

TESIS DOCTORAL
FACULTAD DE FARMACIA



**APLICABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE
INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN GRIPE Y RESFRIADO EN
EL TRABAJO DIARIO DE UNA OFICINA DE FARMACIA**

DÑA. INMACULADA SEVA IZQUIERDO

GRANADA, 2012

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Inmaculada Seva Izquierdo
D.L.: GR 3105-2012
ISBN: 978-84-9028-236-6

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autora: Inmaculada Seva Izquierdo

APLICABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN GRIPE Y RESFRIADO EN EL TRABAJO DIARIO DE UNA OFICINA DE FARMACIA

Memoria que presenta Dña. Inmaculada Seva Izquierdo para aspirar al Grado de Doctor en Farmacia

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada bajo la dirección de:

Dra. Dña. Macarena Flores Dorado

Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez

Dña. Inmaculada Seva Izquierdo
Aspirante al Grado de Doctor

D. Fernando Martínez Martínez, Doctor en Farmacia, profesor titular de Química Física y responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) de la Universidad de Granada, y **Dña. Macarena Flores Dorado**, Doctora en Farmacia, Farmacéutica de Atención Primaria en el Servicio de Farmacia AGS del Campo de Gibraltar y perteneciente al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) de la Universidad de Granada,

CERTIFICAN

Que el trabajo titulado **APLICABILIDAD Y EFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN GRIPE Y RESFRIADO EN EL TRABAJO DIARIO DE UNA OFICINA DE FARMACIA**, ha sido realizado por la Licenciada en Farmacia **Dña. Inmaculada Seva Izquierdo** bajo nuestra dirección, para la obtención del Grado de Doctor, y considerando que se halla concluido y reúne los requisitos oportunos, autorizamos su presentación para que pueda ser juzgado por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, se expide en Granada, a 2 de marzo de 2012.

Prof. Dr. D. Fernando Martínez Martínez

Dra. Dña. Macarena Flores Dorado

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, que, gracias a su colaboración, han hecho posible que inicie este largo viaje y que finalmente haya llegado a mi destino.

A Fernando Martínez que, siempre ha estado ahí, pendiente de nosotros, escuchándonos y ayudándonos siempre que le hemos necesitado.

A Macarena Flores, que, con sus incansables visitas a Murcia, me ha orientado y me ha guiado por el sendero más adecuado, y me ha enseñado a superar cualquier obstáculo que podía encontrarme en el camino.

A la farmacia Santa Gema y a todos los pacientes que han acudido a ella y han querido participar en este proyecto, porque sin vosotros no hubiera podido salir adelante. Gracias por vuestra colaboración.

A mis suegros, Inés y Antonio, por el interés que siempre han mostrado por mi Tesis y porque me han enseñado que las cosas no son fáciles pero que con esfuerzo y voluntad, salen adelante.

A mis padres, en especial a mi madre porque siempre ha estado a mi lado, desde la cercanía o desde la distancia, escuchándome y aconsejándome lo mejor para mí. ¡Si no hubiera sido por ti, no hubiera podido llegar hasta aquí!

A mi marido, Antonio, por la eterna paciencia que ha tenido conmigo, ayudándome y animándome en los momentos de desesperación, en los que estaba atrapada en un túnel y no sabía por dónde salir. Él me enseñaba, a través de sus ojos, dónde estaba la luz.

Y por último y no por ello menos importante, a mis dos hijitas, Inma e Inés que, con sus 5 y 3 años nacieron a la vez que nació este proyecto, han ido creciendo a la par que esta Tesis, y me han enseñado lo más importante que he aprendido en la vida y es que las cosas buenas, las que de verdad merecen la pena, se hacen esperar, pero cuando llegan son el mayor regalo que puede uno tener ¡os quiero!

