11 HORAS**
- **actuaciones en horario de 11-12 HORAS**
- **actuaciones en horario de 12-13 HORAS**
- **actuaciones en horario de 13-14 HORAS**
- **actuaciones en horario de 16-17 HORAS**
- **actuaciones en horario de 17-18 HORAS**
- **actuaciones en horario de 18-19 HORAS**

**- actuaciones en horario de 19-20 HORAS**

**- actuaciones en horario de 20-21 HORAS**

## **1.6- OBTENCIÓN DE DATOS**

### **1.6.1 OBTENCIÓN DE DATOS DE LAS ACTUACIONES PROFESIONALES**

Los datos se conocen a partir de los registros conseguidos a través de la herramienta y los que por sí mismo da el sistema de gestión:

- Nº de Indicaciones: Del informe de caja se recoge la información cuantitativa de todas las indicaciones realizadas y sus incidencias, junto con la información propia del informe. Este dato podemos obtenerlo también mensual, trimestral..
- Nº de Automedicaciones: Del informe de caja se recoge la información cuantitativa de todas las automedicaciones realizadas y con sus incidencias, junto con la información propia del informe. Este dato podemos obtenerlo también mensual, trimestral..etc
- Nº de Dispensaciones: En la ficha del artículo “dispensación”, dado de alta por la herramienta, se conocen cuantitativamente los pacientes atendidos a los que se les ha realizado una o varias dispensaciones.

Esta información la obtenemos diariamente, si interesa, o por los rangos de fecha que queramos: mensual, trimestral...etc

- Nº consultas con venta asociada : Nº de consejos dados en parafarmacia, dietética, veterinaria y ortopedia “CPE”: La información cuantitativo de estas actuaciones la obtenemos de la ficha del artículo “CPE”.  
La información se puede obtener diariamente, mensualmente, trimestralmente..etc
- Nº consultas sin venta asociada: Nº de ventas cero (“VC”). Es asesorar sin dispensar. ”: La información cuantitativo de estas actuaciones la obtenemos de la ficha del artículo “VC”. Son ventas del artículo “VC” sin aportación  
Al igual que el anterior la información la obtenemos diariamente si interesa, o por los rangos de fecha que queramos: mensual, trimestral...
- Incidencias registradas en la dispensación con receta médica: Para conocer el nº de cada incidencia se recurre a lo que el programa llama “categorías inferidas” y en el “cuadro estadístico de ventas” se tiene la información de cuántas veces se ha interrumpido una dispensación por necesitar el paciente IPM, o consejos, o el paciente estaba en SFT, o derivado al médico, etc . También aquí aparece el dato de las dispensaciones sin incidencia.

El dato real de las dispensaciones sin incidencia debe obtenerse restando del total de dispensaciones, las dispensaciones con incidencia. Se debe a que el programa cada vez que cierra una pantalla de ventas, sea dispensación o indicación o ventas SIN MÁS, por defecto él lo contabiliza como dispensación sin incidencia.

## 1.6.2 OBTENCION DE DATOS DE LOS PACIENTES

- Nº de pacientes atendidos: El número de pacientes atendidos es posible conocerlo a través del “diario de ventas”.

*Pacientes atendidos es el número de personas a las que se les atiende mediante alguna actuación profesional en la farmacia comunitaria. Un mismo paciente puede ser atendido mediante varias actuaciones profesionales, ya que su demanda es varia.*

El nº de pacientes atendidos se corresponde con el dato del programa correspondiente al nº de operaciones realizadas. Este número de operaciones puede ser distinto, según donde localicemos el dato.

- Si se busca en el el “diario de ventas”, el número de operaciones es el real.

Indica el nº de operaciones realizadas, que es el nº de pacientes que se ha atendido, realizando una, o más, actuaciones profesionales.

- En el “cuadro estadístico de ventas” también aparece un nº de operaciones pero que abarca también las operaciones administrativas con el paciente, contabilizándolas como operaciones diferentes dando un falso resultado, pues aparece un nº más alto de operaciones, que no coincide con el de pacientes. Este dato refleja el trabajo administrativo con el paciente y trabajo profesional.

### **1.6.3 OBTENCION DE DATOS DE LA CALIDAD DE LA HERRAMIENTA**

Los datos necesarios para saber si la herramienta es eficaz, como son los fallos realizados al no registrar las actuaciones farmacéuticas y el horario en que se han realizado; se han hecho repasando, día a día, todas y cada una de las operaciones realizadas al atender a un paciente y contabilizando los errores cometidos, así como el horario en que se hizo. Todas y cada una de las operaciones realizadas al atender a un paciente las podemos consultar en el “diario de ventas”.

Fallo: Cuando se termina con la atención del paciente se debe definir la/ las actuaciones farmacéuticas realizadas en la pantalla de ventas del programa, cerrando con ello la operación.

El no hacerlo es considerado un fallo, excepto:

- -No se considera fallo el no registrar las operaciones hechas a clínicas, Hospitales, consultas médicas. La solicitud de medicación realizada a la farmacia comunitaria por el hospital es para salvar faltas en su stock de su farmacia interna. Los pedidos desde las consultas médicas las hace el facultativo para su uso.
- -No se considera fallo el que no se registre las operaciones hechas a compañeros con farmacia comunitaria. Se tiene como clientes a compañeros, colindantes o no, con los cuales existe un intercambio de medicamentos entre farmacias. Esto surge de la necesidad de no dar faltas de medicamentos, ante un problema de stock propio, o de suministro del almacén.

- -No se considera fallo el no registrar operaciones hechas a personal de la farmacia o consumo de la farmacia.

Se considera que más de un 10% de fallos cometidos a la hora del registro, del total de registros que deben hacerse, supone una merma de información suficiente como para no considerar eficaz la herramienta.

Conocidos los fallos y los horarios en que se cometen éstos se distribuyen en rangos de horario para estudiar mejor la razón por la que se cometan.

Un dato importante para el estudio de los fallos es conocer el horario en que se atienden a los pacientes y si ello influye en los fallos. Averiguar si se cometen más fallos en horas de más stress de trabajo, de mayor nº de pacientes.

Para conocer estos datos se recurre al cuadro estadístico de ventas con la pestaña de "auxiliar".

El horario en que se atienden a los pacientes coincide con el dato del programa del horario en que se realizan las operaciones a éstos.

Este dato se recoge para saber si existe concordancia de saturación de trabajo con los fallos cometidos. Se ha visto anteriormente que se podía saber el nº de operaciones realizadas de dos formas:

- solo operaciones profesionales, que coincide con pacientes atendidos o
- además, con operaciones administrativas. Este número de operaciones recogido en este campo no es real, es mayor, porque en una misma operación pueden haber líneas de crédito, de contado, receta pendiente, etc. que contabiliza como diferentes.

Por ejemplo, si en una venta hay una línea de contado y otra de crédito, en el apartado de contado figuraría 1 operación y en el apartado de crédito figuraría 1 operación. El total de operaciones que aparecería sería la suma, 2, aún cuando operaciones de venta hayan habido sólo 1.

Nos refleja “la densidad de trabajo” del mostrador. Solo aquí se contabilizan las operaciones administrativas que también se realizan con el paciente, aparte de la labor profesional.

## **2-MÉTODO PARA OBJETIVO 2**

### **2.1-DISEÑO:**

Estudio observacional descriptivo transversal.

### **2.2-POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Todas las demandas de servicio que hacen los usuarios en una farmacia comunitaria

### **2.3-AMBITO ESPACIAL:**

Dos farmacias comunitarias del municipio de Denia (OF1 y OF2).

Denia (en [valenciano](#) y oficialmente *Dénia*) es una ciudad de la [Comunidad Valenciana](#), [España](#). Situada en la costa norte de la [provincia de Alicante](#), distante 86Km de la ciudad de Alicante y 103Km de Valencia.

Situada a los pies de la montaña del Montgó (Parque Natural), a orillas del mar Mediterráneo y junto al Cabo de San Antonio. El [Montgó, antiguamente llamado Kaón](#) (753 metros de altitud), es Parque Natural desde [1987](#). Con su majestuosidad domina los 66,2 km<sup>2</sup> del término municipal de Denia, forma parte de la [Costa Blanca](#), que va desde esta localidad hasta [Pilar de la Horadada](#). Tiene 20 Km. de costa en la que destacan las playas de Les Marines y de Las Rotas.

Se trata de la capital de la [comarca](#) de la [Marina Alta](#), también conocida parte de ella como "[Marquesado de Denia](#)". Cuenta con 51.500 habitantes ([INE 2008](#)), en verano su población aumenta a unos 200.000 habitantes.

Cuenta con dos [pedanías](#) y una entidad local:

- [La Jara](#) (entidad local): situado al norte del núcleo urbano, entre Denia y Ondara.
- [Jesús Pobre](#): situado al oeste de Denia, tras el [Montgó](#).
- [La Pedrera](#): situado a las faldas del Montgó.

(111)

Los servicios médicos que Denia posee, tanto públicos como privados son: Servicio Valenciano de Salud de Atención Primaria, Centro de Salud Pública (Planificación familiar), Cruz Roja Española, Servicio Geriátrico Pare Pere (Santa Lucía), Hospital Comarcal de Denia, Policlínico San Carlos, Centro Médico Denia, Centro Pediátrico "La Marina", Clínica Buigues (Oftalmología). Además de clínicas dentales, consultas privadas de médicos de familia y especialistas.

El número de farmacias que atiende al municipio de Denia son 17, de las cuales 10 están situadas en el núcleo urbano y el resto repartidas en sus alrededores: entidad local, pedanías y playas.

(112)



**La farmacia comunitaria "OF1"**, está situada en la pedanía de la Pedrera, a la falda del Montgó. A pesar de ser Dénia un pueblo turístico, la zona de la Pedrera está alejada de la playa y del centro, y, por tanto, con población bastante regular todo el año. Según datos del Ayuntamiento de Denia a noviembre de 2009 atiende al distrito 3, al que le corresponde un censo de 3501 personas, correspondiendo a un 7.5 del total, siendo 1735 mujeres y 1766 hombres.(112)

La OF1 fue adjudicada por el antiguo artículo 3.1.B. de la legislación de aperturas de farmacia comunitaria y se corresponde, según el Libro blanco del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos(84), con un IOS (índice de oferta sanitaria) de 246-400, correspondiendo a una oferta de nivel medio, podría clasificarse como farmacia rural, por estar aislada de la población, atiende a un número de habitantes de 2000-30000, con medios informáticos, con 2 farmacéuticos a jornada completa y un ayudante a media jornada. Su superficie es de 70m<sup>2</sup>, con 2 repartos /día y 1 de urgencia. La clientela mayoritariamente son mayores, enfermos crónicos y pocos jóvenes o niños.

**La farmacia comunitaria "OF 2"**, está en la playa de las Marinas, por tanto, con población estacional caracterizada por ser "de paso". Según datos del Ayuntamiento de Denia a noviembre de 2009, atiende al distrito 1, sector 2 al que le corresponde un censo de 2573 personas, siendo 1237 mujeres y 1336 hombres. (112)

La OF2 fue también adjudicada por el antiguo artículo 3.1.B. de la legislación de aperturas de oficinas de farmacia y se corresponde, también, con un IOS (índice de oferta sanitaria) de 246-400, oferta de nivel medio, correspondiendo a una farmacia rural de 2000-30000 habitantes, con medios informáticos, 4 empleados en este caso (2 farmacéuticos). Su superficie es de 70m<sup>2</sup>, tiene 2 repartos /día y 1 de urgencia. En los usuarios está la diferencia: son mayoritariamente de paso, gente joven, aunque también atiende a población mayor.

## **2.4-ÁMBITO TEMPORAL**

El periodo de estudio fue de 6 meses. Del 1 de enero al 30 de Junio del 2008.

## **2.5-FUENTE DE INFORMACIÓN**

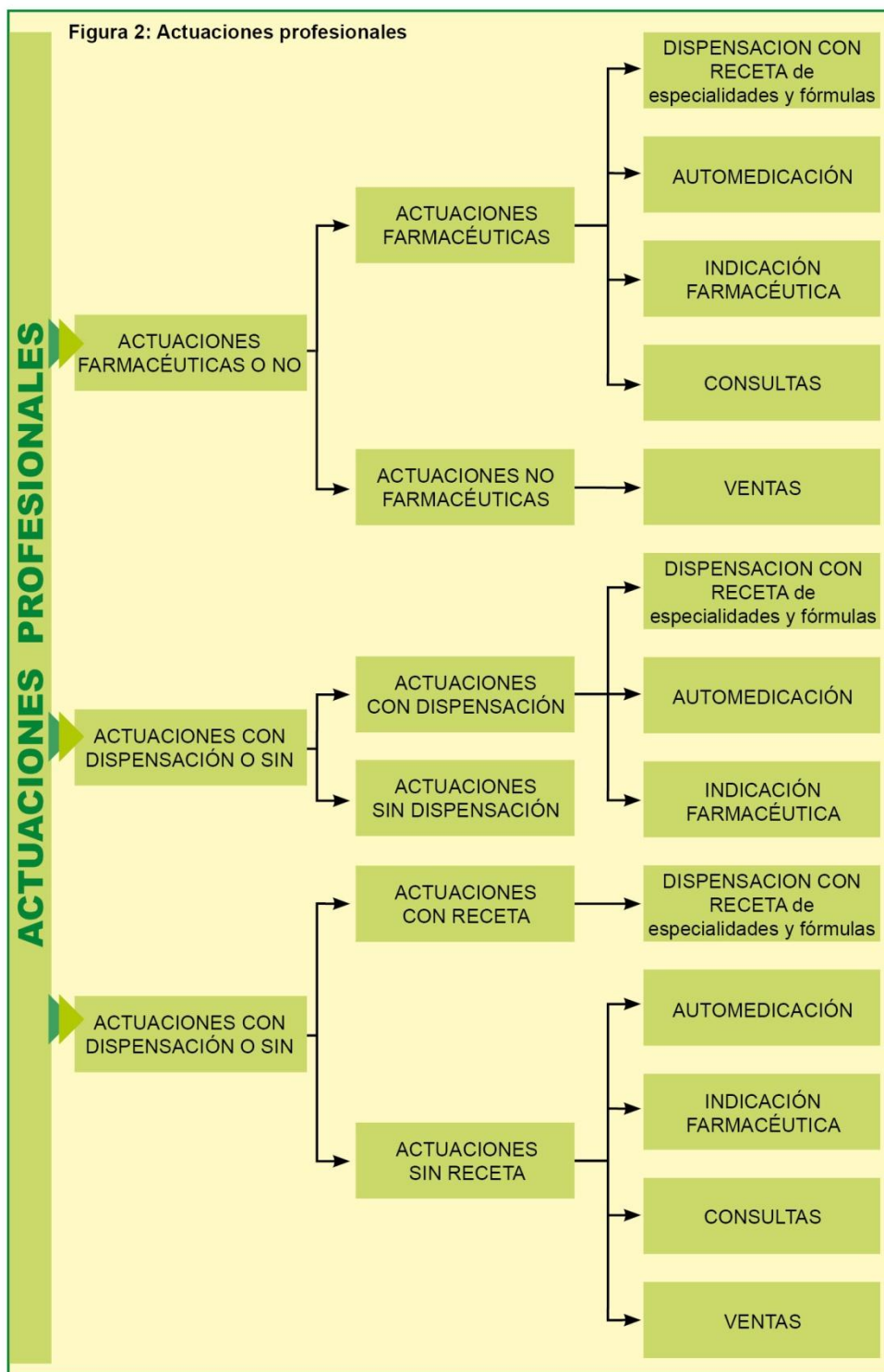
La fuente de información nos la da el propio programa de gestión de la farmacia (FARMATIC<sup>R</sup>), adaptado para este objetivo. Los datos se recogen diariamente tanto del informe de caja, del diario de ventas, del cuadro estadístico de ventas como de las fichas de ciertos artículos, dados de alta para este fin. Datos que se recogen en una hoja diseñada “ad hoc”, para su posterior estudio. (Anexo 1)

## **2.6-FORMACIÓN**

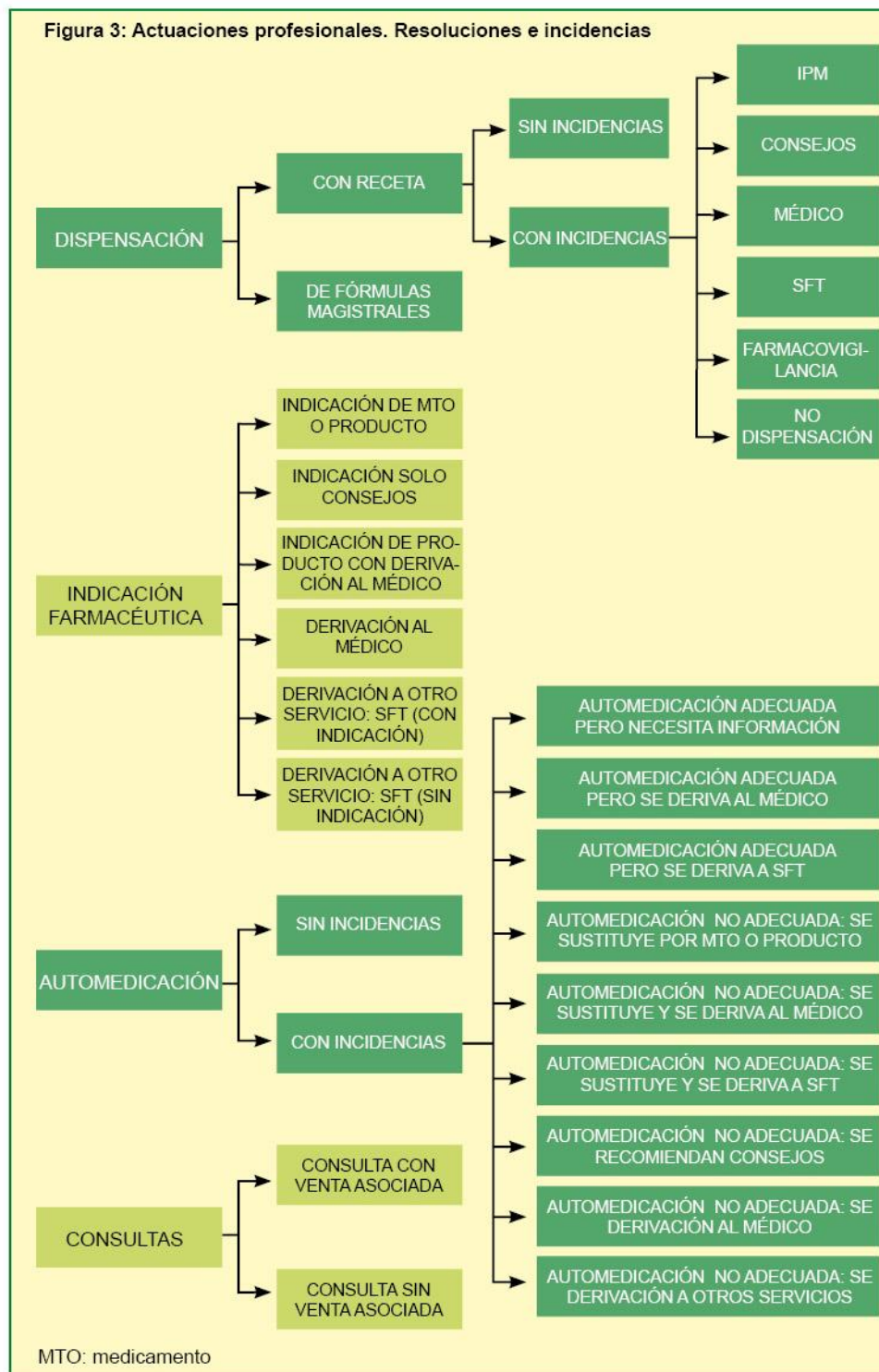
Para evitar el posible sesgo que pudiera aparecer por no utilizar la herramienta de igual forma en las dos farmacias, por todos los implicados en su manejo, se decide hacer una formación previa al comienzo del trabajo de campo.

## **2.7-DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:**

Gráfica2: Actuaciones profesionales



**Gráfica 3: Actuaciones profesionales**



## **1. -ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP)**

Se considera “Actuación profesional “(AP) a cada uno de los servicios demandados por el usuario en la farmacia comunitaria como son: la dispensación, indicación, automedicación, consultas y ventas en parafarmacia, dietética, ortopedia y veterinaria.

Es una variable cualitativa policotómica que para el análisis descriptivo se categorizó de dos formas atendiendo a que se considere farmacéutica, o no.

### **A. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) FARMACÉUTICA**

### **B. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) NO FARMACÉUTICA**

#### **A. -ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) FARMACÉUTICA:**

*Actuación profesional farmacéutica es toda actuación profesional que debe ser realizada por el farmacéutico, recogida en el Consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo: dispensación, indicación, automedicación (englobada en el Consenso en la dispensación), Seguimiento Farmacoterapéutico, y consulta farmacéutica.(30)*

*Esta categoría se subdivide en:*

#### **A.1 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA**

#### **A.2 DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES**

### **A.3 INDICACIÓN FARMACÉUTICA**

### **A.4 AUTOMEDICACIÓN**

### **A. 5 CONSULTA FARMACÉUTICA**

#### **A.1 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA**

*Es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso, y de acuerdo con la normativa vigente. Bajo este concepto se recogen sólo las dispensaciones con receta médica de medicamentos.(44) Este registro es por paciente, traiga una o más recetas. Se trata de registrar la labor asistencial con el paciente, más que el número de medicamentos dispensados.*

.

*Esta subcategoría se clasifica en:*

- *A.1.1 Sin incidencia: Cuando ningún acontecimiento interrumpe el curso natural del proceso de dispensación*
- *A.1.2 Con incidencia: Son las dispensaciones que se han visto interrumpidas en su proceso por cualquier problema relacionado con la farmacoterapia que no concuerda con una situación*

*esperada o aceptada, obligando a evaluarlo en un episodio de seguimiento(44)*

Incidencia es, según Foro: "cualquier circunstancia relacionada con la farmacoterapia que, en el transcurso del procedimiento establecido para la dispensación, no concuerda con una situación esperada o aceptada, e interrumpe el procedimiento, obligando a evaluarlo en un episodio de seguimiento". (44)

*Esta, a su vez, se clasifica en:*

- - A.1. 2.1 NECESIDAD DE IPM
  - - A.1. 2.2 NECESIDAD DE CONSEJOS
  - - A.1. 2.3 SE ABRE EPISODIO DE SEGUIMIENTO Y/O SE OFRECE SFT
  - - A.1.2.4 RECOMENDACIÓN DE VISITAR AL MÉDICO
  - - A.1.2.5 NOTIFICACIÓN A FARMACOVIGILANCIA
  - - A.1.2.6 NO DISPENSACIÓN. ASESORAR SIN DISPENSAR
- 
- **A.1. 2.1 NECESIDAD DE IPM.** *La incidencia es la falta de "Información personalizada del medicamento"(IPM). Es la información que el farmacéutico aporta al paciente sobre su tratamiento, en el proceso de dispensación, con el objetivo de alcanzar un uso efectivo y seguro del*

mismo. (Puede ser por desconocimiento o por conocimiento erróneo)(44)

- **A.1. 2.2 NECESIDAD DE CONSEJOS.** *La incidencia es la necesidad de consejos higiénico- dietéticos relacionados con su problema de salud.*
- **A.1. 2.3 SE ABRE EPISODIO DE SEGUIMIENTO Y/O SE OFRECE SFT.** *En este mismo registro se incluyen dos incidencias: La incidencia que supone abrir un episodio de seguimiento para evaluar los posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o de los resultados negativos asociados a los mismos (RNM). (44) La incidencia del hecho que el paciente está en SFT o sería conveniente que estuviera. El ofrecimiento puede ser después de cerrar un episodio de seguimiento o por perfil del paciente. Tanto si acepta, o no, se registra en esta opción.*
- **A.1.2.4 POR RECOMENDAR VISITAR AL MÉDICO.** *Se decide derivar al médico, aunque se le dispensa el medicamento. En el proceso de dispensación, cuando se decide derivar al médico, siempre ha habido una sospecha de PRM o de RNM cuya intervención ha llevado, después de un episodio de seguimiento, a tomar esta decisión.*



- **A.1. 2.5 POR FARMACOVIGILANCIA.** *En esta opción se recoge la incidencia de una posible alerta de un efecto adverso del medicamento que debe ser notificado a SEFV. (110)*
- **A.1. 2.6 NO DISPENSACIÓN.** *En toda dispensación en que se decida no dispensar, por las razones que sea, se recoge en esta opción.*

## **A.2 DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES**

*Se considera una fórmula magistral aquel medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario(12) . La dispensación de una fórmula magistral requiere la misma garantía que la de una especialidad farmacéutica.*

### A.3 INDICACIÓN

*Indicación farmacéutica:* es el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto (45)

*Esta subcategoría se clasifica en:*

- **A. 3.1** -INDICACIÓN de un medicamento o producto, normalmente acompañados de los consejos necesarios.
- **A3.2** -INDICACIÓN de consejos higiénico-dietéticos sin venta asociada. El paciente solo necesita de consejos higiénico dietéticos para mejorar su problema de salud. Asesorar sin dispensar.
- **A3.3** -INDICACIÓN de un medicamento o producto y derivación al médico. Además de indicarle un remedio se deriva al médico.
- **A3.4** -INDICACIÓN de ir al médico, sin venta asociada. Se deriva al médico. Asesorar sin dispensar.

- **A. 3.5 – INDICACIÓN** de un medicamento o producto, normalmente acompañados de los consejos necesarios y derivación a otro servicio.
- **A. 3.6 – INDICACIÓN** de consejos higiénico-dietéticos sin venta asociada y derivación a otro servicio. Asesorar sin dispensar.

#### **A.4 AUTOMEDICACIÓN**

*Automedicación:* Se define como la situación en el que el paciente solicita un medicamento por su nombre comercial sin receta; esto genera una dispensación en la que el farmacéutico se responsabiliza de asegurar un adecuado proceso de uso (que el paciente conozca para qué es, cómo debe usarlo, que no está contraindicado, etc.), protegiendo al paciente de la posible aparición de PRM (44)

*Esta subcategoría se clasifica en:*

**A.4.1 Sin incidencia:** El paciente solicita un medicamento o producto concreto que se dispensa después de comprobar que es adecuado para su problema de salud y que tiene los conocimientos suficientes sobre el mismo, que asegure un adecuado proceso de uso

**A.4.2 Con incidencia:** *El paciente solicita un medicamento o producto concreto que no es adecuado para su problema de salud o le falta información sobre el mismo. Se distinguen varias posibles actuaciones por parte del farmacéutico, que vemos a continuación:*

*El paciente solicita un medicamento o producto concreto que no es adecuado para su problema de salud o le falta información sobre el mismo. Se distinguen varias posibles actuaciones por parte del farmacéutico, que se clasifica en:*

- - **A.1.4.2.1 AUTOMEDICACIÓN** con la incidencia de que, a pesar de ser adecuado el medicamento solicitado por el paciente, necesita más información, bien sobre el medicamento o sobre su enfermedad. Se dispensa el medicamento solicitado.
- - **A.1.4.2.2 AUTOMEDICACIÓN** con la incidencia de que, a pesar de ser adecuado el medicamento solicitado por el paciente, visite al médico lo antes posible (ofreciendo la información necesaria: consejos higiénico-dietéticos). Se dispensa el medicamento solicitado.
- - **A.1.4.2.3 AUTOMEDICACIÓN** con la incidencia de que, aunque el medicamento solicitado por el paciente, sea adecuado, se cree conveniente ofrecerle otros servicios. Se dispensa el medicamento solicitado.

- - **A.1.4.2.4** SUSTITUCIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN SOLICITADA por no ser adecuada para su problema de salud. Se recomienda otro medicamento o producto (con los consejos adecuados).
- - **A.1.4.2.5** SUSTITUCIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN SOLICITADA por no ser adecuada para su problema de salud Y DERIVACIÓN AL MÉDICO. Se recomienda otro medicamento o producto (con los consejos adecuados) y se le deriva al médico.
- - **A.4.2.5** SUSTITUCIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN SOLICITADA por no ser adecuada para su problema de salud Y DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS. Se recomienda otro medicamento o producto (con los consejos adecuados) y se le deriva a otros servicios.
- **A.4.2.5** La automedicación solicitada no es adecuada a su problema de salud. Se decide dar SOLAMENTE CONSEJOS higiénico-dietéticos. No hay entrega de medicamentos (Es una venta cero). Asesorar sin dispensar.

- **-A.4.2.6** La automedicación solicitada no es adecuada a su problema de salud. Se decide DERIVAR al médico. No hay entrega de medicamentos. Es una venta cero.
- **- A.4.2.6** La automedicación solicitada no es adecuada a su problema de salud. Se decide DERIVAR a otros servicios. No hay entrega de medicamentos. Es una venta cero.

## **A.5 CONSULTA FARMACÉUTICA**

*Consulta farmacéutica* incluye a todas aquellas consultas relacionadas con la salud, tanto las relacionadas con los medicamentos como las que no. Las primeras estarían avaladas por la formación y especialización profesional del farmacéutico en relación con los medicamentos, y las restantes con su formación en salud pública.(113)

*Se diferencia:*

- **A.5.1** *Consulta sin venta asociada: Incluye las consultas sin venta, en las que se demanda información sobre los medicamentos y/o productos sanitarios, también las consultas sanitarias que no implican medicamentos y las consultas administrativas.”*

- **A.5.2 Consulta con venta asociada:** Incluye las consultas realizadas en la venta de dermofarmacia, ortopedia, dietética y veterinaria.

## **B- ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) NO FARMACÉUTICA: venta**

*Es la actuación profesional que se realiza en la farmacia comunitaria que no requiere consejos ni ninguna información adicional al usuario, ya que el producto solicitado no es un medicamento o producto sanitario. La actuación profesional no farmacéutica se define como venta.*

### **2.6.2. -ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP)**

Se decide hacer una recodificación de la variable de estudio “Actuaciones profesionales” atendiendo a si la demanda del usuario es con o sin receta.

La receta médica es una herramienta de trabajo importante, que refleja claramente la demanda del usuario y marca la actuación profesional a realizar para satisfacer ese servicio.

Por tanto la variable de estudio, cualitativa policotómica, se recategoriza en dos formas, atendiendo a que la demanda se haga con o sin receta.

#### **A. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) CON RECETA**

#### **B. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) SIN RECETA**

## **A- ACTUACIÓN PROFESIONAL CON RECETA:**

*Es toda actuación profesional que conlleva una dispensación bajo prescripción médica.*

Se entiende por receta médica el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias(114)

*Es una categoría de la variable de estudio que se recategoriza :*

**A.1. Dispensación de medicamentos**

**A.2. Dispensación de fórmula magistral**

## **B - ACTUACIÓN PROFESIONAL SIN RECETA**

*Es toda actuación profesional que se realiza en la farmacia comunitaria no demandada bajo prescripción médica.*

*Es una categoría de la variable de estudio que se recategoriza:*

**B.1. INDICACIÓN FARMACÉUTICA**

**B.2. AUTOMEDICACIÓN (A)**

**B.3. CONSULTA FARMACÉUTICA**

**B.4 .VENTAS**

## **2.6.3. -ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP)**



Se decide hacer una recodificación de la variable de estudio “Actuaciones profesionales” atendiendo a si la demanda del usuario conlleva la dispensación de un medicamento o no. Por tanto, la variable de estudio cualitativa policotómica se recategoriza en dos formas atendiendo a que la demanda sea de un medicamento o no.

### **A. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) CON DISPENSACIÓN**

#### **B. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) SIN DISPENSACIÓN**

### **A. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) CON DISPENSACIÓN**

*Es toda actuación profesional que se realiza en la farmacia comunitaria que conlleva la dispensación de un medicamento.*

*Es una categoría de la variable de estudio que se divide en:*

#### **A.1 DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA**

#### **A.2 DISPENSACIÓN DE FORMULAS MAGISTRALES**

#### **A.3 INDICACIÓN FARMACÉUTICA**

#### **A.4 AUTOMEDICACIÓN**

#### **A.5 CONSULTA FARMACÉUTICA**

### **B. ACTUACIÓN PROFESIONAL (AP) SIN DISPENSACIÓN**

*Es toda actuación profesional que se realiza en la farmacia comunitaria que no conlleva la dispensación de un medicamento. Son actuaciones no relacionadas con la dispensación de medicamentos.*

*Es una categoría de la variable de estudio que se divide en:*

#### **B.1 CONSULTAS**

#### **B.2 VENTAS**

## **2.8-LIMITACIONES**

La limitación más importante es el propio concepto de la herramienta: ágil y dinámico.

Es difícil el equilibrio entre ágil y cantidad de registros a efectuar.

Esta limitación engloba todas las carencias de información que se producen en pro de no perder el dinamismo del proceso.

## **2.9-ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos se someterán al siguiente plan de análisis:

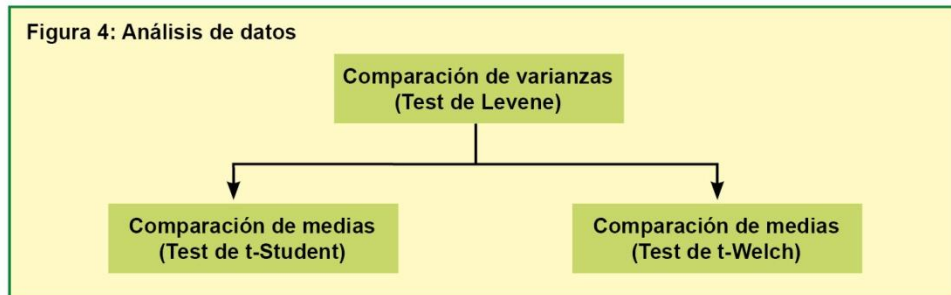
1. Cálculo de estadísticos descriptivos: distribución de frecuencias, porcentajes, media, mediana y desviación típica.
2. Análisis bivariante: se realizará un análisis bivariante mediante la utilización de test estadísticos paramétricos (t de student, test de Welch) y/o no paramétricos (tests de U-Mann-Withney, Kruskal-Wallis) en función del carácter de la distribución que presenten las variables dependientes.

Mediante este análisis se quiere testar si las medias de las actuaciones farmacéuticas son diferentes entre las 2 oficinas sobre las que se llevó a cabo el estudio.

Para ello, y suponiendo normalidad en los datos de la muestra, llevaremos a cabo un contraste denominado t.-Student o el test de Welch, según exista o no homocedasticidad entre las varianzas de la muestras.

La forma de actuación para comparar las medias de las variables de nuestro estudio entre las farmacias será la siguiente:

**Gráfica 4: análisis de datos**



Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS 15.

## **RESULTADOS**

### **1. RESULTADO DEL PRIMER OBJETIVO**

#### **HERRAMIENTA FINAL**

La herramienta es, como ya se ha dicho, la introducción en el sistema informático (Farmatic<sup>R</sup>) de una serie de posibilidades de trabajo nuevas, que ayudan a definir las actuaciones profesionales realizadas en la farmacia comunitaria, ante la demanda del paciente. (Ver gráfica 3)

Estas posibilidades de trabajo se logran incorporando al sistema de gestión: artículos, aportaciones y una parrilla desplegable, que facilite el registro de la labor, del día a día, que se realiza en la farmacia comunitaria.

Después del pilotaje y de sus correcciones, la herramienta final queda finalmente de la manera que vemos a continuación.

La forma de utilizar esta herramienta convenientemente, se recoge en un manual de instrucciones que se puede consultar en el punto 2.

# 1 INCORPORACIONES AL SISTEMA DE GESTION (Farmatic <sup>R</sup>)

## 1.1 APORTACIONES:

La aportación, como ya se ha comentado en el diseño inicial de la herramienta, se utiliza para definir el régimen de prestación al que está adherido el paciente. Por tanto todos los medicamentos para pacientes bajo alguna prestación (con receta siempre) llevarán aportación. La herramienta utiliza esta flexibilidad de marcar medicamentos con aportación para aquellos que no están bajo ninguna prestación, concretamente los aconsejados en las indicaciones farmacéuticas y los demandados en automedicación, quedando finalmente definidas las siguientes:

Grafica 5: Aportaciones de la herramienta final.



**Indicación farmacéutica.** Todo medicamento, planta medicinal o producto que lleve la letra “I” en su aportación refleja que ha sido dispensado por Indicación farmacéutica.

Para definir mejor la intervención utilizamos las aportaciones siguientes:

**IC:** Indicación de un medicamento o solo consejos, con sus recomendaciones.

**IM:** Indicación de un medicamento o solo consejos y derivación al médico.

**IS:** Indicación de un medicamento o solo consejos y derivación a otros servicios.

Así:

- un medicamento, o producto, cuya aportación sea IC, significa que ha sido indicado.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea IM, significa que ha sido indicado, además de derivarlo al médico.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea IS, significa que ha sido indicado, además de derivarlo a otros servicios.
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea IC, significa que solo han sido indicados solo consejos. Es asesorar sin dispensar.
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea IM, significa que el resultado de la indicación es la derivación al médico. Es derivación al médico sin dispensación.
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea IS, significa que el resultado de la indicación es la derivación a otros servicios, sin dispensación

**A: Automedicación, todo medicamento**, planta medicinal o producto que lleve esta letra en su aportación es una automedicación solicitada por el paciente.

Para definir mejor la Automedicación y las posibles intervenciones, se utilizan las siguientes aportaciones en los artículos solicitados y vendidos:

**A :** Automedicación adecuada o sin incidencias

**AC:** Automedicación adecuada, pero con la incidencia de necesitar recomendaciones o consejos

**AM:** Automedicación adecuada, pero con la incidencia de creer conveniente derivar al médico

**AS:** Automedicación adecuada, pero con la incidencia de creer conveniente la derivación a otros servicios

Así:

- un medicamento, o producto, cuya aportación sea A, significa que ha sido una automedicación adecuada.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea AC, significa que aunque ha sido una automedicación adecuada, el paciente necesita información sobre el medicamento o su enfermedad, considerándose con incidencia.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea AM, significa que aunque ha sido una automedicación adecuada, el paciente debe ser derivado al médico para un diagnóstico completo.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea AS, significa que aunque ha sido una automedicación adecuada, el paciente debería ser derivado a otros servicios para hacer un seguimiento de su medicación.

**S: Sustitución de una automedicación.** Todo medicamento, planta medicinal o producto que lleve esta letra en su aportación, es una dispensación realizada sustituyendo la demanda de automedicación del paciente, por no ser adecuada al problema de salud que refiere. (En este caso se considera que la automedicación no ha sido adecuada)

Para definir mejor la intervención tenemos las aportaciones:

**SC:** Sustitución de Automedicación y/o con sus recomendaciones o consejos

**SM:** Sustitución de Automedicación y/o derivación al médico.

**SS:** Sustitución de Automedicación y/o derivación a otros servicios

Si la decisión, ante la solicitud de la automedicación errónea, es solo de dar consejos y/o enviar al médico, sin venta asociada, se utiliza el artículo “venta cero” y se registra con la aportación que corresponda.

Así:

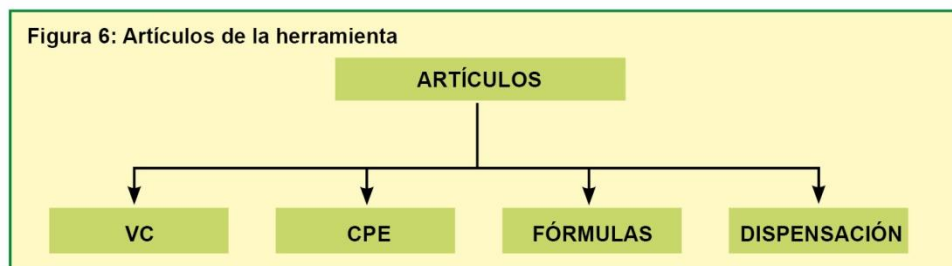
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea SC, significa que ha sido la sustitución de una automedicación no adecuada.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea SM, significa que ha sido la sustitución de una automedicación no adecuada, derivando también, el paciente al médico
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea SC, significa que se ha sustituido la automedicación por solo consejos. Es asesorar sin dispensar
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea SM, significa que el resultado de la sustitución n es la derivación al médico. Es derivación sin dispensar.
- un medicamento, o producto, cuya aportación sea SS, significa que ha sido la sustitución de una automedicación no adecuada, derivando también el paciente, a otros servicios
- un artículo “venta cero” cuya aportación sea SS, significa que se ha sustituido la automedicación por solo consejos , derivando también el paciente, a otros servicios

## **1.2 ARTÍCULOS NUEVOS:**

Se dan de alta en el programa informático artículos nuevos a precio cero, que definen por si mismos, una actuación farmacéutica, ayudándonos a definir conceptos de trabajo.

Gráfica 6: Artículos de la herramienta





**Artículo denominado “VC” =Venta Cero:** Refleja que se ha hecho una actuación profesional a coste cero.

Si este artículo no lleva aportación significa que se ha realizado una actuación profesional no ligada a actuación farmacéutica como indicación o automedicación. Tampoco ligada a dispensación pues los consejos en dispensación se definen en la parrilla o desplegable, que después se explica. Significa la realización de una consulta farmacéutica sin venta asociada.

Si este artículo lleva aportación significa que se ha realizado una actuación profesional ligada a actuación farmacéutica como indicación, o automedicación, según lo defina su aportación.

**Artículo denominado “CPE”.** Consejos añadidos en parafarmacia, ortopedia, dietética y/o veterinaria. Refleja que se han ofrecido consejos, normalmente por solicitud de una consulta, en estos productos. Este artículo se añade como un producto más a los artículos de parafarmacia, ortopedia, etc. para reflejar esta actuación, si la hubiere.

**Artículo denominado “FORMULAS”.** Refleja la dispensación de una fórmula o preparado oficial, junto con la información necesaria para el paciente.

**Artículo denominado “DISPENSACION”.** Se utiliza para reflejar que se han realizado una o varias dispensaciones al paciente que se ha atendiendo. Por tanto solo aparecerá un artículo dispensación por paciente atendido.

### 1.3 PARRILLA DESPLEGABLE:

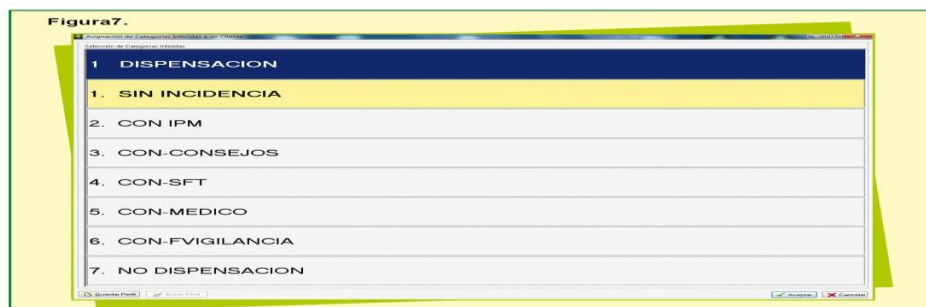
Al igual que en el diseño inicial, es un desplegable con opciones a elegir, que se abre al finalizar la resolución de la demanda total del paciente, y sirve para definir las incidencias en la dispensación bajo prescripción médica. Se debe elegir una opción, siendo un registro por paciente

Tabla4: Desplegable\_de la herramienta final

Tabla 4. Parrilla desplegable de la herramienta final
<b>Dispensación SIN incidencia</b>
▶ Dispensación (C/I)* por necesitar IPM.
▶ Dispensación (C/I)* por necesitar consejos higiénico dietéticos
▶ Dispensación (C/I)* por ofrecimiento o por estar en SFT
▶ Dispensación (C/I) *por notificación a FARMACOVIGILANCIA(FVG)
▶ Dispensación (C/I) *por derivar al médico
▶ Dispensación (C/I) *por NO DISPENSAR
C/I*: con incidencias

La visualización real en la pantalla del programa informático sería

Gráfica 7: Desplegable visualizado



## **2-MANUAL DE LA HERRAMIENTA**

Una vez introducidos en el programa informático todos los parámetros necesarios para poder definir las actuaciones profesionales, que se demandan y realizan en el día a día en la farmacia comunitaria, la herramienta está lista para utilizarse.

Todas las actuaciones profesionales que se realicen se deben registrar en el mismo momento en que se está cerrando la venta y/o concluyendo el servicio al paciente. Por tanto se utiliza la propia pantalla de ventas del programa de gestión. Cuando se atiende un paciente que demanda varias de nuestras actuaciones profesionales, cada una de ellas debe quedar reflejada en la pantalla de ventas.

Las actuaciones profesionales las realizará el farmacéutico, o sus colaboradores (supervisando el farmacéutico las actuaciones farmacéuticas)

Se explican a continuación los protocolos a seguir en cada una de las actuaciones farmacéuticas definidas por la herramienta, tanto para su realización, como para su registro.

Una vez registrados los datos se pasará a la obtención de los mismos para su posterior estudio.

## 2.1 DISPENSACION CON RECETA MÉDICA

Se tiene en cuenta la definición de Dispensación de Foro (44) y se realiza siguiendo su protocolo de actuación. El registro de la dispensación se hace al finalizar la, o las, dispensaciones a un paciente. Es un registro por paciente. En el caso de varias incidencias, la herramienta recomienda un orden a seguir para su elección. Se trata de registrar la más importante, que normalmente, es la más grave para el paciente, y por la que el farmacéutico debería empezar a intervenir. En cualquier caso, el juicio del farmacéutico prima sobre la recomendación de la herramienta.

**Definición:** ” *Dispensación es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamento de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso, y de acuerdo con la normativa vigente*”(44)

### 2.1.1 Protocolo de actuación:

El protocolo de actuación en la dispensación de Foro (44) consta de cuatro procesos. Tres son para realizar la actuación, y el cuarto es necesario para cuantificar y comunicar esta actividad:

- I. Obtener información sobre el paciente y su farmacoterapia.
- II. Evaluar de esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.
- III. Intervenir en función de esta evaluación.
- IV. Registrar esta actuación.

El proceso I es propio del servicio de Dispensación, mientras que el resto de procesos son comunes a los otros servicios de la Atención Farmacéutica.

**I Obtención de la información sobre el paciente:** El paciente acude a la farmacia con receta médica y el farmacéutico en este caso debe obtener la siguiente información:

- Para quién es el medicamento.

- Si se inicia el tratamiento con esa Dispensación, o es una continuación de un tratamiento ya instaurado.

- Datos que permitan evaluar si hay incompatibilidades de uso para este paciente: contraindicaciones, interacciones o determinadas situaciones como embarazo o lactancia.

-Si es primera dispensación:

- Si el paciente conoce el medicamento.

- Si el paciente conoce la enfermedad.

- Si el paciente toma más medicamentos, aunque no los

lleve

en ese momento.

- Si es dispensación repetida:

- Si el control de la enfermedad es el adecuado.

- Si hay algún síntoma nuevo.

- Si el paciente toma más medicamentos, aunque no los

lleve

en ese momento.

En caso de identificar al paciente, el farmacéutico solicitará su consentimiento informado, cumpliendo con la normativa legal vigente LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal).

Toda esta información puede obtenerse por distintas vías, que condicionan la cantidad y la calidad de la misma y, por lo tanto, de la respuesta/actuación del farmacéutico.

Las vías más comunes de acceso a la información serán:

- Del propio paciente, de sus recetas, o de los datos clínicos que ofrezca al farmacéutico en el momento de la dispensación, con las limitaciones que ello supone.
- De un registro farmacoterapéutico más o menos complejo que el propio farmacéutico mantenga de ese paciente.
- De los datos clínicos en poder del paciente, y que son voluntariamente facilitados al farmacéutico.

Incidencias en el proceso: Cuando un acontecimiento interrumpe el curso natural del proceso de Dispensación, se dice que se ha producido una incidencia. **Incidencia** es, pues, todo aquello que en el transcurso del procedimiento establecido para obtener la información pertinente no concuerde con una situación esperada o aceptada por el paciente respecto a la farmacoterapia.(44)

Por tanto, siguiendo con el procedimiento pasamos a:

**II. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica:** Estas incidencias obligan a una evaluación realizando lo que FORO ha acordado en llamar un episodio de seguimiento (suspendiendo o no la dispensación).

*Episodio de seguimiento: Proceso de evaluación de los posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o de los resultados negativos asociados a los mismos (RNM)(44)*

*Problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de*

*medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.(47)*

*Resultados negativos asociados a los mismos (RNM). Son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos*

*PRM evitado: Cuando lo que detectamos es una información incorrecta o equivocada (dosis, pautas, administración, duración) erróneas en una primera dispensación, sí que consideramos que existe un riesgo de que aparezca un PRM. Para cuantificarlo utilizamos el concepto de “PRM evitado” ya que el medicamento aún no se ha usado.*

La detección o identificación de una incidencia puede requerir una evaluación por el farmacéutico ante la sospecha de la presencia de un problema relacionado con la medicación (PRM) o de un resultado negativo de la medicación (RNM)

**III. Intervenir en función de esta evaluación:** En este apartado explicaremos tanto las intervenciones que puedan surgir, como la forma de registrarlas, según la herramienta. (Desplegable)

*Intervención: Actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento del paciente que lo utiliza, o de las condiciones de uso, y que tiene como objetivo resolver un PRM/RNM.(115)*

Después de evaluar pueden darse dos casos:

**-Dispensación sin incidencias.**

**-Dispensación con incidencias**

## 2.1.2 Protocolo de registro

### A Registro: Dispensación sin incidencias

Si la dispensación ha transcurrido sin incidencias:

- además de añadir el artículo “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de ventas junto con el/los medicamentos dispensados,
- elegir en la parrilla desplegable, al finalizar la venta, la opción “sin incidencias”, dando por finalizada la actuación y el registro.

Ejemplo:

1 Dispensación sin incidencias: Un paciente varón de 70 años que acude a la farmacia con dos prescripciones médicas para el mismo. Se realiza el protocolo de dispensación. Se dispensa el medicamento/s, porque todo es correcto. (Se puede entregar información escrita sobre su enfermedad, si se cree conveniente).

Se registra la actuación añadiendo a la venta el artículo de “Dispensación”, y se elige en el desplegable la opción “Dispensación sin incidencias”

Tabla5: Pantalla de ventas: dispensación sin incidencias

Tabla 5. Pantalla de ventas: dispensación sin incidencias				
código	artículo	aportación	PVP	total
845536	CAPTOPRIL	PENSIONISTA	3.50	0
945234	AAS 100	PENSIONISTA	1.50	0
000069	Dispensación		0	0 €

Se visualiza en el programa informático:

Grafica 8: Pantalla de ventas visualizada: dispensación sin incidencias



Farmatic Windows v.9 - [Ventas Mostrador]

Archivo Edición Ver Maestros Ventas Operación Línea Compras Informes Contabilidad Utilidades Ventana ?