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	9
1.1.	Atención Farmacéutica	9
1.1.1.	Historia de la profesión farmacéutica	11
1.1.2.	De Pharmaceutical Care a Atención Farmacéutica	14
1.1.3.	Fundamentos Legislativos	17
1.1.4.	Estado actual de la investigación en Atención Farmacéutica en España.....	20
1.1.5.	Implantación de la Atención Farmacéutica.....	21
1.1.6.	Indicación Farmacéutica.....	24
1.1.7.	Medicamentos de Indicación Farmacéutica	37
1.2.	Gripe y Resfriado común.....	43
1.2.1.	Gripe.....	44
1.2.2.	Resfriado común	49
1.2.3.	Sintomatología característica y tratamiento farmacológico asociado a la Gripe y Resfriado 53	
2.	JUSTIFICACIÓN.....	67
3.	OBJETIVOS.....	69
3.1.	Objetivo general.....	69
3.2.	Objetivos específicos.....	69
4.	METODOLOGÍA.....	70
4.1.	Diseño.....	70
4.2.	Periodo de estudio	70
4.3.	Ámbito de estudio.....	70
4.4.	Población de estudio	70
4.4.1.	Criterios de Inclusión.....	71
4.4.2.	Criterios de Exclusión	71
4.5.	Fuentes de Información y Recogida de datos	71
4.6.	Consentimiento informado	73
4.7.	Proceso de Indicación Farmacéutica.....	74
4.7.1.	Diseño del Protocolo de Indicación.....	74
4.7.2.	Efectividad y Aplicabilidad de la Intervención	78
4.8.	Variables del estudio.....	81
4.8.1.	Cuadro resumen de variables.....	81

4.8.2.	Definición operacional de variables	83
4.9.	Análisis estadístico	94
5.	RESULTADOS	95
5.1.	Cuadro resumen de resultados	95
5.2.	Resultados detallados por Objetivos.....	98
5.2.1.	Objetivo 1: Relacionadas con la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica.....	98
5.2.2.	Objetivo 2: Relacionadas con la aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica.....	103
5.2.3.	Objetivo 3: Relacionadas con la caracterización de los pacientes	105
5.2.4.	Objetivo 4: Relacionadas con las consultas realizadas por los pacientes	118
5.2.5.	Objetivo 5: Relacionadas con el tipo de intervención escogida por el farmacéutico y con el tipo de respuesta post-intervención dada por los pacientes	119
5.2.6.	Objetivo 6: Relacionadas con las acciones llevadas a cabo por el paciente después de la intervención	124
5.2.7.	Objetivo 7: Relacionadas con la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado	129
5.3.	Análisis multi-variante.....	131
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	141
6.1.	Discusión sobre las limitaciones del estudio.....	141
6.2.	Discusión de resultados por objetivos	142
6.2.1.	Objetivo 1: Relacionadas con la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica.....	142
6.2.2.	Objetivo 2: Relacionadas con la aplicabilidad del protocolo	145
6.2.3.	Objetivo 3: Relacionadas con la caracterización de los pacientes	150
6.2.4.	Objetivo 4: Relacionadas con las consultas realizadas.....	160
6.2.5.	Objetivo 5: Relacionadas con el tipo de intervención escogida y el tipo de respuesta post-intervención dada	161
6.2.6.	Objetivo 6: Relacionadas con las acciones llevadas a cabo por los pacientes después de la intervención	167
6.2.7.	Objetivo 7: Relacionadas con la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado	169
7.	CONCLUSIONES	173
8.	ANECDOTARIO.....	175
9.	ANEXOS	177
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Atención Farmacéutica

Los cambios que ha experimentado la actividad profesional del “Farmacéutico Comunitario” en los últimos años, han conducido a una nueva forma de realizar su función sanitaria¹.

De ser el medicamento el eje de actuación profesional del farmacéutico se ha pasado a un mayor protagonismo del paciente y a que éste ocupe cada vez más el centro de los objetivos del SNS².

Este cambio ha sido debido a las demandas de la sociedad actual que reclaman al farmacéutico una mayor implicación asistencial en beneficio de su salud.

La enorme disponibilidad de medicamentos que hay en el mercado en la actualidad ha hecho que la esperanza de vida del ser humano se haya visto incrementada de forma espectacular en los últimos 50 años, sobre todo en los países desarrollados. Este aumento en la edad de la población viene acompañado de una gran prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales necesitan la utilización de más medicamentos. Sin embargo, la mala utilización de dichos medicamentos conduce en muchas ocasiones a la aparición de efectos colaterales negativos, hasta tal punto que incluso ocasiona pérdida de vidas humanas, daños a la salud y enormes cantidades de dinero desperdiciadas³.

Este es, en la actualidad, un problema sanitario de enorme magnitud, puesto de manifiesto en varios estudios.

Por citar algunos ejemplos, el incremento de visitas a urgencias relacionadas con el uso de los medicamentos (uno de cada tres pacientes) o el aumento de ingresos hospitalarios debidos a resultados no adecuados al objetivo de la farmacoterapia (dos de cada cinco ingresos) indican claramente que es necesario un cambio en la práctica profesional y más aún cuando se calcula que estos problemas podrían prevenirse, en el 75% de las ocasiones⁴.

Para tratar de solucionar este problema, el farmacéutico (como profesional sanitario responsable de la provisión de los tratamientos farmacoterapéuticos) debe comprometerse en la consecución de sus objetivos, en la efectividad de los tratamientos, en su seguridad y, como consecuencia, en su uso eficiente. Para lograrlo, la farmacia comunitaria ha incorporado a su cartera de servicios una serie de procedimientos o actividades asistenciales, que se engloban dentro del concepto de atención farmacéutica (AF)⁵.

La filosofía de la Atención Farmacéutica establece específicamente, que la responsabilidad de los farmacéuticos consiste en identificar las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes y el aceptar el compromiso de cubrir esas necesidades³.

La Atención Farmacéutica es un tema de actualidad y constituye hoy en día uno de los retos destacados para los profesionales de la farmacia española⁶.

Pero como toda actividad nueva, la AF debe demostrar que aporta mejoras frente al ejercicio tradicional en la farmacia. La repercusión, en teoría beneficiosa, de la implantación de la AF sobre el estado de salud de los pacientes, debe ser evaluada cuidadosamente con el fin de comprobar que consigue beneficios añadidos reales. Para ello, es necesario llevar a cabo estudios que demuestren la aplicabilidad y la efectividad de las intervenciones del farmacéutico comunitario⁵ siendo éste el principal objetivo de este estudio.

1.1.1. Historia de la profesión farmacéutica

En el siglo VIII nace la farmacia como profesión al separarse de la medicina. En un principio, el médico realizaba el diagnóstico y preparaba los medicamentos que sus pacientes necesitaban. A medida que dicha preparación fue haciéndose más compleja, se fue haciendo necesaria la aparición de un nuevo profesional que elaborara los medicamentos y los entregara a los pacientes⁷.

Con la llegada de la revolución industrial y la aparición de laboratorios fabricantes aparecen un mayor número de medicamentos y la necesidad social cambia de manera que el objetivo consiste en garantizar que el mayor número de medicamentos pueda llegar al mayor número de personas, lo que habitualmente se denomina “garantizar a la población el acceso al medicamento”⁷.

En la actualidad, siglo XXI, el acceso de la población al medicamento, aun siendo importante, es algo que de alguna manera ha sido superado. Sin embargo, hoy en día existe un problema de morbi-mortalidad relacionada con el uso de los medicamentos y su prevalencia es tan alta que debe ser considerado un problema de salud pública. Además, se trata de un problema evitable y por tanto prevenible⁷.

La importancia de este hecho se ve reflejada en los resultados de algunos trabajos publicados. Por citar algunos ejemplos:

Diversos estudios⁸⁻¹⁰ cuantifican los eventos adversos de la práctica médica entre un 2,9% y 3,7% de los pacientes hospitalizados de los cuales entre el 53%-58% (1,6%-2%) pueden ser prevenibles y entre el 8,8%-13,6%(0,32%-0,41%) son mortales.

Un estudio publicado en The Lancet cita un aumento de 2,57 veces las muertes debidas a errores de medicación (*medication-error*) en el período 1983-1993¹¹.

Otro estudio¹² llevado a cabo en un hospital encontró un 6,7% de reacciones adversas y en otro estudio¹³, los episodios adversos daban lugar al 3,7% de admisiones hospitalarias de los cuales, el 13,6% de dichos episodios llevaron a la muerte de los pacientes pero es que la mitad de esos ingresos fueron catalogados como prevenibles.

En España, más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito¹⁴.

Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias son consecuencia de un resultado no deseado del medicamento, de los cuales más del 70% son evitables¹⁵.

Por tanto, en nuestro siglo XXI, la farmacia debe cambiar para atender dos objetivos⁷:

- Seguir garantizando el acceso de la población al medicamento y
- Atender las necesidades de los pacientes en relación al uso de los medicamentos consiguiendo que éstos sean necesarios, seguros y efectivos.

Los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso necesario, seguro y efectivo de los medicamentos. Dado que la seguridad y la efectividad y de los mismos no dependen exclusivamente de su alta calidad de fabricación, los farmacéuticos, por su formación y experiencia, han de tener una mayor participación en los procesos de cuidado de salud relacionados con medicamentos, aportando conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes en relación con la farmacoterapia y sus objetivos¹⁶.