Doc: Activo Tipo Ticket: No Ticket

Cliente (Por Código)

Vendedor: ROSA S. Act: 34 Situación: \*\*\*\* Uds. Cartera: 1 S. Min: 5 Fecha U.M.: 15/11/10 Uds. Pedidas: S. Máx: 10 Caducidad: Ago/2013 Uds. Encargo:

**Venta Libre** 3 Unidades, 3 Líneas, Total a PVP: 5,00

Código	Descripción del artículo	T.A.	Cant.	P.V.P.	Importe	Tipo
706317.9	CAPTOPRIL CINFA 25 MG. 60 COMP. E.F.G.	00	1	3,50	0,00	
700013.6	AAS 100 MG. 20 COMPRIMIDOS	00	1	1,50	0,00	
000069	DISPENSACION		1	0,00	0,00	

Contraindicaciones: Precauciones: Reacciones Adversas: Embarazo: Lactancia:

B01AC: ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS (EXCL. HEPARINA)

E.F.P.  Cicero  
 Placeta  Visado  
 Psicótropo  Caducidad  
 Estupefac.  Excluido S.S.  
 E.C.M.  Frigorífico  
 T.L.D.  Baja Vidmcam.  
 Huérfano  Al. Dedución

CONTIENE ALMIDON DE MAIZ (SIN GLUTEN) COMO EXCIPIENTE  
 CONTIENE MANITOL (E-421) COMO EXCIPIENTE  
 MEDICAMENTO AFECTADO POR DEDUCCIONES ESTABLECIDAS EN RD 8/2010 SEGUN NOMENCLATOR

Total Venta: **0,00**

Farmatic Num 15Nov10 19:37

Gráfica9: Desplegable visualizado: dispensación sin incidencia

**Figura9.**

Asignación de Categorías Intendidas a un Cliente

Selección de Categorías Intendidas

- 1 DISPENSACION
1. SIN INCIDENCIA
2. CON IPM
3. CON-CONSEJOS
4. CON-SFT
5. CON-MEDICO
6. CON-FVIGILANCIA
7. NO DISPENSACION

## **B Registro: Dispensación con incidencias**

Registro: Si en el transcurso de la dispensación de un medicamento (o de varios), a un mismo paciente, ha habido alguna incidencia, puede ocurrir:

- Caso de un paciente con solo una dispensación de un medicamento para el mismo: además de añadir el artículo “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de ventas, se elige en la parrilla la opción de la incidencia ocurrida, dando por finalizada la actuación y el registro.
- Caso de un paciente con varias dispensaciones para el mismo y una sola incidencia en la dispensación de sus medicamentos: además de añadir el “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de ventas, se elige en la parrilla la opción de la incidencia ocurrida, dando por finalizada la actuación y el registro.
- Caso de un paciente con varias dispensaciones para el mismo y varias incidencias en la dispensación de sus medicamentos: además de añadir el artículo “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de ventas, se elige en la parrilla la incidencia más importante, a juicio del farmacéutico, dando por finalizada la actuación y el registro.

La elección de una incidencia, entre varias, para un mismo paciente, se hace en razón de la gravedad que supone para el paciente y por la que se empieza a intervenir.

- En el caso de un paciente con una o varias dispensaciones que no son para él, se añade el artículo “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de

ventas y se elige en la parrilla la opción “Sin incidencia”, dando por finalizada la actuación y el registro

Por tanto el registro de la dispensación con receta se hace por paciente. Refleja la realización de la actuación farmacéutica de dispensación y la incidencia más importante, si la hubiere, desencadenando, en ese caso, la intervención del facultativo.

Las incidencias descritas en el procedimiento de Dispensación, reflejadas en el desplegable, han contemplado las definidas por Foro, pero se han agrupado de forma diferente por facilitar su registro.

#### **- INCIDENCIA registrada como: *IPM***

**Definición:** Según Foro, la Información personalizada del medicamento (*IPM*), es *“la información que el farmacéutico aporta al paciente sobre su tratamiento, en el proceso de dispensación, con el objetivo de alcanzar un uso efectivo y seguro del mismo”* (44)

En este mismo registro incluimos dos incidencias que Foro (44) reconoce posibles en la dispensación. Las dos incidencias son por falta de información del medicamento:

1. El paciente no tiene información suficiente para el uso correcto del medicamento con el que va a iniciar un tratamiento. La intervención consistirá en proporcionar al paciente información personalizada sobre el uso del medicamento. La finalidad de este registro es doble:

a) Cuantificar lo que ocupa una parte importante del tiempo del farmacéutico, y que requiere incluso, la consulta al médico.

b) Dejar constancia de una actuación que diferencia claramente la dispensación de la entrega de medicamentos.

2. El paciente tiene una información incorrecta sobre el uso de un medicamento (sospecha de PRM).

- En el caso de que sea la primera dispensación de un tratamiento, se corregirá la información y tal actuación sería un PRM evitado.

- En el caso de que el tratamiento haya sido iniciado y necesite continuarlo, se sospechará de PRM, y la actuación consistirá en corregir la información, sería PRM resuelto.

Puede que además necesite consejos higiénico dietéticos, pero se registra como “incidencia por falta de IPM”, que ha sido lo primero que nos ha detenido en la dispensación.

### **Registro:**

Para reflejar la incidencia en la dispensación, de la necesidad de información personalizada sobre el medicamento, se debe:

- Además de añadir el artículo “**DISPENSACIÓN**”(CN: 000069) en la pantalla de ventas junto con el, o los medicamentos dispensados,
- elegir en la parrilla, al finalizar la venta, la opción “**IPM**”, dando por finalizada la actuación y el registro.

### **Ejemplo:**

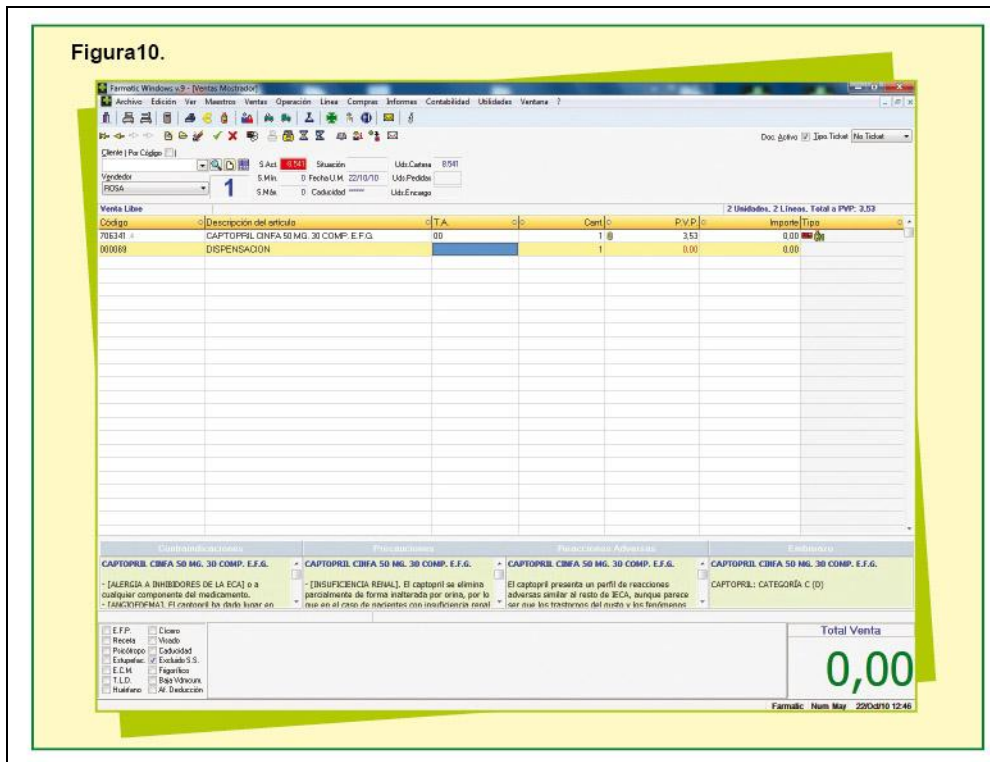
2- Dispensación con incidencias: Paciente varón de 78 años que acude a la farmacia con una sola prescripción médica para el mismo. Al dispensar el medicamento, después de cumplir con el protocolo, se define que es dispensación vendiendo el

artículo “Dispensación”, y eligiendo en el desplegable la opción correspondiente a la incidencia: “necesita IPM”, pues desconoce la posología correcta, ya que cree que si se le regula la tensión debe dejar la medicación. Se le informa personalmente sobre el medicamento.

Tabla6: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por necesitar IPM.

código	artículo	aportación	PVP	total
845536	CAPTOPRIL	PENSIONISTA	3.50	0
000069	Dispensación		0	0€

Grafica 10. Pantalla de ventas visualizada: Dispensación con incidencia de necesitar IPM



Grafica11. Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia de necesitar IPM



**- INCIDENCIA registrada como: se necesitan *CONSEJOS***

**Definición:** Esta incidencia en la dispensación de la medicación, significa que existe falta información por parte del paciente, de temas higiénico-dietéticos relacionados con su problema de salud.

El paciente sí que conoce el medicamento, no necesita IPM, pero detectamos la necesidad de intervenir informándole sobre pautas o consejos a seguir. (Ej.: Información sobre dieta adecuada, hacer ejercicio...o bien, corrección de hábitos que pueden, o están, interviniendo en la resolución de su problema de salud)

Esta intervención puede ser ofrecida o demandada por el paciente, en el curso de la actuación de dispensación

## Registro:

Para reflejar la incidencia en la dispensación, de la necesidad de información sobre pautas o consejos a seguir, se debe:

- Además de añadir el artículo **“DISPENSACIÓN”** (CN: 000069) en la pantalla de ventas junto con el , o los medicamentos dispensados,
- Elegir en la parrilla al finalizar la venta, la opción **“CONSEJOS”**, dando por finalizada la actuación y el registro

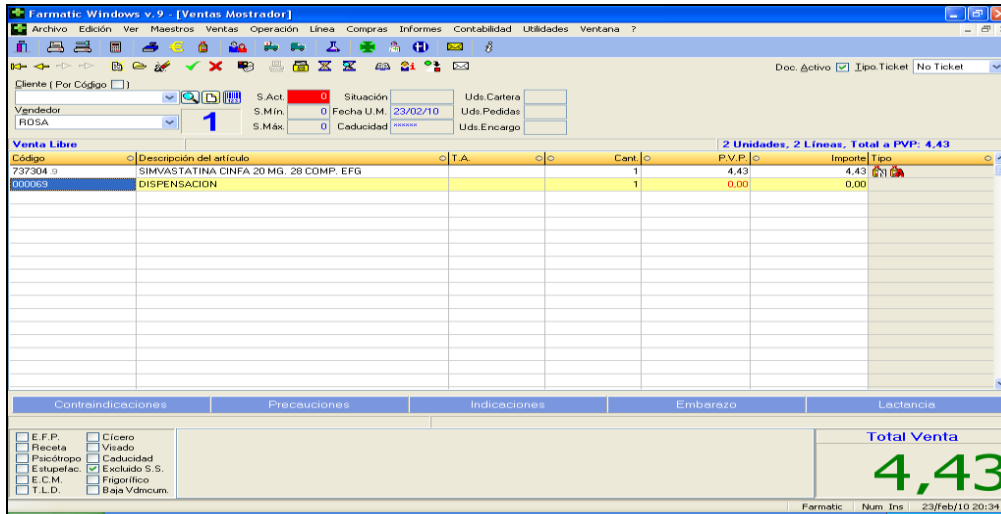
## Ejemplo:

3- Dispensación con incidencias: Paciente mujer de 45 años que acude a la farmacia con una prescripción médica para ella misma. Al dispensar el medicamento, después de cumplir con el protocolo, se define que es una dispensación vendiendo el artículo, “Dispensación”, y eligiendo en el desplegable la opción correspondiente a la incidencia: “necesita CONSEJOS” ya que durante la conversación se detecta que no seguía hábitos adecuados para los niveles de colesterol elevados que refiere.

Tabla7: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por necesitar consejos.

Tabla 7. Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por necesitar consejos.				
código	artículo	aportación	PVP	total
	SIMVASTATINA		3.50	0
000069	Dispensación		0	0€

Grafica12. Pantalla de ventas visualizada: Dispensación con incidencia de necesitar consejos



. Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia de necesitar consejos





## - INCIDENCIA registrada como: **SFT (Seguimiento Farmacoterapéutico)**

**Definición:** Según Foro el Seguimiento Farmacoterapéutico “es el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.” (46)

Teniendo en cuenta que la herramienta registra actuaciones demandadas y el SFT es un servicio, de momento, ofrecido por el farmacéutico a algunos pacientes, se ha querido registrar actuaciones relacionadas con el SFT como una incidencia en la demanda de dispensación.

En este mismo registro se incluyen dos incidencias:

1. El caso de que se crea conveniente abrir un episodio de Seguimiento, bien porque se sospecha de la presencia de un **problema relacionado con la medicación (PRM)**, o porque se sospecha de la presencia de un **resultado negativo de la medicación (RNM)**.

2. El hecho de que el paciente está en SFT o fuera conveniente que estuviera.

Este ofrecimiento puede ser después de cerrar un episodio de seguimiento o por perfil del paciente. Se registra aunque no acepte el servicio.

El perfil del paciente es aquél que nos obliga a estar en alerta por sus condiciones sociales (polimedicado, persona mayor que vive sola, paciente cuidado por varios cuidadores, incumplidor declarado, etc.).

Para poder ofrecer el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico el farmacéutico ha de tener una sistemática de trabajo que le permita contar con el conocimiento completo de una serie de datos personales y sanitarios relacionados con el paciente.

**Los objetivos** del Seguimiento Farmacoterapéutico son:

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

La actuación farmacéutica de Dispensación en la que la incidencia es porque el paciente está en SFT queda registrada en la documentación del paciente y por tanto hay una constancia de esa labor. Mientras que la incidencia que supone abrir un “episodio de seguimiento” no requiere necesariamente su registro, de ahí la importancia de reflejarlo.

Esta opción debería primar por encima de las anteriores (IPM o CONSEJOS). De forma que, si en algún caso además de ofrecer IPM, o informar al paciente sobre consejos sobre su salud, se decide ofrecerle el servicio de Seguimiento, o abrir un episodio, la actuación se registra como “ **SFT**”

**Registro:**

Para reflejar la incidencia durante la dispensación:

- Además de añadir el artículo “DISPENSACIÓN“(CN: 000069) en la pantalla de ventas junto con el, o los medicamentos dispensados
- elegir en la parrilla, al finalizar la venta, la opción “SFT”, dando por finalizada la actuación y el registro

**Ejemplo:**

4 Es un paciente varón, 45 años, al que durante el proceso de dispensación se le abre un Episodio de Seguimiento, ya que es hipertenso diagnosticado (sin otros factores de riesgo), y cuyos valores de presión arterial refiere no tener controlados. Se le mide la presión arterial y se le cita para otras medidas posteriores, abriendo un episodio, que puede resolver se sin/con derivación al médico. A este paciente se le registra como SFT hasta que termina el episodio de seguimiento, a menos que se le derive y esa vez se utilizará la siguiente incidencia "medico" .

Definimos la actuación de dispensación añadiendo el artículo, “Dispensación”, y eligiendo en el desplegable la opción correspondiente a la incidencia: “SFT”.

Cuando se cierra el episodio se le ofrece el servicio de Seguimiento, y puede ocurrir:

- acepta, por tanto, seguiremos registrando sus dispensaciones como “SFT”,

- 

o acepta, registraremos las siguientes dispensaciones sin /con incidencia, hasta que ocurra otra razón para abrir un episodio nuevo.

n

Tabla8: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por necesitar SFT

Tabla 8. Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por necesitar SFT

código	artículo	aportación	PVP	total
845536	CAPTOPRIL	PENSIONISTA	3.50	0
945234	AAS 100	PENSIONISTA	1.50	0
823412	SEGURIL	PENSIONISTA	2.58	0
000069	Dispensación		0	0€

Grafica14. Pantalla de ventas visualizada: Dispensación con incidencia de necesitar SFT

**Figura14.**

The screenshot shows a software window titled 'Farmacia Windows 95 - [Ventas-Maestro]'. The interface includes a menu bar (Archivo, Edición, Ver, Muestras, Ventas, Operación, Línea, Compras, Informes, Contabilidad, Utilidades, Ventana) and a toolbar. The main area displays a sales entry for 'Venta Libre' with the following details:

- Cliente: ROSA
- Vendedor: ROSA
- S. Act: S.M.A.
- S. Min: S.M.A.
- Situación: S.M.A.
- Fecha U.M.: 22/10/10
- Uti. Pedido: S.M.A.
- Uti. Entrega: S.M.A.

The main table shows 4 lines of items:

Código	Descripción del artículo	C.T.A.	Cont.	P.V.P.	Importe	Tipo
663277	CAPTOPRIL RATIO 25 MG.60 COMP. EFG		1	3,53	3,53	0000
751930	ACIRO 100 MG. 30 COMP.		1	2,42	2,42	0000
691220	SEGURIL 40 MG. 30 COMPRIMIDOS		1	2,58	2,58	0000
000069	DISPENSACION		1	0,00	0,00	

At the bottom right, a 'Total Venta' box displays the amount **8,53**. The status bar at the bottom indicates 'Farmacia Num 2200310 12:59'.

Grafica15. Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia de necesitar SFT



LISTADO DE PRM, QUE NOS PUEDE LLEVAR A ABRIR UN EPISODIO DE SEGUIMIENTO Y/O A DERIVAR AL MEDICO, INCLUSO A LA NO DISPENSACIÓN(44).

- Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Incumplimiento
- Interacciones

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

- INCIDENCIA REGISTRADA COMO: **MEDICO**

**Definición:** Este registro, refleja la incidencia en la dispensación que lleva al farmacéutico a intervenir derivando al médico al paciente, aunque se le dispense el medicamento.

En el proceso de dispensación, cuando se decide derivar al médico, normalmente ha habido una sospecha de PRM o de RNM, cuya intervención nos ha llevado, después de un Episodio de Seguimiento a tomar esta decisión.

Esta opción debería primar sobre la 2, 3, 4. De forma que si al ofrecer IPM, o información al paciente, o después de abrir un episodio de Seguimiento, tomamos la decisión de intervenir derivando el paciente al médico, el registro de la incidencia la haremos con la opción “MEDICO”

### **Registro.**

Para reflejar que la incidencia en la dispensación es la derivación al médico:

- Además de añadir el artículo “DISPENSACIÓN”(CN: 000069) en la pantalla de ventas junto con el, o los medicamentos dispensados
- elegir en la parrilla, al finalizar la venta, la opción “MEDICO”, dando por finalizada la actuación y el registro

### **Ejemplo:**

5-La incidencia nos ha llevado a derivar al médico, además de dispensarlo .Es un paciente varón, 50 años, recientemente diagnosticado como hipertenso, sin otros factores de riesgo. Es su segundo mes de tratamiento. Refiere tos seca y afonía, muy molesta, desde hace dos semanas, Se le abre un episodio de seguimiento y finalmente se decide derivar al médico.

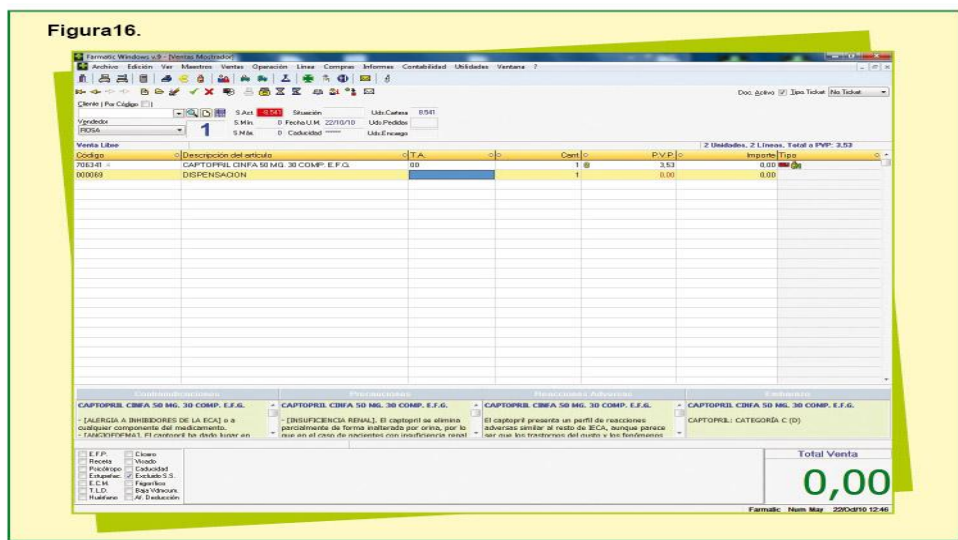
Tabla9: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por derivar al

**Tabla 9. Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por derivar al médico.**

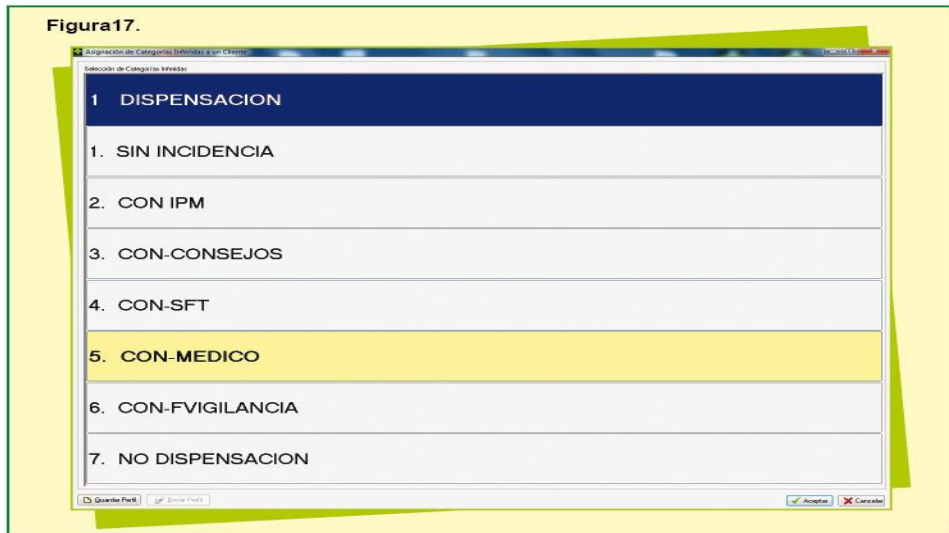
código	artículo	aportación	PVP	total
845536	CAPTOPRILO	PENSIONISTA	3.50	0
000069	Dispensación		0	0€

médico.

Grafica 16. Pantalla de ventas visualizada: Dispensación con incidencia por derivar al médico



Grafica17. Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia por derivar al médico



- INCIDENCIA REGISTRADA COMO: **FARMACOVIGILANCIA**

**Definición:** Farmacovigilancia es aquella actividad de Salud Pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos una vez comercializados, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos de los medicamentos.

Los farmacéuticos están obligados a notificar las sospechas de reacciones adversas que detecten en el transcurso de su trabajo habitual. En España, la notificación espontánea se realiza a través de los organismos autonómicos que constituyen el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, mediante el sistema de la Tarjeta Amarilla. Los farmacéuticos deben tener este documento en la farmacia, si bien existen organismos que permiten la notificación electrónica a través de su página web (12)

Las notificaciones que deben hacerse afectan principalmente a:

- Reacciones adversas a medicamentos.
- Interacciones medicamentosas que conduzcan tanto a problemas de seguridad como de pérdida de efectividad.



- Síndromes de abstinencia, efectos rebote y cualquier otro problema producido por la supresión de un medicamento

En esta opción de registro se recoge la incidencia de una posible alerta en un efecto adverso del medicamento que debe ser notificado a farmacovigilancia.

Esta opción prima a todas las anteriores. Puede ocurrir que en el transcurso de la dispensación el paciente necesite IPM o consejos, incluso esté en SFT, pero si surge una alerta susceptible de notificar a Farmacovigilancia, y el medicamento se dispensa, se registra la incidencia como: "FARMACOVIGILANCIA", dejando constancia de esta incidencia. La derivación al médico queda implícita en esta incidencia, ya que normalmente se le comunica.

Si surge la alerta, se notifica y NO se dispensa, se registra, a juicio del farmacéutico, como incidencia "farmacovigilancia", o no "dispensación"

### **Registro:**

En una dispensación en que surja una alerta por un efecto adverso al medicamento y se decida notificar, se registra la actuación añadiendo, como siempre, el artículo "DISPENSACIÓN"(CN: 000069) en la pantalla de ventas, junto con la medicación. Al finalizar la venta se elige en la parrilla la opción "FARMACOVIGILANCIA", dando por finalizada la actuación y el registro

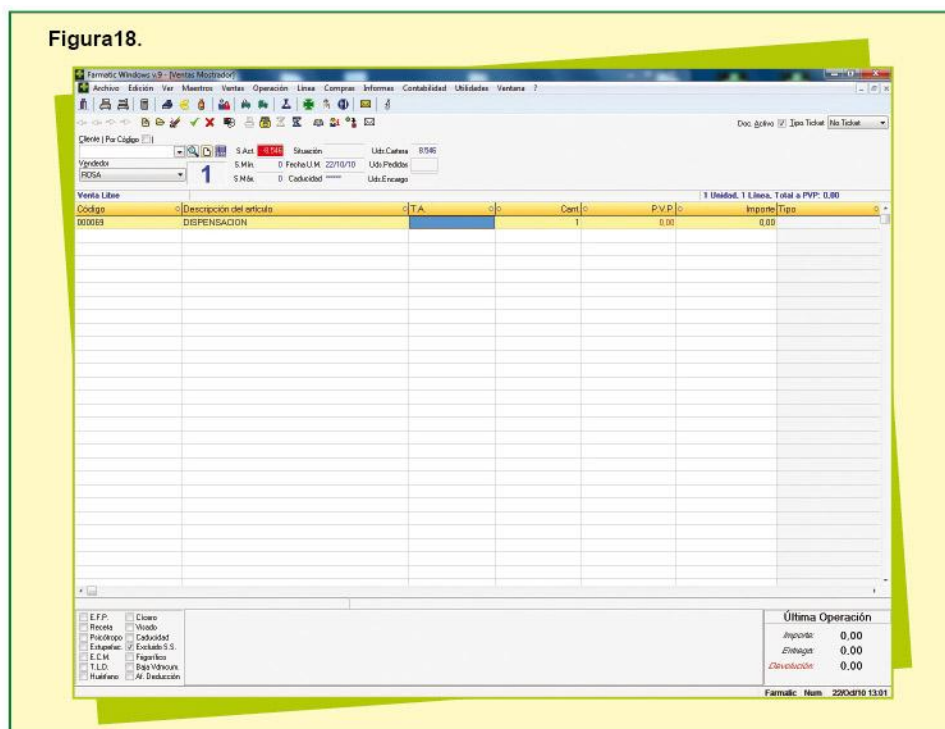
### **Ejemplo:**

5- Paciente que refiere unos síntomas que alertan sobre la posibilidad de efecto adverso susceptible de notificar a Farmacovigilancia. Para registrarlo, además de añadir el artículo "Dispensación" en la pantalla de ventas, se elige la opción "Farmacovigilancia" de la parrilla.

Tabla 10: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia.

código	artículo	aportación	PVP	total
000069	Dispensación		0	0€
				0€

Grafica18: Pantalla de ventas visualizada: Dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia



Grafica19: Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia por notificar una alerta a farmacovigilancia

farmacovigilancia.



-- INCIDENCIA REGISTRADA COMO: **NO DISPENSACION**

Aunque el paciente necesite IPM, o consejos, o esté en SFT, o se abra un Episodio de Seguimiento, o se derive al médico, si se decide NO dispensar, se debería registrar en esta opción. Excepto si no se dispensa por una alerta que se ha decidido notificar a farmacovigilancia, en la que decidirá cuál es la opción más conveniente reflejar.

Cuando no se dispensa un medicamento que llega con su con receta, puede ser por errores administrativos, duplicidades, o por alergias graves (antibióticos) u otra razón importante que considere el farmacéutico. En todos los casos, lo normal es abrir un episodio de seguimiento y comunicarlo a médico. Por tanto esta incidencia llevaría implícita la incidencia “SFT” y “médico”, la mayoría de veces.

**Registro:** Se utiliza el artículo “DISPENSACIÓN”(CN: 000069) en la pantalla de ventas para justificar que estamos en la actuación farmacéutica de dispensación, ya que el medicamento que no se dispensa no se vende. Además se elije en la parrilla, al finalizar la venta, la opción “NO DISPENSACION”, dando por finalizada la actuación y el registro.

**Ejemplo:**

5- Es un paciente cuya prescripción es de un antibiótico al que es alérgico. La incidencia nos ha llevado a NO DISPENSAR, Para registrarlo se vende el artículo “Dispensación” en el desplegable se elije la opción de “no dispensar”

Tabla11: Pantalla de ventas: Dispensación con incidencia por no dispensar.

código	artículo	aportación	PVP	total
000069	Dispensación		0	0€

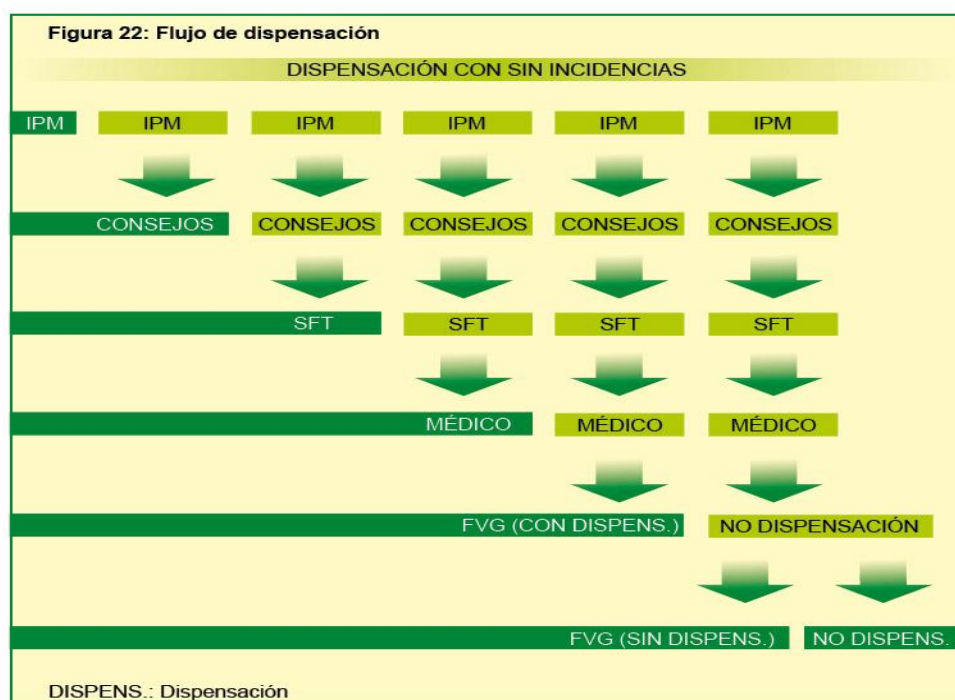
Gráfica 20. Visualización en el programa informático: Dispensación con incidencia por no dispensar

Gráfica 21: Desplegable visualizado: Dispensación con incidencia por no dispensar.



El flujo de opciones recomendado, sería:

Gráfica 22: flujo de dispensación



## 2.2- FORMULAS MAGISTRALES O PREPARADOS OFICINALES

**DEFINICION** : Se considera una fórmula magistral aquel medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario. El preparado oficial es el que, además, está enumerado y descrito por el Formulario Nacional.

**4-Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica en su artículo 12 (114)nos habla de la obligatoriedad de anotar las dispensaciones de fórmulas**

**magistrales por tanto se tiene el registro de estas actuaciones** , no obstante la herramienta tiene una forma de registro rápido que ayuda a su posterior estudio

La elaboración de fórmulas magistrales es una actividad que, de forma tradicional, se ha realizado en todos los servicios de farmacia (farmacia de hospital y farmacia comunitaria) y se sigue realizando. Es de gran importancia, debido a que se trata de un servicio personalizado por el cual se elabora un medicamento individual para un paciente concreto. No obstante, si no disponen de los medios adecuados, pueden encargar su elaboración a otra farmacia que sí disponga de los mismos, previa autorización de la autoridad competente.

Congruente con la importancia de este servicio, se dispone de una norma: el Real Decreto 175/2001 (de 23 de febrero), (116)por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados normativa sobre este ejercicio profesional, tratando de forma particular los temas de personal, locales y utillaje, documentación, materias primas y material de acondicionamiento, elaboración y dispensación (12)

### **2.2.1 PROTOCOLO**

*Cuando la dispensación es una Fórmula Magistral o preparado oficial, procederemos, al igual que con el resto de dispensaciones:*

- I. Obtener de información sobre el paciente y su farmacoterapia.
- II. Obtener información sobre la Fórmula Magistral o preparados oficinales
- III. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.

IV. Intervenir en función de esta evaluación.

V. Preparación de la Fórmula o preparado.

VI. Registrar esta actuación

### **I Obtención de la información sobre el paciente**

El paciente acude a la farmacia con la prescripción de una Fórmula Magistral y el farmacéutico en este caso debe obtener la siguiente información:

- Para quién es la fórmula o preparado...
- Si se inicia el tratamiento, o es una continuación de un tratamiento ya instaurado.
- Datos que permitan evaluar si hay incompatibilidades de uso para este paciente: contraindicaciones, interacciones o determinadas situaciones como embarazo o lactancia.

-Si es primera dispensación:

- Si el paciente conoce la fórmula
- Si el paciente conoce la enfermedad
- Si el paciente toma más medicamentos, aunque no los lleve en ese momento.

- Si es dispensación repetida:

- Si el control de la enfermedad es el adecuado
- Si hay algún síntoma nuevo
- Si el paciente toma más medicamentos, aunque no los lleve en ese momento.

-

En caso de identificar al paciente, el farmacéutico solicitará su consentimiento informado, cumpliendo con la normativa legal vigente LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal).

Toda esta información puede obtenerse por distintas vías, que condicionan la cantidad y la calidad de la misma y, por lo tanto, de la respuesta/actuación del farmacéutico. Por tanto, siguiendo con el procedimiento:

## **II. Obtención de la información sobre la Fórmula Magistral o preparado oficial.**

Con la información recabada se debe corroborar que la fórmula es correcta, con indicación y cantidades adecuadas.

## **III. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica**

Se valora toda la información, tanto del paciente como de la Fórmula o preparado y si aparecen incidencias se abrirá un episodio de seguimiento para la evaluación por el farmacéutico ante la sospecha de un problema relacionado con la medicación (PRM) o de un resultado negativo de la medicación (RNM).

## **III. Intervenir en función de esta evaluación**

Después de evaluar pueden darse dos casos:

- Evaluación sin incidencias. Se pasa al punto IV que es la preparación
- Evaluación con incidencias. Se interviene según se crea conveniente después de cerrar el episodio de seguimiento

## **IV. Preparación de la fórmula**

La preparación se hace siguiendo las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, o solicitar su preparación por otra farmacia competente para ello. (116)

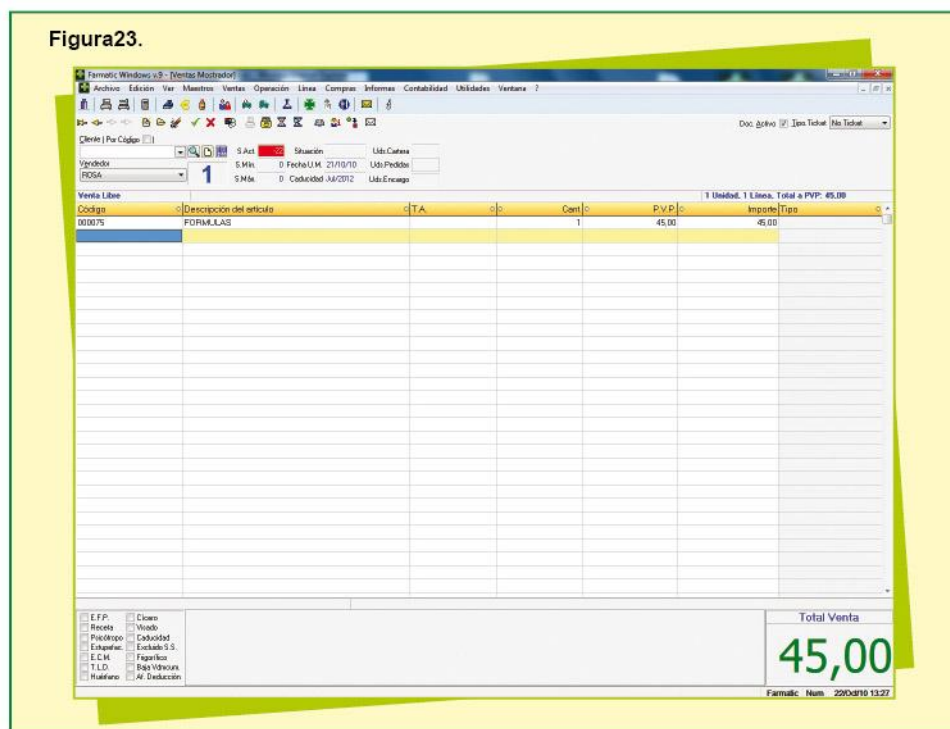


## 2.2.2 Registros

Para definir la dispensación de las Formulas Magistrales se utiliza la venta del artículo “**FORMULAS**” aunque, además, se registre en el Libro Recetario.

Se visualiza en el programa informático.

Grafica23. Pantalla de ventas visualizada. (Fórmulas magistrales)



## 2.3 INDICACION FARMACEUTICA

**DEFINICION.** Según FORO: "El servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto"(45)

La actuación del farmacéutico en el proceso de *Indicación farmacéutica* debe desarrollarse para los denominados síntomas menores, que son aquéllos que su

banalidad y carácter auto limitativo no necesitan del diagnóstico de un médico y empiezan y terminan con el tratamiento del síntoma descrito por el paciente.(117)

*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"(117)*

La Indicación Farmacéutica es de gran importancia, ya que en la mayoría de los casos el farmacéutico es el primer y único contacto del usuario con el sistema de salud.

Según Indader (117) el " medicamento de indicación farmacéutica", "es *aquel 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, que no interfiera en la evolución del resto de problemas de salud del paciente, y que esté destinado a un tratamiento no superior a 7 días de duración*".

### **2.3.1 Protocolo de actuación**

En este trabajo se sigue el protocolo de FORO, con el fin de conocer las necesidades del paciente, evitando la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), siempre en un contexto de uso racional de los medicamentos y de la evidencia científica; también debe evaluar si el problema de salud es un RNM, consecuencia de un problema relacionado con una medicación (PRM) que ya está tomando. (45)

I. Obtener información sobre el paciente que realiza la consulta

II. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.

III. Intervenir en función de esta evaluación.

IV. Registrar esta actuación

**I. Obtener información sobre el paciente que realiza la consulta.** La consulta la puede realizar el propio paciente, cuidador, o tercera persona. Se debe identificar la persona que, en su caso, recibirá el medicamento: sexo, edad real o aproximada, relación con el sujeto que hace la consulta. Recabaremos información sobre el problema de salud referido por el paciente (problema de salud autolimitado, en caso contrario, siempre derivar al médico).

**Verificaremos:**

- Si el problema de salud es un efecto adverso de una medicación
- La duración excesiva del problema de salud (PS)
- Los medicamentos utilizados para el PS (¿utilizó ya algo?)
- Otros medicamentos utilizados para otros PS
- Una situación fisiológica especial (embarazo/lactancia)
- Otras enfermedades concomitantes o alergias
- Hábitos de vida
- Datos biomédicos, si están disponibles

**II. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.** La mayoría de las enfermedades leves son autolimitadas y desaparecen en pocos días. Si dura más tiempo, aumenta la probabilidad de necesitar un diagnóstico médico. El uso de otros medicamentos puede estar provocando el problema de salud consultado; por otra parte, se debe tener en cuenta si el

farmacéutico aconseja otro medicamento junto con otros problemas de salud en cuanto a interacciones y contraindicaciones. En definitiva el farmacéutico evaluará:

- Contraindicaciones
- Interacciones
- Criterios de derivación al médico

**III. Actuación en función de esta evaluación.** El farmacéutico colaborará con el médico en el caso de detección de pacientes no diagnosticados mediante la derivación de estos pacientes.

Es importante destacar que el farmacéutico ante una consulta debe decidir si el servicio que requiere el paciente es el de Indicación Farmacéutica o si debe derivarlo a otro servicio, realizar tareas de educación sanitaria o derivación a otros profesionales.

En función de la información recogida, y su evaluación, la actuación del farmacéutico para resolver la indicación solicitada podrá ser:

-Indicación de algún tratamiento farmacoterapéutico (medicamento EFP, fitoterapia, homeopatía) junto con las recomendaciones necesarias para aliviar el problema de salud que nos refiere el paciente.

-Indicación de solo consejos, no hay venta asociada .Asesorar sin dispensar

-Indicación de algún tratamiento farmacoterapéutico (medicamento EFP, fitoterapia o homeopatía) con la recomendación de acudir al médico lo antes posible.

-Indicación de acudir al médico, sin venta

-Derivación a otros servicios, con o sin venta asociada

**2.3.2Registro:** Cada una de las actuaciones que se elige para resolver la indicación solicitada se registra de la siguiente manera:

- Indicación de algún medicamento EFP, planta, u homeopatía junto con las recomendaciones necesarias para aliviar el problema de salud que nos refiere el paciente.

Se registra la venta del producto con aportación IC

- Indicación de solo consejos, no hay venta asociada. Asesorar sin dispensar.

Se registra el artículo “venta cero” con aportación IC

- Indicación de algún medicamento EFP, planta, u homeopatía junto con las recomendaciones necesarias para aliviar el problema de salud que nos refiere el paciente, con la recomendación de que vaya al médico lo antes posible

Se registra la venta del producto con aportación IM

- Indicación de que vaya al médico, sin venta asociada

Se registra el artículo “venta cero” con aportación IM

- Indicación de algún medicamento EFP, planta, u homeopatía, junto con las recomendaciones necesarias para aliviar el problema de salud que nos refiere el paciente, con la recomendación de otros .

Se registra la venta del producto con aportación IS

- Derivación a otros servicios, sin venta asociada

Se registra el artículo “venta cero” con aportación IS

A todos los pacientes se les recomienda que si no mejora en unos días debería consultar con su médico

Al paciente que se deriva al médico, se le ofrece la posibilidad de darle por escrito las razones que nos llevan a esta decisión , dando el” impreso para el médico”, haciendo una copia para la farmacia. Se le hace saber, también, que nos gustaría conocer el resultado de su visita, para lo que se le pide su teléfono, o le se le da el nuestro. Esos resultados se adjuntaran a la copia del “impreso para el médico”

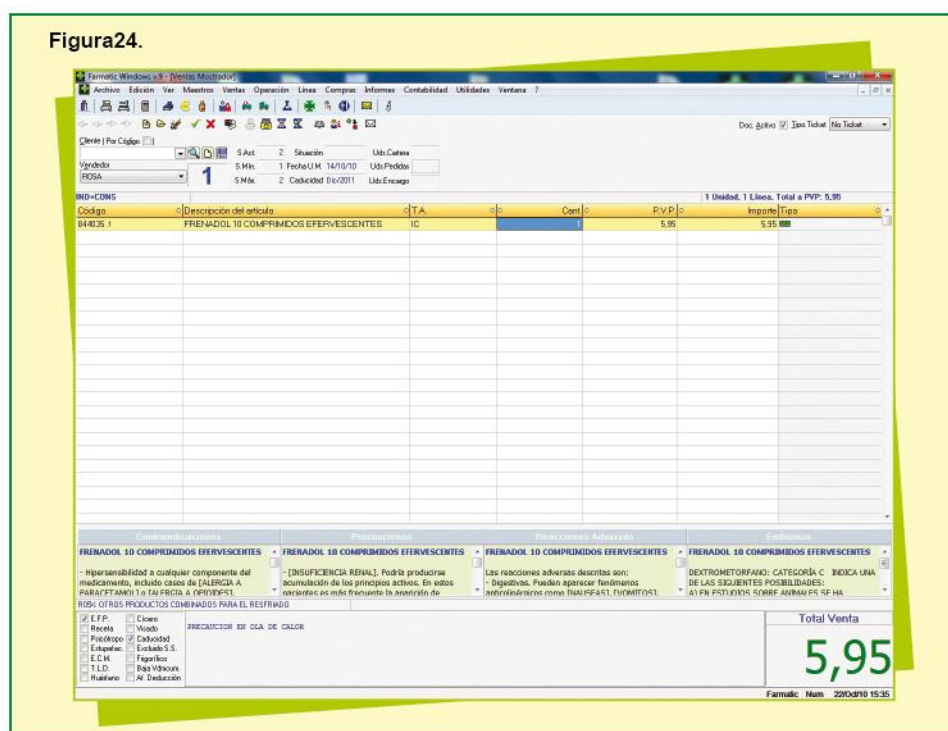
### Ejemplo:

1]-Es un paciente varón de 30 años que demanda una indicación para síntomas de resfriado, que empezó hace dos días. No toma otros medicamentos. Síntomas: congestión nasal, malestar general, algo de tos seca. Se le dispensa el medicamento, explicándole su forma de administración y las medidas higiénico-dietéticas a seguir para mejorar sus síntomas. Se registra con la aportación IC

Tabla12: Pantalla de ventas: Indicación de un medicamento o producto, con sus consejos necesarios.

Tabla 12. Pantalla de ventas: Indicación de un medicamento o producto, con sus consejos necesarios.				
código	artículo	aportación	PVP	total
000000	FRENADOL	IC	0	0€

Gráfica 24: Pantalla de ventas visualizada: Indicación de un medicamento o producto, con sus consejos necesarios)



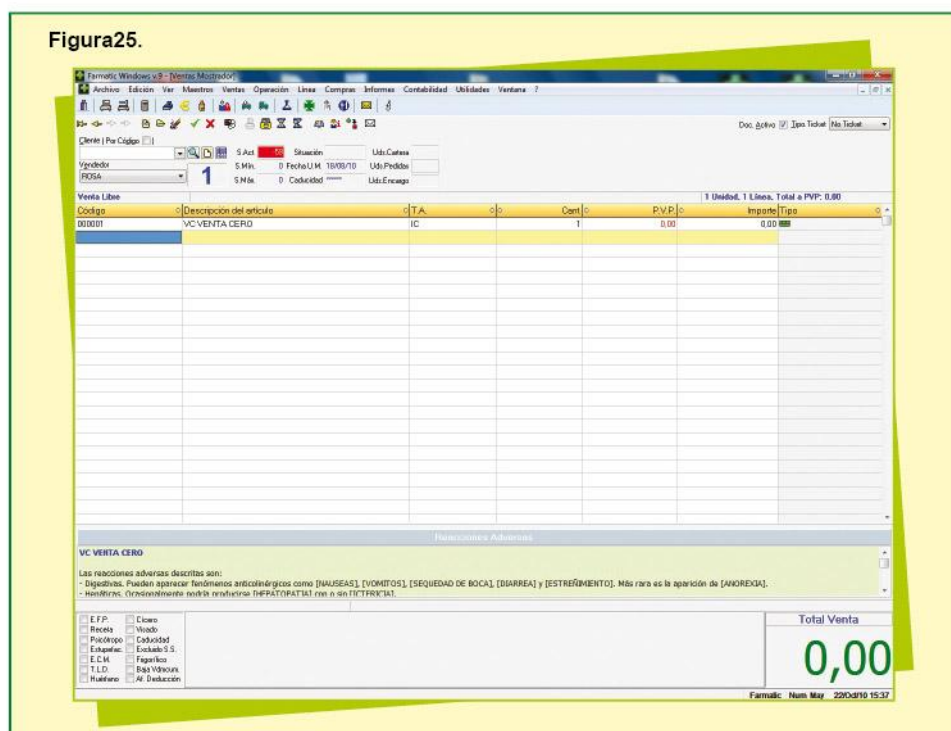
2- Es un paciente varón de 25 años, que demanda una indicación para síntomas de resfriado que sufre desde hace cuatro días. Síntomas: destilación nasal, malestar general. Solo toma Farmagripe<sup>R</sup> desde dos días, un sobre al acostarse. Se le informa de que puede aumentar la dosis a tres al día y se le aconsejan las medidas higiénico-dietéticas a seguir para mejorar sus síntomas. Se registra una venta cero con la aportación IC.

Tabla13: Pantalla de ventas: Indicación de solo los consejos necesarios.

**Tabla 13. Pantalla de ventas: Indicación de solo los consejos necesarios.**

código	artículo	aportación	PVP	total
000000	VC	IC	0	0€

Grafica25: Pantalla de ventas visualizada: Indicación solo de los consejos necesarios



3- Es un paciente varón de 65 años que demanda una indicación para tos seca, desde hace un semana. Ahora la tos es persistente y no le deja dormir. Toma adiro 100 (1-0-0) desde hace 2 años y metformina (0-1-0). Ha utilizado un frasco de jarabe antitusivo de dextrometorfano (1-1-1).

Se le deriva al médico y se registra una venta cero con la aportación IM

Tabla14: Pantalla de ventas: Derivación de una indicación farmacéutica al médico.

código	artículo	aportación	PVP	total
000000	VC	IM	0	0€



## 2.4 LA AUTOMEDICIÓN

**DEFINICION:** Foro la define como la situación en el que el paciente solicita un medicamento por su nombre comercial; esto genera una dispensación en la que el farmacéutico se responsabiliza de asegurar un adecuado proceso de uso (que el paciente conozca para qué es, cómo debe usarlo, que no está contraindicado, etc.), protegiendo al paciente de la posible aparición de PRM (44)

Otra definición que nos ayuda a entender el significado de esta actuación es: “Consumo de medicamentos por decisión del propio paciente o recomendación de otra” (118)

**2.4.1 Protocolo de actuación:** Recoger información sobre el paciente que se automedica.

II. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.

III. Actuación en función de esta evaluación.

IV. Registrar esta actuación

**I. Obtener información sobre el paciente, su problema de salud y el conocimiento que tiene del medicamento que solicita.**

- Comprobar que la indicación que pretende darle a ese medicamento es la correcta.
- Que sabe cómo tiene que utilizarlo y durante cuánto tiempo,
- Que el problema de salud implicado es realmente un “síntoma menor” y no será imprescindible la consulta con el médico.
- También habrá que preguntarle por sus otros problemas de salud para comprobar posibles contraindicaciones, y por el resto de medicamentos para prevenir posibles contraindicaciones.

## **II. Evaluar esta información de acuerdo con los objetivos de la Atención Farmacéutica.**

La mayoría de las enfermedades leves son autolimitadas y desaparecen en pocos días. Si dura más tiempo, aumenta la probabilidad de necesitar un diagnóstico médico.