El reto actual del farmacéutico consiste en satisfacer las nuevas necesidades de los pacientes en consonancia con los requerimientos del Sistema Sanitario, que, cada vez, precisa atender a un número más elevado de pacientes¹⁷.

Los españoles son los ciudadanos europeos que más van al médico (8,1 veces frente a las 5,8 veces de la media de la Unión Europea). La excesiva utilización de los servicios sanitarios, y en concreto los de atención primaria se han convertido en un problema al que hay que darle una solución. Pero, ¿es posible reducir su utilización?

Existen una serie de estrategias que se han demostrado ser útiles (en mayor o menor medida) en la disminución (racionalización) de la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria:

- La principal estrategia en cuanto al usuario es la educación sanitaria sobre problemas de salud menores.
- En cuanto al profesional es la mejora en aspectos formativos, y
- En cuanto a la organización son la atención protocolizada y por programas, trabajo en equipo, trabajo multiprofesional, mejora de las relaciones con el segundo nivel¹⁸.

Así pues, es necesario aprovechar el potencial que proporcionan los farmacéuticos para la mejora de la asistencia sanitaria¹⁷.

Por tanto, en la actualidad, el farmacéutico debe cambiar su forma de trabajar además de por los motivos expuestos anteriormente, por otro motivo, no menos importante, que es⁷ *la necesidad de preservar la existencia de la propia profesión farmacéutica*.

En el ejercicio profesional del farmacéutico de oficina de farmacia, su costosa e intensa formación académica, sus conocimientos y su perfil científico, a menudo, no se ven reflejados en su trabajo diario¹⁹.

Dentro de la profesión, levantó ampollas el artículo de Philp Brown farmacéutico del Reino Unido, publicado en 1994²⁰, cuestionando el papel del farmacéutico. En él, se preguntaba si los cambios producidos en la sociedad hacían todavía necesario al farmacéutico en la “venta” de medicamentos.

Llega a afirmar que el médico podría dispensar los medicamentos que receta sin necesidad de que exista la figura del farmacéutico y que un buen programa de ordenador sustituye nuestra vigilancia. Con su frase “podríamos pasar sin los farmacéuticos” considera que su papel es irrelevante y que por tanto son innecesarios, eliminándonos directamente de la sociedad.

Este artículo fue muy contestado, entre otros por el CGCOF²¹ y en un segundo artículo²² se corrigió diciendo que “no estaba contra los farmacéuticos sino profundamente preocupado por ellos”.

Los farmacéuticos son elementos importantes, pero no bastan para justificar la presencia de profesionales altamente cualificados en una mera entrega de medicamentos²⁰. La simple presencia del farmacéutico, al ser un elemento estructural no añade valor²³. Para conseguir un auténtico “valor añadido” deberá proporcionar servicios de Atención Farmacéutica²⁴.

Así pues, es primordial que el farmacéutico abandone la simple “venta de medicamentos” y pase a la implantar Servicios de Atención Farmacéutica.

1.1.2. De Pharmaceutical Care a Atención Farmacéutica

Aunque la primera aparición del término AF (pharmaceutical care) se atribuye a algunos artículos de Brodie²⁵, existe unanimidad en datar la extensión de su uso a

partir de la publicación en 1990 de Hepler y Strand de *Oportunidades y responsabilidades en AF*²⁶.

Ésta constituyó, sin lugar a dudas, una de las principales bases para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en España²⁷.

Definen la Atención Farmacéutica²⁶ como *“la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*.

Esos resultados concretos son²⁸:

- curación de la enfermedad,
- eliminación o reducción de la sintomatología del paciente,
- interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y
- prevención de una enfermedad o de una sintomatología.

Posteriormente, Hepler y Strand siguieron caminos diferentes y dieron lugar a dos formas de práctica de la AF: Atención Farmacéutica orientada a enfermedades crónicas de Hepler²⁹ y la Atención Farmacéutica Global de Strand³⁰. La primera, centrada en procesos crónicos, dio lugar a una investigación denominada Minnesota Pharmaceutical Care Project³¹, mientras la segunda, de aplicación sistemática en todo tipo de situaciones ha desarrollado estudios de investigación con el nombre de proyectos TOM³² (Therapeutic Outcomes Monitoring: Monitorización de Resultados Terapéuticos)³³.

En 1993, la OMS redactó un documento conocido como Informe de Tokio³⁴ sobre *“El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud”*. En él se definió la Atención Farmacéutica como: *“Un concepto de práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico”,* y se reconoce como *“el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la provisión de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos*

en la salud y calidad de vida del paciente". Considera la Atención Farmacéutica, una "actitud profesional primordial a la que todo farmacéutico debe tender".

En España, tras algunos trabajos preliminares³⁵⁻³⁹, en 1995 se publica el primer texto programático de la AF⁴⁰, que sostenía que *"una intervención bien establecida, especialmente cuando se efectúa sobre pacientes de riesgo, supone un importante beneficio terapéutico, así como una disminución del gasto farmacéutico y, por tanto, un ahorro de recursos económicos para el Sistema"*.

Faus y Martínez-Romero⁴¹ acotaron más el término de Atención Farmacéutica. Para ellos, es el seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente con dos objetivos:

1. Responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado.
2. Estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen resolverlos.

En un principio, se tradujo el término *"Pharmaceutical Care"* como *"Atención Farmacéutica"*, incluyendo dentro de este concepto todos los servicios y actividades ofrecidos en la oficina de farmacia⁴².

Finalmente, tras las reflexiones de Gastelurrutia y Soto⁴³ se acordó traducir el término *"Pharmaceutical Care"* como *"Seguimiento Farmacoterapéutico"* y reservar el término *"Atención Farmacéutica"* para un concepto más amplio que incluye al anterior.

En España, a raíz de la publicación del Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, se realizaron y publicaron estudios de gran interés para el desarrollo e implantación de la Atención Farmacéutica como TOMCOR⁴⁴, VINTAF⁴⁵ y TOD⁴⁶.

Por otra parte, no han faltado críticas por parte de la Organización Médica Colegial, de las sociedades científicas médicas e incluso de algunos economistas de la salud^{47, 48}.

Estas críticas, desde un punto de vista positivo, a veces, contienen ideas que pueden ayudar a mejorar²⁷. Tal y como afirma Pérez Fernández⁴⁹, “los roles profesionales tienen siempre límites difusos y la discrepancia ayuda a determinarlos”.

El principal objetivo de todas y cada una de las profesiones sanitarias es obtener el mayor beneficio sanitario posible para los pacientes. Y esto es mucho más relevante que la a veces inevitable confrontación de intereses corporativos que las diferentes profesiones puedan manifestar⁵⁰.

1.1.3. Fundamentos Legislativos

Aunque el Informe Tokio de 1993³⁴ mencionado anteriormente no se puede considerar un texto legislativo, sí constituye el primer reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud, de la incorporación de esta nueva filosofía de ejercicio profesional a la asistencia farmacéutica en la atención sanitaria básica a la población.

En el contexto europeo, es importante reseñar la resolución ResAP (2001) 2 de 21 de Marzo, del Comité de Ministros Europeos⁵¹ relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria, en la que se insiste sobre la importancia del farmacéutico en todo lo relacionado con el medicamento. Dice textualmente: *“Los farmacéuticos deben evaluar todas las solicitudes de los pacientes. Deben poder apoyarse en protocolos que incluyan criterios para evaluar el estado de salud del paciente y ofrecer consejo.”*

En España, con el fin de aclarar la terminología y establecer las bases para el futuro desarrollo, incluso legislativo, de la Atención Farmacéutica, en el año 2001 impulsado desde la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad vio la luz el denominado “Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica”⁵². En él, se define la Atención Farmacéutica como *“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”.

Según este documento, las actividades asistenciales del farmacéutico como profesional sanitario se resumen así:

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO

- Adquisición
- Custodia
- Conservación
- Almacenamiento

de materias primas, especialidades farmacéuticas y productos sanitarios

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA

- Dispensación de medicamentos
- Formulación magistral
- Indicación Farmacéutica
- Formación en uso racional
- Educación sanitaria
- Farmacovigilancia
- Seguimiento del tratamiento farmacológico

Según lo anterior, la Atención Farmacéutica agrupa al conjunto de las actividades asistenciales del farmacéutico en su ejercicio como profesional sanitario, orientadas al paciente, que permiten garantizar la máxima efectividad, seguridad y racionalidad de los medicamentos que utiliza²⁴.

En febrero de 2004, 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 la Atención Farmacéutica que pasó a denominarse Foro de Atención Farmacéutica (Foro).