El uso de otros medicamentos puede estar provocando el problema de salud para el que se automedica; por otra parte, se debe tener en cuenta el nuevo medicamento junto con los que toma habitualmente. En definitiva el farmacéutico evaluará:

- Contraindicaciones
- Interacciones
- Criterios de derivación al médico

## **III. Actuación en función de esta evaluación.**

- Comprobar, seleccionar o supervisar que es el medicamento adecuado para su problema de salud (automedicación responsable)
- Asegurar que el paciente va al médico si es necesario un diagnóstico o un medicamento que precisa legalmente receta o porque el paciente interpreta como un síntoma menor una modificación o agravamiento de su enfermedad.
- Asesorar, aconsejar e informar al paciente sobre qué, cuánto, cómo y durante cuánto tiempo debe tomar un medicamento para resolver la dolencia.
- Cambiar el medicamento demandado por otra opción más adecuada, incluyendo la no dispensación de ningún medicamento
- Derivación a otros servicios con o sin venta asociada.
- 

**2.4.2 Protocolo de registro:** También aquí *para definir la actuación y registrarla se utiliza la casilla de aportación en la pantalla de ventas, vendiendo el medicamento con la aportación adecuada a cada actuación: **A, AC, AM, SC, SM***

*Si no hubiera venta de medicamento, o de ningún producto, se utiliza la “venta cero” como artículo.*

Se diferencia, en primer lugar, dos tipos de automedicaciones:

**-Automedicación sin incidencias:** el medicamento o producto solicitado, después de recabar la información suficiente es adecuado para aliviar sus síntomas. Por tanto lo dispensamos con la definición de **A**

**-Automedicación con incidencias.** Dentro de ésta se diferencian varias posibilidades:

- -Automedicación adecuada, pero con necesidad de consejos.

Registro: venta de EFP o producto con aportación “**AC**”

- -Automedicación adecuada pero aconsejándole que visite al médico.

Registro: venta de EFP o producto con aportación “**AM**”

- -Automedicación adecuada pero se le ofrecen otros servicios.

Registro: venta de EFP o producto con aportación “**AS**”

- -Automedicación no adecuada, por lo que se sustituye el medicamento solicitado por otra opción más adecuada para el problema de salud que refiere:  
Puede ser un medicamento EFP, o un producto de homeopatía o fitoterapia, con consejos si los necesita

Registro: venta de EFP o producto con aportación “**SC**”

- -Automedicación no adecuada, por lo que se sustituye el medicamento solicitado por otra opción más adecuada para el problema de salud que refiere: Puede ser un medicamento EFP, o un producto de homeopatía o fitoterapia, junto con la recomendación de visita al médico.

Registro: venta de EFP o producto con aportación “SM”

- -Automedicación no responsable dando consejos sin venta.

Registro: venta del artículo “VENTA CERO” con aportación “SC”

- -Automedicación no responsable enviando al médico, sin venta.

Registro: VENTA CERO con aportación “SM”

- -Automedicación no responsable derivando a otros servicios, sin venta.

Registro: VENTA CERO con aportación “SS”

A todos los pacientes se recomienda que si no mejora en unos días debería consultar con su médico.

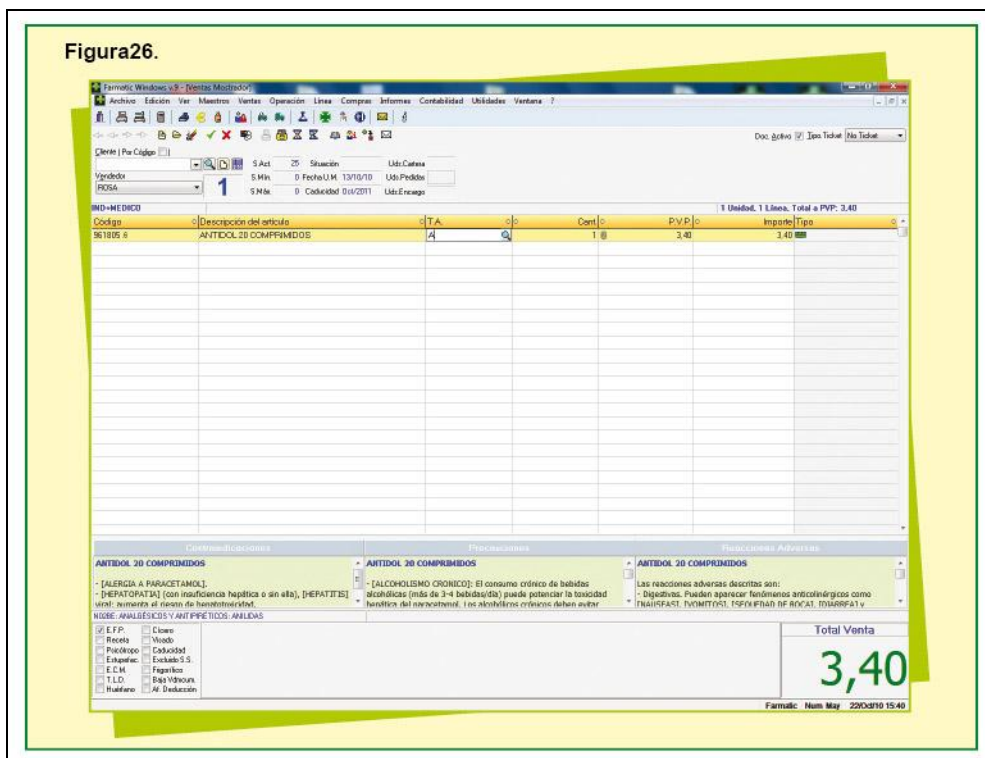
Al paciente que se deriva al médico, se le ofrece la posibilidad de darle por escrito las razones que nos llevan a esta decisión , dando el” impreso para el médico”, dejando copia para la farmacia. Se le hace saber, también, que se agradecería conocer el resultado de su visita, para lo que se le pide su teléfono., o le daremos el de la farmacia. Esos resultados se adjuntaran a la copia del “impreso para el médico”

### **Ejemplo:**

1]-Es un paciente de 25 años que solicita Antidol<sup>R</sup>, para el dolor de cabeza. No toma medicamentos. Refiere tener dolores de cabeza esporádicamente. Conoce el medicamento y su posología. Se le dispensa el medicamento.

Se registra el medicamento solicitado con la aportación A

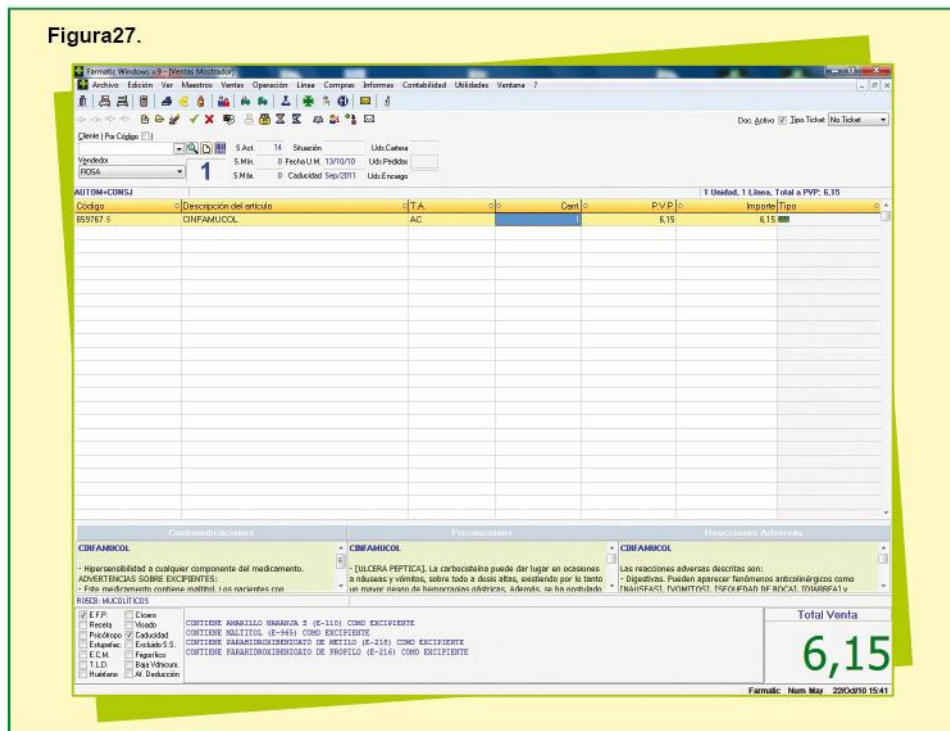
Grafica26: Pantalla de ventas visualizada: automedicación adecuada



2- Es un paciente de 45 años que solicita Cinfamucol<sup>R</sup>. Refiere tener tos con mucosidad desde hace dos días. Conoce el medicamento y pero no sabe como tomarlo. Se le informa de la posología y se le ofrecen consejos para mejorar su problema de salud (beber más agua, hacer inhalaciones, etc.).

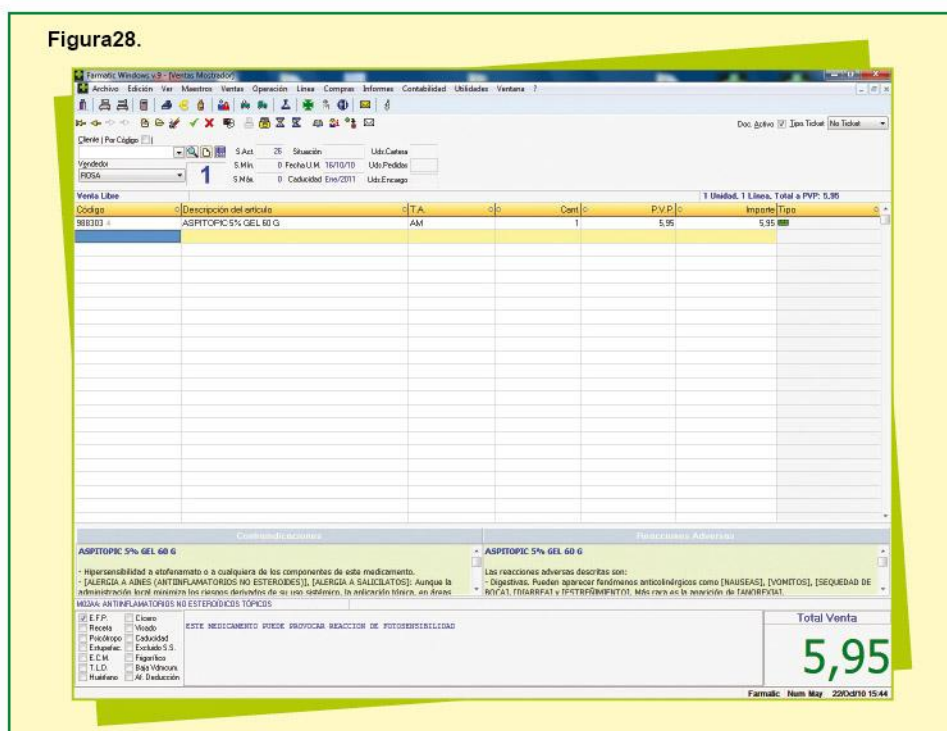
Se registra el medicamento con la aportación AC.

Grafica 27: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación adecuada, pero necesita información o consejos)



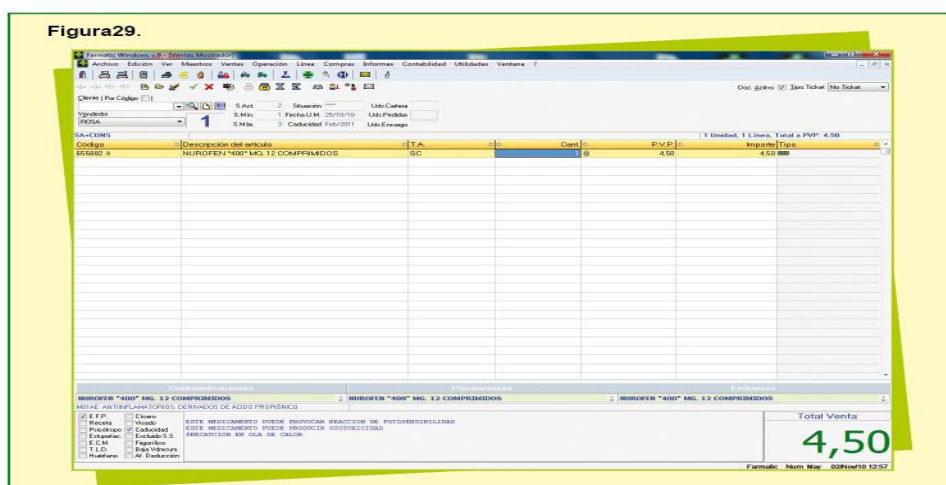
3- Es un paciente de 45 años que solicita Aspirin<sup>R</sup> porque le duele el tobillo. Nos comenta haberse caído hace unas horas, tiene dolor e inflamación. Se le dispensa el medicamento solicitado y se le deriva al médico.

Grafica 28: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación adecuada, pero se le deriva al médico.



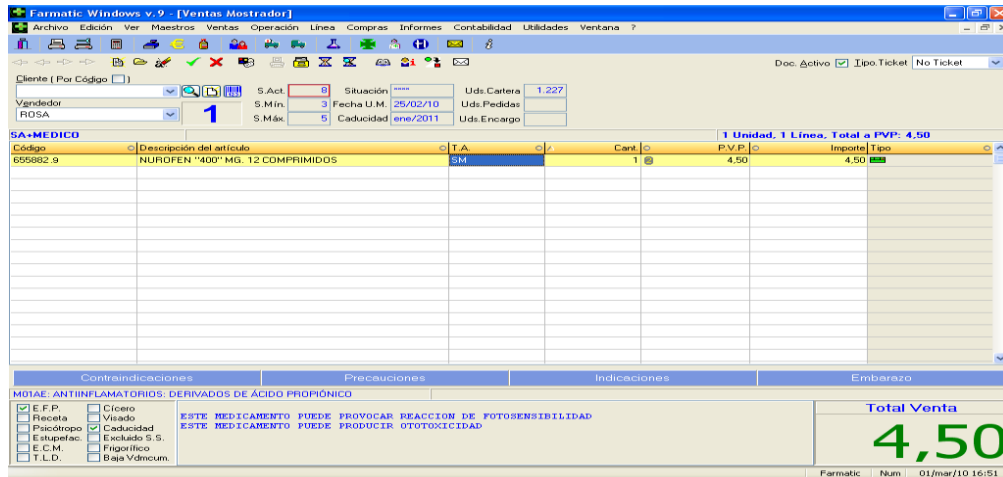
4- Es un paciente que solicita Myolastan<sup>R</sup> para el dolor de espalda. Refiere haberlo tomado bajo prescripción en otras ocasiones junto con ibuprofeno. No toma más medicamentos. Se le aconseja que tome solo analgésicos y si no mejora que vaya al médico.

Gráfica 29: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación no adecuada. Se sustituye



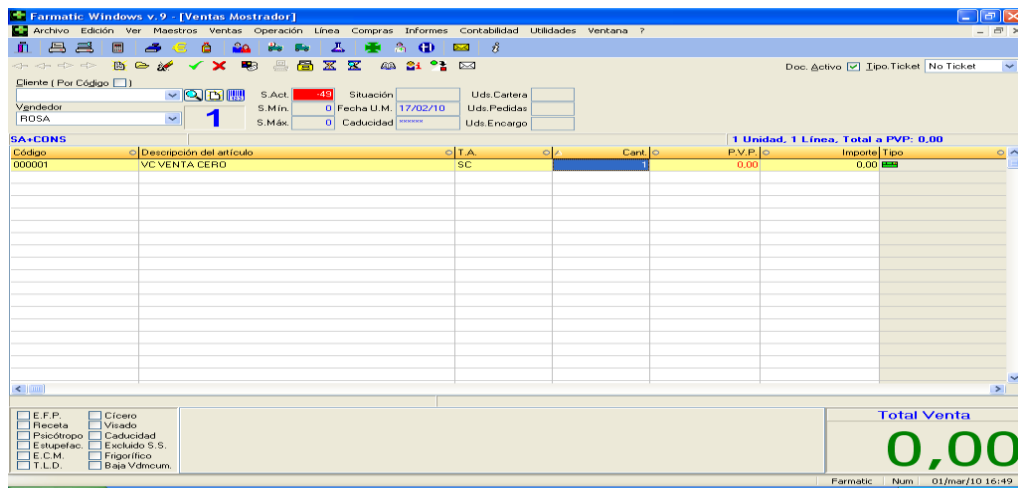
5- Es un paciente de 22 años, solicita un antibiótico para el dolor de garganta. Refiere dolor de garganta, no poder tragar y fiebre de 38.5°C. Se le deriva al médico, aconsejándole medidas como: tomar Nurofen<sup>R</sup> (1-1-1) y beber suficiente líquidos Se registra el artículo venta cero con la aportación SM

Grafica30: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación no adecuada. Se sustituye y se deriva al médico



6- Es un paciente de 60 años, que solicita Stilnox<sup>R</sup>. Por lo que refiere el paciente solo se cree conveniente informarle de buenos hábitos para poder conciliar el sueño. Se registra la actuación vendiendo el artículo "venta cero" pero con aportación SC

Grafica 31: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación no adecuada, solo se le aconseja.



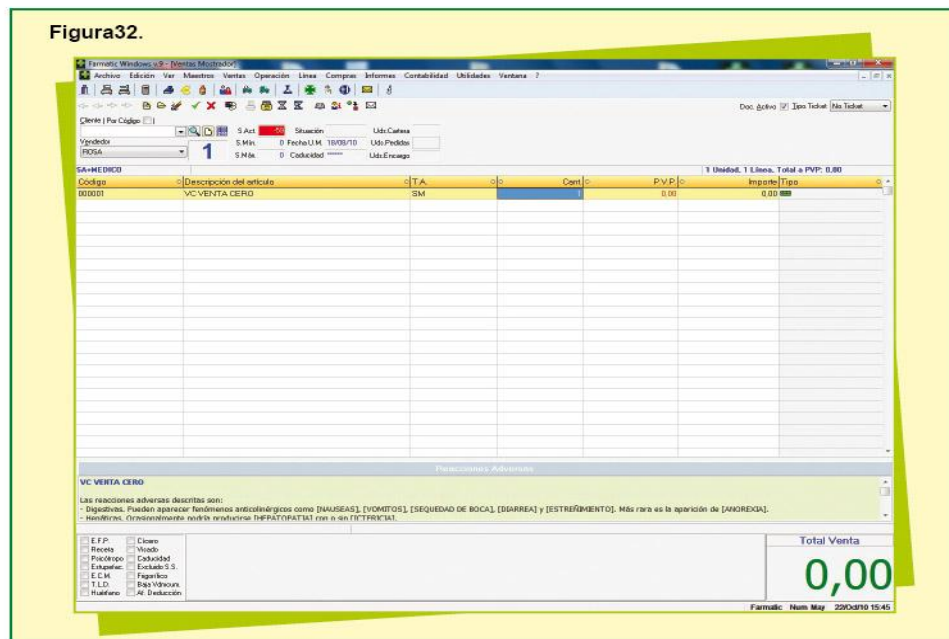


7-Es un paciente de 60años, que solicita un antibiótico para el dolor de muelas.

Refiere dolor desde dos días, toma antiinflamatorios. Se le deriva al médico.

Se registra el artículo venta cero con la aportación SM

Grafica 32: Pantalla de ventas visualizada: Automedicación no adecuada, solo se deriva al médico



## 2.5 CONSULTA FARMACEUTICA

*Consulta farmacéutica* incluye a todas aquellas relacionadas con la salud, tanto las relacionadas con los medicamentos como las que no. Las primeras estarían avaladas por la formación y especialización profesional del farmacéutico en relación con los medicamentos, y las restantes con su formación en salud pública.(113)

*Se diferencia:*

### ◆ A.1.5.1 Consulta sin venta asociada:

*Incluye las consultas sin venta, en las que se demanda información sobre los medicamentos y/o productos sanitarios. También las consultas sanitarias que no implican medicamentos, como la información*

*sobre enfermedades, resultados analíticos, parafarmacia, medidas de presión y las consultas administrativas.*

◆ *A.1.5.2 Consulta con venta asociada:*

*Incluye las consultas solicitadas en la venta de dermofarmacia, ortopedia, dietética y veterinaria.*

Estos registros recogen las consultas hechas fuera del entorno de las actuaciones farmacéuticas de dispensación, indicación o automedicación.

En la dinámica del mostrador las consultas realizadas en el entorno de alguna de éstas actuaciones farmacéuticas se engloban en el concepto de “consejos”, bien en dispensación, indicación o automedicación.

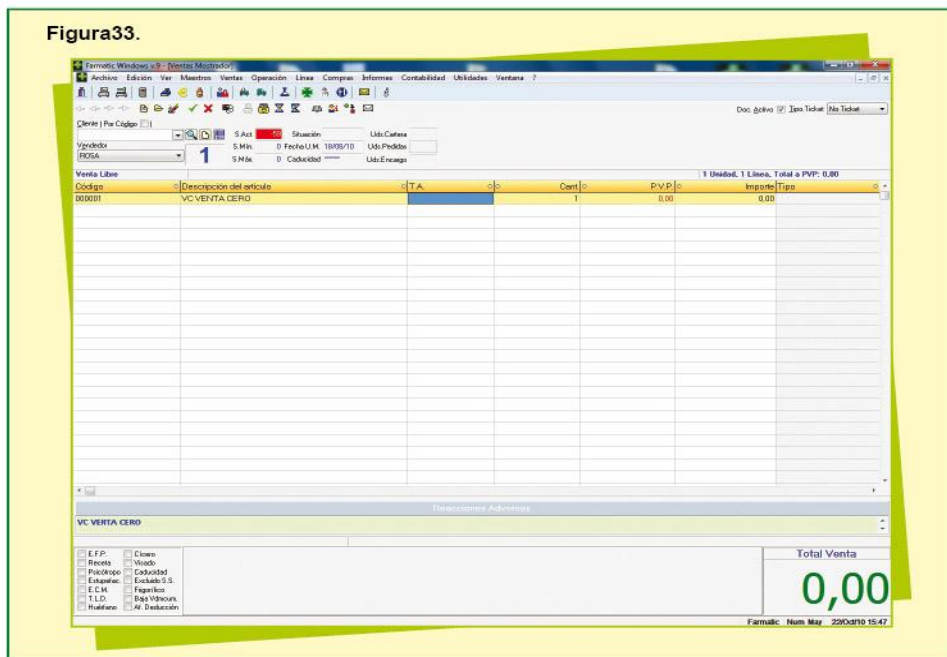
## **2.5.2 Registro**

- **CONSULTA SIN VENTA ASOCIADA:** Se registra como un artículo “venta cero” (VC) sin ninguna aportación que la identifique dentro de otra actividad farmacéutica.  
  
“VC” .**venta cero.** Consulta sin venta asociada
- **CONSULTA CON VENTA ASOCIADA** Para definirla se utiliza la venta del artículo “CPE” junto con los artículos vendidos.
- **“CPE”.** Consejo AÑADIDO en parafarmacia, ortopedia, dietética y veterinaria.

## Ejemplo:

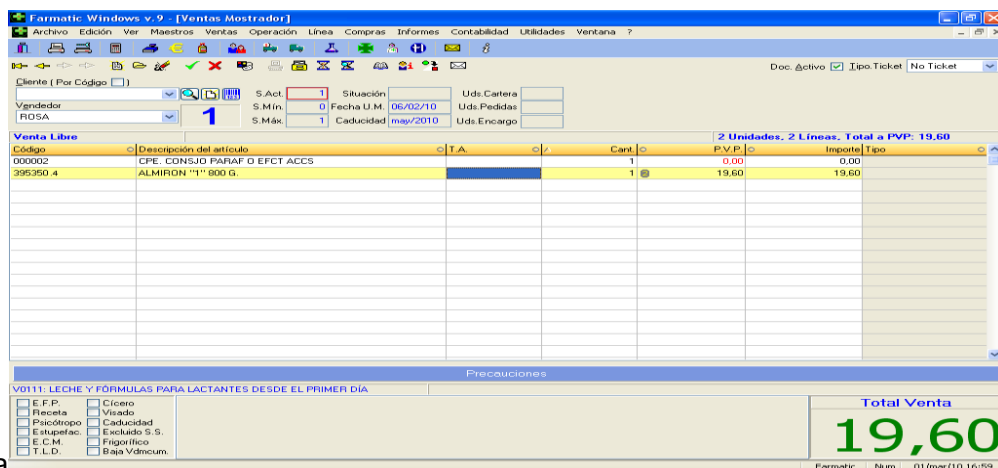
1- Es un paciente que demanda información sobre un medicamento nuevo que ha visto en la TV, o una alerta de un medicamento que ha leído, o sobre los resultados de sus análisis o sobre la mejor dieta para adelgazar....

Grafica33: Pantalla de ventas visualizada: Consulta sin venta asociada



1- Una madre solicita Almiron 1 de 800g y además quiere información sobre leches infantiles: diferencias entre las marcas, hasta cuando debería utilizarlas...etc.

Grafica34: Pantalla de ventas visualizada: Consultas con venta



asociada

## 2 6- OBTENCION DE DATOS

### 2.6.1 OBTENCION DE DATOS DE LAS ACTUACIONES PROFESIONALES

Los datos se conocen a partir de los registros conseguidos a través de la herramienta y los que por sí mismo da el sistema de gestión:

- Nº de Indicaciones: Del informe de caja se recoge la información cuantitativa de todas las indicaciones realizadas y sus incidencias, junto con la información propia del informe. Este dato podemos obtenerlo también mensual, trimestral...
- Nº de Automedicaciones: Del informe de caja se recoge la información cuantitativa de todas las automedicaciones realizadas y con sus incidencias, junto con la información propia del informe. Este dato podemos obtenerlo también mensual, trimestral, etc
- Nº de Dispensaciones: En la ficha del artículo “dispensación”, dado de alta por la herramienta, se conocen cuantitativamente los pacientes atendidos a los que se les ha realizado una o varias dispensaciones.  
  
Esta información la obtenemos diariamente, si interesa, o por los rangos de fecha que queramos: mensual, trimestral, etc.
- Nº consultas con venta asociada: Nº de consejos dados en parafarmacia, dietética, veterinaria y ortopedia “CPE”: La información cuantitativa de estas actuaciones la obtenemos de la ficha del artículo “CPE”.

La información se puede obtener diariamente, mensualmente, trimestralmente, etc

- Nº consultas sin venta asociada: Nº de ventas cero ("VC"). Es asesorar sin dispensar. ”: La información cuantitativo de estas actuaciones la obtenemos de la ficha del artículo “VC”. Son ventas del artículo “VC” sin aportación  
Al igual que el anterior la información la obtenemos diariamente si interesa, o por los rangos de fecha que queramos: mensual, trimestral...
- Incidencias registradas en la dispensación con receta médica: Para conocer el nº de cada incidencia se recurre a lo que el programa llama “categorías inferidas” y en el “cuadro estadístico de ventas” se tiene la información de cuántas veces se ha interrumpido una dispensación por necesitar el paciente IPM, o consejos, o el paciente estaba en SFT, o derivado al médico, etc. También aquí aparece el dato de las dispensaciones sin incidencia.

El dato real de las dispensaciones sin incidencia debe obtenerse restando del total de dispensaciones, las dispensaciones con incidencia. Se debe a que el programa cada vez que cierra una pantalla de ventas, sea dispensación o indicación o ventas sin más, por defecto él lo contabiliza como dispensación sin incidencia.

## **2.6.2 OBTENCION DE DATOS DE LOS PACIENTES**

- Nº de pacientes atendidos: El número de pacientes atendidos es posible conocerlo a través del “diario de ventas”.

*Pacientes atendidos es el número de personas a las que se les atiende mediante alguna actuación profesional en la farmacia comunitaria. Un mismo paciente puede ser atendido mediante varias actuaciones profesionales, ya que su demanda es varia.*

El nº de pacientes atendidos se corresponde con el dato del programa correspondiente al nº de operaciones realizadas. Este número de operaciones puede ser distinto, según donde localicemos el dato.

- Si se busca en el “diario de ventas”, el número de operaciones es el real.

Indica el nº de operaciones realizadas, que es el nº de pacientes que se ha atendido, realizando una, o más, actuaciones profesionales.

- En el “cuadro estadístico de ventas” también aparece un nº de operaciones pero que abarca también las operaciones administrativas con el paciente, contabilizándolas como operaciones diferentes dando un falso resultado, pues aparece un nº más alto de operaciones, que no coincide con el de pacientes. Este dato refleja el trabajo administrativo con el paciente y trabajo profesional.

### **2.6.3 OBTENCION DE DATOS DE LA CALIDAD DE LA HERRAMIENTA**

Los datos necesarios para saber si la herramienta es eficaz, como son los fallos realizados al no registrar las actuaciones farmacéuticas y el horario en que se han realizado; se han hecho repasando, día a día, todas y cada una de las operaciones realizadas al atender a un paciente y contabilizando los errores cometidos, así como el horario en que se hizo. Todas y cada una de las operaciones realizadas al atender a un paciente las podemos consultar en el “diario de ventas”.

Fallo: Cuando se termina con la atención del paciente se debe definir la/ las actuaciones farmacéuticas realizadas en la pantalla de ventas del programa, cerrando con ello la operación.

El no hacerlo es considerado un fallo, excepto:

- -No se considera fallo el no registrar las operaciones hechas a clínicas, Hospitales, consultas médicas. La solicitud de medicación realizada a la farmacia comunitaria por el hospital es para salvar faltas en su stock de su farmacia interna. Los pedidos desde las consultas médicas las hace el facultativo para su uso.
- -No se considera fallo el que no se registre las operaciones hechas a compañeros con farmacia comunitaria. Se tiene como clientes a compañeros, colindantes o no, con los cuales existe un intercambio de medicamentos entre farmacias. Esto surge de la necesidad de no dar faltas de medicamentos, ante un problema de stock propio, o de suministro del almacén.
- -No se considera fallo el no registrar operaciones hechas a personal de la farmacia o consumo de la farmacia.

Se considera que más de un 10% de fallos cometidos a la hora del registro, del total de registros que deben hacerse, supone una merma de información suficiente como para no considerar eficaz la herramienta.

Conocidos los fallos y los horarios en que se cometen éstos se distribuyen en rangos de horario para estudiar mejor la razón por la que se cometan.

Un dato importante para el estudio de los fallos es conocer el horario en que se atienden a los pacientes y si ello influye en los fallos. Averiguar si se cometen más fallos en horas de más stress de trabajo, de mayor nº de pacientes.

Para conocer estos datos se recurre al cuadro estadístico de ventas con la pestaña de “auxiliar”. El horario en que se atienden a los pacientes coincide con el dato del programa del horario en que se realizan las operaciones a éstos.

Este dato se recoge para saber si existe concordancia de saturación de trabajo con los fallos cometidos. Se ha visto anteriormente que se podía saber el nº de operaciones realizadas de dos formas:

- solo operaciones profesionales, que coincide con pacientes atendidos o
- además, con operaciones administrativas. Este número de operaciones recogido en este campo no es real, es mayor, porque en una misma operación puede haber varias líneas de crédito, de contado, receta pendiente, etc. que contabiliza como diferentes. Por ejemplo, si en una venta hay una línea de contado y otra de crédito, en el apartado de contado figuraría 1 operación y en el apartado de crédito figuraría 1 operación. El total de operaciones que aparecería sería la suma, 2, aún cuando operaciones de venta hayan habido sólo 1.

Nos refleja “la densidad de trabajo” del mostrador. Solo aquí se contabilizan las operaciones administrativas que también se realizan con el paciente, aparte de la labor profesional.



## RESULTADOS DEL SEGUNDO OBJETIVO

### RESULTADOS GLOBALES

#### 1. Actuaciones profesionales.

Se ha realizado el estudio considerando la actividad profesional de 2 farmacias comunitarias mediante un seguimiento diario de 6 meses. Una vez completado este período se evaluaron los resultados, obteniéndose 150 observaciones en cada farmacia que se corresponden con los días laborales en ambas farmacias, incluidos los sábados (media jornada).

El total de las actuaciones profesionales realizadas es de 30.617 para las dos farmacias de estudio, de las cuales podemos observar que la actuación profesional más frecuente es la dispensación de medicamentos con receta (41,19%), seguida de la automedicación (32,48%) (tabla 15 ).

**Tabla 15. Actuaciones profesionales. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Act. prof.	Act. prof .	Act. prof.	Act. prof.	Act. prof.	Act. prof.
	Dispensación medicamentos con receta	Dispensación fórmulas	Indicación farmacéutica	Automedicación	Consulta	Ventas
30.617	12.613	94	2.771	9.943	2.186	3.010
<b>100%</b>	<b>41,19%</b>	0,31%	9%	<b>32,48%</b>	7,14%	9,83%

La media diaria, por farmacia de actuaciones profesionales es de 102 actuaciones/día, de ellas 75 actuaciones se corresponden a 42 (IC 95%40,7-43,3) dispensaciones de Medicamentos con receta y a 33,1 (IC 95%31,0 – 35,2) automedicaciones (tabla 16).

**Tabla 16. Actuaciones profesionales.**

	Global					
	Total	Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Total actuaciones profesionales</b>	<b>30.617</b>	<b>102,1 (98,3-105,8)</b>	<b>99</b>	<b>32,8</b>	<b>32</b>	<b>339</b>
Act. prof. dispensación medicamentos	12.613	42,0 (40,7-42,4)	42	11,6	15	80
Act. prof. dispensación Fórmulas	94	0,3 (0,23-0,40)	0	0,7	0	5
Act. prof. indicación farmacéutica	2.771	9,2 (8,5-10)	9	6,5	0	81
Act. prof. automedicación	9.943	33,1 (31,1-35,2)	32	18,3	0	221
Act. prof. consultas	2.186	7,3 (6,6-8,0)	6	6,1	0	26
Act. prof. ventas	3.010	10,0 (9,2-10,9)	8	7,5	0	70

Junto a estas actividades diarias que componen la carga laboral de la farmacia comunitaria, también se ha calculado el número de pacientes atendidos en las dos farmacias, resultando un total de 25.313 pacientes. La media que se atiende cada día en estas farmacias de estudio, es de 84,4 usuarios/día (IC 95% 81,6 – 87,3) (tabla 17).

**Tabla 17. Pacientes atendidos.**

	Global					
	Total	Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Total pacientes atendidos</b>	<b>25.327</b>	<b>84,4 (81,6-87,1)</b>	<b>83</b>	<b>24,2</b>	<b>7</b>	<b>238</b>

Las Actuaciones profesionales medias por paciente al día son de 1,21 actuaciones, por lo que se podría decir que por cada 5 pacientes que acude a la farmacia comunitaria de estudio se genera una demanda de 6 actuaciones profesionales.

La variable de estudio actuaciones profesionales, se ha categorizado de varias formas para poder entender mejor la actividad de la farmacia comunitaria.

- Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas)
- Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación
- Actuaciones profesionales: con receta y sin receta

## **2. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas).**

Se ha querido categorizar la variable de estudio en actuaciones farmacéuticas, o no, para un mejor estudio de la carga de trabajo del profesional sanitario en la farmacia comunitaria.

El total de actuaciones farmacéuticas demandadas, en el estudio, es de 27.607 (tabla 18).

Se resalta que el 90% de toda la actividad profesional puede considerarse estrictamente farmacéutica según se describe en este estudio, frente al 10% de actuaciones profesionales no farmacéuticas. Las actuaciones profesionales no farmacéuticas se corresponden con la venta de productos sin ninguna otra acción relacionada, sin ninguna información añadida. Son las ventas propiamente dichas (tabla 18).

**Tabla 18. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas). Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Act. profesionales farmacéuticas	Act. profesionales no farmacéuticas ventas
<b>30.617</b>	<i>27.607</i>	<i>3.010</i>
<b>100%</b>	<i>90,17 %</i>	<b>9,83 %</b>

Según se desprende de los resultados obtenidos, se realizan de media diaria en las farmacias 92,0 (IC 95% 88,7-91,3) actuaciones profesionales farmacéuticas y 10,0 (IC 95% 9,2-10,9) actuaciones no farmacéuticas. (Tabla 19).

**Tabla 19. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas).**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Total actuaciones profesionales</b>	<b>30.617</b>	<b>102,1 (98,3-105,8)</b>	<b>99</b>	<b>32,8</b>	<b>32</b>	<b>339</b>
Act. profesionales farmacéuticas	27.607	92,0 (88,7-91,3)	90	29,4	27	337
Act. profesionales no farmacéuticas: ventas	3.010	10,0 (9,2-10,9)	8	7,5	0	70

Las media paciente/día es de 1,09 actuaciones farmacéuticas y solo 0,12 actuaciones no farmacéuticas por paciente al día. Podría decirse que por cada diez pacientes que entran en la farmacia, se demandan once actuaciones farmacéuticas y una no farmacéutica.

#### **Actuaciones profesionales farmacéuticas: clasificación.**

Las actuaciones profesionales que se consideran en el estudio como farmacéuticas, son aquellas actuaciones que deben ser realizadas por un farmacéutico.

Se puede observar que de todas las actuaciones profesionales farmacéuticas, las más demandadas son la dispensación de medicamentos con receta, con un 45,69% y la automedicación con un 36% (tabla20).

**Tabla 20. Clasificación de actuaciones Profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales farmacéuticas	Act.Prof.				
	Act .Prof. Dispensación medicamentos	Dispensación fórmulas	Act.Prof. Indicación farmacéutica	Act.Prof. Automedicación	Act.Prof. Consulta
27.607	12.613	94	2.771	9.943	2.186
100%	45,69%	0,34%	10,04%	36,02%	7,91%

La medias diarias de las Actuaciones profesionales farmacéuticas más solicitadas son para la dispensación de medicamentos con receta con 42,0 (IC 95%40,7-42,4) actuaciones /día y para la automedicación con 33,1 (IC 95% 31,1-35,2) actuaciones/día (tabla 21).

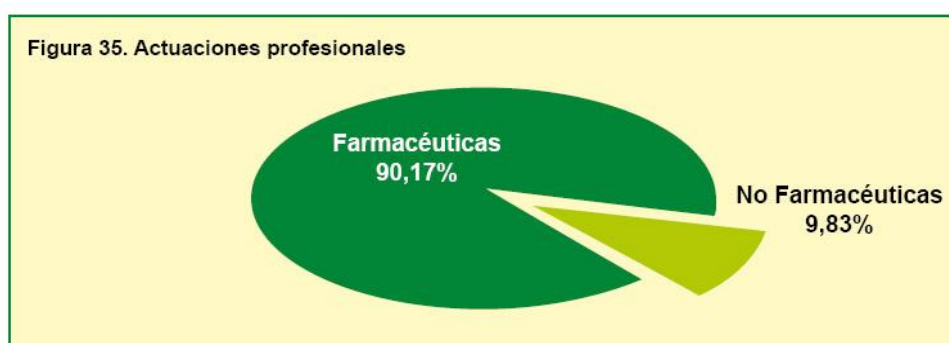
**Tabla 21. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Datos descriptivos.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. profesionales farmacéuticas</b>	<b>27.607</b>	<b>92,0 (88,7-91,3)</b>	<b>90</b>	<b>29,4</b>	<b>27</b>	<b>237</b>
Act. prof. dispensación medicamentos con receta	12.613	42,0 (40,7-42,4)	42	11,6	15	80
Act. prof. dispensación fórmulas	94	0,3 (0,23-0,40)	0	0,7	0	5
Act. prof. indicación farmacéutica	2.771	9,2 (8,5-10)	9	6,5	0	81
Act. prof. automedicación	9.943	33,1 (31,1-35,2)	32	18,3	0	221
Act. prof. consultas	2.186	7,3 (6,6-8,0)	6	6,1	0	26

### Actuaciones profesionales no farmacéuticas.

Como se ha visto, las demandas de actuaciones profesionales no farmacéuticas, son las que no necesitan del farmacéutico para su realización, pudiéndose realizar por cualquier persona de la farmacia. Son actuaciones sin consejos añadidos. Destaca que menos del 10% de actuaciones profesionales totales son ventas (tabla 18) (Graf 35).

**Gráfica 35. Actuaciones profesionales no farmacéuticas.**



### 3. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación.

El total de actuaciones profesionales con dispensación realizadas en las farmacias comunitarias del estudio son 25.421, destaca que ese dato represente el 83% del total de actuaciones realizadas en las farmacias de estudio (tabla 22).

**Tabla 22. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación.**

**Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Act. profesionales Con dispensación	Act. profesionales Sin dispensación
<b>30.617</b>	<b>25.421</b>	<b>5.196</b>
<b>100%</b>	<b>83,02%</b>	<b>16,97%</b>

La media diaria de dispensaciones de medicamentos en la farmacia, bien con receta o sin ella, es de 84,7(IC95% 81,6-87,9) actuaciones/día (tabla 23).

**Tabla 23. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Median a	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Total actuaciones profesionales</b>	30.617	102,1 (98,3-05,8)	99	32,8	32	339
Act. prof. Con dispensación	25.421	84,7 (81,6-7,9)	84	28,0	22	326
Act. prof. Sin dispensación	5.196	17,3 (16,3-8,3)	16	8,6	1	73

La media diaria por paciente, de dispensaciones de medicamentos en la farmacia, bien con receta o sin ella, es de 1,03 dispensaciones/paciente/día. Podría decirse que todo paciente que entra en la farmacia solicita una dispensación de medicamento, bien con receta o sin ella.

#### **Actuaciones profesionales con dispensación. Clasificación.**

Las actuaciones profesionales con dispensación se han dividido para su mejor estudio en todas aquellas que para su realización conllevan la actuación de dispensación, como son las de dispensación con receta, automedicación e indicación. Destaca que la dispensación de medicamentos con receta y la dispensación en automedicación sean las dos actuaciones profesionales más frecuentes del total de dispensaciones que se realiza en las farmacias de estudio (tabla 24).



**Tabla 24. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.**

Distribución de frecuencias.

Actuaciones profesionales con dispensación	Act. Prof.			
	Act. Prof. Dispensación medicamentos	Dispensación fórmulas	Act.Prof. lindicación farmacéutica	Act.Prof. Automedicación
25.421	12.613	94	2.771	9.943
100%	49,61%	0,37%	10,90%	39,11%

La media diaria de la actuación con dispensación de medicamentos más demandadas, es la dispensación con receta 42,0 (IC 95% 40,7-42,4) y la que menos la dispensación de fórmulas 0,3 actuación /día (IC 95% 0,23-0,40) (tabla 25)

**Tabla 25. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. profesionales con dispensación</b>	25.421	84,7 (81,6-87,9)	84	28	22	326
Act. prof. dispensación medicamentos con receta	12.613	42,0 (40,7-42,4)	42	11,6	15	80
Act. prof. dispensación fórmulas	94	0,3 (0,23-0,40)	0	0,7	0	5
Act. prof. indicación farmacéutica	2.771	9,2 (8,5-10)	9	6,5	0	81
Act. prof. automedicación	9.943	33,1 (31,1-35,2)	32	18,3	0	221

### Actuaciones profesionales: sin dispensación. Clasificación.

Las actuaciones profesionales sin dispensación son las que no necesitan del protocolo de dispensación para su realización, como son las consultas que el paciente realiza, o bien las ventas. Destaca que las ventas ocupen un porcentaje más elevado (57,93) que las consultas (42,07) (tabla 26).

**Tabla 26. Actuaciones profesionales sin dispensación. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones. profesionales sin dispensación	Act.Prof. Consulta	Act.Prof . Venta
5.196	2.186	3.010
100%	42,07%	57,93%

Las consultas que se reflejan en el estudio son las consultas realizadas por el paciente en cualquier momento, pero no las que se hagan en el transcurso de alguna otra actuación como puede ser: dispensación, indicación o automedicación, ya que en estos casos se consideran ligados a otra actuación como “consejos”. También comentar que no son consultas de indicación, como algunos autores incluyen. Es, por ejemplo, el caso del paciente que solicita la interpretación de una analítica, o bien, es toda actuación profesional que se realiza en la farmacia comunitaria que no conlleva la dispensación de un medicamento. Son actuaciones no relacionadas con la dispensación de medicamentos.

La media diaria de actuaciones profesionales sin dispensación es de 17 actuaciones /día (IC 95% 16,3-18,3), de las cuales siete serían solicitudes de consultas (con o sin venta) y diez ventas de productos sin consejos añadidos.

**Tabla 27. Actuaciones profesionales sin dispensación.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Media na	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Total Act. profesionales SIN DISPENSACION</b>	5.196	17,3 (16,3-18,3)	16	8,6	1	73
Act. Prof. consultas	2.186	7,3 (6,6-8,0)	6	6,1	0	26
Act. Prof. ventas	3.010	10,0 (9,2-10,9)	8	7,5	0	70

La media diaria por paciente de Act. prof. sin dispensación es de 0,20. Podría decirse que por cada 5 pacientes que entran en la farmacia, se demanda una actuación que no requiere dispensación de medicamento.

#### **4. Actuaciones profesionales: con receta y sin receta.**

Otra división posible de las actividades profesionales que se realizan en una farmacia comunitaria sería las que se demandan con o sin receta médica.

Se observa en el estudio, que casi el 60% de las Actuaciones Profesionales que se demandan en la farmacia comunitaria son sin receta (tabla 28).

**Tabla 28. Actuaciones profesionales: con y sin receta. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Act. Profesionales con receta	Act. Profesionales sin receta
<b>30.617</b>	12.707	17.910
<b>100%</b>	41,50 %	<b>58,50 %</b>

Según se desprende de los resultados obtenidos, la media diaria de actuaciones con receta que se realizan en las farmacias de estudio es de 42,4 (IC 95% 41,0 – 43,7) actuaciones /día y 59,7 (IC 95% 56,6 – 62,8) actuaciones/día sin receta. (Tabla 29).

**Tabla 29. Actuaciones profesionales: con y sin receta.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Media na	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Total actuaciones profesionales</b>	<b>30.617</b>	<b>102,1 (98,3-105,8)</b>	<b>99</b>	<b>32,8</b>	<b>32</b>	<b>339</b>
Act. profesionales con receta	12.707	42,4(41,0-43,7)	42	11,7	15	80
Act. profesionales sin receta	17.910	59,7(56,6-62,8)	56	27,2	4	315

La media paciente /día de la demanda de dispensaciones con receta es de 0,50, y de 0,71 la media paciente por día de actuaciones sin receta. Podría decirse que por cada 10 pacientes del total que entran al día en la farmacia, se demandan cinco actuaciones

de dispensación con receta y siete sin receta.. Cada una de estas actuaciones profesionales con o sin receta, se clasifica en otras, como se ve a continuación.

#### 4.1 Actuaciones profesionales: con receta.

Las Actuaciones profesionales con receta médica, son las dispensaciones de medicamentos y la dispensación fórmulas magistrales, bajo prescripción médica.

Destaca la poca frecuencia en la demanda de fórmulas magistrales en las farmacias de estudio (0,74%), prácticamente toda la dispensación con receta es de medicamentos (99,26%) (Tabla 30).

**Tabla 30. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales con receta	Act. profesionales dispensación con receta medicamentos	Act. profesionales dispensación con receta fórmulas
12.707	12.613	94
<b>100%</b>	99,26 %	<b>0,74 %</b>

La media diaria de estas actuaciones con receta se refleja en la tabla 31, siendo para la dispensación de fórmulas de 0,3 (IC 95% 0,23-0,40) dispensaciones /día.

**Tabla 31. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Datos descriptivos.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Media na	Desv. típ.	Míni mo	Máxi mo
Act. Profesionales con receta	12.707	42,4 (41,0-43,7)	42	11,7	15	80
Act. Prof. dispensación medicamentos	12.613	42,0 (40,7- 42,4)	42	11,6	15	80
Act. Prof. dispensación fórmulas	94	0,3 (0,23-0,40)	0	0,7	0	5

#### **4.1.1 Actuación profesional con receta de dispensación de medicamentos.**

Como se ha visto anteriormente la dispensación de medicamentos, dentro de las dispensaciones con receta representaba casi el 100% de las dispensaciones. Estas dispensaciones se han clasificado en dos grupos: sin incidencia (S/I) y con incidencia(C/I). Atendiendo al resultado de la aplicación del protocolo de dispensación de medicamentos.

Destacamos que más de las tres cuartas partes del total de las dispensaciones con receta, son sin incidencia, o sea que ningún acontecimiento interrumpe el curso natural del proceso de dispensación (tabla 32).

**Tabla 32. Clasificación de actuaciones profesionales con receta. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales dispensación medicamentos con receta		
	Con incidencia	Sin incidencia
	<b>12.613</b>	<b>9.716</b>
	<b>100%</b>	<b>77,03%</b>
	<b>2.897</b>	<b>22,97 %</b>

La media diaria del total de dispensaciones de medicamentos con receta, que cursan sin incidencia, es de 32,4 dispensaciones/día (tabla 33).

**Tabla 33. Clasificación de actuaciones profesionales dispensación con receta.**

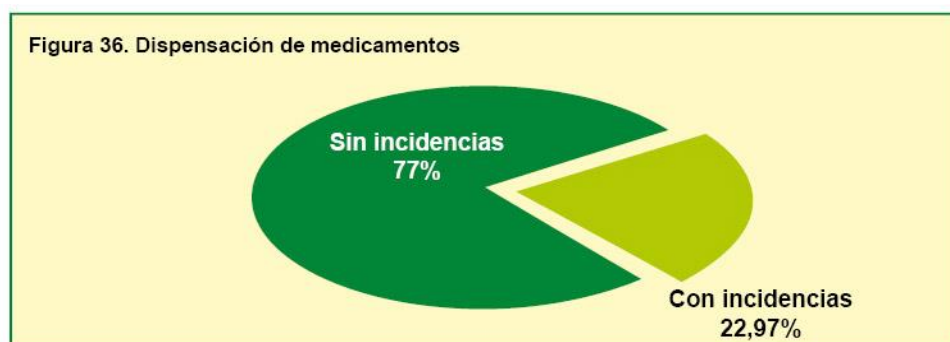
	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Media na	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Dispensación medicamentos con receta</b>	<b>12.613</b>	<b>42,0 (40,7-42,4)</b>	<b>42</b>	<b>11,6</b>	<b>15</b>	<b>80</b>
Con incidencia	<b>2.897</b>	<b>9,7(8,6-10,79)</b>	<b>6</b>	<b>8,9</b>	<b>0</b>	<b>38</b>
Sin incidencia	<b>9.716</b>	<b>32,4(31,3-36,6)</b>	<b>31</b>	<b>10,5</b>	<b>7</b>	<b>79</b>

Se puede decir, atendiendo a los datos del estudio que por cada 10 pacientes del total que entra en las farmacias, se demandan 5 dispensaciones de medicamento con receta y de esas cinco demandas de dispensaciones de medicamentos con receta, cuatro cursan sin incidencia.