En su “declaración inicial”, Foro se autodefine como un grupo de debate en torno al futuro de la Atención Farmacéutica, que nace con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desarrollo.

En el año 2008, se publicó el Documento de Consenso Foro de Atención Farmacéutica⁴ en el que se define la Atención Farmacéutica como “la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”.

Como se ve, se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos.

Según palabras de Gastelurrutia⁵³, «afortunadamente, gracias primero al Consenso y en segundo lugar al Foro de Atención Farmacéutica, hoy podemos decir que en nuestro país los farmacéuticos contamos con herramientas y una metodología que permite realizar en la práctica cotidiana los servicios de Atención Farmacéutica». Además, «es necesaria la reprofesionalización del sector» que, a su entender, pasa «indudablemente por la implantación urgente de la Atención Farmacéutica».

Cabe destacar también la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁵⁴ en la que cita en varias ocasiones el término de Atención Farmacéutica destacando la importancia esencial que tiene su desarrollo en

el ejercicio de la profesión farmacéutica y las obligaciones del farmacéutico respecto a la misma para desarrollarla.

1.1.4. Estado actual de la investigación en Atención Farmacéutica en España

Numerosos países realizan investigaciones sobre atención farmacéutica, aunque en un pequeño número se concentra la mayor producción. A nivel internacional, España ocupa un lugar destacado con respecto a otros países de nuestro entorno, situándose por debajo de los EE.UU., al mismo nivel que Gran Bretaña y por encima de países similares al nuestro, como Francia, Italia o Alemania⁵⁵.

La investigación en la farmacia comunitaria beneficia tanto a los farmacéuticos como a los pacientes al proporcionar datos que permiten, por una parte a los farmacéuticos mejorar profesionalmente y por otra parte, a los pacientes mejorar la atención y los resultados de la farmacoterapia⁵.

Sin embargo, a pesar de ser la farmacia una inmensa fuente de riqueza de datos, la investigación es una de las asignaturas pendientes del farmacéutico comunitario. Ahora, más que nunca, se hace indispensable fomentar la investigación en la farmacia comunitaria, por la profesión, por el sistema sanitario y, en definitiva, por los pacientes. Aunque es evidente que la evolución en este campo es muy importante, no es menos cierto que aún queda mucho por hacer⁵⁶.

En España, la Atención Farmacéutica es un tema de actualidad. Continuamente se publican estudios que intentan analizar el valor añadido de esta disciplina y si realmente suponen un avance sobre la farmacia tradicional⁵⁵.

Sin embargo, aunque la mayoría de los farmacéuticos declara aprobar la “filosofía” subyacente a la atención farmacéutica, algunos trabajos nacionales⁵⁷ han constatado

que su implantación en la farmacia comunitaria española está siendo más lenta de lo que consideran deseable.

Según los datos de algunos estudios y trabajos publicados^{58, 59} entre las dificultades que se encontraban para su práctica generalizada, una de las más consistentemente aducidas es la ausencia de formación adecuada entre los profesionales.

1.1.5. Implantación de la Atención Farmacéutica

Para subsanar dicha barrera, se comenzaron a impartir una gran cantidad de cursos⁶⁰⁻⁶³ sobre atención farmacéutica que tuvieron un gran éxito entre los profesionales.

En uno de los últimos análisis publicados sobre la situación actual de la AF⁶⁴ se afirma que el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos *“cuenta con una alta participación y un importante compromiso por parte de los farmacéuticos implicados en el desarrollo de todas y cada una de las acciones del mismo, y sus resultados vienen a reforzar aún más si cabe el fundamento y la necesidad de la Atención Farmacéutica”*.

Sin embargo, trabajos empíricos⁶⁵⁻⁶⁷ demuestran, que el porcentaje de farmacéuticos que han conseguido implantar en su práctica diaria la Atención Farmacéutica es muy bajo.

En la reciente Declaración del Foro de AF (2008)⁴, los firmantes del Foro reconocen que sólo el 10% de los farmacéuticos que ejercen en el ámbito asistencial (atención primaria, hospitalaria y comunitaria) desarrollan actividades de AF.

Es decir, no se ha logrado la implantación real del servicio. Hay, por tanto, un agudo contraste entre deseo y realidad²⁷. El deseo es, implantar de forma generalizada la atención farmacéutica y la realidad indica que, hoy por hoy, la atención farmacéutica no es una práctica implantada de manera mayoritaria ni homogénea⁶⁸.

Pero, ¿Cuál es la razón de que a día de hoy no se haya implantado la Atención Farmacéutica en nuestras farmacias? Según palabras de Machuca⁶⁹, la razón principal es que «la mayoría ni tan siquiera lo han intentado. Muchos quieren hacer atención farmacéutica, pero cuando llega el momento de la verdad, pocos inician el camino».

Lo que parece claro es que cuánto más ambiciosos sean los objetivos marcados, mayor será la dificultad para que los farmacéuticos se incorporen a la Atención Farmacéutica. El esfuerzo fundamental debería dirigirse a la resolución de problemas básicos, muy frecuentes, que aporten mucho a la salud del paciente. Así pues, lo primero que se debe hacer es la búsqueda de objetivos sencillos centrados en torno a los problemas más comunes en la práctica diaria²⁷.

En definitiva, aunque el proceso de implantación de la AF en España está siendo lento, es también irreversible y supone una gran oportunidad profesional, al mismo tiempo que una exigencia social ineludible⁵.

En el Documento de Consenso 2001⁵² se apuntaba: «el farmacéutico tiene la responsabilidad y la obligación de hacer Atención Farmacéutica; y puede hacerlo por sus medios o a través de terceros, conforme a la legislación vigente». Con esta premisa quedaba perfectamente asentada la opción de que, lo que no se deciden a hacer unos, lo puedan llevar a efecto otros bajo contrato; y esto es, ni más ni menos, aceptar la posibilidad de externalizar la Atención Farmacéutica⁷⁰.

En España, el trabajo más completo y reciente sobre barreras y facilitadores del desarrollo de la Atención Farmacéutica es la Tesis de Gastelurrutia⁷¹. En sus conclusiones se señala que “para muchos, debe comenzarse a realizar un análisis profundo del actual sistema retributivo de la farmacia comunitaria teniendo en cuenta que los nuevos servicios que se vayan implantando deben ser remunerados”.

Es cierto que una de las ventajas que ofrece la Atención Farmacéutica es que puede contribuir a incrementar la facturación de la farmacia ya que ayuda o consigue mejorar

la atención de sus pacientes, incrementando así su satisfacción y logrando de esta manera su fidelización⁷².

Lo cierto es que independientemente de las ventajas que puede ofrecer, va pasando el tiempo y se sigue sin hacer Atención Farmacéutica. En atención primaria los casos son anecdóticos, en la farmacia comunitaria son minoritarios y en los hospitales es donde la farmacia clínica, prima hermana de la Atención Farmacéutica, está afincada⁷⁰.

Tanto en el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2001⁵², como en el Documento de Consenso de Foro de Atención Farmacéutica del año 2008⁴, se establecieron como actividades propias de las farmacias comunitarias orientadas al paciente la Dispensación, Indicación y Seguimiento farmacoterapéutico.

El Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo 2001⁵² define Dispensación como el servicio ofrecido por el farmacéutico, con una actitud activa, ante la demanda del ciudadano de un medicamento en concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella, en el caso de que desee automedicarse. La actuación irá más allá de la mera entrega del medicamento, y orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento.

El Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo 2001⁵² define como Indicación Farmacéutica al servicio que el farmacéutico realiza cuando el paciente consulta sobre un posible tratamiento para un problema de salud concreto, es decir, le pregunta “¿qué me da para..?” En este caso, siempre referido a aquellos síntomas o síndromes autolimitados para los cuales la legislación permite la dispensación de un medicamento sin prescripción médica. También, podrá suponer la derivación al médico en caso necesario.

El Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo 2001⁵² define como Seguimiento Farmacoterapéutico a la práctica profesional en la que el farmacéutico se

responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, 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.

Los tres soportan, de una manera coordinada y específica, toda la filosofía de la Atención Farmacéutica. De los tres, nos centraremos en el servicio de Indicación.

1.1.6. Indicación Farmacéutica

Según los datos de algunos estudios publicados, los usuarios perciben las oficinas de farmacia como un recurso de atención primaria accesible tanto por su cercanía como por sus horarios y de confianza⁷³.

Gracias a la proximidad y confianza depositada en el farmacéutico comunitario, los pacientes lo eligen para solucionar los problemas de salud banales antes que acudir a la consulta de atención primaria⁷⁴.

De este modo, las farmacias se convierten, en la mayoría de los casos, en el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario⁷⁵.