#### 4.1.1.1 Incidencias en la actuación profesional con receta de dispensación de medicamentos.

Las dispensaciones con receta de medicamentos, que cursan con incidencia suponen casi el 23% (n=2.897) del total de ellas. Estas actuaciones son las dispensaciones que se han visto interrumpidas en su proceso por cualquier problema relacionado con la farmacoterapia, obligando, en la mayoría de casos, a evaluarlo en un episodio de seguimiento (tabla 32) (gráf 36).

**Gráfica 36. Clasificación actuación profesional de dispensación de medicamentos con receta.**



La clasificación de las posibles incidencias que pueden surgir en el proceso de dispensación sigue la recomendación de Foro(44), aunque con algún matiz diferente en pro de la agilidad de la herramienta.

En la distribución de frecuencias para estas incidencias, que representan el 23% de todas las dispensaciones de medicamentos con receta, se observa que la incidencia más frecuente, en más de un 86%, es la de la falta de información del paciente, bien sobre el medicamento, en un 43 %, bien sobre los consejos higiénico dietéticos para mejorar su problema de salud, en un 43 %.(tabla 34).



**Tabla 34. Incidencias en las actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta. Distribución de frecuencias.**

Incidencias en Act prof dispensación						
	IPM	Consejos	SFT	Médico	FCVG	No dispensación
<b>2.897</b>	1.398	1.203	274	15	0	7
<b>100</b>	48,26%	41,52%	9,46%	0,52%	0%	0,24%

Se ha visto que las incidencias en la dispensación de medicamentos con receta suponen casi un 23% del total de las dispensaciones de medicamentos con receta; de estas incidencias casi un 10% lo son, por creer conveniente abrir un episodio de seguimiento al detectar un PRM o RMN, o porque el paciente está en SFT o sería conveniente que estuviera. (Tabla 34).

De ese 23% de incidencias detectadas en la dispensación de medicamentos con receta, un 0,5% se deriva al médico, aunque se le dispensa el medicamento (Tabla 34).

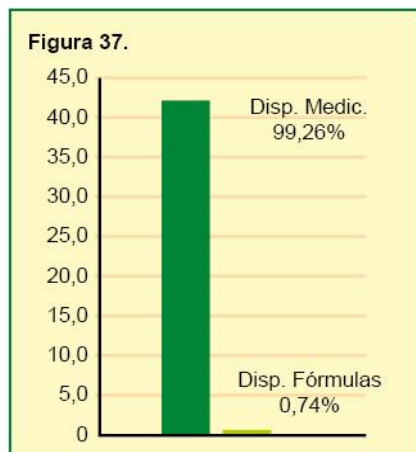
No hay, en el periodo de estudio, incidencia de una posible alerta en un efecto adverso del medicamento que debe ser notificado a SEFV (Tabla 34).

#### **4.1.2. Actuación profesional de dispensación con receta de fórmulas magistrales.**

Se ha visto que la demanda de actuaciones profesionales de dispensación magistral, en estas farmacias comunitarias de estudio, supone casi un 1% de la demanda con receta médica. (Gráfica 37).

La media diaria se corresponde con 0,6 (0,4-0,7) dispensación de fórmulas /día (tabla 31).

**Gráfica 37. Actuaciones profesionales de dispensación de fórmulas magistrales.**



**4.2 Actuaciones profesionales sin receta.**

Las Actuaciones profesionales sin receta médica, que representan casi el 60% de las totales demandas en la farmacia comunitaria (tabla 20), se clasifican a continuación, para un mejor estudio.

Destaca, que más de la mitad de ellas, son demandas de automedicación por parte de los pacientes que acuden a la farmacia. (Tabla 35).

**Tabla 35. Clasificación de actuaciones profesionales sin receta. Distribución de frecuencias.**

Act. Profesionales sin receta	Act.Prof. farmacéutica	Act.Prof . Automedicación	Act.Prof. Consulta	Act.Prof. Ventas
<b>17.910</b>	2.771	9.943	2.186	3.010
<b>100%</b>	15,47%	55,52%	12,21%	16,80%

Diariamente en las farmacias de estudio se demandan 59,7(IC 95% 56,6-62,8) act. prof. sin receta, siendo la automedicación, la más frecuentemente demandada, con media diaria de 33,1 (IC 95% 31,1-35,2) actuaciones/día (tabla 36).

**Tabla 36. Clasificación de actuaciones profesionales sin receta.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Media na	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Act. profesionales sin receta total</b>	17.910	<b>59,7 (56,6-62,8)</b>	56	27,2	4	315
Act. Prof. Indicación farmacéutica	2.771	9,2 (8,5-10)	9	6,5	0	81
Act. Prof. Automedicación	9.943	33,1 (31,1-35,2)	32	18,3	0	221
Act. Prof. Consultas	2.186	7,3 (6,6-8,0)	6	6,1	0	26
Act. Prof. Ventas	3.010	10,0 (9,2-10,9)	8	7,5	0	70

La media por paciente, de actuaciones profesionales sin receta, es de 0,70 actuaciones /paciente/día. Podría decirse que de por cada 10 pacientes del total que acuden a la farmacia, se demandan siete actuaciones sin receta.

A continuación se observarán los resultados de cada una de las actuaciones profesionales sin receta médica que se han demandado en las farmacias comunitarias de estudio y sus incidencias.

#### 4.2.1. Actuación profesional de indicación farmacéutica.

La indicación farmacéutica, que es el servicio prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto, supone casi el 9% del total de la labor demandada en la farmacia (tabla 15), el 10% de las actuaciones farmacéuticas (tabla 20), el 10,90% de la dispensación de medicamentos total en la farmacia (tabla 24) y el 15,47% de la demanda sin receta médica (tabla 35).

La media diaria de indicaciones farmacéuticas realizadas es de 9,2 (IC 95%8,5-10,0) actuaciones /día (tabla 37).

**Tabla 37. Actuación profesional de indicación farmacéutica. Datos distributivos.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínim o	Máxim o
<b>Act. Prof. Indicación farmacéutica</b>	2.771	9,2 (8,5-10)	9	6,5	0	81

Según los datos obtenidos, se realizan 0,11 indicaciones farmacéuticas por paciente y día. Se podría decir por cada 10 pacientes que entran al día en la farmacia, uno demanda una actuación profesional de indicación.

## Clasificación de las resoluciones de las indicaciones farmacéuticas.

La indicación farmacéutica solicitada por el paciente puede resolverse de diferentes maneras, atendiendo a las necesidades y a las características del paciente.

En el estudio realizado, las indicaciones farmacéuticas demandadas se resuelven casi en un 99% de los casos recomendando un medicamento, o un producto de fitoterapia u homeopatía (Tabla 38).

**Tabla 38. Clasificación de las resoluciones de las indicaciones farmacéuticas. Distribución de frecuencias.**

Indicación farmacéutica total	Indicación medicamento y consejos			Indicación medicamento y derivación médico		Indicación y derivación servicios	Derivación Otros servicios
	Indicación medicamento y consejos	Indicación consejos	Indicación medicamento y derivación médico	Derivación médico	Indicación y derivación servicios	Derivación Otros servicios	
<b>2.771</b>	2.725	13	26	7	0	0	
<b>100%</b>	98,34%	0,47%	0,94%	0,25%	0	0	

Solo en un 1,2% del total de las indicaciones demandadas en las farmacias de estudio, se deriva el paciente al médico con, o sin venta asociada. Menos de un 1% de las indicaciones solicitadas se resuelven sin dispensar (Tabla 38).

Diariamente en las farmacias de estudio se demandan 9,2 (IC 95% 8,5-10) indicaciones/día resolviéndose mayoritariamente, como se ha visto, con la indicación de un medicamento o producto (tabla 39).

**Tabla 39: Clasificación de las resoluciones de las indicaciones farmacéuticas.**

**Datos distributivos.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Median a	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Farm. Indicación total</b>	<b>2.771</b>	<b>9,2 (8,5-10)</b>	<b>9</b>	<b>6,5</b>	<b>0</b>	<b>81</b>
Indicación de medicamento	2.725	9,1(8,35-9,81)	8	6,4	0	79
Indicación solo consejos	13	0,0(0,00-0,08)	0	0,3	0	4
Indicación medicamento y derivación al médico	26	0,1(0,05-0,12)	0	0,3	0	2
Derivación al médico	7	0,0(0,00-0,04)	0	0,2	0	2
Indicación de medicamento y derivación a otros servicios (SFT)	0	0,0(0,00-0,00)	0	0,0	0	0
Derivación a otros servicios (SFT)	0	0,0(0,00-0,00)	0	0,0	0	0

**4.2.2. Actuación profesional en automedicación.**

La demanda de actuaciones profesionales de automedicación solicitadas en el periodo de estudio, como se ha visto anteriormente, corresponde a más de un 30% del total de actuaciones que se realizan en las farmacias comunitarias (tabla 15), a un 36% de las actuaciones profesionales farmacéuticas (tabla 20), a un 39,11% de toda la dispensación realizada en la farmacia (tabla 24) y a casi un 60% de la demanda de actuaciones profesionales sin receta médica (Tabla 35).

La media diaria de automedicaciones que demanda el paciente en las farmacias del estudio es de 33,1 (IC95% 31,1-5,2) actuaciones día (tabla 40).

**Tabla 40. Actuación profesional en automedicación.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. tıp.	Mínimo	Máximo
Act.Prof. automedicación	9.943	33,1 (31,1-35,2)	32	18,3	0	221

La media de actuaciones profesionales de automedicación por paciente y día es de 0,39. Se puede decir, atendiendo a los datos del estudio, que de cada 5 pacientes que acude a la farmacia, dos lo hacen por automedicación.

Esta demanda por parte del paciente de un medicamento en concreto para aliviar su problema de salud, se ha querido clasificar según se ha desarrollado la actuación en: sin y con incidencia.

**Más de un 80%** del total de las automedicaciones registrados en las farmacias de estudio, son sin incidencia (tabla 41), o sea que el paciente, en principio, reconoce sus síntomas correctamente, y elige el medicamento adecuado, sabiendo cómo utilizarlo.

**Tabla 41: Clasificación de la actuación profesional de automedicación. Distribución de frecuencias.**

Act prof. Automedicación	Act prof. Automedicación sin incidencia	Act .prof. Automedicación con incidencia
9.943	8.142	1.801
100%	81,89%	18,11%

Respecto a la automedicación con incidencias, que es cuando el paciente solicita un medicamento o producto concreto que no es adecuado para su problema de salud o le falta información, ésta se detecta en un 18% del total de automedicaciones solicitadas (Tabla 41).

La media diaria de automedicaciones que cursan sin incidencia, es de 27,1 (IC95% 25,32-28,76) actuaciones /día frente a la media de 6,0 (IC 95% 5,2-6,8) actuaciones de automedicación, en cuyo protocolo de actuación, se detecta alguna incidencia que alerta que el medicamento solicitado, no es adecuado para el paciente, o no tienen suficiente información para utilizarlo adecuadamente (tabla 42).

**Tabla 42. Clasificación de la actuación profesional de automedicación.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Automedicación</b>	<b>9.943</b>	<b>33,1 (31,1-35,2)</b>	<b>32</b>	<b>18,3</b>	<b>0</b>	<b>221</b>
Con incidencia	1.801	6,0 (5,2-6,8)	4	7,4	0	76
Sin incidencia	8.142	27,1(25,32-8,76)	26	16,1	0	145

Se puede decir, atendiendo a los datos del estudio que por cada 10 pacientes del total que entran en la farmacia al día, se demandan 3 automedicaciones, que cursa sin incidencia.



## Actuaciones profesionales de automedicación con incidencias.

Se ha visto que más del 80% de automedicaciones se cursan sin incidencia (tabla 41). Casi el 20% de las demandas de automedicación que sí se cursan con alguna incidencia en su dispensación, corresponden casi en el 93% a automedicaciones, solicitadas por pacientes que necesitan información, bien sobre el medicamento o bien de su enfermedad. Casi un 7% de las automedicaciones solicitadas se sustituyen por otro medicamento o producto, por no ser adecuado para su problema de salud y el 2% restante de las automedicaciones se resuelven con derivación al médico o asesorando sin dispensar (tabla 43).

**Tabla 43. Actuación profesional de automedicación que cursa con incidencias.**

### Distribución de frecuencias.

Incidencias act. prof. automedicación	AUTOM Adecuada	AUTOM Adecuada	AUTOM Adecuada	SUSTIT AUTOM Por medic + consejos	SUSTIT AUTOM Por medic + medico	SUSTIT AUTOM Por medic +deriv SFT	SUSTIT AUTOM Por consejos (SC)	SUSTIT AUTOM Por Deriv med (SM)	SUSTIT AUTOM Por deriv SFT (SS)
	CONSEJOS (AC)	MEDICO (AM)	SFT (AS)	(SC)	(SM)	(SM)	(SC)	(SM)	(SS)
1.801	1.670	4	0	122	3	0	2	0	0
100%	92,73 %	0,22 %		6,77 %	0,17%		0,11%		

#### 4.2.3. Actuación profesional de consulta.

La resolución de las consultas no lleva implícito la dispensación de ningún medicamento, se resuelven atendiendo a nuestros conocimientos en farmacoterapia y salud.

La demanda detectada de consultas en el estudio corresponde, como se ha visto, al 7,14% (tabla 15) del total de las actuaciones profesionales solicitadas, al 7,90% de las actuaciones farmacéuticas (tabla 20), el 42% de las actuaciones sin dispensación que se realizan en la farmacia comunitaria. (Tabla 24) y casi el 12% de las actuaciones profesionales sin receta médica (Tabla 35).

La demanda de actuaciones profesionales de consultas se ha clasificado en dos tipos, para agilizar su registro

- *consulta sin venta asociada*
- *consulta con venta asociada*

De ellas, las que se consideran **con venta asociada corresponden al 90%** del total. Son las consultas realizadas sobre dermofarmacia, ortopedia, dietética y veterinaria en el momento de su venta (Tabla 44).

Las consultas **sin ventas asociadas representan casi el 11%** (tabla 44) del total de consultas. Son consultas solicitadas fuera del entorno de las actuaciones farmacéuticas. Son consultas sobre enfermedades, análisis, hábitos recomendables, duda con algún medicamento etc. La resolución de estas consultas no lleva venta asociada, por tanto es una actuación sin gastos para el paciente.

**Tabla 44. Actuación profesional de consulta. Distribución de frecuencias.**

<b>Act. prof. consultas</b>	<b>Act. prof. consultas sin venta</b>	<b>Act. prof. consultas con venta</b>
<b>2.186</b>	230	1.956
100%	10,52%	89,48%

La media diaria de actuaciones de consulta por parte del paciente está en 7,3 consultas /día (IC 95% 6,6-8,0) (tabla 45).

**Tabla 45. Actuación profesional de consulta.**

	Global					
	Total	Media Media/día (IC95%)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. consulta</b>	2.186	7,3(6,6-8,0)	6	6,1	0	26
<b>Act. Prof. Consultas sin venta</b>	230	0,8 (0,62-0,92)	0	1,3	0	8
<b>Act. Prof. Consultas con venta</b>	1.956	6,5 (5,84-7,20)	4	6,0	0	26

La media de la demanda de consultas en las farmacias de estudio, es de de 0,08 consultas por paciente/día. Se puede decir que por cada 12 pacientes, del total que acuden en un día a la farmacia, uno demanda una consulta.

## DATOS POR FARMACIA

### 1. Actuaciones profesionales

Se ha considerado actuación profesional, a toda actuación realizada para resolver la demanda que el paciente hace en la farmacia comunitaria.

El total de actuaciones profesionales realizadas en los 6 meses que duró el estudio fue de 30.617, considerándose que se realizaron, 15.552 en la OF1 (51%), y 15.115 (49%) en la OF2 (Tabla 46), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,496$ )(tabla 79).

Se realizó un contraste de hipótesis mediante el estadístico de t-student con la intención de testar si las actuaciones de ambas farmacias son iguales o diferentes, es decir, para comprobar si las diferencias que se observan en el número de actuaciones entre ambas farmacias es estadísticamente significativo o puede deberse al azar de los datos de la muestra. El nivel de significación que nos ofrece la prueba es de  $p=0.490$ , por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad entre las actuaciones que se llevan a cabo en ambas farmacias.

**Tabla 46. Actuaciones profesionales, en las dos farmacias comunitarias del estudio. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Actuaciones profesionales	
	OF1	OF2
<b>30.617</b>	15.552	15.115
00%	51%	49%

Se observa que las dispensaciones de medicamento (OF un 43,12%, OF2 un 39,23%) y las automedicaciones (OF1 un 29,58%, OF2 un 35,44%) son las actuaciones más demandadas en las dos farmacias de estudio y la dispensación de fórmulas magistrales, las que menos (OF1 un 0,47%, OF2 un 0,15%) (tabla 47).

**Tabla 47. Actuaciones profesionales demandadas por farmacia. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales	Act. Prof. Dispensación medicamento		Act. Prof. Dispensación fórmulas		Act. Prof. Indicación farmacéutica		Act. Prof. Automedicación		Act. Prof. Consulta		Act. Prof. Ventas	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>OF1</b>												
15.502	6.684		72		1.374		4.586		1.688		1.098	
<b>100%</b>	43,12%		0,47%		8,86%		29,58%		10,89%		7,08%	
<b>OF2</b>												
15.115	5.929		22		1.397		5.357		498		1.912	
<b>100%</b>	39,23%		0,15%		9,24%		35,44%		3,29%		12,65%	

La media diaria de actuaciones profesionales para la OF1 es de 103,3 (IC 95% 98-108,7) actuaciones y 100,8 (IC 95% 95,6-105,9) actuaciones para la OF2 (tabla 48). En ambas farmacias podría decirse que por cada 5 pacientes que entran al día, se solicitan 6 actuaciones profesionales.

**Tabla 48. Actuaciones profesionales, en las dos farmacias comunitarias del estudio.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Total actuaciones profesionales</b>	15.502	103,3 (98-8,7)	106	33,4	32	339	15.115	100,8 (95,6-05,9)	95	32,1	52	295
Act. Prof. Dispensación medicamento con receta	6.684	44,6 (42,6-5)	46	12,2	15	78	5.929	39,5 (37,9-1,2)	39	10,4	16	80
Act. Prof. Dispensación fórmulas	72	0,5 (0,3-0,6)	0	0,9	0	5	22	0,1 (0,07-22)	0	0,5	0	3
Act. Prof. Indicación farmacéutica	1.374	9,2 (7,9-0,4)	9	7,9	0	81	1.397	9,3 (8,5-10,1)	9	4,8	1	29
Act. Prof. Automedicación	4.586	30,6 (27,2-34)	30	21,3	0	221	5.357	35,7 (33,4-38)	34	14,4	12	126
Act. Prof. Consultas	1.688	11,3 (10,4-2,1)	11	5,6	0	26	498	3,3 (2,8-3,9)	3	3,4	0	25
Act. Prof. Ventas	1.098	7,3 (6,7-7,9)	7	3,8	0	21	1.912	12,7 (11,3-4,2)	10	9,1	1	70

En la siguiente tabla en la que se refleja la media de actuaciones diaria de cada mes, se observa la regularidad en la frecuencia en que es demandada esta actuación para la OF1, sin embargo en la OF2, de costa, muestra un aumento de sus actuaciones profesionales en el mes de marzo y junio (gráfica 38).

**Gráfica 38. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales.**



Junto a estas actividades diarias, reflejo de la labor que se realiza en la farmacia comunitaria, también se ha calculado el número de pacientes atendidos en cada una de las farmacias, resultando un total de 13.112 pacientes atendidos en la OF1 y 12.201 en la OF2 (tabla 49). Esta diferencia, es estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

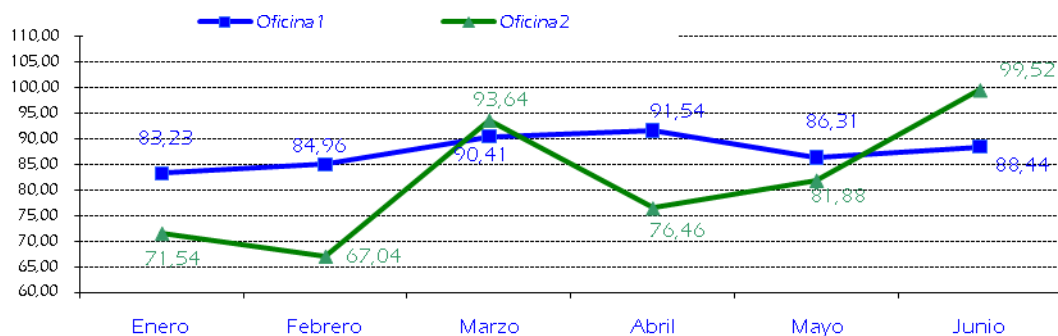
La media diaria de pacientes atendidos en las farmacias del estudio es de 87,4 (IC 95% 84,3-90,6) para la OF1 Y 81,4 (IC 95% 77,85-87) para la OF2 (tabla 49).

**Tabla 49. Pacientes atendidos mensualmente en el período de estudio.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC95%)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Pacientes atendidos	13.112	87,4 (84,3-90,6)	91	19,7	40	130	12.215	81,4 (77,85,87)	77	27,7	7	238

Se observa un aumento del número de pacientes atendidos en los meses de marzo, mayo y junio, en la OF2, mientras que no existe fluctuación en la OF1 (gráfica 39).

**Gráfica 39. Demanda mensual/diaria de pacientes atendidos en las farmacias de estudio.**



## 2. Actuaciones profesionales: farmacéuticas y no farmacéuticas (ventas).

Una de las categorizaciones de la variable de estudio "Actuaciones Profesionales" ha sido la consideración de farmacéuticas, o no, atendiendo a si era necesaria la presencia del farmacéutico para resolverlas.

Destaca para las dos farmacias, que la frecuencia de distribución de las act. prof. farmacéuticas demandadas por el paciente, sea superior al 85% (tabla 50).

La OF1 atiende en ese período de tiempo a una mayor demanda de actuaciones profesionales farmacéuticas (n=14.404) que la OF2 (n=13.203) (tabla 50), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).



**Tabla 50. Actuaciones profesionales farmacéuticas y no farmacéuticas.**

**Distribución de frecuencias.**

Actuaciones profesionales OF1	Act. Prof. Farmacéuticas	Act. Prof. No farmacéuticas
	15.502	14.404
100%	92,92%	7,08%
Actuaciones profesionales OF2	Act. Prof. Farmacéuticas	Act. Prof. No farmacéuticas
	15.115	13.203
100%	87,35%	12,65%

Las medias diarias de las actuaciones farmacéuticas son 96,0 (IC 95% 90,8-101,3) para la OF1 y 88,0 (IC 95% 84-92), para la OF2 (tabla 51).

Por paciente, la OF1, realiza 1,09 actuaciones farmacéuticas/día y la OF2 1,08 actuaciones farmacéuticas /día.

**Tabla 51. Actuaciones profesionales farmacéuticas en las dos farmacias comunitarias del estudio.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Media	Desv	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv	Mínimo	Máximo
<b>Actuaciones profesionales</b>	15.502	103,3 (98-108,7)	106	33,4	32	339	15.115	100,8 (95,6-105,9)	95	32,1	52	295
<b>Act. Prof. Farmacéuticas</b>	14.404	96,0 (90,8-101,3)	99	32,7	27	337	13.203	88,0 (84-92)	85	25,0	43	225
<b>Act. Prof. No farmacéuticas</b>	1.098	7,3 (6,7-7,9)	7	3,8	0	21	1.912	12,7 (11,3-14,2)	10	9,1	1	70

Las medias diarias de las actuaciones no farmacéuticas son 7,3 (6,7-7,9) para la OF1 y 12,7 (11,3-14,2) para la OF2 (tabla 51).

### Actuaciones profesionales farmacéuticas. Clasificación.

Considerando como actuaciones farmacéuticas, las actuaciones que se demandan en la farmacia comunitaria, que deben ser resueltas por el farmacéutico, se observa en las dos farmacias de estudio, que las actuaciones farmacéuticas más frecuentemente demandadas son las de dispensación con receta (OF1 en 46,9% y OF2 en 44,91%) y las actuaciones de automedicación (OF1 en 31,84% y OF2 en 40,57%) (Tabla 52).

**Tabla 52. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.**

Act. Prof. Farmacéuticas OF1	Act. Prof.	Act. Prof.	Act. Prof.	Act.	Prof. Act.	Prof.
	Dispensación medicamento	Dispensación fórmulas	Indicación farmacéutica	Automedicación	Consulta	
14.404	6.684	72	1.374	4.586	1.688	
100%	46,40%	0,50%	9,54%	31,84	11,72%	
Act. Prof. Farmacéuticas OF2	Act. Prof.	Act.	Prof. Act. Prof.	Act.	Prof. Act.	Prof.
	Dispensación medicamento	Dispensación fórmulas	Indicación farmacéutica	Automedicación	Consulta	
13.203	5.929	22	1.397	5.357	498	
100%	44,91%	0,17%	10,58%	40,57%	3,77%	

En las farmacias de estudio, la actuación profesional farmacéutica menos demandada es la dispensación de fórmulas magistrales.

La solicitud de consulta y de indicación farmacéutica no siguen el mismo orden en las dos. En la OF1 son más frecuentemente demandadas las consultas, que las indicaciones farmacéuticas y en la OF2 ocurre al contrario (tabla 52).

Destacar la mayor demanda de automedicación en la OF2 (n=5.357) que en la OF1 (n=4.586) (tabla 52).

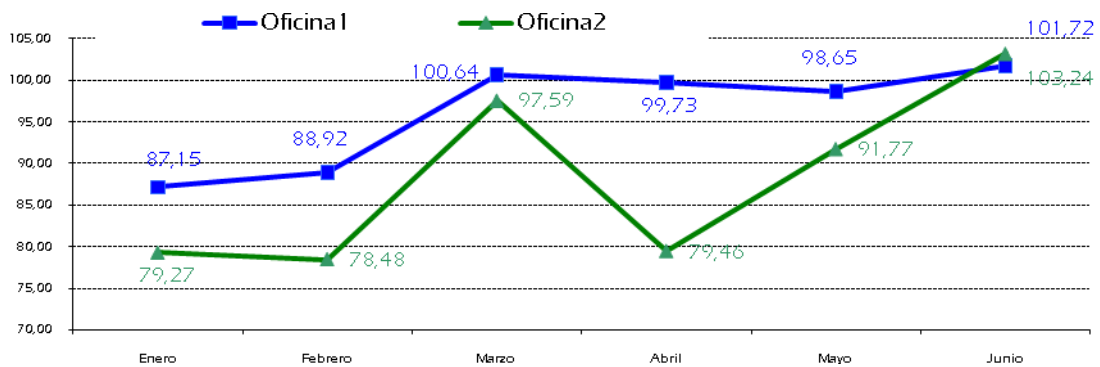
En la siguiente tabla se observan las medias diarias de las actuaciones farmacéuticas en ambas farmacias.

**Tabla 53. Clasificación de actuaciones profesionales farmacéuticas. Distribución de frecuencias.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Act. Prof. Farmacéuticas	14.404	96,0 (90,8-1,3)	99	32,7	27	337	13.203	88,0(84-92)	85	25,0	43	225
Act. Prof. Dispensación de medicamento	6.684	44,6 (42,6-6,5)	46	12,2	15	78	5.929	39,5 (37,9-41,2)	39	10,4	16	80
Act. Prof. Dispensación de fórmulas	72	0,5 (0,3-0,6)	0	0,9	0	5	22	0,1 (0,07-0,22)	0	0,5	0	3
Act. Prof. Indicación	1.374	9,2 (7,9-10,4)	9	7,9	0	81	1.397	9,3 (8,5-10,1)	9	4,8	1	29
Act. Prof. Automedicación	4.586	30,6 (27,2-34)	30	21,3	0	221	5.357	35,7 (33,4-38)	34	14,4	12	66
Act. Prof. Consultas	1.688	11,3 (10,4-2,1)	11	5,6	0	26	498	3,3 (2,8-3,9)	3	3,4	0	25

Observamos en la evolución mensual de la demanda diaria de actuaciones farmacéuticas para la OF2, como aumenta en marzo y se mantiene durante abril, mayo y junio. Se observa para la OF1, regularidad en esta demanda de actuaciones farmacéuticas (gráfica 40).

**Gráfica 40. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones farmacéuticas.**



### Actuaciones profesionales no farmacéuticas.

Como se ha visto, las demandas de actuaciones profesionales no farmacéuticas, son las que no necesitan del farmacéutico para su realización, pudiéndose realizar por cualquier persona de la farmacia. Son actuaciones sin consejos añadidos.

En la OF2 se demandan más actuaciones profesionales no farmacéuticas (ventas) (n=1.912), que en la OF1 (n=1.098) (tabla 54). Siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

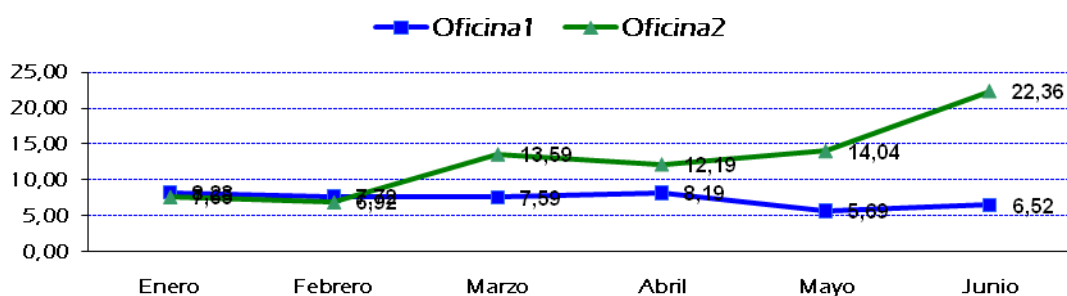
Se podría decir que, se solicita casi el doble de ventas en la OF2, que en la OF1.

### Tabla 54. Actuaciones no farmacéuticas. Distribución de frecuencias.

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Act. Prof. Ventas	1.098	7,3 (6,7-9)	7	3,8	0	21	1.912	12,7 (11,3-14,2)	10	9,1	1	225

La fluctuación de ventas, para la OF2 es mayor para los meses de marzo y junio, no observándose, para la OF1 cambios mensuales relevantes.

**Gráfica 41. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones no farmacéuticas.**



### 3. Actuaciones profesionales: con dispensación y sin dispensación.

Se han clasificado las demandas de actuaciones profesionales según se necesite realizar, o no, una dispensación de medicamento. Por tanto las act. prof., definidas como “sin dispensación” son aquellas que no están relacionadas con la dispensación de ningún medicamento.

Se observa que las actuaciones profesionales con dispensación representan más del 82% de las actuaciones totales realizadas en la farmacia comunitaria (tabla 55), siendo superior para la OF1 (n=12.716, frente a n=12.705), aunque no es una diferencia estadísticamente significativa (p=0,982)(tabla 79).

**Tabla 55. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin dispensación. Distribución de frecuencias.**

Actuaciones. Profesionales OF1	Act. Prof. Con dispensación	Act. Prof. Sin dispensación
15.502	12.716	2.786
100%	82,03%	17,97%
Actuaciones profesionales OF2	Act. Prof. Con dispensación	Act. Prof. Sin dispensación
15.115	12.705	2.410
100%	84,06%	15,94%

La media diaria de dispensaciones totales en la farmacia OF1 es de 84,8 (IC 95% 79,8-79,8) actuaciones /día y 84,7 (IC 95% 80,8-88,6) para la OF2 (tabla56).

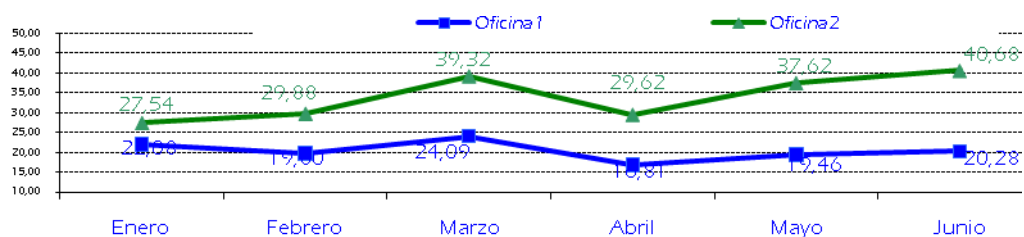
La media paciente día para la OF = 0,97 y para la OF2= 1,04. Podría decirse que cada paciente que acude a las farmacias del estudio, solicita una actuación profesional que requiere dispensación.

**Tabla 56. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin dispensación.**

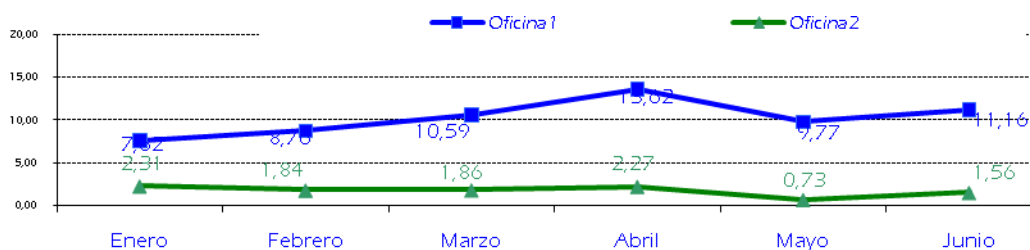
	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Farmacéuticas</b>	<b>14.404</b>	<b>96,0 (90,8-01,3)</b>	<b>99</b>	<b>32,7</b>	<b>27</b>	<b>337</b>	<b>13.203</b>	<b>88,0 (84-92)</b>	<b>85</b>	<b>25,0</b>	<b>43</b>	<b>225</b>
<b>Act. Prof. Con dispensación</b>	<b>12.716</b>	<b>84,8 (79,8-79,8)</b>	<b>86</b>	<b>31,2</b>	<b>22</b>	<b>326</b>	<b>12.705</b>	<b>84,7 (80,8-88,6)</b>	<b>81</b>	<b>24,5</b>	<b>43</b>	<b>222</b>
<b>Act. Prof. Sin dispensación</b>	<b>2.786</b>	<b>18,6 (17,5-19,6)</b>	<b>18</b>	<b>6,7</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>2.410</b>	<b>16,1 (14,5-17,7)</b>	<b>14</b>	<b>10,0</b>	<b>1</b>	<b>73</b>

Se observa fluctuación en la demanda media mensual de actuaciones profesionales con (graf. 42) y sin (graf. 43) dispensación para la OF2, en los meses de marzo, mayo y junio, no se detectan cambios para la OF1.

**Gráfica 42. Demanda mensual/día de actuaciones profesionales con dispensación.**



**Gráfica 43. Demanda mensual/día de actuaciones profesionales sin dispensación.**



**Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.**

La clasificación de las actuaciones profesionales con dispensación, se ha hecho atendiendo a las diferentes actuaciones que se realizan en la farmacia comunitaria que requieren del proceso de dispensación para su realización.

Se observa que del total de dispensaciones realizadas en las farmacias de estudio, las más frecuentes, son las dispensaciones de medicamentos con receta (OF1 con 52,56% y OF2 con 46,67%) y la dispensación por automedicación (OF1 con 36,06 y OF2 con 42,16%) (tabla57).

**Tabla 57. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación. Distribución de frecuencias.**

Act. Prof. Con dispensación OF1	Act. Prof. Dispensación medicamento	Act. Dispensación fórmulas	Prof. Act. Prof. Indicación farmacéutica	Act. Automedicación	Prof.
12.716	6.684	72	1.374	4.586	
100%	52,56%	0,57%	10,80%	36,06%	
Act. Prof. Con dispensación OF2	Act. Prof. Dispensación medicamento	Act. Dispensación fórmulas	Prof. Act. Prof. Indicación farmacéutica	Act. Automedicación	Prof.
12.705	5.929	22	1.397	5.357	
100%	46,67%	0,17%	11,00%	42,16%	



La media diaria de actuaciones profesionales con dispensación menos frecuentes en las dos farmacias es la dispensación de fórmulas magistrales (tabla 58).

**Tabla 58. Clasificación de actuaciones profesionales con dispensación.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Con dispensación</b>	<b>12.716</b>	<b>84,8 (79,8-9,8)</b>	<b>86</b>	<b>31,2</b>	<b>22</b>	<b>326</b>	<b>12.705</b>	<b>84,7 (80,8-88,6)</b>	<b>81</b>	<b>24,5</b>	<b>43</b>	<b>222</b>
Act. Prof. Dispensación de medicamento	6.684	44,6 (42,6-6,5)	46	12,2	15	78	5.929	39,5 (37,9-41,2)	39	10,4	16	80
Act. Prof. Dispensación de fórmulas	72	0,5 (0,3-0,6)	0	0,9	0	5	22	0,1 (0,07-0,22)	0	0,5	0	3
Act. Prof. Indicación	1.374	9,2 (7,9-10,4)	9	7,9	0	81	1.397	9,3 (8,5-10,1)	9	4,8	1	29
Act. Prof. Automedicación	4.586	30,6 (27,2-34)	30	21,3	0	221	5.357	35,7 (33,4-38)	34	14,4	12	66

**Clasificación de actuaciones profesionales sin dispensación.**

La clasificación de las actuaciones profesionales sin dispensación, se ha hecho atendiendo a las diferentes actuaciones que se realizan en la farmacia comunitaria que no requieren del proceso de dispensación para su realización.

Las act. prof. sin dispensación que se demandan en las farmacias del estudio, son más frecuentes en la OF1(n=2786) que en la OF2 (n=2410) (tabla 59), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student, p<0,05)(tabla 79).

Dentro de la demanda de act. prof. sin dispensación la solicitud de consultas ocupan el 60% de la demanda en la OF1 y casi el 40% en la OF2 (tabla 59).

**Tabla 59. Clasificación de actuaciones profesionales sin dispensación.**

**Distribución de frecuencias.**

<b>Actuaciones profesionales sin dispensación OF1</b>	<b>Act. Prof. Consulta</b>	<b>Act. Prof. Ventas</b>
	2.786	1.098
	60,58%	39,41%
<b>Actuaciones profesionales sin dispensación OF2</b>	<b>Act. Prof. Consulta</b>	<b>Act. Prof. Ventas</b>
	498	1.912
	20,66%	79,34%

La media diaria de act. prof. sin dispensación demandadas en las farmacias del estudio es de 18,6 (IC 95% 17,5-19,6) actuaciones /día para la OF1 y 16,1 (IC 95% 14,5-17,7) actuaciones /día para la OF2 (tabla 60). Se podría decir que en la OF1, por cada 5 pacientes que entran en la farmacia diariamente se demanda una actuación sin dispensación, o sea no relacionada con la dispensación de medicamentos.

**Tabla 60. Clasificación de actuaciones profesionales sin dispensación.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Media na	Des v. típ.	Mí ni mo	Má xi mo	Total	Media (IC 95 %)	Media na	De sv. típ.	Mí ni mo	Má xi mo
<b>Act. Prof. Sin dispensación</b>	2.786	18,6 (17,5-9,6)	18	6,7	4	36	2.410	16,1 (14,5-17,7)	14	10,0	1	73
<b>Act. Prof. Consultas</b>	1.688	11,3 (10,4-2,1)	11	5,6	0	26	498	3,3 (2,8-3,9)	3	3,4	0	25
<b>Act. Prof. Ventas</b>	1.098	7,3 (6,7-7,9)	7	3,8	0	21	1.912	12,7 (11,3-14,2)	10	9,1	1	70

#### 4. Actuaciones profesionales: con y sin receta.

La receta médica es una herramienta de trabajo importante, que refleja claramente la demanda del usuario y marca la actuación profesional a realizar para satisfacer ese servicio. Por ello se decidió la categorización de la variable de estudio “Actuaciones Profesionales”, según si el paciente demanda, con o sin receta.

Destacar, que en las dos farmacias, el porcentaje de demandas sin receta es superior al que se hace con receta.

Con respecto a la demanda de medicamentos con prescripción, existe diferencia entre las farmacias en estudio, de forma que, la farmacia OF1, tiene un porcentaje más elevado de demandas de actuaciones profesionales con prescripción médica (43,58%), que la OF2 (39,37%) (tabla 61).

Esta diferencia, según el estudio realizado es estadísticamente significativo (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

**Tabla 61. Actuaciones profesionales clasificadas según se demanden con/sin receta. Distribución de frecuencias.**

<b>Actuaciones profesionales OF1</b>	<b>Act. Prof. Con receta</b>	<b>Act. Prof. Sin receta</b>
15.502	6.756	8.746
100%	43,58%	56,42%
<b>Actuaciones profesionales OF12</b>	<b>Act. Prof. Con receta</b>	<b>Act. Prof. Sn receta</b>
15.115	5.951	9.164
100%	39,37%	60,63%

Sin embargo las diferencias entre las dos farmacias en la demanda de act. prof. sin receta, aunque mayor para la OF2 (n=9.164 frente a n=8.746) (tabla 61), no es significativa (p= 0,376) (tabla 79).

Se observan medias diarias por farmacia de actuaciones sin receta del orden de 58,3 para la OF1 y 61,1 para la OF2 (tabla 62).

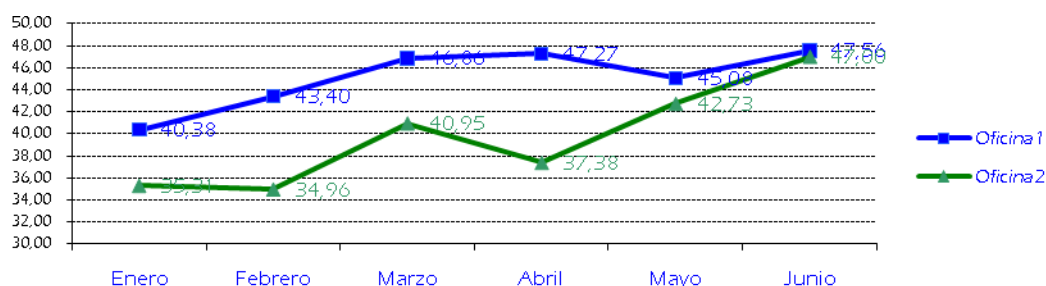
Las medias por paciente y día son de 0,67 para la OF1 y de 0.75 para la OF2. Podría decirse que para que se demanden 3 actuaciones profesionales sin receta deberían entrar 6 pacientes diariamente en la OF1 y 4 pacientes en la OF2.

**Tabla 62. Actuaciones profesionales con o sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio.**

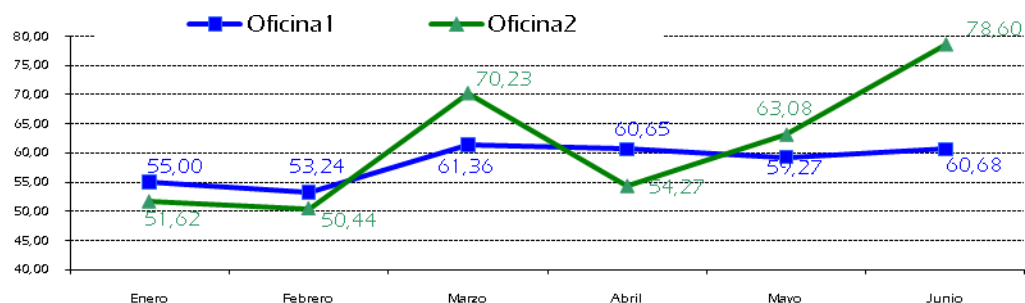
	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC95 %)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Farmacéutica</b>	14.404	96,0 (90,8-101,3)	99	32,7	27	337	13.203	88,0 (84-92)	85	25,0	43	225
<b>Act. Prof. Con receta</b>	6.756	45,0 (43,1-47)	47	12,3	15	80	5.951	39,7 (38,0-41,3)	39	10,4	16	80
<b>Act. Prof. Sin receta</b>	8.746	58,3 (53,7-62,9)	57	29,0	4	315	9.164	61,1 (57,0-65,1)	56	25,3	26	228

Se observa que la OF2, en los meses marzo, mayo y junio, aumenta su demanda de actuaciones profesionales con receta y sin ella. En al OF1 hay un ligero aumento en marzo, que se mantiene hasta junio (gráfica 44 y 45).

**Gráfica 44. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales con receta.**



**Gráfica 45. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales sin receta.**



#### 4.1 Actuaciones profesionales: con receta.

La demanda de actuaciones profesionales con receta que se realiza en la farmacia, la hemos clasificado en dispensación de medicamentos y dispensación de fórmulas magistrales.

La demanda de dispensación de medicamentos con receta es mayor para la OF1 (6.684 frente a 5.929) (tabla 63), diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

**Tabla 63. Actuaciones profesionales demandadas con receta médica.**

**Frecuencias de distribución.**

<b>Act. Prof. Con receta OF1</b>	<b>Act. Prof. Con receta de medicamento</b>	<b>Act. Prof. Con receta de fórmulas</b>
6.756	6.684	72
100%	98,93%	1,07%
<b>Act. Prof. Con receta OF12</b>	<b>Act. Prof. Con receta de medicamento</b>	<b>Act. Prof. Con receta de fórmula</b>
5.951	5.929	22
100%	99,63%	0,37%

Existe una clara diferencia en la demanda de fórmulas magistrales entre las dos farmacias comunitarias (Tabla 63), siendo significativamente mayor en la OF1 (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

Diariamente la dispensación de medicamentos con receta es de 44,6 (IC 95% 42,6-46,5), para la OF1 y 39,5 (IC 95% 37,9-41,2), para la OF2 (tabla 64).

La media diaria por paciente de estas actuaciones es de 0,51 actuaciones para la OF1 y de 0,48 actuaciones con receta para la OF2. Podría decirse que para la OF1, de cada 10 pacientes del total que acuden a la farmacia, cinco demandan una act. con receta, mientras que para la OF2 de cada 10, cuatro pacientes solicitan una act. con receta.

**Tabla 64. Actuaciones profesionales demandadas con receta médica.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Con receta</b>	<b>6.756</b>	<b>45,0 (43,1-47)</b>	<b>47</b>	<b>12,3</b>	<b>15</b>	<b>80</b>	<b>5.951</b>	<b>39,7 (38,0-41,3)</b>	<b>39</b>	<b>10,4</b>	<b>16</b>	<b>80</b>
Act. Prof. Con receta dispensación de medicamento	6.684	44,6 (42,6-46,5)	46	12,2	15	78	5.929	39,5 (37,9-41,2)	39	10,4	16	80
Act. Prof. Con receta dispensación fórmulas	72	0,5 (0,3-0,6)	0	0,9	0	5	22	0,1 (0,07-,22)	0	0,5	0	3

#### **4.1.1 Actuación profesional de dispensación de medicamentos con receta.**

##### **Clasificación.**

Las dispensaciones con receta de medicamentos pueden transcurrir sin, o con incidencias, según se desarrolle el protocolo de dispensación. Por ello se ha decidido clasificar a este grupo de actuaciones en sin/con incidencias.

Se observa que las dispensaciones de medicamentos con receta cursan frecuentemente sin incidencia, lo que significa que la mayoría de veces no se ven interrumpidas en su proceso de dispensación por ningún acontecimiento que requiera intervención por parte del farmacéutico (tabla 65).

Las incidencias detectadas en la OF1 (38,41%), son más frecuentes que las detectadas en la OF2 (5,57%) (tabla 65). Diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

**Tabla 65. Act. Prof. con receta de dispensación de medicamentos. Distribución de frecuencias.**

Act. Prof. Con receta de medicamentos OF1	Sin incidencias	Con incidencias
	6.684	4.117
100%	61,59%	38,41%
Act. Prof. Con receta de medicamentos OF2	Sin incidencias	Con incidencias
	5.929	5.599
100%	94,43%	5,57%

Las medias diarias de dispensaciones con receta de medicamentos sin incidencia son 27,4 (IC 95% 26,2-28,7), para la OF1 y 37,3 (IC 95% 36,6-39), para la OF2) (tabla 66). Se podría decir que por cada 3 pacientes que acuden diariamente a la OF1 se demanda una dispensación con receta que cursa sin incidencia y en la OF2, solo cada 2 pacientes.

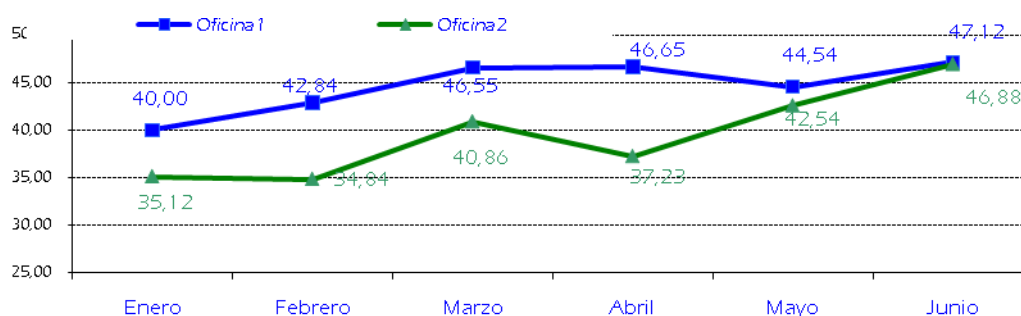


**Tabla 66. Actuaciones profesionales con receta de dispensación de medicamentos.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Media na	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Media na	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. de dispensación con receta de medicamentos</b>	6.684	44,6 (42,6-6,5)	46	12,2	15	78	5.929	39,5 (37,9-41,2)	39	10,4	16	80
sin incidencias	4.117	27,4 (26,2-8,7)	28	8,0	7	52	5.599	37,3 (36,6-39)	37	10,5	16	79
con incidencias	2.567	17,1 (16-18,2)	17	6,7	1	38	330	2,2 (1,9-2,5)	2	1,9	0	10

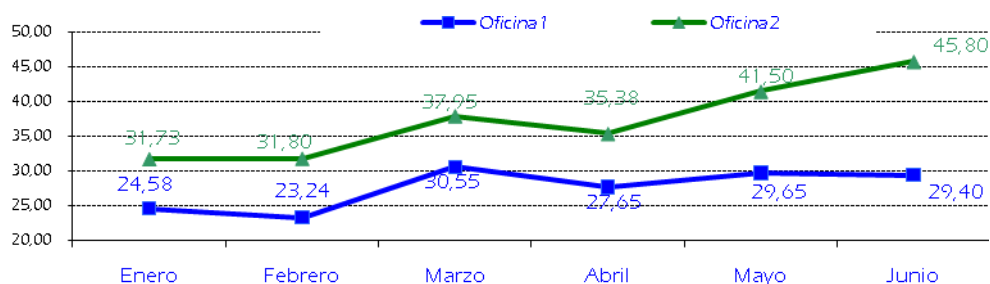
La distribución mensual de la demanda de dispensaciones con receta de medicamentos en las farmacias del estudio, tienen una fluctuación en la OF2 para los meses de marzo y junio, mientras que en la OF1, se mantiene prácticamente regular todo el semestre (Graf 46).

**Gráfica 46. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación con receta de medicamentos.**



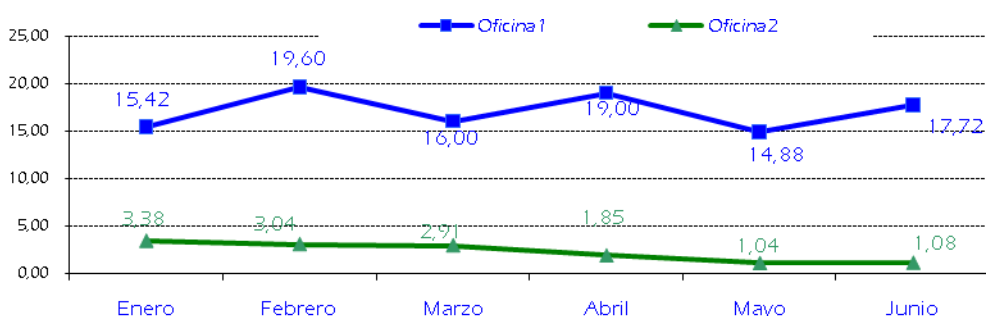
La distribución mensual de las dispensaciones con receta de medicamentos que cursan sin incidencias para la OF2, tienen fluctuación aumentando en el mes de marzo y junio, mientras que en la OF1, no se observan cambios relevantes (Graf 47).

**Gráfica 47. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación con receta, de medicamentos que cursan sin incidencias.**



La distribución mensual de las dispensaciones con receta de medicamentos que cursan con incidencias para la OF2 no tiene fluctuación, van disminuyendo poco a poco hacia el verano, mientras que en la OF1, las fluctuaciones son para los meses de febrero, abril y junio.

**Gráfica 48. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta, que cursan con incidencias.**



#### 4.1.1.1 Incidencias en la actuación profesional con receta de dispensación de medicamentos.

Se ha querido profundizar en el tipo de incidencia que puede acontecer en el proceso de dispensación, por lo que éstas se han clasificado, siguiendo la metodología FORO(44), con algunos matices en pro de la agilidad del registro.

Los datos observados en las farmacias de estudio revelan que la falta de información del paciente, tanto sobre el medicamento, como de su enfermedad, es la incidencia más frecuente para las dos, siendo más alta en la OF1 (n=2.295) (tabla 67) la detección de esta incidencia, diferencia estadísticamente significativa (t- student,  $p < 0,05$ ).

**Tabla 67. Incidencias en la actuación profesional de dispensación con receta de medicamentos, referida al total de dispensaciones de medicamentos con receta.**

Act. Prof. Dispensación medicamentos con receta OF1	Dispensación S/I	Dispensación C/I IPM	Dispensación C/I Consejos	Dispensación C/I SFT	Dispensación C/I Médico	Dispensación C/I FCVG	Dispensación C/I No disp
6.684	4.117	1.189	1.106	257	12	0	3
100%	61,59%	17,79%	16,55%	3,85%	0,18%	0%	0,04%
Act. Prof. Dispensación medicamentos con receta OF2	Dispensación S/I	Dispensación C/I IPM	Dispensación C/I Consejos	Dispensación C/I SFT	Dispensación C/I Médico	Dispensación C/I FCVG	Dispensación C/I No disp
5.929	5.599	209	97	17	3	0	4
100%	94,43%	3,53%	1,63%	0,29%	0,05%	0%	0,07%

Considerando solo las dispensaciones que cursan con alguna incidencia, éstas suponen porcentajes de casi un 39% para la OF1 y casi un 6% para la OF2 (tabla 65), del total de dispensaciones con receta que se realizan en las farmacias del estudio.

Los datos observados revelan que la falta de información del paciente sobre el medicamento o sobre su enfermedad, es la incidencia más frecuente en ambas farmacias. En la OF2 es más frecuente que el paciente necesite información personalizada sobre el medicamento dispensado, que consejos sobre su enfermedad, mientras que para la OF1 las necesidades de información del paciente son por igual (tabla 68). Las diferencias entre las farmacias, con respecto a la incidencia detectada de falta de información del paciente, muestran que en la OF1, se detectan más que en la OF2 (tabla 68), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

La incidencia recogida como "SFT" no se detecta con demasiada frecuencia en las farmacias del estudio (OF1 ( $n=257$ ) y la OF2 ( $n=17$ )) (tabla 68), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

No hay notificaciones a farmacovigilancia, por parte de las farmacias del estudio, durante el período de recogida de datos (tabla 68).

**Tabla 68. Incidencias en la actuación profesional con receta de dispensación de medicamentos.**

Dispensación C/I TOTAL OF1	IPM	Consejos	SFT	Médico	FCVG	No dispens
2.567	1.189	1.106	257	12	0	3
100%	46,32%	43,08%	10,01%	0,47%	0%	0,12%
Dispensación C/I TOTAL OF2	IPM	Consejos	SFT	Médico	FCVG	No dispens
330	209	97	17	3	0	4
100%	63,33%	29,40%	5,15%	0,91%	0%	1,21%

#### 4.1.2. Actuación profesional de dispensación con receta de fórmulas magistrales.

La solicitud de fórmulas magistrales en las dos farmacias de estudio es inferior al 1% de todas las actuaciones realizadas (tabla 32).

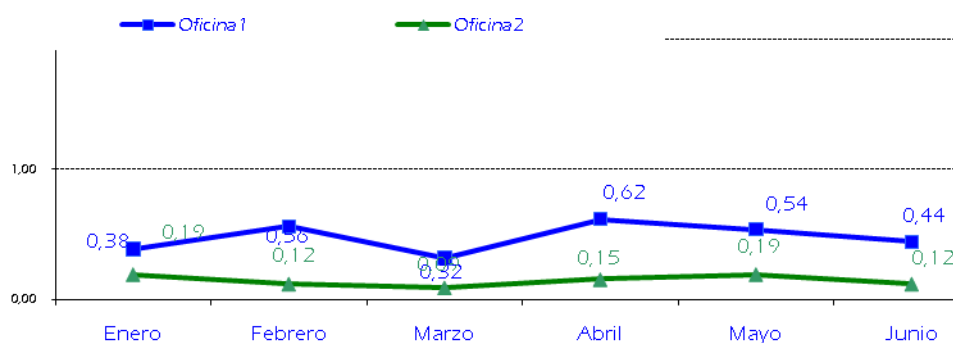
La solicitud de fórmulas magistrales no es muy frecuente en ninguna de las dos farmacias, pero es mayor en la OF1 (tabla 69), con diferencia significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

**Tabla 69. Actuación profesional de dispensación con receta de fórmulas magistrales.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Act. Prof. Con receta de fórmulas	72	0,5 (0,3-0,6)	0	0,9	0	5	22	0,1 (0,07-0,22)	0	0,5	0	3

No se observa fluctuación mensual en la dispensación de fórmulas para la OF2, mientras que para la Of1 aparecen ligeramente unos picos en marzo y mayo.

**Gráfica 49. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuaciones profesionales con receta, de dispensación de fórmulas magistrales.**



#### 4.2 Actuaciones profesionales sin receta.

Las demandas de actuaciones profesionales sin receta en ambas farmacias de estudio, se ha visto anteriormente, que representan el 58,50% de la demanda total en la farmacia comunitaria (tabla 28).

Las actuaciones profesionales sin receta son más demandadas en la OF2 (n=9164) que en la OF1 (n=8.746), pero no es una diferencia significativa ( $p=0,376$ ) (tabla 79).

La automedicación es la actividad sin receta más demandada en las dos farmacias, siendo más frecuente en la OF2 con un 58,46%, frente a 52,44% de la OF1 (tabla 70), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p<0,05$ ) (tabla 79).

**Tabla 70. Actuación profesional sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio. Distribución de frecuencias.**

Act. Prof. Sin receta OF1	Act. Prof.	Act.	Prof. Act. Prof.	Act.Prof.
	Indicación farmacéutica	Automedicación	Consulta	Ventas
8.746	1.374	4.586	1.688	1.098
100%	15,71%	52,44%	19,30%	12,55%
Act. Prof. Sin receta OF2	Act. Prof.	Act.	Prof. Act. Prof.	Act. Prof.
	Indicación farmacéutica	Automedicación	Consulta	Ventas
9.164	1.937	5.357	198	1.912
100%	15,24%	58,46%	5,43%	20,87%

Las demandas de consultas y la indicación farmacéutica no se comportan igual en las dos farmacias. En la OF1 las consultas son demandadas más frecuentemente que las indicaciones, mientras que en la OF2, es al revés, las indicaciones son más solicitadas que las consultas (tabla 70).

La diferencia en la demanda de consultas (19,30% para la OF1 y 5,43% para la OF2), entre ambas farmacias, es estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ), mientras que la diferencia en las indicaciones farmacéuticas (15,71% para la OF1 y 15,74% para la OF2)(tabla 55), no es estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

La media de las actuaciones profesionales sin receta es 58,3 (IC 95% 53,7-62,9) para la OF1, mientras que es de 61,1 (IC 95% 57,0-65,1) para la OF2 (tabla 71).

**Tabla 71. Actuación profesional sin receta en las dos farmacias comunitarias del estudio.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Sin receta total</b>	8.746	58,3 (53,7-2,9)	57	29,0	4	315	9.164	61,1 (57,0-65,1)	56	25,3	26	228
Act. Prof. Indicación	1.374	9,2 (7,9-10,4)	9	7,9	0	81	1.397	9,3 (8,5-10,1)	9	4,8	1	29
Act. Prof. Automedicación	4.586	30,6 (27,2-34)	30	21,3	0	221	5.357	35,7 (33,4-38)	34	14,4	12	126
Act. Prof. Consultas	1.688	11,3 (10,4-2,1)	11	5,6	0	26	498	3,3 (2,8-3,9)	3	3,4	0	25
Act. Prof. Ventas	1.098	7,3 (6,7-7,9)	7	3,8	0	21	1.912	12,7 (11,3-14,2)	10	9,1	1	70

#### 4.2.1. Actuación profesional de indicación farmacéutica.

La actuación profesional de indicación farmacéutica no es demandada en ninguna de las farmacias más de un 10% del total de actuaciones profesionales que se solicitan en estas farmacias (tabla 47), siendo para la OF1 un 8,86% (n=1.374) y para la OF2 un 9,24% (n=1.397) (tabla72). Esta diferencia en la demanda de indicaciones farmacéuticas no es estadísticamente significativa ( $p=0,840$ ) (tabla 79).

Se observa por igual en ambas farmacias que la resolución de las demandas de actuaciones profesionales de indicación farmacéutica, en la mayoría de los casos, se



hace mediante la dispensación de un medicamento EFP. Concretamente en la OF1 se resuelven el 97,38% de las demandas de indicación de esta manera y para la OF2 en un 99,29%. El porcentaje que queda en las dos farmacias para resolver las indicaciones se reparte en derivar al médico, con o sin dispensación o en asesorar sin dispensar. En ninguna se deriva algún paciente a seguimiento desde el servicio de indicación (tabla 72).

**Tabla 72. Actuación profesional de indicación farmacéutica. Distribución de frecuencias.**

Indicación Total OF1	Indicación medicamento	Consejos	Indicación y derivación med	Deriv. Med	Indicación y derivación SFT	SFT
1.374	1.338	6	25	5	0	0
100%	97,38%	0,44%	1,82%	0,47%	0%	0%
Indicación TOTAL OF2	Indicación medicamento	Consejos	Indicación y derivación med	Deriv. Med	Indicación y derivación SFT	SFT
1.397	1.387	7	1	2	0	0
100%	99,29%	0,50%	0,07%	0,14%	0%	0%

La media diaria de la demanda de indicación farmacéutica en las farmacias del estudio es de 9,2 (IC 95% 7,9-10,4) para la OF1 y 9,3 (IC 95% 8,5-10,1) para la OF2 (tabla 73).

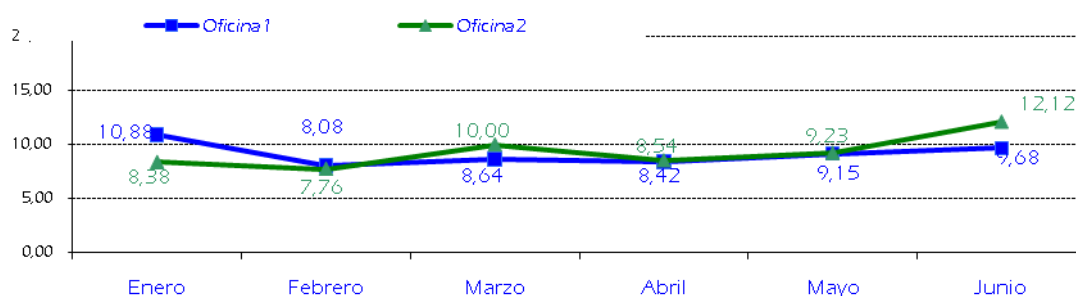
**Tabla 73. Actuación profesional de indicación farmacéutica.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
<b>Act. Prof. Indicación total</b>	1.374	9,2 (7,9-10,4)	9	7,9	0	81	1.397	9,3 (8,5-10,1)	9	4,8	1	29
<b>Indicación medicamento</b>	1.338	8,9 (7,69-10,15)	8	7,7	0	79	1.387	9,2 (8,47-10,03)	9	4,9	1	
<b>Indicación solo consejos</b>	7	0,1 (-0,01-0,12)	0	0,4	0	4	6	0,0 (-0,001-0,08)	0	0,3	0	228
<b>Indicación y derivación med</b>	25	0,2 (0,09-0,24)	0	0,5	0	2	1	0,0 (-0,01-0,02)	0	0,1	0	29
<b>Derivación médico</b>	5	0,0 (0,00-0,07)	0	0,2	0	2	2	0,0 (-0,01-0,03)	0	0,1	0	1
<b>Indicación y derivación SFT</b>	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Derivación SFT</b>	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0

La media diaria por paciente de indicaciones farmacéuticas es de 0,10 para la OF1 y de 0,11, para la OF2. Podría decirse para las dos farmacias, que de cada 10 pacientes que entran en la farmacia, uno solicita una indicación farmacéutica.

La demanda mensual /diaria de indicaciones farmacéuticas no tiene prácticamente fluctuación en ambas farmacias (Grafica 50).

**Gráfica 50. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional de indicación farmacéutica.**



#### **4.2.2. Actuación profesional en automedicación.**

La demanda en automedicación es, en las dos farmacias de estudio, la actuación más demandada, después de la dispensación con receta (tabla 47), también la que más dispensaciones genera después de la dispensación con receta (tabla 57) y la más solicitada de las actuaciones sin receta (tabla 70).

En la OF2 (n=5.357) es mayor la demanda de automedicación que en la OF1 (n=4.586) (tabla 59), siendo una diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

La actuación profesional de automedicación se ha clasificado en con o sin incidencia, atendiendo a la resolución del protocolo de la actuación. Destaca que en las dos farmacias, la frecuencia en que ocurren las automedicaciones sin incidencia es superior al 65% en ambas (tabla 74).

Destaca la mayor frecuencia de automedicaciones sin incidencias detectadas para la OF2 (95,07% frente a 66,48%) (tabla 74), cuya diferencia es estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

**Tabla 74. Actuación profesional automedicación. Distribución de frecuencias.**

<b>Act. Prof. Automedicación OF1</b>	<b>Act. Prof. Automedicación sin incidencia</b>	<b>Act. Prof. Automedicación con incidencia</b>
<b>4.586</b>	3.049	1.537
<b>100%</b>	66,48%	33,52%
<b>Act. Prof. Automedicación OF2</b>	<b>Act. Prof. Automedicación sin incidencia</b>	<b>Act. Prof. Automedicación con incidencia</b>
<b>5.357</b>	5.093	264
<b>100%</b>	95,07%	4,93%

Las medias diarias de automedicaciones por paciente son para la OF1 de 0,35 automedicaciones/paciente y para la OF2 de 0,44 automedicaciones/paciente. Podría decirse que en la OF2 de cada 6 pacientes que entran en la farmacia al día, dos solicitan una automedicación y en la OF1 de cada 7 pacientes que acude a la farmacia al día, tres solicitan una actuación.

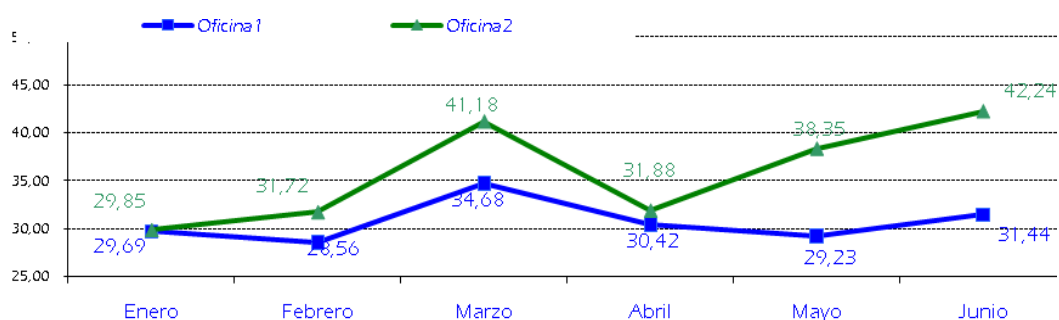
La media diaria de las automedicaciones que cursan sin incidencias es de 22,6 (IC 95% 20,2-24,9) para la OF1 y 34,0 (IC 95% 31,7-32,2) para la OF2.

**Tabla 75. Actuación profesional automedicación.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Media na	Des v. típ.	Mí ni mo	Má xi mo	Total	Media (IC 95 %)	Media na	De sv. típ.	Mí ni mo	Má xi mo
<b>Act. Prof. Automedicación .</b>	4.586	30,6 (27,2-34)	30	21,3	0	22	5.357	35,7 (33,4-38)	34	14,4	12	12
Con incidencia	3.049	22,6 (20,22-24,9)	20	14,9	0	14	5.093	34,0 (31,7-32,2)	31	14,3	11	12
Sin incidencia	1.537	10,2 (8,9-11,6)	9	8,3	0	76	264	1,8 (1,5-2,0)	1	1,8	0	8

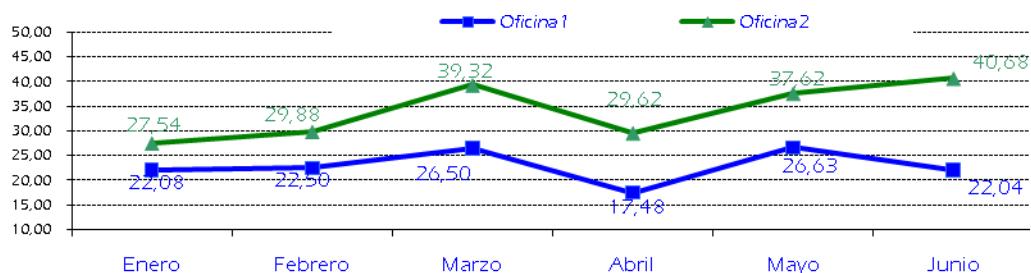
Se observa bastante regularidad en la frecuencia en que es demandada la automedicación durante el período de estudio en la OF1, solo un ligero aumento en marzo, mientras que la demanda de esta actuación en la OF2 aumenta los meses de marzo, mayo y junio (gráf 51).

**Gráfica 51. Evolución mensual de la demanda media diaria de la actuación profesional automedicación.**



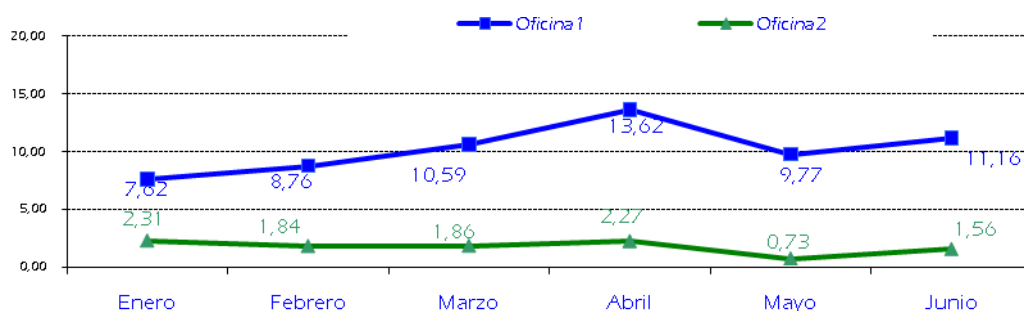
Las demandas de automedicaciones en la farmacia de estudio OF1, que cursan sin incidencia, aumentan ligeramente en el mes de marzo y mayo, mientras que la OF2, aumenta los meses de marzo, mayo y junio (gráf 52).

**Gráfica 52. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional automedicación sin incidencia.**



La demanda de automedicación que cursan con incidencia en la dispensación, aumenta en abril para la OF1, mientras que en la OF2 no aparece fluctuación considerable (Gráf 53).

**Gráfica 53. Evolución mensual de la demanda media diaria de la actuación profesional de automedicación con incidencia.**



Se han clasificado las posibles incidencias en la automedicación para un mejor estudio de la intervención realizada en estas actuaciones. Estas incidencias

suponen casi un 33% del total de las automedicaciones solicitadas en la OF1, y casi un 5% para la OF2 (tabla 59).

De las automedicaciones solicitadas que necesitan de la intervención del farmacéutico porque cursan con alguna incidencia tenemos que mayoritariamente, en ambas farmacias, la causa de la incidencia es la falta de información que tiene el paciente sobre el medicamento o sus síntomas o enfermedad. (Tabla76).

Esta incidencia de falta de información del paciente, se detecta más frecuentemente en la OF1 (95,06% frente a 79,17%) (tabla 76), siendo la diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

La OF1(n=67) resuelve más veces que la OF2 (n=55) las automedicaciones no adecuadas, sustituyendo por otro medicamento o producto (Tabla 76), diferencia no estadísticamente significativa ( $p=0,333$ ).

Desde la automedicación, muy pocas veces se deriva al médico o se asesora sin dispensar (Tabla 76).

En ninguna se deriva a otros servicios, ni tampoco se deriva al médico sin dispensar (Tabla 76).

**Tabla 76. Actuación profesional de automedicación que cursa con incidencia. Distribución de frecuencias.**

<b>Act. Prof. Autom OF 1</b>	AUTOM Adecuada pero necesita  CONSEJOS (AC)	AUTOM Adecuada pero necesita  MEDICO (AM)	AUTOM Adecuada pero necesita	SUSTIT AUTOM Por medicamento + consejos  (SC)	SUSTIT AUTOM Por medicamento + medico  (SM)	SUSTIT AUTOM Por medicamento + deriv SFT  (SM)	SUSTIT AUTOM Por consejos  (SC)	SUSTIT AUTOM Por Deriv med  (SM)	SUSTIT AUTOM Por deriv SFT  (SS)
<b>1537</b>	1.461	4	0	67	3	0	2	0	0
100	95,06%	0,26	0	4,36%	0,19%	0	0,13%	0	0
<b>Act. Prof. Autom OF 2</b>	AUTOM Adecuada Pero necesita  CONSEJOS (AC)	AUTOM Adecuada Pero necesita  MEDICO (AM)	AUTOM Adecuada Pero necesita	SUSTIT AUTOM Por medicamento + consejos  (SC)	SUSTIT AUTOM Por medicamento + medico  (SM)	SUSTIT AUTOM Por medicamento + deriv SFT  (SM)	SUSTIT AUTOM Por consejos  (SC)	SUSTIT AUTOM Por Deriv med  (SM)	SUSTIT AUTOM Por deriv SFT  (SS)
<b>264</b>	209	0	0	55	0	0	0	0	0
100%	79,17%	0	0	20,83%	0	0	0	0	0



#### 4.2.3. Actuación profesional de consulta.

Las demandas de consultas en las farmacias de estudio representan casi el 11% de las actividades profesionales totales para la OF1 y casi el 4% de la demanda en la OF2 (tabla 47). Esta mayor demanda en la OF1 (n=1688), frente a OF2 (n=498), es estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ) (tabla 79).

La demanda de consulta se ha clasificado en dos tipos, para agilizar su registro:

- Consulta sin venta asociada
- Consulta con venta asociada

La demanda de actuación profesional de consulta sin venta asociada es mayor en la OF2, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (t-student,  $p < 0,05$ ).

**Tabla 77. Actuación profesional consultas: Clasificación. Distribución de frecuencias.**

<b>Act. Prof. Consultas OF1</b>	<b>Act. Prof. Consultas sin venta</b>	<b>Act. Prof. Consultas con venta</b>
<b>1.688</b>	67	1.621
<b>100%</b>	3,97%	96,03%
<b>Act. Prof. Consultas OF12</b>	<b>Act. Prof. Consultas sin venta</b>	<b>Act. Prof. Consultas con venta</b>
<b>498</b>	163	335
<b>100%</b>	32,73%	67,27%

La media diaria de Consultas para la OF1 de 11,3 (IC 95% 10,4-11,1) y para la OF2 de 3,3 (IC 95% 2,8-3,9) (tabla 78).

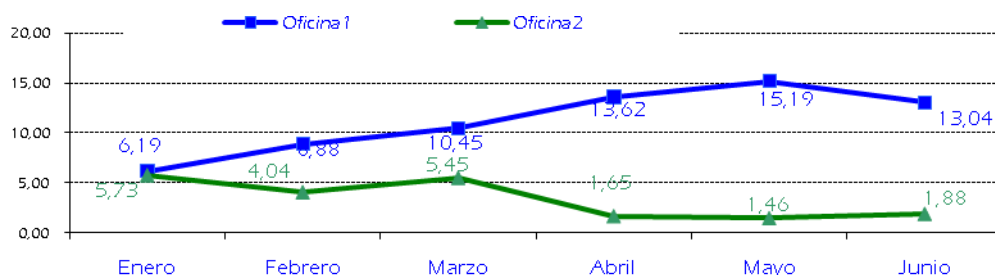
Destaca la media diaria de consultas demandadas con venta asociada en la OF1 de 10,9(IC 95% 10,0-11,7), frente a 2,7 (IC 95% 2,3-3,2) para la OF2, estas consultas son las que se realizan durante la compra de parafarmacia, veterinaria, etc (tabla 78).

**Tabla 78. Actuación profesional consultas.**

	OF 1						OF2					
	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. tít.	Mínimo	Máximo	Total	Media (IC 95 %)	Mediana	Desv. tít.	Mínimo	Máximo
Act. Prof. Consulta	1.688	11,3 (10,4-2,1)	11	5,6	0	26	498	3,3 (2,8-3,9)	3	3,4	0	25
Act. Prof. Consultas sin venta	67	0,4 (0,33-,56)	0	0,7	0	3	163	1,1 (0,82-1,35)	0	1,7	0	8
Act. Prof. Consultas con venta	1.621	10,8 (9,94-,67)	10	5,4	0	26	335	2,2 (1,82-2,65)	2	2,6	0	23

La fluctuación mensual de la demanda media diaria de las consultas que se demandan en la OF1 es mayor para los meses de abril y mayo. Para la OF2 las solicitudes de consultas van disminuyendo a partir de marzo (gráfica 20).

**Gráfica 54. Evolución mensual de la demanda media diaria de actuación profesional consulta.**



Actuación	Total OT	Por día	Por paciente	Total OF1	Por día	Por paciente	Total OF2	Por día	Por paciente	t-student
-----------	----------	---------	--------------	-----------	---------	--------------	-----------	---------	--------------	-----------

### PLANING DIARIO

Teniendo en cuenta que la media por día y por farmacia es de unos 84,4 (IC 95% 81,6-87,1) pacientes, se ha querido realizar un planing diario de la carga de trabajo del farmacéutico, donde se observa que al día se resuelve una gran demanda de actuaciones por parte del paciente que necesita de la presencia del farmacéutico. Hay que tener en cuenta que en este planing no se reflejan las incidencias detectadas en las diferentes actuaciones. .

En las farmacias del estudio se observan diferencias estadísticamente significativas entre la Of1 y Of2 en \* y de la OF2 y la OF1 en \*\*.

### Tabla 79. Planing diario

## CONTROL DE CALIDAD.

Se observa que el dato de fallos cometidos por no realizar el registro de las actuaciones farmacéuticas, que son las que reflejan la carga de trabajo para el farmacéutico, no supera el 10% del total de éstas, **Por lo que se considera a la herramienta lo suficientemente ágil para registrar las actuaciones** que se hacen en el mostrador, sin romper su dinámica habitual.

**Tabla 80. Registro de actuaciones farmacéuticas. Distribución de frecuencias.**

	Actuaciones farmacéuticas Deben ser registrados			Actuaciones farmacéuticas Registradas			Actuaciones farmacéuticas No registradas: Fallos		
	OF1	OF2	OF T	OF1	OF2	OF T	OF1	OF2	OF T
<b>TOTAL</b>	14.7 41	19.9 68	28.70 9	14.3 88	13.2 03	27.5 91	353	765	1.118
<b>%</b>	100 %	100 %	100%	97,6 1%	94,5 2%	96,1 1%	2,39% *	5,48 %*	3,89% *

\* Los resultados muestran que el porcentaje de fallos para cada una de las farmacias, y para el total, no supera el 10% de las actuaciones farmacéuticas que se demandan en la farmacia. (tabla80).

Las actuaciones farmacéuticas que deben registrarse, se registran en mayor número en la OF1, cometiendo menos fallos, diferencias estadísticamente significativa (T de Student, ( $p < 0,05$ ), pero siempre inferior al máximo consensuado. (Tabla 80).

En la tabla 81 se observa que el % de fallos que se cometen, por paciente, al no registrar las actuaciones farmacéuticas que demandan en la farmacia no supera el 10%.

**Tabla 81. Fallos que se cometen, por paciente, al no registrar las actuaciones farmacéuticas con que se les atiende para resolver su demanda.**

	Pacientes atendidos	Fallos cometidos	% Por paciente
OF1	13.112	353	2.6%
OF2	12.201	765	6.26%
OF T	25.313	1.118	4.42%

En la siguiente tabla vemos las medias diarias del registro de las actuaciones farmacéuticas que se realizan en la farmacia, que son las que nos interesa tener constancia de ellas y los fallos que se cometen al no realizar el registro, para cada una de las farmacias.

**Tabla 82. Registro de actuaciones farmacéuticas.**

	Global						Oficina 1					Oficina 2						
	Tot al	Me dia (IC 95 %)	M e di a (IC 95 %)	D e s v. tí p.	M í n i m o	M á x i m o	Tot al	Me dia (IC 95 %)	M e di a (IC 95 %)	D e s v. tí p.	M í n i m o	M á x i m o	Tota l	Me dia (IC 95 %)	M e di a (IC 95 %)	D e s v. tí p.	M í n i m o	Má x i m o
<b>Act. Farmac éutica Total</b>	28. 709	95, 7	94	,7	2 9	33 8	14. 741	98, 3	10 1	32 ,4	29	33 8	13.9 68	93, 1	8 9	26, 5	5 7	24 2
<b>Act. Farmac éutica registra da</b>	27. 591	92, 0	90	,3	2 7	33 7	14. 388	95, 9	98 98	32 ,7	27	33 7	13.2 03	88, 0	8 5	25, 0	4 3	22 5
<b>Act. Farmac éutica fallos</b>	1.1 18	3,7	3	4, 1	0	23	353	2,4	2	2, 9	0	23	765	5,1	4	4,6	0	22

Para un mejor estudio de estos fallos que se cometen al no registrar las actuaciones farmacéuticas, se decide conocer la cantidad de los fallos cometidos por rangos de horario y también la densidad de trabajo en esos rangos horarios para saber si existe relación entre ellos.

**HORARIO EN QUE SE COMETEN LOS FALLOS AL NO REGISTRAR LAS ACTUACIONES FARMACÉUTICAS.**

Se observa que la mayor frecuencia de fallos se comete por la mañana de 11-13 horas, siendo mayor de 12 a 13h. Por las tarde de 18-20 h y mayoritariamente de 18-19 h.

**Tabla 83. Horario de los fallos cometidos en el registro de actuaciones farmacéuticas.**

HORAS	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	total
<b>TOTAL OF 1</b>	19	42	52	72	46	3	32	42	38	7	353
%	5,38 %	11,90 %	14,73 %	<b>20,40%</b>	13,03 %	0,85 %	9,07 %	<b>11,90 %</b>	10,76 %	1,98 %	100 %
<b>TOTAL OF 2</b>	39	110	147	142	88	93	66	91	93	13	882
%	4,42 %	12,47 %	16,67 %	16,10%	10%	10,54 %	7,48 %	10,31 %	10,54 %	1,47 %	100 %
<b>TOTAL OF T</b>	58	152	199	214	134	96	98	133	131	20	1235
%	4,70 %	12,31 %	<b>16,11 %</b>	<b>17,33 %</b>	10,85 %	7,77 %	7,93 %	<b>10,77 %</b>	<b>10,6 %</b>	1,62 %	100 %

## HORARIO EN QUE SE ATIENDEN LAS DEMANDAS DE LOS PACIENTES.

Los resultados reflejan un mayor número de pacientes atendidos, aumentando con ello, la densidad de trabajo en los tramos 12 a 13 h por la mañana y de 18 h a 19 h por la tarde, para ambas farmacias.

**Tabla 84. Horario de pacientes atendidos.**

HORAS	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	total
<b>TOTAL OF 1</b>	1.549	2.738	3.053	3.340	2.139	428	1.735	1.907	1.626	131	18.646
<b>%</b>	8,31%	14,69%	16,37%	<b>17,91%</b>	11,47%	2,30%	9,30%	<b>10,23%</b>	8,72%	0,70%	100%
<b>TOTAL OF 2</b>	888	2.805	3.458	3.559	2.068	516	1.937	2.089	1.893	383	19.596
<b>OF 2 %</b>	4,53%	14,31%	17,65%	<b>18,16%</b>	10,55%	2,63%	9,89%	<b>10,66%</b>	9,66%	1,96%	100%
<b>TOTAL OF T</b>	2.437	5.543	6.511	6.899	4.207	944	3.672	3.996	3.519	514	38.242
<b>%</b>	6,37%	14,49%	<b>17,03%</b>	<b>18,04%</b>	11,00%	2,47%	<b>9,60%</b>	<b>10,45%</b>	<b>9,20%</b>	1,35%	100%



## DISCUSIÓN

### 1- LA HERRAMIENTA

La limitación más importante, como se ha dicho, es el propio concepto de la herramienta: ágil y dinámico. Es difícil el equilibrio entre ágil y cantidad de registros a efectuar. Esta limitación engloba todas las carencias de información que se producen en pro de no perder el dinamismo del proceso y no perder tampoco la calidad asistencial con el paciente. De todas, las que se consideran más importantes, y las posibles soluciones son:

#### **Limitaciones en la dispensación con receta:**

1. El nº de dispensaciones real, es mayor al que se registra.

El registro de la actuación de dispensación de medicamentos se hace por paciente, en el momento de la venta. Normalmente se hace una operación de venta por paciente atendido. Una operación puede tener varios medicamentos prescritos, cuya actuación de dispensación se anota con un solo registro.

Aunque es cierto que se merman registros en la cantidad de medicamentos dispensados, lo que realmente se pretende con la herramienta, es conocer la actuación con el paciente, ya que el propio sistema de gestión ya registra en sí la cantidad de medicamentos prescritos. Se trata de saber la labor asistencial que se realiza y las posibles incidencias que se puedan producir.

No obstante, se podría conocer este dato de "cantidad" de medicamentos dispensados por paciente, a través de la herramienta, poniendo unidades según el nº de medicamentos dispensados, al artículo que define la actuación de dispensación.

2. No se diferencia si la demanda de dispensación es para el propio paciente que la solicita, o para otro.

Se ha visto que se hace un registro de actuación por paciente, sean las recetas para él o no. Incluso puede que traiga para él y para otra persona.

Este hecho se solucionaría con un registro nuevo, solo para las actuaciones de dispensación a terceros, de forma que se diferenciase este otro tipo de dispensación, que es muy habitual en la farmacia.

3. Limitaciones en el registro de incidencias en la dispensación con receta:

La herramienta inicial tenía la posibilidad de hacer el registro de muchas más incidencias y se desechó por no ser operativo. Por tanto, no es fácil profundizar en este capítulo. Hay tres limitaciones:

- En el registro de las dispensaciones sin incidencia, las dispensaciones a terceros suelen cursar sin incidencia porque no hay información directa del paciente, en la mayoría de casos. Por tanto en el dato de dispensación sin incidencia se encuentran recogidos dos conceptos: dispensaciones al propio paciente, realmente sin incidencias y dispensaciones a terceros.

Este hecho, se registre de una u otra manera, es una realidad diaria en la farmacia.

Está permitido dispensar medicamentos que precisan receta a terceras personas, incluso estupefacientes. Son dispensaciones que cursan verdaderamente sin incidencias, a pesar de poder ser medicamentos con rangos terapéuticos estrechos, psicótropos, estupefacientes, etc. Son actuaciones que algunos autores consideran

“ventas”, ya que no hay flujo de información con el paciente y por tanto no se verifican los objetivos del servicio de dispensación.

En el caso de que se quisiera contabilizar estas actuaciones de dispensación a terceros separadamente, se solucionaría con un registro nuevo, solo para estas actuaciones de dispensación a terceros, como ya se ha comentado en el punto anterior.

- El hecho de que el farmacéutico pueda elegir la incidencia a registrar en las dispensaciones con receta, si existen varias según su juicio. A veces no es fácil elegir una entre varias incidencias.

La herramienta propone un orden, que parece el más lógico y el conveniente si se quiere comparar resultados con otros estudios iguales.

Aunque en realidad, la herramienta se diseña para que el propio farmacéutico conozca su farmacia y tome las medidas que crea oportunas para mejorar o implantar servicios. Ello lleva implícito una visión subjetiva de los resultados y siempre priorizará lo que para él es más importante.

- El registro de la incidencia “SFT” es una limitación desde el momento que define varias situaciones:

1-Se utiliza para registrar la incidencia que lleva a la apertura de un episodio de seguimiento.

2-Se utiliza también cuando ofrecemos el servicio de SFT a un paciente que creemos se vería beneficiado de ello (polimedicado, incumplidor). En este caso no se ha detectado

una incidencia que abra un episodio, pero la dispensación requiere una alerta especial que se solucionaría pasando el paciente a seguimiento farmacoterapéutico.

3-A la vez, se utiliza este registro para el paciente que ya está en SFT, y su dispensación también requiere un trato especial. En una dispensación a un paciente en SFT, aunque no haya incidencia, si que existe un “paro” en la dispensación, para corroborar información de su ficha, registrarla en ella, darle nueva cita si lo necesita, etc.

Esta limitación se podría solucionar con nuevos registros de incidencias: uno exclusivo para los pacientes en SFT, y otro más para los que son susceptibles de pasar a SFT, lo acepten, o no.

### **Limitaciones en consultas**

1 En el número total de consultas. Ya se ha comentado en el estudio que el número total de consultas es menor de las que en realidad se solicitan, ya que las que se realizan durante las actuaciones de dispensación, indicación y automedicación se registran como consejos en esas actuaciones. Esto se decidió así en pro de la agilidad de la herramienta. En las actuaciones de dispensación, indicación y automedicación, se considera en el estudio que la dispensación va ligada al consejo e información que necesite el paciente, bien lo solicite o se le ofrezca, por tanto se decidió englobar toda esa información en la incidencia de “consejos”, tuviera o no relación, con la medicación o la enfermedad motivo de la actuación de dispensación. Otros autores separan a las consultas realizadas en la dispensación, cuando no tiene relación con la enfermedad o medicamento que se está dispensando, dando un resultado más alto de consultas que los del estudio.

2 En el registro de consultas sin venta asociada. En el registro de las consultas sin venta asociada, se ha reconocido por el equipo investigador, que se han cometido olvidos. Son errores no detectables, pues no consta nada en el ordenador que pueda detectar ese olvido o fallo. La herramienta es ágil en el sentido de que cuando se atiende al paciente y se efectúa una venta o dispensación, a la vez se registra la actuación que se ha realizado, pero en el caso de consultas sin venta es fácil el olvido. No obstante, el error que se pudiera cometer no modificaría demasiado los datos, ya que por los motivos que sean, no son demandas frecuentes en las farmacias de estudio.

3 En consultas con venta asociada .En la adquisición de algún artículo de parafarmacia, dietética, ortopedia o veterinaria solo se refleja un artículo de “CPE”, para definir que se han solicitado consejos. Normalmente un paciente no suele hacer consulta de todos los productos que adquiere, pero si ocurre, como solo se registra un “CPE”, se merma la cantidad de consejos reales demandados.

Se solucionaría añadiendo al artículo “CPE” la cantidad de consejos solicitados por el mismo paciente.

No obstante, el error que se pudiera cometer no modificaría demasiado los datos, ya que no son frecuentes los casos en que el paciente hace consultas de todos los productos que compra, lo habitual es que la haga de alguno de ellos y normalmente cuando es la primera vez que lo consume.

### **Limitaciones en Formulas magistrales**

Las incidencias definidas para las dispensaciones, solo se han aplicado a las dispensaciones con receta. Las formulas magistrales solo se han contabilizado.

Se debería definir las posibles incidencias en dispensación de fórmulas magistrales, realizando así un registro más definido.

La dispensación de fórmulas magistrales, en las farmacias del estudio, no es relevante, pero en el caso de farmacias comunitarias que tengan una mayor demanda, se beneficiarían del aumento de registros en esta actuación, en la medida en que aumentaría la información de este servicio, pudiendo mejorarlo.

### **Limitación en la detección de incidencias de todas las actuaciones**

Cada farmacéutico ha valorado las incidencias según su propio criterio. Esto es correcto para la práctica profesional, pero no para la realización de un estudio. Para corregir esto, deben realizarse protocolos de intervención concretos para cada actuación.

Los casos más frecuentes de falta de protocolo son las derivaciones al médico. Las derivaciones al médico siempre son difíciles de comparar, pues, en muchos casos no se siguen protocolos de derivación que ayuden a tomar decisiones. Sería necesario utilizar criterios de derivación consensuados con los facultativos médicos, así como una hoja de derivación para estos casos, de forma que la colaboración entre médicos y farmacéuticos permita el filtrado de situaciones de riesgo que requieran la atención médica. En este sentido se tiene la guía de protocolos de indicación farmacéutica y derivación al médico en síntomas menores de Indader, publicada al tiempo que se hacía este estudio(120), que sería muy útil generalizar su utilización.

Habría que diferenciar siempre, dentro del concepto de derivación al médico, los diferentes niveles de actuación desde la farmacia. La clasificación que hace Barbero en su tesis(119), resulta de ayuda, si se generalizara. Según Barbero se puede distinguir entre:

- Derivación directa sin prescripción (estricta): Consultas en las que el farmacéutico decide no indicar ningún tipo de tratamiento y aconseja al paciente que visite a su médico.
- Derivación directa con prescripción: Consultas en las que el farmacéutico, ante el requerimiento del paciente, decide indicar un tratamiento para el problema de salud consultado, pero también se aconseja al paciente que visite a su médico.
- Derivación condicionada: Consultas en las que el farmacéutico, ante el requerimiento del paciente, decide indicar un tratamiento para el problema de salud consultado, pero que aconseja al paciente que si se dan determinadas circunstancias visite a su médico.

### **Limitación en el registro de otras actuaciones que se demandan en la farmacia comunitaria.**

Se ha pretendido recoger la mayoría de actuaciones que se demandan, en la mayoría de las farmacias comunitarias, obviando algunas que seguro son muy importantes en algunos casos determinados y que merecen un registro aparte.

Sería el caso, por ejemplo, de actuaciones en deshabitación tabáquica, análisis de sangre capilar, dietas de control de peso, etc. que aunque en la mayoría de las farmacias se realizan, en alguna de ellas se implanta el servicio de forma especializada, a raíz de la demanda existente.

### **Limitación en registro de la toma de tensión**

Se decidió no crear un registro especial, ya que se considera dentro de otras actuaciones que ya se registran.

En las farmacias del estudio, la mayoría de veces la toma de tensión se realiza a pacientes, que en el protocolo de dispensación refieren no saber sus valores, o bien, están bajo especial control. Por tanto a estos pacientes, se les dispensa el

medicamento, se les toma la tensión y se les aconseja lo que se cree necesario en cada caso. La labor de toma de tensión queda englobada en el registro bien de “consejos”, bien “SFT” si se ha creído conveniente abrir un episodio de seguimiento, o “médico” si se ha decidido derivar al médico.

En el caso de que el conocimiento de este dato fuese relevante para la farmacia, se solucionaría con un nuevo registro que lo contabilizara.

Por tanto, en base a los resultados analizados, la herramienta diseñada permite conocer la labor que realiza el farmacéutico, sobre todo la asistencial, que es el objeto de este estudio exploratorio del trabajo en la farmacia comunitaria. En definitiva, se puede afirmar que la herramienta cumple con las expectativas para las que fue diseñada.

Es un instrumento que puede servir de base para profundizar en otros registros de los que se pretenda una mayor información.

La importancia que tiene la utilización de este método, por ser ágil y dinámico es el poderse incorporar al día a día en la metódica de trabajo y poder conocer en todo momento la actividad total de la farmacia, así como la evolución de los cambios surgidos por la implantación o mejora de los servicios necesarios para llegar a una Atención Farmacéutica integral.

Esta herramienta puede mejorarse, aumentando el número de registros, y con ello la información de la labor de la farmacia, pero teniendo en cuenta el detrimento en la agilidad que pudiera causar un mayor número de registros.

## **1- DEMANDA DE ACTUACIONES PROFESIONALES**



*Comparando las dos farmacias de estudio, se ve que tienen, según clasificación del CGCOF, el mismo IOS (índice de oferta sanitaria)(metodología apartado 2.2) y también realizan el mismo número de actuaciones profesionales, por lo que podría pensarse que son parecidas, sin embargo el que difieran en el tipo de población al que atienden, ya que una es una farmacia considerada de costa, con población “de paso”, y la otra con una población más regular todo el año podría ser la razón de las diferencia en el tipo de actuaciones profesionales que se ven a lo largo del estudio.*

**Los datos generales, recogidos con la herramienta, reflejan que el número de pacientes atendidos en las farmacias comunitarias y periodo de estudio de seis meses, fueron 25.327, (84 pacientes /día), a los que se les realizó 30.617, actuaciones profesionales (102 actuaciones /día) para resolver su demanda en salud.**

La media diaria de 84 pacientes atendidos en este estudio, está por debajo de la media nacional reflejada en el informe realizado por el CGCOF en el año 2002(89) estudio realizado para conocer el estado de la farmacia española, y actualizar así los datos del anterior estudio de 1996. En él se comprueba que la farmacia española atiende a una media de 102 personas /día, observándose un aumento con respecto a los datos anteriores que reflejaban unos valores de 89,3 personas /día. Dato que disminuye en poblaciones inferiores a 10.000 habitantes y aumenta en poblaciones más numerosas, lo que justifica los valores obtenidos en el presente estudio. Concretamente en la Comunidad Valenciana, en ese primer estudio, se detectó que acudían diariamente a las farmacias valencianas una media de 88 personas/día.

Conocer el número de pacientes al que se le atiende, la demanda que realizan y compararse con la media, ayuda a valorar y a planificar el trabajo.

Estas actuaciones se han clasificado para un mejor estudio, ya que las actividades que se realizan en la farmacia comunitaria, para dar respuesta y solución a esta demanda de los pacientes para mejorar su salud, son muy diversas. La clasificación recoge a las dispensaciones con receta de medicamentos y fórmulas, la automedicación, la indicación, las consultas y las ventas.

De todas las actuaciones profesionales registradas, el estudio realizado refleja que la dispensación con receta es la actuación más frecuente demandada, en un 41,19%, le sigue la automedicación con un 32,48%. La actuación profesional que menos se demanda es la dispensación de fórmulas magistrales. Esto ocurre así en las dos farmacias de estudio, sin embargo, la indicación farmacéutica, las consultas y las ventas no siguen el mismo orden de frecuencia de distribución en ambas, estudiando estos datos más adelante.

*Con respecto a la evolución mensual de la demanda media diaria de las actuaciones profesionales vemos que en la OF1 se observa regularidad en la frecuencia de demanda de las actuaciones profesionales y de los pacientes que las solicitan, durante el período de estudio de enero a junio. Sin embargo en la OF2, turística, se puede observar un aumento de pacientes y actuaciones profesionales en los meses de marzo y junio, coincidiendo con las vacaciones escolares de Fallas, Semana Santa y fin de curso, incluso mayo, que refleja la influencia del comienzo del buen tiempo en la disposición de la población de acudir a estas zonas.*

Con respecto a las actuaciones profesionales, que reflejan la labor demandada en la farmacia comunitaria, la disponibilidad de estudios que intentan conocer esta labor, es escasa. Además, cada estudio considera relevante diferenciar unas u otras

actuaciones profesionales dentro de la farmacia, midiéndolas también de distinta manera: bien a través de encuestas registros, etc.

*Schommer et al. (2000),(108) en su estudio sobre las actividades de trabajo que se realizan en farmacias comunitarias, se basa en una encuesta a farmacéuticos, sobre la proporción del tiempo que dedican a los distintos trabajos en la farmacia, que clasifican como: dispensación de medicamentos, resolución de consultas, gestión empresarial y actividades de seguimiento farmacoterapéutico.*

Los resultados reflejan que el farmacéutico americano del año 2000 dedicaba el 56% de su tiempo a dispensación de medicamentos, el 19% a resolución de consultas, 16% a la gestión empresarial y 9% de su tiempo a actividades de seguimiento farmacoterapéutico. Reconociendo que les gustaría dedicarse más a actividades de dispensación y de SFT.

Schommer et al (2004)(121),comparando los anteriores resultados con un mismo estudio realizado cuatro años más tarde, y con una muestra de 1564 farmacéuticos, concluyó que la actividad de dispensación y seguimiento de los pacientes había aumentado

Es importante resaltar que Schommer et al. no diferencian las distintas actividades de dispensación. Ellos reúnen en el concepto de dispensación, a la dispensación de medicamentos con receta, automedicación e indicación farmacéutica. Es necesaria la diferenciación de estas actuaciones, ya que reflejan demandas diferentes y requieren la implantación o mejora de servicios distintos. En las consultas miden el tiempo tanto en las consultas de los pacientes que realizan sobre medicamentos (interacciones,

contraindicaciones, etc.), enfermedades, hábitos de vida, como en las que los farmacéuticos hacen al médico, tanto por escrito, teléfono o personalmente.

En EEUU existe demanda del servicio de SFT, por tanto es un servicio instaurado en muchas farmacias, teniéndolo en cuenta a la hora de reflejar la labor del farmacéutico. Lo que no ocurre en este estudio, en que aún no existe una demanda por parte del paciente, sino que es el farmacéutico el que la ofrece, para mejorar la farmacoterapia del paciente que lo requiera. Importante recordar que en EEUU el servicio de SFT está instaurado y es remunerado.

Los trabajos de Schommer et al coinciden con el de las farmacias de estudio, en que la mayor parte del tiempo lo dedica el farmacéutico a la dispensación.

En los siguientes estudios encontramos las mismas carencias, en cuanto a que no diferencian entre las distintas actuaciones profesionales de dispensación.

[McCann L](#) et al. (2010), (122) realizaron un estudio self-report, en 30 farmacias comunitarias de Greater Belfast, sobre el modo en que los farmacéuticos comunitarios utilizan su tiempo refiriéndose a tres actividades: profesionales, semi-profesionales (gestión, etiquetado de productos, administración) y no profesionales (reposición stocks, tiempo de descanso, limpieza de zonas de dispensación). Los farmacéuticos confiesan que un 49% de su tiempo lo dedican a actividades profesionales, 31% en las actividades semi-profesionales y el 20% participa en actividades no profesionales, datos similares a los aportados en 1998 por Bell HM et al, (123) donde se refleja que el farmacéutico dedica el 49% de su tiempo a actividades profesionales, 29% en las actividades semi-profesionales y el 22% participa en actividades no profesionales. Solo las actividades profesionales detectadas por estos trabajos, serían comparables

con las actividades de dispensación total y consultas, de las farmacias de estudio, coincidiendo en ambos casos en que estas actividades profesionales ocupan la mayor parte del tiempo del farmacéutico en la farmacia.

F. Moranta (2007)(124) realiza un estudio observacional transversal descriptivo realizado en una farmacia comunitaria balear. El objetivo es evaluar la operatividad de un sistema de registro rápido de actuaciones farmacéuticas, mediante soporte informático en la farmacia comunitaria. Ellos cuantifican las actuaciones del farmacéutico, diferenciando entre consulta y/o indicación farmacéutica, con un 89,89% (en el estudio 63,11%) e incidencias en la dispensación, con un 17,11%, (en el estudio 36,9%). Como resultado de éstas actuaciones reflejan los siguientes datos: indicación de EFP, con un 49% (en el estudio 35,28%), información sanitaria o sobre medicamentos, con un 41% (en el estudio 27,83%), derivación directa al médico con un 4,88% (en el estudio un 0,3%) y información sobre dispositivos de administración de fármacos (18,11%). Probablemente es un buen método para el registro rápido, pero no suficiente para conocer la demanda de las actuaciones como dispensación con receta, automedicación y las distintas intervenciones en cada una de ellas con la finalidad de planificar mejorar o implantar nuevos servicios, lo que sí se puede conocer con la herramienta del estudio, mediante la cual se pueden saber las dispensaciones totales, tanto de receta, como sin ella, como la automedicación e indicación, así como las incidencias surgidas .

## **2-DEMANDA DE ACTUACIONES PROFESIONALES FARMACEUTICAS Y NO FARMACEUTICAS**

Es importante resaltar que, prácticamente toda la labor demandada en las farmacias comunitarias del estudio, necesita de la actuación del farmacéutico o de su supervisión, **ya que más del 90% del total de actuaciones profesionales realizadas son Actuaciones Profesionales Farmacéuticas (dispensación con receta, indicación farmacéutica, automedicación y consultas)**. Lo que corresponde a una media diaria de **unas 92 Actuaciones Profesionales farmacéuticas**.

## **2.1- DEMANDA DE ACTUACIONES PROFESIONALES FARMACEUTICAS**

*Destacar que para las dos farmacias de estudio, la frecuencia de distribución de las Act. prof. farmacéuticas demandadas por el paciente es superior al 85% en ambas, siendo más alta en la OF1(n=14.404,frente a n=13.203) con una diferencia estadísticamente significativa .*

Recalcar que del total de Actuaciones Profesionales Farmacéuticas, excluyendo la dispensación con receta, la automedicación tiene un papel relevante, siendo del 36% del total de las actividades farmacéuticas.

Encontramos datos de otros autores que también coinciden en que la mayor parte de la labor de la farmacia comunitaria se destina a actividades profesionales farmacéuticas. En estos trabajos se consideran actuaciones farmacéuticas: la dispensación total de medicamentos (con o sin receta), las consultas, y en otros también al SFT. Así vemos:

En el informe Libro Blanco sobre las actuaciones sanitarias demandadas en las farmacias españolas del CGCOF(84) los datos de perfil de actividad, según estructura de ventas, son de un 70,4% de dispensaciones de prescripción y un 15,2 % de

dispensaciones de EFP, esto suma un 85,6% de dispensaciones frente al 83% detectado en las farmacias de estudio.

Hay que tener en cuenta en la comparación de datos, que en el estudio se ha contemplado la indicación y automedicación de productos de herboristería y homeopatía, y en el informe del CGCOG, no. También los datos de dispensación difieren, ya que el estudio registra actuaciones de dispensación y no cantidad de medicamentos dispensados.

El tiempo destinado a actuaciones profesionales farmacéuticas medido por diferentes autores reflejan datos entre el 49% (122)(123) y el 84%(108) del total. En las farmacias de estudio, el registro de las actuaciones farmacéuticas suponen un 90% del total.

Lo importante es que, bien medido en tiempo, o en registros directos, la frecuencia de estas actividades que requieren del farmacéutico es alta.

*Entre las diferencias encontradas para las farmacias de estudio se tiene, que la frecuencia demanda de actuaciones profesionales farmacéuticas es más alta para la OF1 (92,92%, frente a 87,35%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.*

*Estos datos podrían atribuirse a que el paciente deposita más confianza en una farmacia con población regular todo el año, a la que conoce de más tiempo, que en una turística, donde apenas llega a tener contacto con ella. Además de los problemas del idioma en los extranjeros, que es una barrera importante en la comunicación, pilar fundamental para una buena relación sanitario-(125). Otra razón para explicar este mayor número de actuaciones farmacéuticas es que la farmacia OF1 está separada del núcleo urbano (Se ha comentado que fue adjudicada por el artículo 3.1b, por estar suficientemente aislada), pudiéndose comparar con una farmacia rural, donde por su aislamiento podría ser ésta el primer lugar donde realizar su demanda en salud. Esto se refleja también en otros estudios donde la demanda sanitaria es mayor en farmacias rurales, aumentando las actuaciones farmacéuticas para resolverlas.*

*Concretamente un estudio transversal realizado en Minnesota en 2003 (126) en el que participaron 564 farmacias comunitarias rurales, refleja que, dedicando prácticamente el mismo tiempo diario a dispensación (70%), un porcentaje más alto de farmacias comunitarias rurales declararon estar realizando más actuaciones farmacéuticas que las urbanas, atribuyéndolo al aislamiento de las zonas rurales que hace que sea la farmacia el primer lugar donde hacen la demanda de salud.*

*Por tanto, las farmacias comunitarias de zonas de paso o turísticas, incluso algunas urbanas, deberían trabajar en conseguir esa confianza que existe en farmacias de barrio, quizá abriendo otras puertas como la posibilidad de consultas telefónicas, promoviendo folletos informativos de “las dudas más frecuentes”, en diferentes aspectos como salud, medicamentos, enfermedades...*

*Se observa una influencia vacacional en la evolución mensual de la demanda media diaria de Act. Prof. Farmacéuticas demandas para la OF2, aumentando en los meses en que coincide Fallas, Semana Santa y comienzo de vacaciones escolares de verano.*

*El orden de frecuencia de las Actuaciones Farmacéuticas en las dos farmacias de estudio, no se mantiene para todas las actividades por igual. Se observa que la dispensación de especialidades y la automedicación, sí coinciden en ser las actuaciones más frecuentemente demandadas en las dos farmacias, y, la dispensación de fórmulas magistrales la que menos. Mientras que las consultas farmacéuticas son más frecuentes en la OF1. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa, lo que se estudiará más adelante.*

*Esta variabilidad de demanda de actuaciones farmacéuticas que el paciente realiza en las farmacias comunitarias está reflejada en el informe de las actuaciones sanitarias demandadas en las farmacias españolas del CGCOF, en la que se ve una variación*



del 80-91%, en cuanto al total de Actuaciones Farmacéuticas (a falta de las consultas). El informe refleja que las provincias con menor demanda son Madrid y Canarias las que más Castilla-La Mancha y Cantabria(84)

## **2.2- DEMANDA DE ACTUACIONES NO FARMACEUTICAS (ventas)**

Las Actuaciones no Farmacéuticas realizadas en las farmacias de estudio, suponen tan solo un 10% de todas las actuaciones profesionales que en ellas se demandan. Es un porcentaje bajo de demandas en las que no se requiere al farmacéutico.

En el informe Libro Blanco del CGCOF(84), también se detectan porcentajes bajos de actuaciones no Farmacéuticas, concretamente del orden del 14,5%, dato comparable con el estudio, que demuestra que las actuaciones que no requieren al farmacéutico para su realización, no suelen ser frecuentes en las farmacias comunitarias del estudio.

*La demanda de actuaciones no farmacéuticas en el la OF2, es mayor que en la OF1, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, Lo que significa que en la farmacia OF2 se demandan más actuaciones profesionales que se resuelven sin consejos profesionales añadidos (ventas). Es lógico pues la OF2 es considerada como farmacia "de paso". Es una farmacia de costa y por tanto con una mayor venta de artículos de parafarmacia, que podría dar respuesta a estos datos.*

*Esta mayor venta de parafarmacia en farmacias de 1997, donde en comunidades como Baleares y Canarias, más turísticas, se venden estos productos en un 14-19%, frente a castilla León y Castilla la Mancha que lo hacen en un 10%.*

*Con respecto a la evolución mensual de demanda media diaria de las Actuaciones profesionales no farmacéuticas, en las farmacias del estudio, la fluctuación de ventas para la OF2 es mayor para los meses de marzo, mayo y junio, coincidiendo con la afluencia turística estacional. No observándose para la OF1 cambios mensuales.*

### **3 DEMANDA DE ACTUACIONES PROFESIONALES CON DISPENSACIÓN Y SIN DISPENSACIÓN.**

Se han clasificado las demandas de actuaciones profesionales según se necesite realizar, o no, una dispensación de medicamento, sin importar si es con o sin receta, ya que en cualquier caso, se precisa de la utilización de un protocolo de actuación.

En el estudio se confirma, al igual que otros autores(84)(127)(108) que la dispensación es el servicio que más tiempo ocupa en la labor cotidiana del farmacéutico, debido a que es la actividad más demandada y reconocida socialmente por los usuarios que acuden a la farmacia comunitaria, ya que supone el 83% del total de las actuaciones profesionales, bien bajo prescripción médica o sin ella, lo que corresponde a una media de casi 85 dispensaciones /día.

Resulta de suma importancia destacar que de este grupo, en el que la resolución de la demanda lleva implícito la dispensación de un medicamento, o producto de herboristería u homeopatía, el 50% se hace sin receta. Dato que refleja la responsabilidad del farmacéutico en este sentido, ya que significa que probablemente sea él el único sanitario con el que contacta el paciente para resolver su problema de salud. Esto obliga a trabajar con guías protocolizadas, realizar formación y reciclaje continuo, para intentar mejorar nuestros servicios en pro del paciente, ya que va a ser

el farmacéutico su única opción profesional de información inmediata del medicamento y consulta.

El propio documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica(30) afirma que “La dispensación es el servicio más demandado por el ciudadano que acude a una farmacia 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, especialmente cuando se solicita sin receta, y que el medicamento es el adecuado para él.

Este proceso se realiza en el mostrador y su desarrollo debe ser dinámico, de forma que no suponga para el paciente un excesivo consumo de tiempo. Sin embargo, lo importante no es solo 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 las técnicas de comunicación adecuadas (63)(128)(129).

El concepto de dispensación, que en el Consenso sobre atención Farmacéutica(30) queda convenientemente aclarado, y que atañe a la dispensación con receta y a la automedicación, parece no estarlo en todos los ámbitos. Existen autores que al cuantificar la dispensación incluyen la realizada al indicar un medicamento, dando datos no comparables, si no se tiene esto en cuenta.

En el estudio, se ha creído conveniente separar el registro de cada uno de ellos, pues son demandas que requieren protocolos diferentes para su resolución, considerándolos servicios distintos de la farmacia comunitaria.

En el informe Libro Blanco sobre las actuaciones sanitarias demandadas en las farmacias españolas del CGCOF(84) los datos de perfil de actividad, según estructura de ventas, son de un 70,4% de dispensaciones de prescripción y un 15,2 % de dispensaciones de EFP, éstas últimas incluirían demandas de automedicación e indicación farmacéutica. Por tanto la dispensación en el estudio del CGCOF, teniendo en cuenta estos datos, podría afirmarse del 85,65 % si consideramos también, a la dispensación por indicación. Dato parecido al de las farmacias de estudio (83%) si no se tuviera en cuenta en la comparación, que se ha contemplado la automedicación y la indicación de productos de herboristería y homeopatía, y en el informe del CGCOG, no. Por el contrario, el dato de dispensación con receta es menor en las farmacias de estudio, ya que se registra la actuación de dispensación y no la cantidad de medicamentos prescritos.

Otros autores coinciden en que la dispensación es la actuación más demandada, aunque sus cifras son menores. Un estudio con 2250 farmacéuticos americanos, durante el año 2000(108), y más adelante en 2004 (109) concluyeron que el 56% del tiempo del farmacéutico en la farmacia lo dedica a la dispensación (incluyendo en dispensación: dispensación con receta, automedicación e indicación farmacéutica). Sus datos podrían diferir por ser datos de encuestas de percepción sobre el tiempo que emplean en sus diferentes actuaciones en la farmacia y también por ser sociedades diferentes en cuanto a estructura y demandas sanitarias.

*Las demandas de actuaciones profesionales de dispensación en las farmacias de estudio no tienen diferencias estadísticamente significativas. La razón podría atribuirse a que en la dispensación se contemplan varias actuaciones que se demandan de forma diferente en cada farmacia, pero se compensan en el total; la OF1 tiene más demandas de dispensaciones con receta, mientras que en la OF2 se solicitan más automedicaciones. Mientras que las actuaciones sin dispensación demandadas, sí que son más frecuentes en la OF1, con una diferencia estadísticamente significativa.*

*Con respecto a la evolución mensual de demanda media diaria de las Actuaciones profesionales con dispensación, en las farmacias del estudio, la fluctuación de ventas para la OF2 es mayor para los meses de marzo, mayo y junio, coincidiendo con la afluencia turística estacional. No observándose para la OF1 cambios mensuales.*

#### **4- DEMANDA DE ACTUACIONES PROFESIONALES CON/SIN RECETA MÉDICA**

Se decide hacer una diferenciación en las actuaciones profesionales, atendiendo a si es solicitud de un medicamento con o sin receta médica, ya que la receta médica es una herramienta de trabajo importante, que refleja claramente la demanda del usuario y marca la actuación profesional a realizar para satisfacer ese servicio. La prescripción con receta es una demanda generada por el médico para solucionar un problema de salud que tiene el paciente y que éste solicita en la farmacia.

Importante resaltar que del total de actuaciones profesionales demandadas en las farmacias comunitarias del estudio, más de la mitad son actuaciones profesionales sin receta médica.

Se destaca que en este grupo sin receta se encuentran actuaciones como indicación farmacéutica, automedicación, consulta farmacéutica, además de ventas sin más.

Esta clasificación demuestra que existe realmente una gran demanda de actuaciones sin prescripción médica, que requiere de un análisis más detenido. Se demuestra, con estos datos, que todo lo que en la farmacia comunitaria se demanda "sin receta" no es un trabajo comparable a las ventas propiamente dichas, sino que estamos frente a un trabajo profesional en la mayoría de los casos, bien atendiendo a la formación del farmacéutico como especialista en medicamentos (indicación, automedicación, consulta de medicamentos), como a su formación en salud pública (consulta sobre salud y educación sanitaria).

*Las diferencias en la demanda de actuaciones profesionales con /sin receta, en las farmacias del estudio, es distinta. La demanda con receta médica en la OF1 es superior( $n=6.756$ , frente a  $n=5.951$ ), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Puede resultar lógico pensar que la menor demanda que se realiza en la OF2 se deba a que en vacaciones se visita al médico lo indispensable y si se trata de un enfermo crónico, probablemente ya habrá recogido la medicación en su farmacia habitual. Se observa también, que la OF2 en los meses de vacación escolar, o buen tiempo, aumenta su demanda de actuaciones profesionales con receta y sin ella.*

*Para la comparación con otros autores hay que tener en cuenta que la clasificación se ha hecho en este estudio es para esclarecer mejor la actividad de la farmacia*

*comunitaria, por lo que puede haber diferencias en lo que otros autores puedan considerar como con/sin receta. Por tanto en los datos de resultados que se presentan al comienzo de cada actuación de la que se va a hablar, se darán también los que corresponden a los conceptos que otros autores significan, para poder hacer la comparación*

#### **4.1-ACTUACIÓN PROFESIONAL CON RECETA MÉDICA**

Como se ha visto anteriormente, de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria, casi el 42% son solicitadas bajo prescripción médica, lo que corresponde a casi un 50% de la dispensación total, al 46% de las actuaciones farmacéuticas, resultando una media de 42,4 dispensaciones con receta/ día.

Estos resultados del estudio, son menores a los del informe del CGCOF Libro Blanco que refleja un 70,4% (84) de demanda de medicamentos con receta. Hay que tener en cuenta que este dato del CGCOF es de la estructura de ventas y el del estudio, es por actuación de dispensación. Los datos de actuación serán menores o iguales a los de dispensación de medicamentos. Ej., se realiza una actuación de dispensación por paciente, aunque solicite la dispensación de varias recetas.

Otro estudio observacional transversal, realizado en Amman durante 5 meses,(130) por 155 farmacias comunitarias, concluyeron que la dispensación con receta, representaba el 57% del total de la dispensación de la farmacia, dato que coincide con el del estudio de casi un 50%

*Entre las farmacias en estudio, existe diferencia en cuanto a la demanda de dispensación de medicamentos de prescripción con receta; La farmacia OF1, tiene un demanda mayor  $n=6.756$ , frente a  $n=5951$ , siendo la diferencia estadísticamente significativa y se mantienen de forma regular durante todo el estudio, sin embargo en la OF2 se observa la influencia vacacional, aumentando el número de demandas de dispensaciones en los meses de marzo, mayo y junio, coincidiendo con las vacaciones de Fallas, Semana Santa y fin de curso.*

En la literatura, se encuentran datos que reflejan que realmente existe una variabilidad en la frecuencia de demanda de dispensaciones con receta médica, en las farmacias comunitarias. Esto depende de las características de las propias farmacias, como ubicación, tipo de pacientes, etc. De hecho en el informe Libro Blanco del Consejo aparece una variabilidad por provincias del 64 al 77% en la demanda de dispensaciones con receta médica, siendo la Comunidad de Madrid, y la de Murcia las que menos y Cantabria y Extremadura las que más. (84)

#### **4.1.1- ACTUACIÓN PROFESIONAL DISPENSACION DE MEDICAMENTOS CON RECETA: INCIDENCIAS.**

En el estudio **se** decide definir las incidencias contempladas por FORO(115), pero con algún matiz diferente, en pro de la agilidad. Estas incidencias son:

- Dispensación SIN incidencia
- Dispensación CON incidencia(C/I)
  - Dispensación C/I por necesitar información personalizada del medicamento (IPM)
  - Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico dietéticos
  - Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT, incluyendo aquí también, los “episodios de “seguimiento”



- Dispensación (C/I) por notificación a farmacovigilancia (FVG)
- Dispensación (C/I) por derivación al médico.

Dispensación CON incidencia por no dispensar

- **Dispensación SIN incidencia**

En las farmacias comunitarias del estudio se ha visto, teniendo en cuenta las distintas incidencias contempladas, que más de tres cuartas partes de las actuaciones profesionales de las dispensaciones con receta médica, son sin incidencia. El resto son con incidencia y por tanto, se han visto interrumpidas en su proceso de dispensación, por cualquier problema relacionado con la farmacoterapia, obligando en algunos casos a evaluarlo en un episodio de seguimiento.

Una primera dispensación sin incidencias, en base a los objetivos de FORO: Supone que se han verificado los objetivos propuestos por FORO para el servicio de dispensación, es decir, que el medicamento entregado es adecuado para el paciente, descartándose la existencia de PRM o sospechas de RNM y que además el paciente posee un conocimiento óptimo del medicamento.

Una siguiente dispensación sin incidencias supone la continuación de un tratamiento, donde el medicamento, conocido correctamente por el paciente, está siendo eficaz y seguro. El hecho de que más de la mitad de las dispensaciones cursen sin incidencias, debe significar principalmente dos cosas: pacientes informados y farmacoterapia correcta.

Es importante que se sigan los protocolos de dispensación correctamente, para que los resultados reflejen la realidad de la actuación de la farmacia frente a la demanda del paciente, ya que también hay que considerar las “falsas dispensaciones” sin incidencia, bien por falta de comunicación con el paciente, bien por falta de tiempo

(tanto por parte del paciente, como del farmacéutico), problemas de idioma, o por falta de técnicas adecuadas de comunicación.(131)

*En las farmacias del estudio se observa una mayor frecuencia de dispensaciones sin incidencia en la OF2 (94,93%, frente a 61,59%), diferencia estadísticamente significativa.*

*Esta mayor prevalencia de las dispensaciones que cursan sin incidencia en la OF2, podría deberse a las características de la farmacia turística, donde la barrera del idioma que impide la comunicación con el paciente, sea la causante de dispensaciones que cursan sin el protocolo correspondiente, registrándolas sin incidencias. También podría deberse al diferente número de farmacéuticos y auxiliares en las dos farmacias; la OF1 está atendida por dos farmacéuticos y un solo auxiliar, que además está a media jornada y dedicado principalmente a labores de gestión, mientras que la OF2 tiene al frente a dos farmacéuticos y dos auxiliares, que aunque realicen dispensaciones, bajo supervisión, nunca será igual que las realizadas directamente por el farmacéutico.*

*La evolución mensual de la demanda media diaria de dispensaciones con receta sin incidencia tiene una influencia vacacional en la OF2, aumentando los meses de marzo, mayo y junio, coincidiendo con las vacaciones de Fallas, Semana Santa y Fin de curso.*

En el estudio, como se comenta en limitaciones, las dispensaciones con receta a terceros se han considerado sin incidencia. Se ha propuesto mejorar este registro, diseñando otro nuevo que solo registre este tipo de actuación. Por tanto, hay que tenerlo en cuenta para las comparaciones con otros autores. No se han encontrado estudios que registren las dispensaciones de medicamentos sin incidencias, de momento.

- **Dispensación CON incidencia(C/I)**

Durante el curso natural del proceso de dispensación, una incidencia es, todo aquello que en el transcurso del procedimiento establecido para obtener la información pertinente no concuerde con una situación esperada o aceptada por el paciente respecto a la farmacoterapia (una dosis aparentemente excesiva, un aviso de interacción o la aparición de una cefalea durante el tratamiento).

Las incidencias en dispensación obligan a una evaluación, requiriendo a veces, la adquisición de más datos, realizando lo que FORO ha acordado en llamar un episodio de seguimiento (suspendiendo o no la dispensación) (44)

El porcentaje de incidencias en la demanda de actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta médica, detectadas en las farmacias de estudio, es de casi un 23%, obligando al farmacéutico a intervenir. El número total de incidencias que llevó a intervenir, en el período de estudio, es de 2.897.

Moranta et al (2007) (124) En un estudio observacional transversal, en 2007, registra un 17.11% de incidencias en dispensación con receta del total de datos que valora. El estudio de Moranta et al. se basa en el registro de la demanda de consultas y/o indicación farmacéutica y de las incidencias en la dispensación con receta. Haciendo los cálculos necesarios para compararnos (indicación n=2.771, consultas n=2.186) y las incidencias en dispensación n=2.897, total 7.854 se tiene en el estudio un 36,9 % de incidencias en dispensación con receta. Lo que supone más del doble del valor obtenido por Moranta et al.

*Las actuaciones profesionales. de dispensación que cursan con incidencias son mayores estadísticamente en la OF1, lo que puede significar mayor atención en la detección de incidencias en la OF1, o que realmente hay menos en la farmacia turística de estudio. Los estudios que están a favor de que en las farmacias rurales se hacen más actuaciones profesionales farmacéuticas (126) y que hay menos comunicación en las turísticas por el idioma y la falta de confianza por la menor relación que existe con el paciente de paso, podría justificar condicionantes para esta menor detección de incidencias en la OF2. (132)*

*La evolución mensual de la demanda media diaria de dispensaciones con receta con incidencia no tiene una influencia vacacional en la OF2, como en las anteriores actuaciones. En la demanda de la OF1 se observa un ligero aumento en los meses de febrero, abril y junio, no encontrando ninguna razón explicativa.*

Esta versatilidad en la detección de incidencias en la dispensación de medicamentos, tanto entre las farmacias de estudio, como en los otros trabajos, puede deberse a la necesidad de aplicar con más rigor el protocolo de dispensación por parte de todos los empleados de la farmacia, y siempre debe hacerlo un farmacéutico en caso de ser una primera dispensación, o en caso de haber alguna duda, tanto del paciente, como del auxiliar que le dispensa en los tratamientos crónicos.

- **Dispensación C/I por falta de información** : se detecta que el paciente necesita información personalizada del medicamento (registrado como incidencia llamada “IPM”) o también detecta que el paciente necesita información sobre consejos higiénico dietéticos (registrada como incidencia “Dispensación (C/I) por necesitar consejos higiénico dietéticos” )

Esta es la incidencia más detectada en la dispensación de medicamentos con receta, en casi 90%, supone la de la falta de información del paciente, bien sobre el medicamento, en un 48,26 %, bien sobre los consejos higiénico dietéticos para mejorar su problema de salud, en un 41,52%.

La detección de errores en la medicación es parte importante del proceso de dispensación, previniendo así posibles PRM, ya que esos errores son alguna de las causas de PRM. La actuación de dispensación trata de que el paciente utilice los medicamentos de forma adecuada (128)

El hecho de que la incidencia más frecuente sea la falta de información del paciente es un resultado lógico teniendo en cuenta estudios realizados que aportan datos sobre el conocimiento que tienen los pacientes de su medicación.

García P. (2008), (66) en su tesis, obtiene resultados de un 66% de falta de conocimiento del paciente acerca del medicamento que utiliza, conocimiento necesario que permita asegurar un correcto proceso de uso del medicamento que utiliza.

Los resultados de otro estudio en 1992 (133) muestran que el 85% de los pacientes no conoce su medicamento; este porcentaje más elevado se explica porque solo se incluyó la población anciana.

Faus et al. (2007) coinciden con esta falta de información que conlleva a la realización de educación sanitaria, con datos de del 21,57% del total de intervenciones realizadas(134).

Beguillos Moreton et al (2005)(135). En un estudio piloto de implantación de un modelo de dispensación activa de medicamentos con receta en farmacias

comunitarias asturianas se concluye que de 5.882 medicamentos dispensados con receta, en el 12% el paciente no sabía cómo usarlo, o tenían dudas.

T. Eyaralar Riera et al, (2006) (136) (9) 27 en un estudio de dispensación de antibióticos con receta detectan que un 34% de los demandantes tenían alguna carencia de información que podría ocasionar un mal uso del antibiótico y, por tanto, una falta de eficacia o de seguridad.

En la encuesta realizada por. Badía X (2005) (137) sobre la información de medicamentos de prescripción a la población general española, se encontró que el 52,9% de los pacientes encuestados se considera poco informado y demanda mayor acceso a la información de medicamentos de prescripción. Importante resaltar de la encuesta, haciendo referencia al total de medicamentos dispensados con receta, que el 75,9% de los pacientes acude al prospecto y un 17% dice haber recibido información del farmacéutico, lo que nos indica que no se cumple como debiera el protocolo de dispensación, en el que la información al paciente está implícita en la sistemática.

Los medicamentos con estrecho margen terapéutico hacen indispensable corroborar si la información que tienen sobre el medicamento es adecuada, tanto en primera como en las siguientes dispensaciones, por el riesgo que ello conlleva. Alguno de estos medicamentos son: acenocumarol, warfarina, digoxina, litio, fenitoína, ciclosporina, teofilina, etc., como también se hace necesaria la correcta dispensación en los medicamentos complejos por la dificultad en su utilización Existen estudios que ratifican la falta de información en los pacientes tratados con Sintrom® \*concluyendo el estudio de Camps Soler et al., que uno de cada cuatro pacientes desconoce alguno de los aspectos básicos del uso de los antiagregantes orales (138)

Otro estudio en 2004 (139) realizado en una unidad de atención primaria en Pontevedra, sobre la evaluación del SFT en anticoagulación oral, detectó 53 PRM. De los que el 5,66% era por frecuencia o modo de administración inadecuado. Lo que nos indica la importancia de la información en el uso estos medicamentos.

Es importante conocer y resolver la falta de información que tienen los pacientes, ya que ello es una de las causas determinantes del éxito de la farmacoterapia, previniendo y resolviendo PRM, RMN o incumplimientos. (44)(131)(140)

La importancia de ofrecer la información necesaria al paciente sobre su medicación lo reflejan los estudios de García-Delgado (2003) (141) y Machuca (2001) donde se relacionan la percepción de la 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 fármaco, y la probabilidad de que mejore el problema de salud por el que se consulta.

Por tanto, la formación, puesta al día del farmacéutico y la información que ofrece están ligados a la percepción de mejoría del paciente, ayudando a comprender la necesidad de cumplimiento indispensable para unos resultados óptimos de la farmacoterapia

\*Prats, Más, R.; Palencia, Catalá, M.; Roig, Sánchez, I.; Pitaluga, Poveda, L.; Iborra, Muntaner, A.; Cano, Arribi, M. Falta de información del paciente tratado con Sintrom y valoración de la información recibida. Comunicación Congreso AF 2005. Pharmaceutical Care 7-extra-78 (no publicado)

*Los datos observados en las farmacias de estudio, revelan que la falta de información es la incidencia más frecuente para las dos farmacias comunitarias del estudio, tanto de IPM, como de hábitos adecuados a su problema de salud.*

*Siendo la falta de información del paciente, para las dos farmacias, la incidencia más frecuente, existe una gran diferencia en los porcentajes que se detectan, siendo un 34,31% para la OF1 y un 5.08% para la OF2(diferencias estadísticamente significativas). Esta gran diferencia puede atribuirse a que, en general, se detectan menos incidencias en la OF2, que podría atribuirse a la de falta de comunicación por la barrera del idioma.*

Una revisión de prácticas de asesoramiento sobre los medicamentos con receta en las farmacias comunitarias,(142) dio como resultado que, la información sobre las instrucciones de uso e indicación del medicamento se da con más frecuencia que la información sobre efectos adversos, precauciones, interacciones, contraindicaciones y almacenamiento, dato a tener en cuenta para ofrecer una completa información al paciente.

- **Dispensación (C/I) por ofrecimiento o por estar en SFT**, incluyendo aquí también, los “episodios de seguimiento”.

Un 9,46% de las incidencias en la demanda de actuaciones profesionales de dispensación de medicamentos con receta, son interrupciones por abrir un episodio de seguimiento al detectar un posible PRM o RMN, ofertando, o no, al finalizar el episodio, el servicio de SFT.

*Este registro, como se ha comentado en limitaciones es un cajón de sastre, ya que recoge varias situaciones. Se registran los episodios de seguimiento que se abren en el curso de la dispensación, ante una sospecha de PRM o RN; También, si por el perfil del paciente (Ej: sospecha de no cumplidor o polimedicado) se le ofrece pasar a SF, y la “parada” que se hace en dispensación ante un paciente que ya se*



*encuentra en SFT. Por tanto solo se pueden comparar las dos farmacias de estudio, que han seguido el mismo protocolo de actuación.*

*La incidencia recogida como "SFT" es mayor en la OF1(n=257) que en laOF2(n=17), siendo la diferencia estadísticamente significativa. Esto podría deberse, a lo que ya se ha comentado, sobre el hecho de que en las farmacias turísticas, con menos comunicación con el paciente por el idioma y la falta de confianza por ser pacientes temporales, condiciona la capacidad de la farmacia a la detección de incidencias. Además del hecho de que en las dos farmacias hay una diferente distribución de farmacéuticos, siendo en la Of1 de casi un 100% y en la OF2 de un 50%.*

*En la literatura se han encontrado estudios que demuestran como la diferente localización de las farmacias, condiciona su forma de trabajo, realizándose mayor o menor número de intervenciones. Entre los trabajos que comparan farmacias urbanas y rurales, tenemos:*

*Un estudio de intervención realizado en Mallorca en el 2004, duración 6 meses, sobre uso racional del medicamento(143), en centros de atención primaria (dos centros: uno urbano y otro rural) y las farmacias de su entorno (9 farmacias comunitarias), dedicados a la detección de PRM en los pacientes > 65 años, tratados como mínimo con 4 medicamentos por vía oral. Se realizaron un total de 450 actuaciones, de las cuales el porcentaje de detección fue más alto en la zona rural.*

- **Dispensación (C/I) por notificación a FARMACOVIGILANCIA (FVG)**

No hay en el período de estudio, incidencia de una posible alerta en un efecto adverso del medicamento que deba ser notificado a Farmacovigilancia.

La Ley del Medicamento establece la obligatoriedad, para todos los profesionales sanitarios de notificar las sospechas de reacciones adversas al Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV). Los datos reflejan un porcentaje bajo de notificación por parte de los farmacéuticos de farmacia comunitaria. Es verdad que no tienen acceso a historias clínicas y también carecen de formación clínica, para el establecimiento de sospechas de reacciones adversas, pero su formación en farmacología es de gran ayuda para controlar las medicaciones que reciben sus pacientes, además de la buena relación farmacéutico-paciente que puede detectar sospechas de reacciones adversas que le pasen desapercibidas al paciente, como tales, e incluso no las haya comentado al médico. (144)

- **Dispensación (C/I) por derivación al médico.**

Casi el 1% de las incidencias en la dispensación con receta se derivan al médico, aunque se le dispense el medicamento. Hay autores como Smith, 1993.(119), que dicen que las derivaciones no dependen ni de la localización de la farmacia ni del número de consultas que tiene el farmacéutico, sino de la naturaleza y características de los síntomas.

La derivación al médico desde la dispensación con receta, en ambas farmacias de estudio, no parece relevante, registrándose pocos casos, siendo algo mayor en la OF1.

El tema de las derivaciones del paciente a otro profesional, normalmente el médico, es un tema bastante controvertido, ya que los diferentes autores no se ponen de acuerdo en que circunstancias y cuándo se deben realizar.

Derivar un paciente al médico, según los síntomas que aquél ha consultado al farmacéutico, es de una gran trascendencia y responsabilidad que no ha sido lo suficientemente estudiada ni valorada por los investigadores ni por los profesionales implicados (médicos y farmacéuticos) (119). Se deberían utilizar protocolos y partes de derivación entre médicos y farmacéuticos para mejorar esta actuación y poder compararla correctamente entre los diferentes estudios.

- **Dispensación CON incidencia por NO DISPENSAR**

La incidencia que lleva a la NO dispensación del medicamento, durante la actuación de dispensación con receta, es menos del 1% en las farmacias de estudio. Cuando se decide no dispensar casi siempre ha habido una sospecha de PRM o de RNM cuya intervención ha llevado, después de un episodio de seguimiento a tomar esta decisión (la más frecuente es la duplicidad).

*En las farmacias de estudio se ve que prácticamente coincide el orden de frecuencia de las incidencias en las dispensaciones demandadas. Sin embargo el total de incidencias detectadas en la dispensación es mayor en la OF1. Concretamente en la incidencia denominada "SFT" se observa que la farmacia OF1 incide en ella más del doble que la OF2.*

Esta variabilidad puede deberse a las características de la farmacia, al tipo de demanda y a las actuaciones para resolverla. No obstante para facilitar la uniformidad se debería detallar al máximo el protocolo de trabajo en las intervenciones. Se ha trabajado con un listado abierto de causas de incidencias, al que se podrían añadir más conceptos, siempre que no mermara la agilidad de trabajo de una forma no conveniente. Lo que sí hay que tener en cuenta es que no

hay duplicidad de registro en la incidencia, el programa solo permite la elección de una, por tanto no es posible registrar una incidencia en más de un concepto, por ello se aconseja en el método, elegir la incidencia, en el caso de varias, por la que se va a empezar a resolver.

Es importante el conocimiento de las incidencias en la dispensación, para poder mejorar este servicio, ya que algunos autores afirman que una intervención bien establecida, especialmente cuando se efectúa sobre pacientes de riesgo (ancianos, sujetos polimedicados, etc.), supone un importante beneficio terapéutico, así como una disminución del gasto farmacéutico y, por tanto, un ahorro de recursos económicos para el Sistema de Salud.(145) Confirmación de ello son los resultados de una revisión sistemática y meta-análisis en 2006 que detectó que las intervenciones dirigidas por farmacéuticos eran efectivas en reducir los ingresos hospitalarios (146)

#### **4.1.2- ACTUACIÓN PROFESIONAL CON RECETA DE DISPENSACION DE FORMULAS MAGISTRALES**

**La dispensación de fórmulas magistrales en el estudio es de un 0.31% de todas las actuaciones profesionales, siendo el 0.6% de las prescripciones con receta.**

Lo cierto es que, según los expertos, las fórmulas no llegan tan siquiera a representar el 1 %, del total de prescripciones en la farmacia comunitaria (147)

Los datos del informe de valoración del Consejo Farmacéutico en Oficina de Farmacia, del CGCOF refleja un 2,3% de los registros de Consejo farmacéutico sobre información en fórmulas magistrales. Esta baja prescripción se debe, según D. Marro, vicepresidente de la ISPhC (Sociedad Internacional de Farmacéuticos Formulistas), a que el médico no contempla esta opción

terapéutica porque la desconoce o ignora sus posibilidades, no porque no confía en ella.

Se dispone de una normativa que permite trabajar no según arte sino de forma científica, equiparable a como lo hace la industria, ya que en estas normas se contemplan instalaciones, materias primas, proveedores, envasado, información al paciente, fabricación a terceros, en definitiva, todo lo necesario para establecer una trazabilidad y seguridad en el trabajo realizado.

Sin embargo la prescripción de fórmulas magistrales no es rentable, opinión compartida con Diego Marro, que señala que "para el 90 por ciento de las farmacias comunitarias la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales no es rentable económicamente", ya que la inversión que se realiza en utillaje , locales, tiempo dedicado a la redacción y generación de todo el soporte documental exigido, etc. para poder prestar este servicio es mayor que el beneficio que les reporta esta tradicional práctica.

La formulación magistral farmacéutica ha tenido, tiene y tendrá un papel primordial al que nadie todavía ha encontrado sustituto. La personalización del medicamento a la dosis necesaria para cada paciente y, especialmente, el medicamento huérfano, son necesidades del mundo sanitario que sólo se pueden cubrir con la formulación magistral.

Para potenciar la prescripción de formulas magistrales se han definido estrategias como el fomentar cursos de formación mutua médico-farmacéuticos,

implicando a delegados de zona, centros de salud, hospitales, la inclusión de asignaturas en las facultades, y la utilización de nuevas tecnologías (148)

*Aunque la demanda de dispensación de fórmulas magistrales es parecida en relación al total de sus actividades farmacéuticas, en las farmacias de estudio, existe una clara diferencia entre las farmacia en la dispensación de magistrales, mayor para la OF1. No existe una explicación contundente a estos datos. La única diferencia que puede aumentar la demanda es el nivel de elaboración de fórmulas magistrales que se tenga. La farmacia con un nivel más alto de elaboración de fórmulas, tiene más formación, más experiencia y por tanto más consolidado este servicio, luego es más fácil que el usuario busque estas farmacias para realizar su demanda.*

La evolución de la demanda media diaria de actuación de dispensación de fórmulas magistrales no tiene fluctuación para la OF2, mientras que en la OF1 se observa un aumento en los meses de febrero y abril, sin haber encontrado una explicación para ello.

#### **4.2-ACTUACIONES PROFESIONALES SIN RECETA MÉDICA**

Haciendo un estudio más detallado de este grupo, se observa que el 58,50% de la demanda de actuaciones profesionales en las farmacias comunitarias de estudio, son sin receta, resultando una media diaria de casi 60 actuaciones. Esta demanda hace recapacitar sobre la importancia que tienen los otros servicios al paciente, aparte de la

dispensación bajo prescripción médica, como son la indicación, la automedicación y consulta farmacéutica.

En este grupo sin receta están las ventas, con un 16,80%, que son las actuaciones que no necesitan de la presencia del farmacéutico, pero el resto, más de un 80%, sí que lo requiere.

**La distribución de éstas, en el estudio, es la siguiente:**

- **La automedicación con un 55,52% del total de este grupo, es la actuación profesional sin receta más frecuentemente demandada en la farmacia comunitaria.**
- **La indicación farmacéutica se solicita en casi un 16% de las actuaciones profesionales sin receta.**
- **La de consulta farmacéutica se corresponden con un 12,21% de la demanda de las actuaciones profesionales sin receta médica.**
- **las ventas, sin más representan el 16,80%.**

Se constata que el 70% de las dispensaciones de medicamentos, en las farmacias de estudio, son sin receta. La automedicación, junto con la indicación son unos campos específicamente farmacéuticos. El farmacéutico es, en la mayoría de las ocasiones, el único profesional sanitario testigo y observador en la resolución de estas demandas.

Es por ello que el farmacéutico tiene una gran responsabilidad en:

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

Al conocer el peso de estas actuaciones en la farmacia comunitaria, orientadas al tratamiento de patologías o síndromes menores, los farmacéuticos comunitarios deberían prepararse para intervenir con la mayor excelencia profesional posible. Se recomienda seguir protocolos, que estén consensuados con médicos y personal de enfermería.(120) (149)Por tanto con el conocimiento cuantitativo, obtenido a través de la herramienta, nos ayuda a tomar decisiones que mejoren estos servicios.

Esta gran demanda de actuaciones profesionales sin prescripción médica, lleva, en la mayoría de los casos, a dispensar una EFP (especialidades farmacéuticas publicitarias), aunque también se resuelve parte de la demanda “sin receta”, con consejos de hábitos saludables.(35)(150,151).

Estos medicamentos, considerados especialidades farmacéuticas publicitarias, son cada vez más numerosos en nuestro arsenal terapéutico. El paso de medicamentos de prescripción a medicamentos EFP se ha visto potenciada en toda Europa debido a varias causas(119)

- Aumento de la educación de los ciudadanos.
- Aumento de la edad de la población, que lleva emparejado un aumento de la morbilidad.
- Aumento de los costes sanitarios.
- Aumento del consumismo en todos los sectores de la sociedad.
- Disponibilidad de más y mejores medicamentos EFP.
- Deseo de los consumidores/usuarios de compartir responsabilidades en este tema.
- Avances en las tecnologías de ayudas diagnósticas y aparatos de monitorización.
- Aumento del estilo de vida rápido de los ciudadanos que hace que éstos no quieran pedir cita al médico para luego ir a la farmacia para algo que podrían comprar directamente.



Entre las ventajas de estos medicamentos EFP,(149) están las características de menor riesgo que deben cumplir, definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)

- eficaces sobre los síntomas que motivan su empleo, que en general deben ser de naturaleza autolimitada, es decir no tener una evolución progresiva o agravante
- fiables para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida, para que quién los consuma note sus efectos beneficiosos
- y, por supuesto, deben ser seguros, ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano. Son enfermedades que por su frecuencia y características deben ser fácilmente diagnosticables
- su empleo debe ser fácil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales
- deben tener un amplio margen terapéutico, los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves

*En comunidades turísticas, el aumento de las actuaciones profesionales sin prescripción médica, como ocurre también en este estudio para OF2, con un 60% del total de actuaciones de la farmacia, puede tener relación con una venta más alta de especialidades EFP, aunque la diferencia con la OF1, con un 56,42% no es estadísticamente significativa. Ejemplo de ello lo podemos observar en un estudio realizado por comunidades en la que vemos como comunidades más turísticas como lo son Canarias y Baleares tienen una venta de EFP de un 15-20% frente a Castilla León y Castilla la Mancha con un 11-12% (84) Pero lo que se destaca es que no existe*

*una diferencia importante entre las farmacias de estudio en este grupo sin receta, que justifique una incidencia por ser turística, o no.*

En el estudio se ha considerado a los productos de las medicinas alternativas (Fitoterapia, Homeopatía, Spagiria, Flores de Bach , Sales de Schusler) como productos de dispensación sin receta, susceptibles de indicarse por parte del farmacéutico, o de solicitarse como automedicación por parte del paciente, no solo por su gran demanda en la sociedad actual sino por el perjuicio que en algunos casos son capaces de desencadenar, así lo demuestra un estudio que concluye en que existen un número considerable de reacciones adversas a los medicamentos a base de hierbas e interacciones de éstos con los medicamentos(152), además la posibilidad de enmascarar la aparición de efectos adversos de los medicamentos. (153)

Según Barbero A. et al, 2.006(132) el consumo de estos productos se sitúa entre un 15-20% Este dato depende de muchos factores, como la formación de la farmacia comunitaria en este tipo de tratamientos, información del paciente para poder demandarlos, impacto de la publicidad, etc. En Europa están muy potenciadas las medicinas alternativas, lo que se refleja en la demanda de estos productos en farmacias con influencia turística.

Pero no olvidar, que a día de hoy, también se dispensan de este modo medicamentos que no son EFP, y que necesitan prescripción médica (11% según Barbero A. et al, 2.006) (132)infringiendo con ello las normativas vigentes. Este hecho redundante en lo importante que es el conocimiento y estudio real de lo que ocurre en la farmacia.

Estudios revelan que este hecho se produce por diferentes razones:

- La coexistencia de especialidades (con la obligatoriedad de dispensación bajo prescripción médica) con igual composición que otras consideradas especialidades farmacéuticas publicitarias, que no requieren receta y además son más caras. Tema urgente a resolver por las autoridades competentes por la confusión que ello produce.

Según el estudio de Carranza F et al. 2.006. (154), la coexistencia entre EFP y especialidades de prescripción médica, para una misma indicación autorizada se da concretamente en 29 casos (10,01%). Esto es causa de problemas para el farmacéutico

comunitario por la ambigüedad de la norma y por sus consecuencias jurídicas. 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

- La llamada “prescripción oral” que es el ejemplo frecuente del paciente que solicita determinado antibiótico prescrito telefónicamente por su dentista. Esta demanda de medicación sin la correspondiente receta no es considerada, por algunos autores como propiamente automedicación, diferenciándola de ésta en la recogida y estudio de los datos(155). El estudio de la Comunidad Valenciana de 2.001-2.002 sobre uso racional del medicamento en el consumo de antibióticos, detectó un 25% de prescripción médica oral, del total de solicitudes de antibiótico sin receta, diferenciándola de la pura automedicación. (156)El estudio Barris et al (2005) (157)detecta la demanda de antibióticos sin receta, en un 43%, alegando el paciente que

se lo ha recomendado el médico de forma oral. L. Salar (2006)(118), en su tesis refleja valores del 27% en este tipo de solicitudes. El estudio de Gastelurrutia, (158) realizado en Guipúzcoa, estudia la demanda sin receta por prescripción telefónica, y dice que cuando no es así lo consideran automedicación. Los datos hallados en la bibliografía muestran algunas diferencias, pero en todo caso, refleja una realidad de prescripción oral que hay que tener en cuenta desde todas las partes implicadas, para solucionarlo convenientemente.

• Las continuaciones de tratamiento. (159)son prescripciones para más tiempo que dura el envase prescrito y el paciente no tiene tiempo de recoger la siguiente receta. Este caso, como el anterior, no se considera automedicación, por algunos autores(154). L. Salar, en su tesis,(118) cuantifica estas demandas en el caso de antibióticos, y refleja datos del 28% de estas solicitudes.

• Medicación solicitada como “urgente”. Barbero et al. cuantifica en su estudio que de los medicamentos que necesitan receta, el 11,1% se solicitó sin ella, correspondiéndose en el 69,7% de los casos con tratamiento crónico o tratamiento médico urgente(132), diferenciándola de la demanda de automedicación, que resultó de un 20%.

• El hecho de que más de un tercio de las indicaciones autorizadas vigentes (35,4%) para EFP no cuentan con especialidades farmacéuticas comercializadas en España de ningún tipo, podría significar que el arsenal terapéutico del que dispone el farmacéutico para la dispensación en síntomas o trastornos menores es más reducido del que la legislación vigente permite, dándose la circunstancia de que para determinados

trastornos o síntomas menores que pudieran tratarse con EFP, solamente se disponen de especialidades farmacéuticas de prescripción médica. (154)

- La solicitud de una especialidad que necesita receta por empeño del paciente y sin ninguna justificación. Este sí es un caso claro de automedicación. No debería ser una actuación inconsciente por parte del farmacéutico, debe ser razonada, bien con el paciente y/o con el profesional que lo haya realizado. En su tesis, L. Salar (118) cuantifica esta solicitud injustificada, en cuanto a antibióticos se refiere en un 45% de todas ellas. Barbero et al,(2006) (132) en su estudio detecta que de los medicamentos que necesitan receta, el 11.1% se solicita sin ella, siendo el 20% automedicación injustificada. El estudio de la Comunidad Valenciana de 2.001-2.002 sobre uso racional del medicamento en el consumo de antibióticos, detectó un 38,6% de demandas injustificadas de antibióticos sin receta.

- Además, a partir de ahora se hace más difícil conocer que especialidades son EFP, ya que dejan de marcarse con ese acrónimo que los identifica. Así se estableció por el RD 109/2010 de 5 de febrero, que modifica al RD 1345/2007 de registro, en los relativo a las EFP .La AEMPS solo autoriza medicamentos con o sin receta y luego, si el laboratorio quiere hacer publicidad debe solicitarlo a la DGFPS del MSPS quién revisa el material publicitario, los videos de propaganda y le otorga el CPS (Control Previo Sanitario, como llevaba haciendo desde antes). Conclusión: ahora es difícil tener una lista de medicamentos publicitarios, como no sea que la proporcione la DGFPS del MSPS.(160).

El hecho de algunos autores hagan diferenciaciones entre la automedicación justificada, o no, lleva a diferentes resultados. Los que están a favor de la diferenciación tratan a la automedicación justificada como una dispensación de medicamento con receta.

En el estudio se ha considerado actuaciones profesionales de automedicación solo a la automedicación injustificada.

Con todo ello se incide en la importancia que supone para el farmacéutico conocer la labor que se realiza en su farmacia y poder planificar acciones que mejoren la atención al paciente.

#### **4.2.1 INDICACIÓN FARMACÉUTICA**

Con respecto a la indicación farmacéutica, los datos del estudio reflejan que del total de actuaciones profesionales que se demandan y realizan en las farmacias de estudio casi un 9% son actuaciones de indicación farmacéuticas. Del total de las actuaciones farmacéuticas, las indicaciones representan un 10%, casi el 11% de las dispensaciones totales realizadas y el 15,47% de la demanda sin receta. Podría decirse que de cada diez pacientes que acude a la farmacia comunitaria uno demanda una indicación farmacéutica.

Este servicio es de gran importancia, ya que se produce a petición directa del paciente, que identifica al farmacéutico como el profesional que puede resolver su problema, siendo en muchos casos el farmacéutico el primer o único contacto del paciente con el sistema sanitario, ya que disminuye visitas al médico, si se resuelve la demanda.(161)(162).

Esta demanda, según algunos autores, se resuelve en un elevado porcentaje con la recomendación del farmacéutico. Así lo demuestra Ingrid Ferrer en su tesis (2007)(35), realizada en 8 farmacias comunitarias de Sevilla, donde la demanda de indicación farmacéutica se resolvió en el 88% de los casos.

Datos parecidos obtiene Machuca M. et al. (2003) 1(161) en un estudio anterior, en una farmacia comunitaria en Sevilla, donde el 85% no tuvo necesidad de acudir al médico. Importante resaltar que en ambos estudios se realizó la actuación de indicación farmacéutica aplicando un protocolo consensuado.

El hecho de que se resuelvan un alto porcentaje de las indicaciones realizadas en la farmacia comunitaria rompe una lanza a favor del paciente que reconoce que son síntomas menores y por ello va a la farmacia, y por otro lado, demuestra que el farmacéutico con su formación es capaz de indicar el remedio adecuado, resolviéndose así la gran mayoría de las indicaciones.

En la bibliografía consultada, el porcentaje de la consulta de indicación demandada en la farmacia comunitaria varía mucho (de 5 % a 30%) y depende de muchos factores: población elegida, tipo de farmacias, tipo de problema de salud escogido para el estudio, (163). Los datos que se obtienen en el estudio coinciden con los de algunos de los autores que vemos a continuación:

Barbero et al (2004) comenta en su estudio, que de toda la dispensación que se realiza en la farmacia comunitaria del 8-10% es indicación farmacéutica.

Tomás Sanz et al. (2006) (164) en su estudio descriptivo y prospectivo de un proyecto de atención farmacéutica integrada, mediante la colaboración entre un centro de

atención primaria y las farmacias comunitarias, durante un año, dio como resultado 1.011 consultas. Clasificándolas en tres: consultas, indicación y automedicación, de las cuales un 36,3% podrían considerarse indicación. Haciendo los cálculos para el estudio de las farmacias sería 18,6%, resultado inferior al de los autores.

Maroto et al. (2006) (165) realizaron un estudio intervencionista llevado a cabo en una farmacia comunitaria de un área urbana, durante 6 meses. Las características de la actuación fueron la detección de consulta, indicación o incidencia en dispensación. Del total de 2.946 actuaciones realizadas, un 56% fueron de indicación farmacéutica. Adaptando los datos a este estudio tenemos un resultado de 36,89% de indicación solicitadas en el período de estudio, dato inferior al de los autores.

Viñuales Lorient y cols, (1992b), (166) en un estudio en las farmacias de Navarra, , refleja que un 5,5% del total de los medicamentos dispensados sin receta, son respuesta a la demanda de indicación farmacéutica. Haciendo las adaptaciones necesarias resulta un 15,47% de solicitudes de indicación en el estudio, resultado superior al del estudio citado.

Baixauli et al. (2005), (150) en un estudio descriptivo transversal, en 9 farmacias de Valencia, registró 960 consultas, de las cuales un 16% fueron de indicación farmacéutica (56% en éste). Otro dato importante en el trabajo de Baixauli es el referirlo por paciente, resultando que un 2,4% del total de usuarios hace una demanda de indicación farmacéutica. En el estudio se tiene que un 10,9% de los usuarios demandan una actuación profesional de indicación, dato inferior a Baixauli.



M.C. Rodríguez León et al. (2006)(167) , mediante un estudio descriptivo, en 4 farmacias comunitarias, durante dos meses, registraron 185 casos de indicación farmacéutica y 177 casos de solicitud de medicamentos sin receta (automedicación). Lo que representa un 51% de demanda de indicaciones farmacéuticas (en el estudio un 22,8%).

Al Motassem et al. ( 2008) (130) en un estudio observacional transversal, realizado en Amman durante 5 meses, por 155 farmacias concluyeron que un 5% de las dispensaciones totales eran indicación farmacéutica. (en el estudio un 11%).

*Observando por separado cada una de las dos farmacias de estudio se ve que la indicación se demanda en un porcentaje muy parecido siendo la diferencia no significativa.*

*Ya se ha comentado anteriormente que la demanda de indicación farmacéutica es variable {{200 Barbero, González, J.A. 2004}, sin embargo los datos del estudio coinciden en ambas farmacias y también, como se ha visto, con otros autores. No parece, pues que la condición turística tenga una importancia prevalente en esta demanda.*

En la resolución de la demanda de una indicación farmacéutica se debe elegir la mejor opción para resolver la situación, porque no siempre la consulta de indicación debe finalizar con la selección de un medicamento para resolver el problema (autorizado para ser dispensado sin receta médica), puede ocurrir que la mejor opción sea la indicación de tratamientos no farmacológicos, educación sanitaria del paciente, mediante su información y formación en algún aspecto concreto, o incluso el ofrecimiento de otro servicio profesional, como puede ser el de seguimiento farmacoterapéutico o la derivación al médico(117).

La utilización de protocolos consensuados ayuda a realizar la mejor actuación profesional para el paciente. En el estudio se ha seguido el protocolo de Foro (45) para la realización de la actuación de esta actividad. Existen además guías para la resolución de cada una de las consultas de indicación como por ejemplo “Protocolos de Indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico”(120). Los protocolos son una herramienta útil y práctica para cumplir con los objetivos de la indicación farmacéutica en cada síntoma incluido y, con ello, contribuir a obtener el mejor resultado en salud posible para el paciente, que es lo que debe orientar la actuación del profesional farmacéutico en este y otros servicios de atención farmacéutica.

La FIP (International Pharmaceutical Federation) (168) ha realizado una declaración sobre el papel del farmacéutico 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.

Se han clasificado y registrado, las distintas maneras de resolver las indicaciones solicitadas al farmacéutico, con el fin de conocer mejor la demanda del paciente, como se ve a continuación:

En las farmacias de estudio, la indicación farmacéutica que se realiza, por demanda del paciente, acaba casi en un 99% de los casos con la recomendación de un medicamento EFP, o un producto de fitoterapia u homeopatía, siempre acompañada de la información necesaria para su correcta utilización y consejos higiénico-dietéticos si los necesitara.

La recomendación de un producto o medicamento para resolver el problema de salud del paciente, siempre debe ir acompañado de información y/o consejos por parte del farmacéutico. Los estudios de García-Delgado(66) y Machuca(161) relacionan la percepción de mejoría, con la información facilitada sobre la medicación, que parece ayudar a comprender la necesidad de cumplir el tratamiento, punto indispensable para un buen resultado del tratamiento.

El consejo al paciente en la medicación, como vemos, 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.(35).

Estos resultados que reflejan que la mayoría de las indicaciones demandadas se resuelven con la recomendación de un medicamento o producto, coincide con varios autores, por ejemplo:

Baixauli et al. (2005) (150), en su estudio ya mencionado, refleja que el 78,2% de la demanda de indicación farmacéutica se resuelve con dispensación medicamentos y parafarmacia.

M<sup>a</sup> del Mar Velert et al. (2005)(151) en un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en una farmacia comunitaria de Valencia, durante 4 meses, un

92,02% de las consultas de indicación se resolvió con la recomendación de un medicamento que no requiere receta.

M.C. Rodríguez León et al. (2006) (167) mediante un estudio descriptivo, detecta que un 60% de las indicaciones farmacéuticas registradas se resuelven con la dispensación de una EFP y consejos, y en un 32% con un medicamento de prescripción

Maroto y col. (2006)(165), refleja en sus datos de su estudio que la demanda de indicación farmacéutica se resuelve en un 92% con la dispensación de EFP o producto sanitario,

En una farmacia comunitaria de Madrid durante dos años, se registraron todas las consultas de indicación. El resultado de las consultas fue que en un 85,4% se recomienda un tratamiento farmacológico.(119).

Ferrer I (2008) detecta en su trabajo, que un 95,87% de las indicaciones se resuelven indicando un tratamiento(169).

*En las dos farmacias de estudio, la mayoría de las indicaciones farmacéuticas acaban recomendando un medicamento o producto, no siendo la diferencia entre ellas estadísticamente significativa.*

En el estudio, se refleja también que en un 0,94% de las indicaciones realizadas, además de recomendarle algún medicamento o producto se le deriva al médico. Y

solamente en un 0,25% se le deriva al médico sin venta asociada. El total de derivaciones al médico serían de un 1,2%. Son derivaciones estrictas y no condicionadas a cuando no mejore. La correcta definición del tipo de derivación es importante a la hora de comparar resultados. Prueba de ello es la variabilidad de datos que existe en la literatura en este sentido (170).

Derivar a un paciente al médico, según los síntomas que aquél ha consultado al farmacéutico, es de una gran trascendencia y responsabilidad que no ha sido lo suficientemente estudiada ni valorada por los investigadores ni por los profesionales implicados (médicos y farmacéuticos) (119)(119).

Las derivaciones al médico siempre son difíciles de comparar, pues, no se utilizan protocolos de derivación que ayuden a consensuar decisiones, en todos los casos. Sería necesario utilizar de criterios de derivación consensuados con los facultativos médicos, así como una hoja de derivación para estos casos, de forma que la colaboración entre médicos y farmacéuticos permita el filtrado de situaciones de riesgo que requieran la atención médica.

Además del no criterio consensuado de derivación, está la diferente clasificación que hacen los autores de las derivaciones. Algunos autores diferencian entre dos tipos de derivación: Las derivaciones directas y condicionales, cada una puede ser con o sin dispensación. (119).

Las derivaciones directas se producen cuando el personal de la farmacia aconseja explícitamente que el paciente vaya a visitar a su médico. En las derivaciones condicionales se recomienda la visita al médico siempre que se den unas determinadas condiciones, como el empeoramiento o que no mejore el problema de

salud en un tiempo determinado. Lo que hace difícil la comparación de estudios. La mayoría solo diferencian entre derivación con, o sin dispensación.

Durante la realización de este estudio, se publica la guía de "Protocolos de Indicación Farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores", (120) de gran utilidad en este sentido, ya que consensúa criterios de derivación al médico necesarios para la futura comparación de estudios.

En la literatura se han encontrado diferentes estudios que reflejan la variabilidad de resultados obtenidos en la opción de derivar al médico:

M.C. Rodríguez León et al. (2006)(167), detecta un 3,24% de derivaciones al médico desde la indicación(con /sin dispensación).

Ingrid Ferrer Ingrid (2007) (35), en su tesis, detecta una derivación al médico del 3,7%.

Y en otro estudio del 2008, detecta un 4,12% de las indicaciones se resuelven derivando al médico(169)

M<sup>a</sup> del Mar Velert et al.,(2005)(151) en un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en una farmacia comunitaria de Valencia, durante 4 meses, atendiendo a las indicaciones de los protocolos utilizados, se remitieron al médico un 4,94% de los pacientes.

A Barbero, (2001)(119), en el estudio de su tesis detecta un 19,78% de derivaciones estrictas en indicación , correspondiendo a un 10,25% con, y un 9,71% sin dispensación. Este autor refiere datos de otros autores en los que se observan

diferencias en los valores de derivaciones estrictas en esta actuación de indicación: 10,20 % ( Evans y cols 1997), 8,7% (Smith 1993).

Baixauli et al. (2005)(150) (11), en su estudio, reflejan que un 19,4% de las indicaciones farmacéuticas se resuelven derivando al médico (14,2%sin dispensación y 5,2%con dispensación).

*Las derivación al médico, con o sin venta asociada no es relevante en las farmacias del estudio, aún así es mayor en la OF1*

*Hay autores que comentan que las derivaciones no dependen ni de la localización de la farmacia ni del número de consultas que tiene el farmacéutico, sino de la naturaleza y características de los síntomas, (Smith, 1993).*

*Con respecto a la farmacia turística la poca derivación pudiera deberse a que, en vacaciones, ante un problema de salud que pudiera ser grave, donde no se conoce muy bien el entorno, ni a la farmacia, se prefiera optar por acudir al médico o a urgencias .Datos revelan que se hace un inadecuado uso de urgencias (171), sobre todo por la gente joven (172)(173) , que a la vez es el turista mayoritario en zonas turísticas de playa, llegando a colapsar en verano las urgencias(174), siendo muchas consultas problemas banales. Además otros autores avalan que una de las razones que tiene el paciente espontáneo de urgencias es la de no saber donde acudir, situación lógico en un lugar turístico de paso.(175).*

Otra manera de resolver una consulta de indicación es aconsejando sin dispensar. El paciente no necesita ningún medicamento para resolver su problema de salud. En el estudio esta resolución se da en un 0,47% de las indicaciones realizadas, donde se recomiendan solamente consejos.

Baixauli y col. (2005)(150), en su estudio refleja un 1,8% de demandas de indicación farmacéutica resueltas solo con consejos higiénico-dietéticos que ayuden al paciente a mejorar su problema de salud.

.Barbero et al (2004)(163)refleja en su estudio que un 4,20% de las indicaciones se resuelve con consejos.

*En las farmacias del estudio, la recomendación de solo consejos, sin venta asociada como solución a las indicaciones demandadas es más alta para la OF2 (0,50 % frente a 0,44%), no siendo estadísticamente significativa .*

Todos estos resultados dejan entrever que, para este tipo de circunstancias, en que el paciente refiere padecer síntomas menores, es útil que exista un fármaco que pueda resolver el problema, ya que en caso contrario estos pacientes engrosarían las citas de los centros de salud para problemas banales. En esto se demuestra que el fármaco es un buen aliado del médico en estas circunstancias, incluso según otros autores, además de evitar citas actuando resolviendo problemas.

Conocer la labor que se hace en las indicaciones farmacéuticas demandadas, ayuda a mejorarla. Cuando se decide registrar la indicación farmacéutica de manera exhaustiva: la razón de la consulta, quien lo solicita (edad, sexo), síntomas que refiere, medicación que toma, el resultado obtenido etc. se necesita más tiempo para efectuar el registro. El tiempo es un bien escaso, y es el culpable de que no se hagan las cosas como deberían. La herramienta del estudio, que de forma ágil es capaz de registrar todas las indicaciones farmacéuticas realizadas y sus resoluciones, sirve de base para conocer las pérdidas que se han producido por falta de tiempo.



El sistema de gestión, al introducir la herramienta, da la posibilidad de listar diaria, mensualmente, etc. todos los medicamentos que han sido indicados con los consejos adecuados, aquellos que han sido indicados, con la derivación al médico; además, las actuaciones en que no ha habido dispensación como las derivaciones al médico, a otros servicios y aquellos casos en que se ha asesorado sin dispensar. Esta información orienta sobre los síntomas que el paciente ha referido y con ello se puede valorar la frecuencia de patologías que se consultan en la farmacia. Con todo ello poder planificar campañas de información y estrategias que mejoren este servicio, como la formación del personal y la utilización de guías y protocolos para resolver más eficazmente las demandas del paciente.

Existen ya metodologías de documentación y evaluación de intervenciones(169) (176), que sirven de instrumento de medición de actividad y calidad del servicio de indicación farmacéutica, que se beneficiarían de la complementación de la herramienta para conocer cuantitativamente la demanda total de indicación farmacéutica.

El objetivo final será poder demostrar que una actuación profesional responsable, por parte del farmacéutico, se corresponde con la resolución óptima de problemas de salud de la población que se atiende en las farmacias, evitando desplazamientos innecesarios del usuario a las consultas de atención primaria, o incluso a los servicios de urgencias.

Por otra parte, esta actuación profesional responsable puede contribuir en ocasiones a la detección inmediata de problemas más graves que requieran de un diagnóstico preciso, evitando que el paciente se «entretenga» pensando que se trata de algo sin importancia.

#### 4.2.2-AUTOMEDICACION

La OMS define autocuidado como “Actividades sanitarias organizadas de forma no oficial y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que abarca la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios en el contexto social normal de la vida cotidiana” (WHO-Euro, 1998) (25). La automedicación según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y concretamente la «automedicación responsable» es una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas, ya que con una información adecuada, puede originar un beneficio para el paciente, al mismo tiempo que ahorra gastos al sistema.

Laporte, en 1992 dio la siguiente definición: Se afirma que una persona se automedica cuando toma un medicamento por decisión o consejo no cualificado con el fin de aliviar un síntoma o curar una enfermedad (177), pero no dice a que considera “cualificado”.

Otra definición en términos similares pero algo más detallada es: “Automedicación es la situación en la que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico, ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción ni en la supervisión del tratamiento” (Boletín Terapéutico Andaluz 1.996). Pero en esta definición no está claro el caso del paciente que repite tratamiento con receta de la última vez, por que le fue bien (118).

En este estudio adoptamos la siguiente definición de automedicación: “Consumo de medicamentos por decisión del propio paciente o recomendación de otras personas sin consejo de personal sanitario”.(118), ya que parece que es la que más se ajusta a la realidad. Según esta definición, las plantas medicinales y la homeopatía no formarían parte de la automedicación y sí de los autocuidados. Pero eso realmente es

una consideración académica útil sólo para delimitar el ámbito de estudio, pues los pacientes, a veces, no distinguen entre medicamento y planta medicinal u homeopatía. De hecho se ha definido la automedicación de forma clásica como «el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico»(118)(149).

También en la definición de automedicación en el Reporte de la 4º Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el papel del Farmacéutico en el autocuidado y la automedicación de 1998 (178). “La automedicación es la selección y uso de los medicamentos por los individuos para el tratamiento de auto - enfermedades reconocidas o síntomas”, considerando como medicamentos los productos a base de hierbas y tradicional.

En este estudio se ha considerado como medicación a la herboristería, ya que no está exenta de efectos adversos. También a la homeopatía, que aunque no tiene efectos adversos, sí tiene importancia en el caso del paciente que crea que su problema de salud sea banal sin serlo, y con esta decisión esté retrasando su correcto diagnóstico y/o tratamiento. Por la misma razón se ha incluido a las sales de Shüssler, flores de Bach, etc.

La forma de vida actual (“sin tiempo”), la existencia de medicamentos que no requieran receta y los conocimientos que “creen tener los pacientes” hacen que esta vía sea muy utilizada como una solución a sus problemas de salud.

Los resultados del estudio reflejan que la automedicación que se realiza en las farmacias supone el 32,48% de las actuaciones profesionales. Es un dato importante ya que supone casi la tercera parte de la labor que se realiza en la farmacia

comunitaria. Es la actuación profesional más frecuente después de la dispensación con receta.

Teniendo en cuenta las actuaciones farmacéuticas, que son las que necesitan la presencia del farmacéutico para su realización, se tiene que un 36,02% son actuaciones de automedicación, lo que representa un porcentaje importante en la labor del farmacéutico en la farmacia.

Del total de dispensaciones de medicamentos que se realiza en la farmacia el 39,11% corresponde a demandas de automedicación.

De las dispensaciones sin receta la automedicación tienen un papel importante, representa un 55,52%.

Se podría decir que dos de cada cinco pacientes demandan un medicamento para automedicarse.

Esta prevalencia de la automedicación en *las farmacias es mayor que la detectada para España, tal como lo muestra* un estudio observacional transversal, con datos procedentes de la edición de 2006 de la Encuesta Nacional de Salud para adultos (a partir de 15 años)(179). Se refleja en los resultados estadísticos descriptivos, que aproximadamente el 14% de la población de estudio admite haber consumido algún medicamento sin prescripción médica en las dos semanas previas a la encuesta, dato que coincide con estudios de automedicación encontrados en la literatura del orden del 11,78% (180) o del 18,5% (166).

Sin embargo, sí se observa una alta prevalencia de la automedicación en diferentes países. En Ecuador se detecta un 72,5% automedicación. En México un 71% de la

población se automedica(181). Estudios en Canadá reflejan un 63% de automedicación .(182). Un 75% de los encuestados en 3 farmacias de Chile confiesan automedicarse (183). Otro estudio observacional transversal, realizado en Amman durante 5 meses, (130) por 155 farmacias comunitarias sobre patrones de automedicación , refleja un 30,56% del total de dispensaciones en la farmacia y un estudio sueco, en el que solo el 10% utiliza al médico, para resolver síntomas menores {{156 Viñuales,Loriente,A. 1992}.

*La posible explicación, a la mayor prevalencia de la demanda de automedicaciones encontrada en las farmacias de estudio, podría deberse a las características de las farmacias. Observando los resultados obtenidos en cada una se ve que la demanda de automedicaciones es mayor en la OF2 (35,44% del total de actuaciones en la farmacia, frente a 29,58%, considerada turística. Siendo la diferencia estadísticamente significativa.*

*Esta mayor demanda de automedicaciones en zonas turísticas, puede deberse al mayor número de extranjeros que reside de forma temporal, o permanente, en esos núcleos, ya que los extranjeros se automedican más que los españoles. Hábito que se ve reflejado en la última encuesta de Nacional de Salud y en el estudio de Barbero et al.(125).*

*También está comprobado que los hábitos de automedicación son más prevalentes en gente joven, que es la población que aumenta en las zonas turísticas(184).(140)*

*Otro factor a tener en cuenta es el alto consumo de medicamentos por los extranjeros, que debido al menor precio de los medicamentos en España, aprovechan su estancia*

*para abastecerse de aquellos que normalmente utilizan para automedicarse, incluso algunos confiesan comprarlos como regalo.*

Existen estudios en los que se observa una diferencia en la demanda de automedicación según el tipo de farmacia:

Viñuales Loriente y cols, (1992b), (166) en un estudio en las farmacias de Navarra, ya comentado, refiere por sus datos que la medida de prevalencia de la automedicación varía según el hábitat, siendo mayor en farmacias comunitarias urbanas (27%), que en rurales (20%). También encontraron diferencias por áreas de salud. Sin embargo no encontraron diferencias significativas según la época del año.

*Resultados parecidos se observan en los siguientes estudios realizados en Portugal donde se contempla también, que la demanda es mayor en farmacias urbanas.*

Martins S.P.(2002) (185) realizaron un estudio transversal, en 26 farmacias urbanas de Portugal, sobre la prevalencia de la automedicación, en un período de tiempo, encuestando a todos los pacientes que acudían a por algún medicamento para automedicarse. Los resultados fueron una prevalencia del 26,2%

Nunes de Melo (2006),(186). Realizaron, cuatro años después otro estudio transversal, en farmacias rurales de Portugal, durante un año, en cuatro periodos de tiempo, uno para cada estación del año. La prevalencia resultó ser de un 21,5 %,

No son datos comparables pero ayudan a entender que la automedicación podría depender de muchos factores.

*La farmacia Of1, considerada rural, por la no estacionalidad de su población y su ubicación fuera del núcleo urbano, tiene una automedicación superior a los estudios encontrados(29,58%), posiblemente debido a que la mayor parte de su población está formada por residentes extranjeros, que como ya se ha comentado, tienen una mayor tendencia a la automedicación.*

*Todo lo anterior podría explicar el porqué la prevalencia de la automedicación para estas dos farmacias es más alta que en el resto.*

El hecho de que la prevalencia en automedicaciones sea inferior en España, que otros países, podría significar prudencia por parte de los españoles en este tipo de hábitos, aunque también significaría que con una educación sanitaria adecuada podrían no sobrecargar las consultas del médico de atención primaria que podría dedicar más tiempo a otras dolencias más graves. En esta línea un estudio sobre una encuesta realizada a los médicos de atención primaria suecos reflejaba que los médicos opinaban que el 75% de las consultas de sus pacientes podrían ser tratados a nivel de autocuidados. En España la comunidad de Madrid ha hecho un estudio del perfil del paciente hiperfrecuentador, de donde se comenta que 'la mitad de los médicos de esa comunidad opinan que el 20% de sus visitas son innecesarias(187).

Los estudios realizados en determinados grupos de población en España reflejan que esta prevalencia puede aumentar considerablemente en alguno de ellos. Un estudio sobre automedicación en Población Universitaria Española (2010) refleja un 90,85% de los encuestados consumen fármacos para automedicarse (188)(189). Aunque pocas investigaciones han estudiado los aspectos de la automedicación en niños y adolescentes, algunos autores han reportado una alta prevalencia de la automedicación en este grupo de edad(190)(191). Por el contrario los jubilados tienen una probabilidad menor de automedicarse que los empleados, la razón que sugieren

algunos estudios es que los individuos jubilados no tienen que hacer frente al coste de los fármacos recetados por un médico, y por ello prefieren visitar al médico que pagar su automedicación.(184)(192). Sobre el sexo, diversos estudios afirman que las mujeres se automedican más que los hombres(169)(161). La edad más frecuente es de 25-44 años. Además el estudio de Carrasco-Garrido P. (2008) afirma que la predisposición está relacionado con el consumo de alcohol y tabaco.(184) . En relación a la comunidad autónoma, un interesante resultado que se desprende del trabajo de D. Jimenez (2010) (193) es la mayor prevalencia de automedicación en las Comunidades de Madrid y Valencia.

El que algunos estudios reflejen un porcentaje considerable, aunque variable, en la demanda de automedicaciones por parte del paciente, no debe sorprender, ya que a lo largo de la historia, el autocuidado ha sido el método más utilizado para el mantenimiento de la salud. El ámbito familiar ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o procedimientos de cada cultura, traspasando verbalmente dichos conocimientos a las sucesivas generaciones (149).

Hoy en día, en que afortunadamente se vive en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces, es obvio comprender que el autocuidado sigue siendo necesario, tanto para el manejo de enfermedades agudas, muy frecuentes, como para la prevención.

El autocuidado incluye todo lo que los individuos hacen en su propio beneficio que piensan promocionará o mejorará su nivel sanitario. Esto podría incluir el ejercicio físico, prevención de la enfermedad, prácticas médicas tradicionales, remedios caseros (American Pharmaceutical Association, 1993) y la automedicación. Por lo tanto, dentro de lo que se denomina autocuidados, se podría englobar:



- Medidas higiénico-dietéticas
- Ejercicio físico
- Remedios caseros
- Automedicación

Esta última se cree que es la más frecuente dentro del grupo, con un porcentaje de utilización por parte de los usuarios del 40% al 100%, según refiere Ackman y cols., en 1999). (119).

Los farmacéuticos, como expertos en medicamentos, han sido siempre conocidos como una fuente accesible y de confianza para el consejo y la farmacoterapia. Hoy, su contribución a la asistencia sanitaria se está transformando en nuevas facetas de ayuda a los pacientes en la utilización de medicamentos y como parte en la toma de decisiones clínicas mediante una variedad de especializaciones.

Las farmacias comunitarias están abiertas todo el día, son cómodas para que la mayor parte de los pacientes accedan y no hay necesidad de una cita previa para ver al farmacéutico. Todo esto hace de las farmacias comunitarias el primer sitio natural de solicitud de ayuda para dolencias comunes.

La automedicación de las dolencias comunes está siendo más popular a medida que aumenta la variedad de medicamentos seguros y efectivos disponibles en la farmacia, sin necesidad de la prescripción de un médico. Los farmacéuticos tienen experiencia para aconsejar tanto en la elección de medicamentos, como en su uso seguro y efectivo. Una elección correcta en el autocuidado puede impedir la evolución de algunas enfermedades o ayudar a que otras se resuelvan más rápidamente.

La automedicación constituye un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares españoles. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios al paciente que los ingiere.

La automedicación de medicamentos que precisan receta es un hecho frecuente en las farmacias españolas (132) y afecta a todos los grupos terapéuticos y no es característica de un grupo de pacientes determinados. Para resolver este problema es necesario que todos los implicados (médicos, odontólogos, personal de enfermería, farmacéuticos, pacientes y la propia administración) asuman su parte de responsabilidad.

La problemática de una automedicación no adecuada puede llegar, en algún grupo de medicamentos a ser muy grave (194), tanto para el paciente como para la sociedad, como es el caso de los antibióticos (195)(196)(197). Sin olvidar lo que el gasto sanitario de los errores por automedicación supone para la sociedad.

Los analgésicos y los antibióticos son dos de los grupos farmacológicos más usados en automedicación.

El 23% de los antibióticos son solicitados sin receta en las farmacias de España (136), el 10%, en Gipuzkoa)(158) y según Barris, D. 2005, el 40% en una farmacia comunitaria(157). Tanto unos como otros presentan posibles riesgos individuales y colectivos, fundamentalmente el uso de antibióticos y la generalización de las resistencias bacterianas (149).(166).

Precisamente España presenta una de las tasas de resistencia microbiana más alta de los países de la Unión Europea, siendo año tras año, uno de los principales

consumidores de antibióticos de Europa. Este elevado consumo de antibióticos se ha relacionado directamente con las altas tasas de resistencia existentes en el país. Uno de los factores que influyen en el elevado consumo de antibióticos en nuestro país es la automedicación, que podría representar, según diversos estudios, entre un 10 y un 33% de las ventas de antibióticos(197) (198).

Tenemos un reto muy importante, que es tratar de conseguir que la automedicación no se derive hacia el tratamiento de síntomas no menores, que precisan de un diagnóstico adecuado por parte del médico y garantizar que el paciente se automedique con medicamentos seguros y eficaces los síntomas que se quiere tratar.

Siendo la automedicación un motivo frecuente de demanda en la farmacia y uno de los motivos de reacciones adversas detectadas, pone de manifiesto la relevancia del farmacéutico en la correcta información al paciente de los medicamentos solicitados así como de las ventajas del uso racional, tanto para el individuo como para la sociedad(118).

Esto se consigue implantando el servicio de AF en el asesoramiento de la automedicación. Para comenzar se necesita registrar y estudiar las actuaciones que se realizan para así poder planificar el desarrollo futuro.

Por todo lo anterior es importante el conocimiento, a través de la herramienta, del potencial de demanda en automedicación y las incidencias en su proceso de dispensación para reorientar la labor diaria y la toma de decisiones para mejorar la labor, participando así de la labor de educación sanitaria a la población y de la racionalización en el uso de medicamentos, que promulga el Consenso y nos exige la sociedad.

Cumpliendo de esta manera con la Asociación Médica Mundial, que en su declaración sobre automedicación, firmada anteriormente por la FIP y World Self-Medication Industry (WSMI), fue *adoptada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002* (25) para orientar a los profesionales de la salud sobre la automedicación responsable. En esta declaración se dice, entre otras cosas: “A fin de limitar los riesgos potenciales que implica la automedicación, es importante que todos los profesionales de la salud que atienden pacientes deban proporcionar:

1. educación sobre los medicamentos sin prescripción y su uso apropiado e instrucciones para obtener consejos de un médico si no están seguros. Esto es muy importante en los casos en que la automedicación no es apropiada debido a ciertas condiciones que pueda presentar el paciente;
2. incentivos para leer cuidadosamente la etiqueta del producto y las instrucciones (si están disponibles) para obtener consejos si es necesario y reconocer las circunstancias cuando la automedicación no es, o ya no es, apropiada”

#### **4.2.1.1-INCIDENCIAS EN LA AUTOMEDICACION**

El papel del farmacéutico en la automedicación debería consistir en aumentar la eficacia y la seguridad del tratamiento farmacológico. Desde el mostrador de la farmacia comunitaria el farmacéutico puede actuar de varias formas, dirigiendo, encauzando o corrigiendo la automedicación.

Se aconseja el uso de fármacos, pero el paciente decide. Solamente mediante pacientes convencidos e informados conseguiremos disminuir una automedicación desordenada y errónea.

Se han clasificado las automedicaciones demandadas en: automedicaciones con y sin incidencia. Las incidencias surgidas en el proceso se han clasificado también, con el fin de conocer y estudiar mejor la labor desarrollada en estas actuaciones de automedicación.

Se observa en los datos reflejados en el estudio que, del total de automedicaciones demandadas casi un 82 % cursa sin incidencias, lo que significa que el paciente reconoce sus síntomas como menores y elige adecuadamente el medicamento o producto que necesita para resolverlo, sabiendo cómo utilizarlo. Lo que corresponde a la dispensación de casi 28 automedicaciones adecuadas al día.

Varios coinciden con estos datos que reflejan el alto grado de demanda de automedicación y también en que la mayoría son adecuadas para el problema de salud que refiere el paciente. Autores comentados por el DrBarbero en su tesis(162) , como Gil Alvarez y cols. (1999) que consideraron, según su propio baremo, que en un 63% de los pacientes automedicados, la solicitud era correcta. También, Urbano y cols. (1994) observaron, que la automedicación adecuada era del 81,3%.

Viñuales Lorient y cols, (1992b), (166) en un estudio en las farmacias de Navarra, ya comentado, refleja que en un 87,2%+-90% de las automedicaciones estaban correctamente dirigidas hacia el tratamiento del síntoma menor que refería el paciente.

Salar L.y col.(180)en su estudio realizado en 8 farmacias, donde entrevistaron a 2426 pacientes, que solicitaron 4924 medicamentos, se dispensaron por automedicación el 24%, cuyo 76% era correcto.

De Miguel C.y col 2001, (196) realizaron un estudio observacional transversal en Badajoz, sobre automedicación en una farmacia comunitaria, comentan que el 71,54% de la automedicación detectada se dispensa.

*Esta demanda de automedicaciones que cursan sin incidencia, es más alto para la farmacia turística de estudio, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Este hecho lo justifican algunos autores con la barrera del idioma. La falta de comunicación es una barrera en la detección de incidencias, que podría dar lugar al registro de "falsas" no incidencias (132).*

Esto es un dato importante. El hecho de que haya un número elevado de automedicaciones solicitadas en la farmacia comunitaria, y que la mayoría sean sin incidencia, podría significar que la labor de información sobre los medicamentos y la educación realizada desde la farmacia u otros lugares (médico, enfermeros, prospecto o e incluso publicidad EFP) es eficaz. No obstante, convendría desde la farmacia, orientar las campañas de divulgación hacia la información de estos medicamentos, y más concretamente en los productos más utilizados en la automedicación, para afianzar el conocimiento que el paciente tiene de ellos. Tampoco hay que olvidar la posibilidad de las "falsas" automedicaciones adecuadas, que da lugar la falta de comunicación con el paciente por el idioma, la no utilización de protocolos en su dispensación y la "prisa" del paciente que acude a la automedicación por la falta de tiempo(199)(200)(130)(125).

Se ha visto que la mayor parte de las automedicaciones cursan sin incidencia, el resto, que supone un 18%, son automedicaciones en que el paciente, o no conoce el medicamento, o no reconoce la gravedad de su enfermedad, o bien, el medicamento solicitado no es adecuado para los síntomas que refiere. Para su mejor estudio se han

diseñado diferentes registros que dan una información más detallada de la incidencia o de la acción del farmacéutico para resolverla.

Del 18% las incidencias encontradas en la dispensación de las automedicaciones tenemos (tabla 28)

- Casi el 93% (tabla 28) de las incidencias son por necesitar información, bien sobre el medicamento o sobre su enfermedad. Nuestra intervención consiste en ofrecer la información necesaria sobre el medicamento y los consejos higiénico-dietéticos convenientes para mejorar su problema de salud. El medicamento o producto solicitado es adecuado pero le falta información.

Este dato coincide con otros autores y confirma la necesidad de incidir en la información del paciente. Sabe para qué es, pero no conoce bien el medicamento y/o los cambios a introducir en sus hábitos de vida para mejorar el problema de salud.

En 2002 los datos reflejados en el estudio de Harris Interactive, Inc (201) dice que el 66% de los encuestados confiesa no conocer el principio activo de la medicación que está tomando para su dolor de cabeza. En 2007 un estudio refleja que el 100% de los automedicados conoce para que es, pero no sus interacciones (202).

Es necesario incidir en campañas de promoción sanitaria para facilitar información concreta al paciente, pues existe desconocimiento del medicamento, aunque ellos crean lo contrario, siendo evidentes las carencias. Existen estudios, además, que reflejan que la labor de información que se debería hacer al dispensar las automedicaciones no se

hace convenientemente, arrojando datos de un 27,12% de automedicaciones dispensadas sin consejos(167).

*Con respecto a esta incidencia en el comportamiento de las dos farmacias de estudio se observa que, a pesar de que el total de automedicaciones es mayor en la OF2, el porcentaje de incidencia por detectar falta de información del paciente sobre el medicamento, aún siendo adecuada la solicitud, es mayor en la OF1, siendo la diferencia estadísticamente significativa. En este aspecto se tiene en cuenta una de las conclusiones del trabajo de Barbero et al., que considera que las farmacias “ambulatorias y estivales”, en la que hay una menor relación con los pacientes, y se realizan las dispensaciones en menos tiempo, son los grupos que dispensan más medicamentos sin hacer ningún comentario.(132), detectando menos incidencias.*

○ Un 6,77% de las automedicaciones con incidencia se decide, por no ser adecuada para el problema de salud que refiere el paciente, sustituirlo por otro medicamento o producto, normalmente acompañado de los consejos e información necesarios. En este caso, nos encontramos ante lo que algunos autores han denominado automedicación asistida o dirigida . La automedicación asistida por el farmacéutico ha sido definida como “La automedicación realizada con ayuda o indicación del farmacéutico” (Fundación Pharmaceutical Care España, 1999) (119).

Otros autores también detectan una desinformación de la población tanto en la elección del medicamento y/o tratamiento más adecuado, o en el conocimiento real de su dolencia que lleva a la intervención del farmacéutico a sustituir el medicamento solicitado por otro más adecuado para el problema de salud que padece, (167).



De Miguel C.y col 2001(196), comenta datos del 3,96% de las automedicaciones no adecuadas sustituidas por otro medicamento

Salar L.y col.(2005) en su estudio, antes comentado(180),en el que detecta automedicación con cualquier medicamento, resolvió el 44% de las automedicaciones incorrectas, con la sustitución del medicamento solicitado. Dato superior al nuestro (6,77%)

En el estudio piloto de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana sobre un programa de Atención Farmacéutica para el uso racional del medicamento (2001-2002), realizado en las tres provincias, un 25,5% de las automedicaciones no adecuadas, se resolvió sustituyendo el medicamento por medio de una indicación farmacéutica(156).Dato superior a este estudio (6,77%), aunque hay que tener en cuenta que este estudio se centraba únicamente en la dispensación de antibióticos.

El estudio de la demanda de antibióticos sin receta en farmacia comunitaria, en 2005,(203) realizado por 971 farmacias, el 4,7% de las farmacias españolas (datos del CGCOF del 2005) resolvieron el 34% de las automedicaciones no adecuadas sustituyendo el medicamento. Dato también superior a este estudio, aunque hay que tener en cuenta que el estudio se hizo de un grupo determinado de medicamentos.

*En las farmacias de estudio observamos que parte de las automedicaciones no adecuadas se sustituyen por otro medicamento o producto, siendo mayor el porcentaje de esta intervención en la OF2 (20,83% frente a 4,36%), con una diferencia no estadísticamente significativa.*

En estos datos sería importante profundizar cualitativamente y registrar en que casos tiene la población más carencias; si se trata de información sobre su medicación o de conocimientos sobre su enfermedad.

La herramienta no da esta posibilidad, solo refleja que el paciente, o no conoce el medicamento, o no es consciente de su enfermedad.

La desinformación que conlleva a una sustitución de lo solicitado puede deberse también a una excesiva información. Ejemplos de ello es:

- La publicidad de los medicamentos en radio, TV o revistas. Considerados por ello “especialidades farmacéuticas publicitarias”
- La información/publicidad en Internet.

- Publicidad: La mayoría de los mensajes publicitarios se basan en asegurar el alivio del sufrimiento y además, aumentar la salud, consiguiendo al final ser casi un producto de consumo. En España esta publicidad está limitada a los medicamentos autorizados específicamente para ello, (Ley 25/90 de 20 de diciembre (204), Ley General de Publicidad, Real Decreto 1416/ 1994) (205) y en la mayoría de países es también así, pero en unos pocos la publicidad puede abarcar a cualquier medicamento, ejemplo de ello son Estados Unidos y Nueva Zelanda , países industrializados donde está autorizada la publicidad directa al consumidor de cualquier medicamento. Hay opiniones a favor y en contra de este hecho(206). A favor está la posibilidad de que la publicidad produzca un efecto placebo que aumente la eficacia del medicamento y la colaboración con el médico. En contra se le critica que la publicidad tiene exclusivamente intereses comerciales, que dedica poco tiempo a los efectos adversos.

La excesiva fe en la capacidad cuasi milagrosa de los medicamentos, unida a su accesibilidad y publicidad, favorece enormemente que la población solicite medicamentos creyendo en cualidades que realmente no tiene. Los medicamentos han llegado a convertirse en un bien cultural que va más allá de su potencial utilidad terapéutica y a un uso no adecuado de ellos.

-Internet. Cibercondría es un neologismo médico que nace de combinar el elemento compositivo: ciber, que hace referencia al mundo digital en general, e hipocondría, síndrome que padecen aquéllos que manifiestan una preocupación excesiva por su estado de salud. Con este término se pretende describir la creciente y peligrosa práctica del auto diagnóstico a través de internet.(207).

Los estudios revisados indican que la mitad de las web no cumplen los requisitos mínimos de calidad exigibles por las guías de práctica clínica. Tampoco existe correlación entre los criterios estándar de calidad y la calidad real de la información de las webs. Los criterios estándar se refieren a identificación del autor, fuentes, actualización, etc(208).

Según una encuesta realizada en 2002 por el Centro de Investigación Pew (209), casi el 11 % de los encuestados creían todo o casi todo lo que leían en las páginas web de salud. Pero la vertiente realmente peligrosa de la cibercondría es la que afecta a la automedicación. El riesgo surge cuando el paciente ni siquiera acude al médico y opta directamente por comprar medicamentos que, cada vez más, son de fácil adquisición a través de la red.

Con todo ello se ve que el papel de informadores en el medicamento es fundamental para ayudar a la población a 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.

- –En un 0,11% (tabla 28) se decide asesorar sin dispensar. El medicamento o producto solicitado no es adecuado para el problema de salud que refiere el paciente, en realidad el paciente solo necesita algunos consejos.

Este hecho de no dispensar nada , si no es necesario, podría darse con más frecuencia, pero a veces, es difícil convencer al paciente de que “nada “ es lo más eficaz y se acaba aconsejando algún producto inocuo (infusiones, suero fisiológico...).

M.C. León (2006) refleja datos del 6,2% de las solicitudes sin receta y de las indicaciones realizadas resueltas solo con consejos (167).

Salar L.et al.(2005,(180) en el que se resuelven con medidas higiénico-dietéticas un 19%.

El equipo investigador reconoce, al igual que ocurre otras actuaciones, que el hecho de no tener que registrar nada en el sistema de gestión, porque no ha habido venta, puede ser causa de olvidos involuntarios que merman los resultados. Estos fallos no son detectables. No son fallos de la herramienta.

*En las farmacias de estudio se resuelve muy pocas veces las automedicaciones no adecuadas con solo consejos, siendo las diferencias no significativas. No es fácil convencer a un paciente que la mejor solución no es un medicamento o producto.*

- –En ningún caso, ante una automedicación no adecuada, se deriva a otros servicios, con o sin venta asociada.

Durante las dispensaciones de las demandas de automedicación no ha surgido la necesidad de derivar a otros servicios como el SFT, lo que sí que ha ocurrido es la necesidad de abrir episodios de seguimiento.

Es el caso, por ejemplo del paciente que viene solicitando un jarabe para la tos seca. En el protocolo de dispensación se detecta que la tos podría deberse al nuevo tratamiento antihipertensivo que ha iniciado. Se abre un episodio para estudiarlo y resolverlo, si es posible. El paciente comenzó al día siguiente con fiebre y acudió al médico, que le diagnosticó un proceso infeccioso que al resolverse, acabó con el síntoma de la tos.

El resto de registros de incidencias son distintas modalidades de derivar al médico. Se ha creído conveniente diferenciar entre:

- Se deriva al médico, y se dispensa la automedicación solicitada
- Se deriva al médico, y se dispensa otro medicamento, más adecuado
- Se deriva al médico sin dispensación

El tema de las derivaciones del paciente a otro profesional, normalmente el médico, es un tema bastante controvertido, ya que los diferentes autores no se ponen de acuerdo en qué circunstancias y cuándo se deben realizar.

Derivar un paciente al médico, según los síntomas que aquél ha consultado al farmacéutico, es de una gran trascendencia y responsabilidad que no ha sido lo suficientemente estudiada ni valorada por los investigadores ni por los profesionales implicados (médicos y farmacéuticos) (119)(119).

Además está el concepto propio de derivación que algunos autores diferencian en sus resultados. Hay varios tipos de derivaciones al médico, la estricta o la recomendada. En el estudio solo se registran las derivaciones estrictas.

En el estudio, el total de derivaciones al médico como resultado de la intervención en las automedicaciones no adecuadas es de un 0,41%

- Un 0,22% de las automedicaciones no adecuadas se deriva al médico, y se dispensa la automedicación solicitada.
- A un 0,17% de las automedicaciones con incidencia, además de sustituir el medicamento se le deriva al médico.
- No hay derivaciones al médico sin dispensación.

Estos datos no coinciden con otros autores, donde la derivación al médico es más frecuente (196). Los criterios de derivación son, posiblemente, un punto crítico en todos los servicios en que de esta manera se decida intervenir. El farmacéutico debe saber cuándo derivar al médico. Este conocimiento es cuanto menos complicado ya que exige criterios claros y consensuados con el médico y otros profesionales sanitarios. Es necesario disponer de guías clínicas adaptadas al farmacéutico. (210). En la actualidad se cuenta con una herramienta importante como es la guía de “Protocolos de Indicación Farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores “

Salar L.et col.(2005) (180) reflejan en su estudio que del 24% de las automedicaciones incorrectas, se resolvieron en un 36% derivando al médico. Son datos superiores a este estudio.

*En las dos farmacias de estudio se observa (tabla 61) que la derivación al médico no es una práctica frecuente. La OF1 deriva un 0,45% de las automedicaciones con incidencias al médico, no habiendo ninguna derivación por parte de la OF2, siendo la diferencia estadísticamente significativa*

*Las derivaciones al médico, se ha visto, que son controvertidas, en estos casos también. Las pocas derivaciones al médico registradas para la OF1, pudieran deberse a que en la cercanía de la farmacia hay un centro de urgencias 24H, que hace que el paciente, ante la duda de sus síntomas, prefiera optar por las urgencias. La no derivación en la Of2 pudiera deberse a que, en vacaciones, ante un problema de salud que pudiera ser grave, donde no se conoce muy bien el entorno, ni a la farmacia, se prefiera optar por acudir al médico o a urgencias .datos revelan que en verano las urgencias de las zonas turísticas se colapsan(174) , siendo muchas consultas problemas banales(172) .*

- Un 0,22% de las incidencias corresponde a la derivación al médico, aunque la automedicación solicitada sea adecuada y se dispense.

Ejemplo: Paciente adulto que solicita suero fisiológico para lavarse los ojos, refiere molestias y dolor. Las molestias han empezado en el trabajo, es soldador, y cree que le ha entrado “algo” en el ojo. Lo que demanda es adecuado, pero necesita de un correcto diagnóstico para resolver adecuadamente el problema de salud. Además, si no se diagnostica a tiempo podría tener consecuencias no deseadas.

No es un porcentaje elevado pero demuestra la poca información sobre el riesgo de su enfermedad, como ratifican otros autores.(167)(202)(163).

Es importante para el paciente, conocer el medicamento o tratamiento adecuado para resolver el problema de salud, como también lo es el saber reconocer la banalidad, o no de la enfermedad. En esto tienen una gran labor los farmacéuticos en su papel de informadores sanitarios y se debe aprovechar toda ocasión para aumentar su grado de información.

El porcentaje de derivaciones al médico en las automedicaciones puede ayudar a indicar el nivel de información de los pacientes.

- -A un 0,17% de las automedicaciones con incidencia, además de sustituir el medicamento se le deriva al médico. Aquí entrarían las demandas de antibiótico sin receta para un problema de salud con síntomas que requieren del diagnóstico médico.

*En las farmacias del estudio la derivación al médico, en este caso en que además, se ha sustituido el medicamento, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Las posibles explicaciones al porqué son menores que en otros estudios se han visto anteriormente.*

- No hay derivaciones al médico sin dispensación durante el período de estudio

Es difícil convencer al paciente que nada es la mejor solución.



La dificultad de aceptación por parte del paciente de acudir al médico y no recibir el medicamento que esperaba, lo confirma en su DEA Salar L.,(211) diciendo que se aceptaron casi la mitad de las propuestas, pero se aceptó más difícilmente la recomendación de acudir al médico. El paciente viene por una solución para su problema y quiere disponer de ella en el momento. El paciente cree que su problema es banal porque si no hubiera ido directamente al médico. Decirle que debe acudir al médico es decirle que su problema es más grave de lo que creía y eso es más difícil de aceptar. También puede influir que el paciente no tenga tiempo para ir al médico y prefiera una solución presuntamente más rápida.

Se podría decir que, en este estudio, la demanda detectada de actuaciones profesionales de automedicación, es mayor a lo que se ha encontrado en la literatura, y además también es mayor la cantidad de automedicaciones adecuadas solicitadas por el paciente. El número de incidencias es menor, tanto la sustitución, como la derivación al médico.

La forma de valorar la idoneidad o no de la automedicación es ambigua, limitación ya nombrada anteriormente. No se establecieron criterios uniformes, y se dejó a la profesionalidad del farmacéutico el decidir si era correcta, o no. Es necesaria una elevada formación para decidir en pocos minutos y con poca información del paciente, si el medicamento va a ser eficaz y seguro. Dado el escaso tiempo y la poca información es posible que se den por buenas solicitudes que pueden no serlo, o al revés. Pero en aquellas que se intervenga correctamente suponen un gran beneficio para el paciente. Es necesario aumentar nuestra formación y la utilización de protocolos que ayuden a tomar las decisiones adecuadas.

Resumiendo, el papel del farmacéutico en automedicación es asegurar que el paciente lo haga de una manera responsable (eficazmente y sin riesgos). Podremos sentirnos orgullosos como farmacéuticos, si a través de nuestros conocimientos beneficiamos a la sociedad e incrementamos la calidad de vida de los pacientes.

Una vez iniciados en el registro diario de todas las actividades demandadas en la farmacia comunitaria, de forma cuantitativa, es el momento de plantearse registros más profundos de las actividades que se quieran potenciar.

Conocer la labor que se hace ayuda a mejorarla. Cuando se decide registrar de manera exhaustiva: como quien lo solicita (edad, sexo, medicación que toma), si la automedicación es adecuada o si no es, la decisión que se ha tomado para solucionarla, cuales medicamentos son los solicitados, etc.. se necesita más dedicación a la actuación con el paciente, lo cual puede llevar a la pérdida de registros por la falta de tiempo. La herramienta del estudio, que de forma ágil es capaz de registrar todas las automedicaciones realizadas y sus incidencias, sirven de base para conocer las pérdidas que se han producido por falta de tiempo.

El conocimiento de las incidencias en la demanda de automedicaciones en la farmacia puede orientar a la mejora de la labor en la atención farmacéutica dispensada a los pacientes..

El sistema de gestión, al introducir la herramienta, da la posibilidad de listar diaria, mensualmente, etc. todos los medicamentos que han sido solicitados adecuadamente, aquellos que han sido sustituidos, los que se han dispensado junto con la derivación al médico; además, las actuaciones en que no ha habido dispensación como las derivaciones al médico, a otros servicios y aquellos casos en que se ha asesorado sin dispensar. Esta información orienta sobre los síntomas que el

paciente ha referido y con ello se puede valorar la frecuencia de patologías que se consultan en la farmacia. Con todo ello poder planificar campañas de información y estrategias que mejoren este servicio, como la formación del personal y la utilización de guías y protocolos para resolver más eficazmente las demandas del paciente.

#### **4.2.3 CONSULTA FARMACÉUTICA**

Las consultas suponen un 7% del total de actuaciones profesionales, el 7,90% de las actuaciones farmacéuticas, el 42% de las actuaciones demandas sin dispensación y el 12,21% de los servicios demandados sin receta.

Los datos de este estudio reflejan que uno de cada doce, demanda al menos una consulta, que no es de indicación farmacéutica.

Con respecto a las consultas solicitadas al adquirir un producto de parafarmacia, dietética o veterinaria, uno de cada 13 pacientes lo solicita.

Es difícil una comparación entre los datos de consulta farmacéutica de diferentes autores, ya que como refleja Baixauli en su trabajo “La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica”<sup>2004</sup> (212), existe una confusión de conceptos en torno a esta definición. Se confunde la consulta con la educación sanitaria, se confunde con la consulta de indicación, etc.

Un 0,9% de los usuarios que acudieron a las farmacias de estudio solicitó una consulta farmacéutica, sin venta asociada. La demanda de consulta sin dispensación supone casi un 11% del total de las consultas solicitadas.

El estudio de V.J. Baixauli(2004) ,(212), refleja que del total de usuarios que entran en las farmacias (6.325), el 10,6% (822) realizan al menos una consulta, que no es de indicación farmacéutica. En este estudio, del total de usuarios (25.327), el 8,6% (2.186), realizan al menos una consulta, que no es de indicación.

Es necesario continuar con el trabajo de Baixauli y **col en** definir y aclarar el término “consulta farmacéutica” en la práctica diaria (113), ya que la consulta farmacéutica es una actividad de AF relevante en el quehacer profesional del farmacéutico comunitario.

Una posible explicación al bajo porcentaje de consultas sin venta asociada detectadas en el estudio pudiera ser el hecho de que las consultas sin venta asociada, solicitadas durante la resolución de otras demandas como la indicación, automedicación o dispensación, y sin relación con el medicamento o enfermedad que se está tratando, no se registran como consultas sino como asesoramiento dentro de la actuación que se esté ofreciendo. Esto se decidió así por favorecer la agilidad de la actuación. No es fácil estar resolviendo una demanda de indicación, siguiendo su protocolo, intentando registrar su resolución o incidencia, si la hubiere y estar alerta si en la conversación, el paciente ha efectuado consultas que no tienen relación con los síntomas que refiere, o con la indicación recomendada. Además las consultas sin venta, tienen el agravante de que no hay que utilizar el programa de gestión, no se vende nada, por lo que es fácil olvidarse de hacerlo.

No es ágil, teniendo como meta el conseguir dar el mejor servicio al paciente, manejar muchos conceptos de registro y hacerlo adecuadamente. Por, ello en determinados

conceptos, como consultas, se ha mermado la profundidad del registro en pro de la agilidad de la herramienta.

Esto supone un problema a la hora de comparar los resultados con otros estudios. Por tanto los datos, en este concepto, siempre son inferiores a otros autores, aunque sí queda reflejada la labor realizada en otro concepto.

El farmacéutico, debido a su amplia formación y a su accesibilidad para los pacientes, es en potencia y en la práctica un excelente educador sanitario. El farmacéutico es el profesional de la salud que ocupa el eslabón más cercano a la herramienta más comúnmente utilizada para combatir la enfermedad (el medicamento) y, además, está muy cerca del paciente. Esto significa una posición inmejorable para conocer qué sabe y cómo se le puede ayudar.

El farmacéutico, desde la farmacia comunitaria realiza educación sanitaria sobre medicamentos y sobre temas de salud, influyendo en el nivel de conocimientos de la población. Por ello, la educación para la salud es uno de los pilares básicos de cualquier estrategia encaminada a mejorar el uso del medicamento, tanto a través de la consulta como del consejo.

Una revisión sistemática en 2002 concluyó que se detecta un alto nivel de percepción en la satisfacción del usuario, con la información recibida por parte de la farmacia en temas de asesoramiento sobre salud .(213)sin embargo otra revisión realizada en 2009, que mide satisfacción del paciente , pero de todos los servicios de la farmacia, incide en que hay que medir también la comprensión del mensaje que desde la farmacia se quiere dar, así como si los servicios ofrecidos cubren las expectativas de los pacientes.(214)(7).

*Observando las diferencias entre las dos farmacias de estudio, se ve que en la OF1 se da un mayor número de demandas de consulta siendo la diferencia estadísticamente significativa).*

*Este hecho pudiera tener relación con la mejor comunicación, por el idioma, y confianza en la farmacia rural, que en la turística.*

*La distribución mensual no es regular en ninguna de las dos farmacias. En la OF1 aumenta la demanda de consultas a partir de marzo, y disminuye en junio. Esto podría deberse a que, a partir de marzo aumentan las consultas referidas a dietas de adelgazamiento, a astenias primaverales.*

*En la OF2, a partir de marzo, disminuye la demanda de consultas mes a mes. A pesar del aumento poblacional que visita la farmacia, las consultas disminuyen debido a la barrera idiomática y a tratarse de una farmacia de paso, donde las estancias son cortas y no se adquiere la confianza necesaria para realizar consultas.*

## **6- CONTROL DE CALIDAD DE LA HERRAMIENTA. AGILIDAD DE LA HERRAMIENTA**

La herramienta que se introduce en el sistema de gestión, para registrar en el mostrador las actuaciones profesionales realizadas, se considera que es ágil y de calidad, ya que los fallos cometidos durante el periodo de estudio no superan el 10% de todos los registros que deben hacerse.

Tampoco supera el 10%, en ninguna de las dos farmacias, el porcentaje de fallos cometidos por paciente, al no registrar la actuación realizada al resolver su demanda.

Se ha querido estudiar si existe relación entre los fallos cometidos y el horario en que ocurre, para lo que se utilizan los mismos rangos de tiempo que en la detección de fallos, pero midiendo la cantidad de pacientes atendidos. El sistema de gestión puede medir incluso, si al paciente atendido, además de la/las actuaciones profesionales que se han hecho, se le han realizado operaciones “administrativas”, como pago de deudas, facturas, etc. Por tanto al registrar el horario en que se realizan todos los servicios al paciente

se conocen entre que rangos horarios hay más densidad de trabajo.

El resultado es que verdaderamente se cometen más fallos, en los mismos horarios en que se refleja más densidad de trabajo. Por tanto, es importante el mantener la agilidad de la herramienta, aún cuando se hagan modificaciones oportunas para mejorarla. (68).

Esta información podría explicar el porqué farmacias parecidas no realizan un número parecido de actuaciones farmacéuticas. El hecho de que la misma afluencia de pacientes que visitan la farmacia lo hagan de forma tranquila, a lo largo del día, o lo hagan en momentos puntuales, creando “horas punta”, facilita o no, el trabajo en la farmacia, tanto en cuanto al registro como en el trato y comunicación con el paciente. Es difícil multiplicar el personal de la farmacia dos horas o tres al día, cuando no son correlativas.

Esta posibilidad de registro de la carga laboral diaria podría facilitar la organización y gestión de la farmacia, propiciando una mejora de la eficiencia de la farmacia comunitaria.

### **Planing diario:**

Los datos del cuadro de planing, reflejan la demanda diaria, y por paciente/día, por parte de los pacientes que acudieron a las farmacias comunitarias del estudio.

Para entender mejor la falta de tiempo promulgada por el farmacéutico en su trabajo diario a la hora de implantar o ampliar servicios cognitivos en la farmacia, tenemos que añadir a esta demanda realizada directamente por el paciente, como es la dispensación de recetas médicas, automedicaciones, indicaciones farmacéuticas o consultas farmacéuticas, otras labores a realizar, como son los análisis clínicos, la realización de fórmulas magistrales, el seguimiento farmacoterapéutico y , otras que necesitan de su supervisión, como es la de gestión. Además, hay que tener en cuenta las horas dedicadas a formación o puesta al día de toda la información necesaria para una buena atención farmacéutica (84).

Todo ello da idea del día a día del farmacéutico en la farmacia comunitaria, y de lo complicado que es llevar a cabo toda esta labor, sin una planificación adecuada, que ayude a organizar el trabajo para sacarle el mejor rendimiento tanto profesional como empresarial. Para ello es necesario, entre otras cosas, conocer y estudiar lo que realmente demanda la población, volcando esfuerzos en resolverlo adecuadamente. Estos esfuerzos suponen la utilización de protocolos consensuados para resolver todas las demandas convenientemente(107). También la planificación de la formación y reciclaje del personal de la farmacia es indispensable para una buena atención farmacéutica.

La herramienta da información de la labor que se hace en estas farmacias comunitarias, para resolver la demanda del paciente que a ellas acude a solicitarla, incluso de las incidencias detectadas en su resolución. El conocimiento del trabajo



realizado ayuda a planificar estrategias de trabajo de manera que mejoren la calidad de los servicios.

La importancia que tiene la utilización de este método de registro, por ser ágil y dinámico es que se puede incorporar al día a día en la metódica de trabajo y poder así conocer en todo momento la actividad total, así como la evolución de los cambios surgidos por la implantación o mejora de los servicios necesarios para llegar a una Atención Farmacéutica integral.

## CONCLUSIONES

1-La herramienta diseñada para ser introducida en el sistema de gestión del programa Farmatic®, pudiéndose aplicar a otros programas con las adecuaciones necesarias, ha demostrado ser eficaz para registrar cuantitativamente las actuaciones profesionales que se realizan en la farmacia, resultado de la demanda del paciente, que a ella acude.

2-La herramienta introducida en el sistema de gestión, refleja que en las farmacias de estudio se realizan diariamente una media de 102 actuaciones profesionales, de las cuales el 90% se han considerado farmacéuticas, debiéndolas realizar el farmacéutico.

3- El 83% de todas las actuaciones profesionales realizadas en la farmacia comunitaria son de dispensación de medicamentos, bien con receta o sin ella, lo que supone casi una media diaria de 85 actuaciones de dispensación de medicamentos

4-El volumen de actuaciones profesionales que no necesitan receta en las farmacias de estudio es de casi un 59% del total que se realizan, comprendiendo en este grupo a la automedicación, la indicación farmacéutica, las consultas que no conllevan la dispensación de medicamentos y ventas de productos sanitarios como la parafarmacia.

5-Las farmacias atienden a una media de 85 pacientes al día, realizando 1,2 actuaciones profesionales por paciente/día. Para resolver la demanda diaria solicitada

por estos pacientes se realizan 42 dispensaciones con receta, 33 automedicación, 9 indicaciones farmacéuticas y se solicitan 8 consultas.

6-En una de cada cuatro dispensaciones con receta se detecta una incidencia y con respecto a las automedicaciones en una de cada cinco, interrumpiendo en ambos casos con ello el proceso de dispensación

7-Nueve de cada diez incidencias que se producen en dispensación con receta y en automedicación, son por la falta de información del paciente, bien sobre el medicamento o sobre su enfermedad.

8- Las indicaciones solicitadas en las farmacias del estudio se resuelven en un 98% recomendando un medicamento o producto de herboristería u homeopatía para aliviar o solucionar el problema de salud del paciente

9-Las diferencias más importantes detectadas entre las dos farmacias de estudio son las dispensaciones con receta, cuya frecuencia de demanda es más alta en la OF1 y las automedicaciones, más demandadas en la OF2, no existiendo diferencias en la cantidad de indicaciones farmacéuticas solicitadas, ni en el número de dispensaciones totales realizadas.



## BIBLIOGRAFIA

- BIBLIOGRAFIA(1) Esteva de Sagrera J. Historia de la farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Barcelona: Masson; 2005.**
- (2) Pöttsch R. La farmacia. Impresiones históricas (Die Apotheke-historiche Streiflichter). Basilea.suiza: Edic Roche. F hoffmann-La Roche SA; 1996.**
- (3) Folch Jou G, Suñe A, J.M., Valverde L, J.L. Historia general de la farmacia a través del medicamento. : Edi sol SA; 1986.**
- (4) Parrilla F. En busca del origen de los farmacéuticos titulares. Gac Sanit.(INTERNET) 2009;23(1):72-75.**
- (5) M. A. Gastelurrutia. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. (Tesis).Universidad de Granada; 2005.**
- (6) Plaza P, F. La atención farmacéutica. Situación actual y evolución de la prestación farmacéutica: motivos del cambio. Pharm Care Esp 1999;1:48-51.**
- (7) Mikeal RL, Brown TP, Lazarous HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. Am J Hosp Pharm 1975;32:567-574.**
- (8) Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ. 1980;44:276-278.**
- (9) Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. AmJ Hosp Pharm 1990;47:533-543.**
- (10) Higby GJ. The continuing evolution of American pharmacy practice 1952-2002. J Am Pharm Assoc 2002;42(1):5-12.**
- (11) Vivian J, Fink III J. Obra '90 at Sweet Sixteen: A Retrospective Review. 2008; Available at: <http://www.uspharmacist.com/content/t/regulatory/c/10126/>. Accessed 14/8, 2009.**
- (12) Faus MJ, Amariles P, Martinez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Ergon. ed.; 2008.**
- (13) Informe de la reunión de la OMS, Tokio (Japón), 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud. Pharm Care Esp. 1999;1(3):207-211.**
- (14) Faus MJ. Grupo de investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada. El Farmacéutico 2003;292:59-66.**

- (15) Simposio de oficina de farmacia. En: Libro de resúmenes, ponencias y comunicaciones, Tomo II.V Congreso de Ciencias Farmacéuticas -XVI Jornadas nacionales de A. E. F. I. Rumagraf S.A. Alcalá de Henares. Madrid; 1995.
- (16) Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice : The Clinician's Guide, 2nd ed. McGraw-Hill ed. New York: McGraw-Hill; 1998.
- (17) Fundación Pharmaceutical Care. Quienes somos. Available at: <http://www.atencionfarmaceutica.org/contenido.php?mod=estatico&menu=1.1&contenido=introducción>. Accessed 30-nov, 2009.
- (18) Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Drug Intell Clin Pharm 1990;24:7-1093.
- (19) Faus D, M.J. Programa Dader. Pharmaceutical Care Esp 2000;2:73-74.
- (20) Sociedad Española de Farmacia comunitaria. Historia Sefac. Available at: <http://www.sefac.org/historia>. Accessed 20/8, 2009.
- (21) Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Información de la Sociedad. Estatutos. Título 1º. Available at: <http://www.sefac.org/tinformacion.htm>. Accessed 30/11, 2009.
- (22) Faus D, M.J. Antecedentes, fundamentos y aspectos básicos de la atención farmacéutica. Plan Nacional de Formación Continuada. Atención farmacéutica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ed. Madrid: Acción Médica; 2005.
- (23) FIP. Declaraciones de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Available at: [http://www.boletinfarmacos.org/022009/Prescripción, Farmacia y Utilización Comunicaciones.asp#Declaraciones](http://www.boletinfarmacos.org/022009/Prescripción,_Farmacia_y_Utilización_Co municaciones.asp#Declaraciones) de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Accessed 24/11, 2008.
- (24) International Pharmaceutical Federation(FIP). International Pharmaceutical Federation. FIP statements of professional standards: FIP programas y proyectos. Available at: [http://www.fip.org/www2/uploads/database\\_file.php?id=221&table\\_id=](http://www.fip.org/www2/uploads/database_file.php?id=221&table_id=). Accessed 10/9, 2009.
- (25) Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice – A focus on patient care. : Handbook. World Health Organisation and International Pharmaceutical Federation; 2006.
- (26) Comité de Ministros. Consejo de Europa. Resolución ResAP (2001) relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Pharm Care Esp 2001;3:22-216.
- (27) Gascón P. Un viraje decisivo. Farmacia Profesional 1997;11(3):109.

- (28) Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. Pharm Care Esp 1999;1:229-230.
- (29) Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. Pharm Care Esp 1999;1:8-323.
- (30) Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso sobre atención farmacéutica. ; 2001.
- (31) Comité de Consenso. Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Ars Pharm 2007;48(1):5-17.
- (32) Peña L, C. Formación. Plan nacional de formación continuada. Atención farmacéutica. . Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ed. Madrid: Acción Médica; 2005.
- (33) Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan estratégico para el desarrollo de la AF 2ª versión. Edición revisada. 2003. Available at: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/\\$File/INDICE.pdf?OpenElement](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/73CCC188B3FEE9D9C1256C4B00398D49/$File/INDICE.pdf?OpenElement). Accessed 30/9, 2009.
- (34) Nimmo CM, Holland RW. Transitions in pharmacy practice, part 4: Can a leopard change its spots?. Am J Health-Syst Pharm 1999;56:2458.
- (35) I. Ferrer-López. Efectividad de la indicación farmacéutica en farmacia comunitaria según la percepción de los pacientes. (Tesis).Universidad de Granada; 2007.
- (36) Guzmán L, J. El farmacéutico y el equipo de salud: un nuevo paradigma de relaciones interprofesionales. Pharmaceutical Care España 2009;11(2):85-89.
- (37) García C, J., Gervas C, J. La Atención Farmacéutica en España: contraste entre la expectativa y la realidad. Pharmaceutical Care España 2006;8(1):28-32.
- (38) Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj S. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005;3(2):65.
- (39) Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimojb S, Castrillonc C, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. Atencion Primaria 2007;39(9):465-472.
- (40) Van M, J.W.F., Schulz M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. Harvard Health Policy Rev 2006;7(1):155-168.
- (41) Giaf-ugr. Grupo de investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada. 2010; Available at: <http://www.atencionfarmaceutica->

[ugr.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=14&Itemid=36](http://ugr.es/index.php?option=com_content&task=view&id=14&Itemid=36). Accessed 30/11, 2009.

(42) Grupo de expertos. Foro de atención farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo.2008. Available at: <http://www.portalfarma.com/home.nsf>. Accessed 22/1, 2009.

(43) Foro de atención farmacéutica. Declaración institucional de foro de atención farmacéutica. Nuestro compromiso del 1 al 10 [monografía en Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006. Available at: [http://pfarma3.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$File/fo\\_Diptico\\_Compromiso\\_A52.pdf](http://pfarma3.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/voDocumentos/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$File/fo_Diptico_Compromiso_A52.pdf). Accessed 9/30, 2009.

(44) Foro de atención farmacéutica. Dispensación. Farmacéuticos 2007;321:47-50.

(45) Foro de atención farmacéutica. Indicación farmacoterapéutica. Farmaceuticos 2007;324:41-44.

(46) Foro de atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico. Farmaceuticos 2007;329:45-48.

(47) Foro de atención farmacéutica. PRM y RNM: conceptos y definiciones. Farmacéuticos. 2006;315:9-28.

(48) La Constitución Española. Artículo 35. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.t1.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html). Accessed 10/8, 2009.

(49) Martínez M, D.J. Legislación nacional e internacional sobre atención farmacéutica. Espíritu y exigencias. Plan Nacional de Formación Continuada. Atención Farmacéutica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ed. Madrid: Acción Médica; 2005.

(50) Andrés J, Iñesta A. La atención farmacéutica contemplada en la legislación española. Pharm Care Esp 1999;1:231.

(51) Ley 16/1997 de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE nº 100 del 26 de abril; p.13450-2. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l16-1997.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-1997.html). Accessed 2/5, 2010.

(52) Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE num. 178, de 27 de julio; p. 28122-65. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l29-2006.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l29-2006.html). Accessed 12/7, 2009.

(53) Ministerio de Sanidad y Consumo. “Por un uso racional del medicamento”. Plan estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español [monografía en Internet] ; 2004. Available at: [http://www.safh.org/normativa/archivo/NL\\_PlanEstrategicoPoliticaFarmaceutica.pdf2003](http://www.safh.org/normativa/archivo/NL_PlanEstrategicoPoliticaFarmaceutica.pdf2003). Accessed 30/5, 2009.



- (54) Ley 11/1994 de 17 de junio, de ordenación farmacéutica de la comunidad autónoma del País Vasco. BOPV num. 135, de 15 de julio p. 8487-519. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/pv-111-1994.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/pv-111-1994.html). Accessed 11/5, 2009.
- (55) Ley 19/1998 de 25 de noviembre, de ordenación y atención farmacéutica de la comunidad de Madrid. BOE num. 124, de 25 de mayo ; p. 19673-92. Available at: <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=428&cdestado=P>. Accessed 11/3, 2009.
- (56) Ley Foral 12/2000 de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra. BOE num. 44 de 20 de febrero de 2001; p. 6343-58. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/na-112-2000.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/na-112-2000.html). Accessed 11/5, 2009.
- (57) Ley 7/2001 de 19 de diciembre de ordenación farmacéutica de Cantabria. BOE num. 249, de 27 de diciembre. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/ct-17-2001.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ct-17-2001.html). Accessed 11/3, 2009.
- (58) Ley 13/2001 de 20 de diciembre, de ordenación farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León. BOE num. 15, de 17 de enero; p. 2154-71. Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/cl-113-2001.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/cl-113-2001.html). Accessed 1/4, 2010.
- (59) Rua F. Colaboraciones. La Ley de Farmacia de Andalucía y el concurso de adjudicación de Oficinas de farmacia. FARMACEUTICOS COMUNITARIOS 2010;2(2):76-79.
- (60) Holland RW, Nimmo CM. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm 1999;56:1758-1764.
- (61) Zellmer WA. The conscience of a pharmacist. ASHP 2002.
- (62) Deselle S. Pharmacists' perceptions of a set of Pharmaceutical Care Practice Standards. J Am Pharm Assoc 1997;NS37:529-534.
- (63) Martin C, M.J., Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. Curr Pharm Des 2004;10(31):3969-3985.
- (64) Farris KB, Fernández-Llimós F, Benrimoj S. Pharmaceutical care practice around the world. Ann Pharmacother 2005;39:1539-1541.
- (65) Strand LM. Una perspectiva personal de 25 años de atención farmacéutica. Conferencia de clausura. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004;2(supl 1):21-23.
- (66) P. García-Delgado. Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos. (Tesis).Universidad Granada; 2008.

- (67) Van M, J.W.F., Schulz M, Tromp TFJ. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004;26:303-311.
- (68) Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC, Frakes M. Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp.* 2002;2:94-106.
- (69) Bofill C, Valenti MJ, Palmer JL, Rovira N, F., Cimadevilla D, Llull B, et al. Intervención sobre uso racional del medicamento: experiencia piloto en centros de atención primaria y las farmacias de su entorno. *Pharm Care Esp* 2006;8(5):209-217.
- (70) Cociña A, C., Aranda G, D., Magro H, C. Horcanda atención farmacéutica en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Pharmaceutical Care España* 2003;5:146-150.
- (71) March M, Lázaro M, Travé P. Valoración desde la dispensación activa de la efectividad y seguridad del uso de medicamentos antihipertensivos. *Pharm Care Esp* 2007;9(2):86-90.
- (72) Yong Y, W., Hay J, S. M, J. Effects of Ambulatory-Care Pharmacist Consultation on Mortality and Hospitalization. *Am J Manag Care* 2003;9:45-46.
- (73) Martínez Dago A. Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. (Tesis).Universidad de Granada; 2009.
- (74) Mackinnon NJ, Hepler CD. Preventable drug-related morbidity in older adults (I). Indicator development. *J Manag Care Pharm* 2002;8:365-371.
- (75) Guerreiro MP, Cantrill JA, Mrtins AP. Morvilidade Evitável Relacionada com Medicamentos. Validação de Indicadores para Cuidados Primários em Portugal. *Acta Med Port* 2007;20:107-130.
- (76) Baena MI, Fajardo P, Luque F, Marin R, Arcos A, Zarzuelo Z, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. *Pharmaceutical Care España* 2001;3:247-254.
- (77) M. I. Baena. Problemas relacionados con medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (tesis). Granada: Universidad de Granada; 2003.
- (78) Tuneu L, et col. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharmaceutical Care España* 2000;2(177):192.
- (79) Santamaría-Pablos A, Redondo F, C., Baena MI, Faus MJ, Tejido R, Acha O, et al. Los resultados negativos (relacionados con las drogas requiere la hospitalización). *Farm Hosp* 2009;33(1):12-25.

- (80) Roughead EE, Semple SJ, Vitry AI. **Pharmaceutical Care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003; examining effectiveness in improving patient care. International Journal of Pharmacy Practice. 2005;13(1):53-70(8).**
- (81) Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, Martín-Calero MJ. **Pharmaceutical care: Past, present, and future. Curr Pharm Des. 2004;10:3931-3946.**
- (82) Pickard AS, Hung SI. **An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. Ann Pharmacother. 2006;40(9):1623-1634.**
- (83) P. Amariles. **Efecto del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en el riesgo cardiovascular de pacientes en ambulatorios. (EMDADER-CV). (Tesis).Universidad Granada; 2008.**
- (84) Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. **Informe libro blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid; 1997.**
- (85) Ferrando P, W. **Uso de los servicios de una farmacia comunitaria en la población de la Vila Joiosa. Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2005;2:2/10/2008.**
- (86) Cordina M, McElnay JC, Hughes CM. **Societal perceptions of community pharmaceutical services in Malta. Clin Pharm Ther 1998;23(2):115-126.**
- (87) 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. Aten Primaria. 2000;26:11.**
- (88) Aproafa. **Guía de la comunicación sanitaria. 2002.**
- (89) CGCOF. **Informe. Valoración del consejo sanitario en las oficinas de farmacia. : Acción Medica; 2002.**
- (90) Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente, O., Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. **Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. Pharm World Sci 2006;28(6):374-376.**
- (91) Alvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, et al. **Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio Tomcor). Rev Esp Salud Pública 2001;75:375-378.**
- (92) Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. **A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. Pharm World Sci 2006;28(2):65-72.**
- (93) Andrés J, J., Iñesta G, A. **Estudio prospectivo sobre el impacto de un servicio de atención farmacéutica comunitaria en personas asmáticas. Rev Esp Salud Pública 2003;77(3):393-403.**

- (94) Benavides S, Rodríguez JC, Maniscalco F. La participación del farmacéutico en la mejora de los resultados del asma en establecimientos de salud diferentes : 1997 a la actualidad. *Ann Pharmacother* 2009 1 ENERO;43:85-97.
- (95) La Casa G, C., Martín C, M<sup>a</sup>. J., Domínguez C, J. C., Machuca G, M., García-Delgado M, A., Juárez M, J. Eficacia de la intervención farmacéutica en pacientes polimedicados. *Pharmaceutical Care España* 2005;7(1):25-31.
- (96) Beney J, Bero LA, Bond, C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs and patient outcomes. (Cochrane review). Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs and patient outcomes. (Cochrane review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. 2003.
- (97) Rodríguez C, A., Rodríguez C, M. A. Conocimiento e implantación del seguimiento farmacoterapéutico por el farmacéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005;3:98-102.
- (98) Aguas Y, De Miguel E, Fernández-LLimós F. El proceso de incorporación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004;2(suplemento 1):30-40.
- (99) Zardaín E, Olivo del Valle M, Loza MI, García E, Lana A, Markham W, et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. *Pharmacy World & Science* 2009;31(2):174-182.
- (100) Gómez R, M.A., Malo dM, M., Escudero E, P., Gracia V, L., Franco M, A. Motivación de los farmacéuticos para hacer seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp.* 2003;5.
- (101) Alvarez R, E., García A, L., Flores M. Estado de situación de la atención farmacéutica de los colegiados de Cádiz. Resultados de una encuesta. *Pharm Care Esp* 2003;58extra):93-104.
- (102) March C, M.T., Puche H, R., Ramos L. La atención farmacéutica: Médicos, farmacéuticos y pacientes. *Gacet Sanit.* 2008;228(suplemento 2):9.
- (103) Alvarez de Toledo F. La atención farmacéutica: Aquí, allí y ahora. *Pharmaceutical Care España* 2008;10(2):55-56.
- (104) Foppe van Mil, J. W., Schulz M, F. J. D, Th. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci* 2004;26:303-311.
- (105) Hidalgo C, J., Cámara N, D., Baena MI, Fajardo P, Martínez-Martínez F. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005;3(3):144-149.

- (106) Van. Mil JWF, de Boer WO, Tromp TFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J. Pharm Pract.* 2001;9:163-168.
- (107) Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003;5:160-165.
- (108) Schommer JC, Pedersen CA, Doucette WR, Gaither CA, Mott DA. Community pharmacists' work activities in the United States during 2000. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002;42(3):399-406.
- (109) Schommer JC, Pedersen CA, Gaither CA, Doucette WR, Kreling DH, Mott DA. Pharmacists' desired and actual times in work activities: evidence of gaps from the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2006;46(3):340-347.
- (110) Mompart C, E., Martin B, P. El sistema español de farmacovigilancia. *Offarm* 2003 2 FEBRERO 2;22 NÚM 2 FEBRERO(22):120-128.
- (111) Ayuntamiento de Denia. Departamento de Turismo. Dénia. 2010; Available at: <http://www.denia.net/>. Accessed 3/1, 2010.
- (112) L´Ajuntament de Dènia. Ajuntament Serveis. 2010; Available at: <http://www.denia.es/va/informacio/padro/index.aspx>. Accessed 1/20, 2010.
- (113) Baixauli F, V.J. La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica. *Pharmaceutical Care España* 2008;10(1):22-31.
- (114) BOE. Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, BOE del 29 de octubre de Receta Médica. Available at: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-24211](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1984-24211). Accessed 1/20, 2010.
- (115) Foro de Atención Farmacéutica. Intervención. *Farmacéutico* 2008 marzo-abril;334:51-52.
- (116) BOE. Real Decreto 175/2001 (de 23 de febrero). Available at: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/rd175-2001.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd175-2001.html).
- (117) Machuca M, Baena M, Faus M editors. Programa InDader. Guía de Indicación Farmacéutica. ; 2004.
- (118) Ibáñez Salar L. Estudio de la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia. Papel del farmacéutico en la automedicación con antibióticos. (Tesis). Valencia: Universidad Cardenal Herrera; 2006.
- (119) González Barbero A. Consulta Farmacéutica en la farmacia comunitaria. (Tesis). Alcalá de Henares: Universidad Alcalá de Henares; 2001.

- (120) Ocaña A, Baos V, Amariles P, Palop V, Saez-Benito L, Sempere E. "Protocolos de Indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico". : FUNDACION ABBOT; 2008.
- (121) Schommer JC, Pedersen CA, Gaither CA, Doucette WR, Kreling DH, Mott DA. Pharmacists' Desired and Actual Times in Work Activities: Evidence of Gaps from the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc* 2006;46:340-347.
- (122) McCann L, Hughes CM, Adair CG. A self-reported work-sampling study in community pharmacy practice: a 2009 update. *Pharm World Sci*. 2010 Aug;32(4):536-543.
- (123) Bell HM, McElnay JC, Hughes CM. A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharm World Sci*. 1999 Oct;21(5):210-216.
- (124) Moranta R, F., Maroto Y, A., Sitjar G, T., Sanz G, M.A. Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria. *e-farmacéutico COMUNITARIO* 2007;2(1).
- (125) Suarez R, F., Serra M, L., Bautista C, I. Estudio de prevalencia de automedicación en una población turística realizado desde una farmacia comunitaria. *Pharmaceutical care España* 2010;12(2):66-78.
- (126) Haag JD, Stratton TP. Patient care services in rural Minnesota community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* (2003) 2010 Jul-Aug;50(4):508-516.
- (127) Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Neus C, J., Espejo J, Gasterrutia MA, Ibañez J, et al. Seguimiento Farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes. *Pharmaceutical Care España* 2002;4:179-185.
- (128) Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Neus C, J., Espejo J, Gasterrutia MA, Ibañez J, et al. Seguimiento Farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes. *Pharmaceutical Care España* 2002;4:179-185.
- (129) Eyaralar R, T., Dago M, A., Del Arco O, J. Dispensación activa. *Aula Farma*. 2004;1:10-20.
- (130) Al-Motassem M, Yousef EA, G. Al-Bakri, Yasser B, Mayyada W. Self-Medication Patterns in Amman, Jordan. *Pharm World Sci* 2008;30:24-30.
- (131) Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995 May 1;152(9):1423-1433.
- (132) Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, del Arco-Ortiz, de Zárata, J., Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Red Española de Atención Primaria (REAP)*. 2006;37:78-87.
- (133) O'Connell MB, Johnson JF. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *Ann Pharmacother* 1992 Jul-Aug;26(7-8):919-921.

- (134) Faus MJ, Sabater-Hernández D, Amariles P. Types of pharmacist interventions intended to prevent and solve negatives outcomes associated with medication. *Pharmacotherapy* 2007;7:e51-e52.
- (135) Beguillos M, L., Lopez G, I., Zardain T, E., Comas V, Reyes. Factibilidad de implantación de un modelo de dispensación activa de medicamentos con receta en oficinas de farmacia asturianas. Estudio piloto. *Pharmaceutical Care España* 2003;5:247-252.
- (136) Eyaralar R, T., Salar I, L., Baixauli F, V.J., Fité N, B., García C, F., Gervas C, J. Dispensación de antibióticos en oficina de farmacia: Demanda con receta. *Pharmaceutical Care España* 2006;8(4):147-197 \*187.
- (137) Badía X, Magaz S, Gutierrez L, Guilera M. Información medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. *Aten Primaria* 2005;36(2):93-99.
- (138) Camps S. Uso de antiagregantes orales en una farmacia rural en Gerona. *Farmacéuticos comunitarios* 2009;1(1):7-12.
- (139) Guerra M, García M, Tato A, Gontán B, Fornos JA. Calidad asistencial y evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en anticoagulación oral por un equipo multidisciplinar de A P. *Pharm Care Esp* 2004;6(2):59-63.
- (140) Jiménez García E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el Seguimiento Farmacoterapéutico. (Tesis). Granada: Universidad Granada; 2003.
- (141) 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.
- (142) Puspitasari HP, Aslani O, Krass I. Una revisión de prácticas de asesoramiento sobre los medicamentos con receta en las farmacias comunitarias. *Res Adm Pharm Social* 2009 sep;5(3):197-210.
- (143) Bofill P, C., Valenti A, M.J., Palmer L, J. L., Rovira V, M., Nogareda M, F., Cimadevilla M, D., et al. Intervención sobre uso racional del medicamento: experiencia piloto en centros de atención primaria y las farmacias de su entorno. *Pharmaceutical Care España* 2006;8(5):199-252.
- (144) Salgueiro ME, Bermúdez A, Llavona A, Monteserín M, Sánchez L, Revuelta P, et al. La notificación espontánea de reacciones adversas desde una oficina de farmacia. *Pharm Care España* 2003;5(5):226-231.
- (145) Álvarez de Toledo F. La nueva Atención Farmacéutica: puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:3-4.

(146) Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. *Qual. Saf. Health Care* 2006;15:23-31.

(147) Garrido E. La formulación magistral se resiste a desaparecer de las farmacias españolas. Madrid. El Global. Available at: [www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=504&idart=185643](http://www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=504&idart=185643). Accessed 3/30, 2010.

(148) Pontes Y. Formulación magistral. e-farmacéutico COMUNITARIO 2008;Extra:8.

(149) Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica de la Seguridad Social* 2000;24(6):147-152.

(150) Baixauli V, Barbero A, Salar L. Las consultas de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Pharm Care. Pharm Care Esp* 2005;7(2):54-61.

(151) Velert V, M.M., Velert V, J., García C, F.J., Salar I, L. Seguimiento del paciente en indicación farmacéutica. *Pharmaceutical Care España* 2005;7(2):62-68.

(152) Bush T, Rayburn K, Holloway S, Sanchez-Yamamoto D, Allen B, Lam T, et al. Adverse interactions between herbal and dietary substances and prescription medications: a clinical survey. *Altern Ther Health Med* 2007 mar-abril;13(2):5-30.

(153) Woodward KN. The potential impact of the use of homeopathic and herbal remedies on monitoring the safety of prescription products. *Hum Exp Toxicol*. 2005 May;24(5):219-233.

(154) Carranza F, Machuca M, Baena MI, Martínez-Martínez F. Disponibilidad y coexistencia de especialidades farmacéuticas publicitarias con otras especialidades de igual composición. *Pharm Care Esp* 2006;8(2):46-54.

(155) Björnsdóttir I, Hansen EH. Telephone prescribing of antibiotics. General practitioners' views and reflections. *Eur J Public Health*. 2001 Sep;11(3):260-263.

(156) Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valencina. Comisión de atención Farmacéutica. Programa de Atención Farmacéutica sobre el Uso Racional de Antibióticos. Estudio 2001-2002. Piloto. Available at: <http://mar.uninet.edu/zope/arch/af/Files/Ab.pdf>.

(157) Barris D, Rodríguez Z, C., Sabio B, Garrido B, Gutiérrez Á, J.L., Martínez-Rey A. Evolución de la demanda de antibióticos orales sin receta en una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005;3(2):84-89.

(158) Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Ortega B, Puntonet L. Evaluación del programa de uso racional de antibióticos en Guipuzkoa. Primera fase: 1999-2000. *Pharm Care Esp* 2002;4(3):143-157.



- (159) Hernández M, Boj JR. **Odontología y automedicación: un reto actual.** *Medicina Oral* 2002;7(344):347.
- (160) AEMPS. **Supresión de la calificación como medicamento publicitario y de las siglas EFP del etiquetado. Nota en prensa. 2010; Available at:** [http://www.aemps.es/actividad/documentos/notasPrensa/2010/medPubli\\_siglasEFP.htm](http://www.aemps.es/actividad/documentos/notasPrensa/2010/medPubli_siglasEFP.htm). Accessed 8/30, 2010.
- (161) Machuca M, Oñate B, Machuca MP, Gastelurrutia P, Gutiérrez-Aranda L, López-Fernández E, et al. **La indicación farmacéutica disminuye las visitas al médico y resuelve las demandas de los pacientes. Seguim Farmacoter** 2003;1(3):110-114.
- (162) Barbero G, A., Alfonso G, T. **Consulta de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España** 2002;4:106-117.
- (163) Barbero G, J.A., Alfonso G, M.T. **Consulta de Indicación Farmacéutica. Aula de la farmacia** 2004 mayo;1(5).
- (164) Tomás S, R., Madridejos M, R., Llorens C, Moral A, M., Arévalo G, M.J., Cullell del Valle C, et al. **Atención farmacéutica integrada: proyecto de colaboración entre un centro de atención primaria y las farmacias comunitarias. Pharmaceutical Care España** 2006;8(3):96-146.
- (165) Maroto Y, A.I., Sitjar G, A., Moranta R, F., Sanz G, M. A. **Sistema de registro de indicación farmacéutica en una farmacia comunitaria. V Congreso de AF. Oviedo. 2007; Available at:** <http://www.pharmaceutical-care.org/doccontenidos/documentos/file/comunicaciones/12.pdf>. Accessed 12/4,2009.
- (166) Viñuales L, A., Giráldez JD, Izu EB. **Análisis de la automedicación (II): Influencia de distintas fuentes de información. El Farmacéutico** 1992;118:35-58.
- (167) Rodríguez L, M.C., Escarcena C, V.E., Martín C, M.J. **Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. FAP • Farmacia de Atención Primaria** 2006;4(3):78-79.
- (168) International Pharmaceutical Federation. **Statement of Principle Selfcare including self-medication. The professional role of the pharmacist. Jesuralem: FIP Council; 1996. Available at:** [http://www.fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=204&table\\_id=](http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=204&table_id=). Accessed 30/5, 2009.
- (169) Ferrer-Lopez I, Machuca M, Baena MI, Murillo MD, Faus MJ, Martínez-Martínez. **Aplicabilidad y efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital. Pharm Care Esp** 2008;10(2):67-75.
- (170) Bissell P, Ward PR, Noyce PR. **Variation within Community Pharmacy. Referring customers to other Health Professionals. Journal of social and Administrative Pharmacy** 1997;14(2):116-123.

(171) Balanzó F, X., Pujol F, R., Grupo intercomarcal de medicina interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1989;92(3):86-90.

(172) Aranaz A,J.M., Martínez N,R., Rodrigo B,V., Gómez P,F., Antón G,P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004;123(16):615-8(16):615-618.

(173) Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria* 1999;13(5):361-370.

(174) Barcia A, L. En portada. Aumento de la demanda estacional de urgencias en Torrevieja (Alicante). *Medical Economics* 2009 10 julio;2010.

(175) Llorente Á, S., Alonso F,M, Buznego A, B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Atención Primaria* 1996;18(5):243-247.

(176) Machuca M, Romero-Barba L, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP, Oñate MB. Propuesta de modelo de actuación en consulta o indicación farmacéutica adaptado al consenso español en atención farmacéutica. *Seguim Farmacoter* 2003;1(3):141-146.

(177) Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Medicina Clínica* 1992;99:413-416.

(178) World Health Organization. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication*. Report of the fourth WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Geneva: World Health Organization; 1998.

Document no. WHO/DAP/ 98.13. 1998; Available at: <http://www.who.int/medicines>. Accessed 4/30, 2009.

(179) Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 2006. Available at: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/solicitud.htm>.

(180) Salar L, Velert J, Climent MT, Escutia M, Aznar S, García-Cebrián F. Capacidad de la oficina de farmacia de detectar y corregir automedicación incorrecta. *Pharm Care Esp* 2005;7 (Extr):78.

(181) “La automedicación responsable en la República Mexicana. Resultados del estudio 1999”. European Commission, Infopharma. Project Programme. Promoting Telematics for Responsible Self-medication in Latin American Pharmacies. Available at: [www.imim.es/infopharma/workshopmexicomaterial/AutomedicacionResponsableAmericaLatina.htm](http://www.imim.es/infopharma/workshopmexicomaterial/AutomedicacionResponsableAmericaLatina.htm). Accessed 5/5, 2009.

- (182) Self-medication Digest, 1999; (3). NDMAC (Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada). Available at: [www.ndmac.ca/publicat/F-smd.html](http://www.ndmac.ca/publicat/F-smd.html). Accessed 5/5, 2009.
- (183) Fuentes A, K., Villa Z, L. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci* 2008;30:863-868.
- (184) Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández B, V., Gil de Miguel A. Predictive factors Prevalence of self-medicated drug use among the Spanish adults population. *pharmacoepidemiology and drug safety* 2008;17:193-199.
- (185) Martins AP, Miranda A, C., Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional das Farmácias, Lisboa, Portugal* 2002 jul-ago;11(5):409-414.
- (186) Nunes dM, M., Madureira B, Nunes F, A.P., Mendes Z, Miranda A, C., Martins A. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci* 2006;28(1):19-25.
- (187) *Diario Médico*. La Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha hecho público un estudio sobre el perfil del paciente hiperfrecuentador en los centros asistenciales del primer nivel asistencial de la autonomía. . Accessed 9/10, 2010.
- (188) Guillem S, P., Francès B, F., Gimenez F, F., Sáiz S, C. Estudio sobre automedicación en población universitaria española. *Rev Clin Med Fam* 2010;3(2).
- (189) Temporelli K. “Análisis de la demanda de asistencia sanitaria: la utilidad del médico como determinante”. *Departamento de Economía – Universidad Nacional del Sur* (2001 ). . Accessed 30/4, 2010.
- (190) Pfaffenbach G, Tourinho FS, Bucarechi F. Self-Medication Among Children and Adolescents. *Curr Drug Saf.* 2010 . Jul;2:324-328.
- (191) Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández B, V., López dA, A., Gil de Miguel A. Medication consumption in the Spanish paediatric population: related factors and time trend, 1993–2003. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 September;68(3):455-461.
- (192) Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero J. Sociodemographic factors related to selfmedication in Spain. *Eur J Epidemiol.* 2000;16:19-26.
- (193) Jiménez R, D., Hernández Q, C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit* 2010 mar.-abr;24(2):116 e1-116e8.
- (194) Gunn VL, Taha SH, Liebelt EL, Serwint JR. Toxicity of over-the-counter cough and cold medications. *Pediatrics.* 2001 sep;108:3.

- (195) Machuca M, Herrera J. El incumplimiento en antibioterapia: una revisión. *Pharm. Care Esp* 1999;1:329-334.
- (196) De Miguel C, E., Suarez de Venegas, Sanz, C. Automedicación en una farmacia comunitaria: solicitud y actuación del farmacéutico. *Pharmaceutical Care* 2001;3:433-438.
- (197) Moranta F, Sitjar A, Maroto AI, Sanz MA. Caracterización de la automedicación con antibióticos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2008;10(2):57-62.
- (198) Ortega A, Pérez de Ágreda S, García-Lozano F. Actuación del farmacéutico ante la demanda de antibióticos sin receta en la oficina de farmacia. *Pharm Care Esp* 2006;8(4):154-159.
- (199) De Oliveira Silva, Naves, J., Lusitana, Cardozo de Castro, L., Soares dC, C., Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15((supl.)):1751-1762.
- (200) Boletín Terapéutico Andaluz. Automedicación: Riesgos y beneficios. *Boletín Terapéutico Andaluz* 1996;12(5):17-18.
- (201) Harris Interactive I. Attitudes and beliefs about the use of over-the-counter medications: A dose of reality Bethesda, Md: National Council on Patient Information and Education; 2002. Available at: [www.bemedwise.org/survey/final\\_survey.pdf](http://www.bemedwise.org/survey/final_survey.pdf). Accessed 10/1, 2009.
- (202) Trigo D, R., Guisado P, M., Santos M, M., Martín M, Machuca G, M.P. Grado de conocimiento en automedicación por parte de los pacientes. *e-farmacéutico* 2007;2(2).
- (203) Salar I, L., Eyaralar T, Baixauli F, V.J., Fité N, B., García C, F. Demanda de antibióticos sin receta en una farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2006;8(4):147-197.
- (204) Ley del Medicamento 25/90, de 20 de Diciembre. B.O.E. N° 306 de 22/12/90. 1990 20 de diciembre.
- (205) Real Decreto 1416/94, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. B.O.E. N° 180 de 29/07/94. 1994.
- (206) Almasi EA, Stafford RS, Kravitz RL, Mansfield PR. What Are the Public Health Effects of Direct-to-Consumer Drug Advertising?. *PLoS Med* 2006 marzo;3(3: 145).
- (207) Cibercondria. Available at: [http://enfermedades.suite101.net/article.cfm/cibercondria\\_peligroso\\_diagnostico\\_e\\_n\\_internet#ixzz0Z8K2dVXh](http://enfermedades.suite101.net/article.cfm/cibercondria_peligroso_diagnostico_e_n_internet#ixzz0Z8K2dVXh). Accessed 30/4, 2009.

- (208) Carnicero, Giménez de Azcárate, J. Luces y sombras de la información de salud en internet. La calidad de las web sanitarias. Resumen. 2009; Available at: <http://www.seis.es/documentos/informes/secciones/adjunto1/CAPITULO1.pdf>. Accessed 30/4, 2009.
- (209) Centro de Investigación Pew. Available at: <http://pewresearch.org/>. Accessed 30/4, 2009.
- (210) Baixauli V. Indicación farmacéutica. e-farmacéutico COMUNITARIO 2008;EXTRA:7.
- (211) Salar I, L. Estudio de la automedicación desde la oficina de farmacia: Capacidad de la oficina de farmacia de detectar y corregir medicación incorrecta. DEA. Universidad de Valencia. 2004.
- (212) Baixauli F, V.J., Salar I, L., Barbero G, A. Demanda de información en la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España 2004;6(3):136-144.
- (213) Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M. Comentarios de los usuarios de farmacia de la comunidad sobre la contribución de farmacia de la comunidad para mejorar la salud pública: una revisión sistemática de la revisión por pares y no-peer revisado de literatura 1990-2002. Salud Expect. 2004 SEPTIEMBRE;7(3):191-202.
- (214) Naik P, P., Saini B, Armour C. Medición de la satisfacción del paciente con servicios de farmacia de la comunidad: una revisión. Pharm mundial SCI. 2009 OCTUBRE;31(5):525-537.

## ANEXO I: HOJA DE REGISTROS

# Recogida de datos de actividad farmacéutica

		Oficina			
		Mes			
		Semana			
		Lunes	Martes	Miercoles	Jueves
1	DIA/MES	#####	#####	#####	#####
2	Pacientes atendidos				
3	Act. prof. dispensación de medicamentos (SUMA 4+5)				
4	Act. prof. dispensación de medicamentos: Sin Incidencia				
5	Act. prof. dispensación de medicamentos: Con Incidencia(SUMA6- 11)				
6	Act. prof. dispensación de medicamentos C/I IPM				
7	Act. prof. dispensación de medicamentos C/I Consejos				
8	Act. prof. dispensación de medicamentos C/I SFT				
9	Act. prof. dispensación de medicamentos C/I Deriv Medico				
10	Act. prof. dispensación de medicamentos.C/I Notif FCVG				
11	Act. prof. dispensación de medicamentos C/I No Disp				
12	Act. prof. indicación farmacéutica(SUMA 13-18)				
13	Act. prof. indicación farmacéutica: Medicamento				
14	Act. prof. indicación farmacéutica: Solo consejo				
15	Act. prof. indicación farmacéutica: Medicamento y Deriv. al medico				
16	Act. prof. indicación farmacéutica: Deriv. Medico				
17	Act. prof. indicación farmacéutica: SFT y Medicamento				
18	Act. prof. indicación farmacéutica: SFT y No Medicamento				
19	Act. prof. automedicación(SUMA 20+21)				
20	Act. prof. automedicaciónSin incidencia				
21	Act. prof. automedicación Con Incidencia (SUMA 22-29)				
22	Act. prof. automedicación C/I Adecuada con consejo				
23	Act. prof. automedicaciónC/I Adecuada con Deriv Med				
24	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: Sustit Mcto. y Consejo				
25	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: Sustit Mcto. y Deriv Med				
26	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: Consejo sin venta				
27	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: Deriv. Medico sin venta				
28	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: Sust. Mcto. y SFT				
29	Act. prof. automedicación C/I No Adecuada: SFT sin venta				
30	Act. prof. consultas(SUMA31+32)				
31	Act. prof. consultas CON venta asociada				
32	Act. prof. consultas SIN venta asociada				
33	Agilidad aplicación: Actividad farmaceutica Total (SUMA 34+35)				
34	Agilidad aplicación: Actividad farmaceutica fallos				
35	Agilidad aplicación: Actividad farmaceutica registrada				
36	Act. prof. NO Farm. Ventas				