1.1.6.1. Requisitos de la Indicación farmacéutica

Tal y como se ha dicho anteriormente, la *indicación farmacéutica* se define como «el servicio que es prestado por el farmacéutico comunitario ante la demanda de un *paciente* que llega a la oficina de farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al *farmacéutico* el remedio más adecuado para un problema de salud concreto»⁷⁶.

- Debe ser solicitada por un paciente y realizada por un farmacéutico.

Según la definición anterior, la indicación farmacéutica debe ser solicitada por un paciente y realizada por un farmacéutico. En efecto, este es uno de los requisitos indispensables de la Indicación farmacéutica y es que “debe ser realizada por un farmacéutico y ningún otro profesional de la farmacia debe realizarlo”⁷⁶. En este estudio, todas las consultas de indicación farmacéutica que se han realizado y registrado, han sido atendidas por el farmacéutico responsable del estudio, tanto las que le han sido consultadas directamente como las que le han sido derivadas por el auxiliar al igual que en otros estudios⁷⁷ en los que todas las consultas fueron atendidas o derivadas a un farmacéutico.

En otros estudios, no se ha cumplido este requisito tan importante de la indicación como el de Baixaulí⁷⁸ en el que el farmacéutico atiende 111 consultas de indicación que representan el 72,1% del total de los problemas de salud, mientras que el auxiliar atiende 43 consultas de indicación (27,9% del total de ellas) aunque sólo resuelve el 22,2%, derivando el resto (5,7%) al farmacéutico para que las resuelva. Sin embargo, este mismo autor, tres años más tarde, rectificó al publicar un artículo⁷⁹ sobre indicación farmacéutica afirmando que “Es un servicio que debe prestar el farmacéutico puesto que lleva implícita una responsabilidad que no sólo acaba en la selección de un medicamento, sino que se extiende a la derivación a otro profesional sanitario”. En el mismo también aclara el papel que tiene el auxiliar al afirmar que “el rol del auxiliar de farmacia es básico en la atención de la consulta de indicación, puesto que éste deberá derivarla al farmacéutico, dependiendo de los criterios de derivación internos que existan en dicha farmacia. Sin embargo, el auxiliar siempre debería derivar al farmacéutico la resolución de la consulta”.

Un estudio⁸⁰ para conocer la opinión de los usuarios sobre algunos aspectos del servicio de indicación farmacéutica concluye que al 68% le gustaría que le atendiese el farmacéutico.

Según Baixaulí⁷⁹, “la intervención del farmacéutico influye de forma decisiva en la calidad del servicio, pero sobre todo en la imagen del propio farmacéutico como profesional, que es requerido ante una actividad de su competencia”.

Además de los dos anteriores, otros requisitos de la Indicación Farmacéutica son los siguientes⁷⁶:

- Debe cumplir los requisitos establecidos por la legislación en cuanto a la dispensación de medicamentos.

Bajo ninguna circunstancia deberá dispensarse medicamento alguno catalogado como de prescripción médica.

En España, es conocido que la demanda y la dispensación sin receta de especialidades farmacéuticas que la precisan es una práctica habitual. Las causas de esta costumbre pueden ser: continuación de un tratamiento ya prescrito, prescripción oral por teléfono del médico, automedicación, o motu proprio del farmacéutico ante una consulta de indicación farmacéutica^{81, 82}.

Aunque desconocemos la incidencia relativa de cada una de las situaciones anteriores, en cualquiera de ellas, el farmacéutico que dispensa sin receta un fármaco que se precisa se encuentra en la ilegalidad, por lo que estas prácticas deben desaparecer⁸³.

- Debe registrarse por el uso de guías clínicas y de guías fármaco-terapéuticas.
- Debe realizarse el registro documentado de las actuaciones realizadas para realizar una autoevaluación y detectar posibles errores.
- Debe potenciarse la comunicación con otros profesionales sanitarios implicados en la atención a ese paciente.

1.1.6.2. Planificación del Proceso de Indicación

Un servicio óptimo de indicación debe cumplir además los siguientes requisitos^{4, 84}:

- Estar integrado en la rutina diaria del ejercicio profesional del farmacéutico.

- Estar disponible para la totalidad de los pacientes que concurren a la farmacia, respondiendo a sus expectativas.
- Desarrollarse con agilidad, eficiencia y confidencialidad.

El desarrollo de este proceso debe ser dinámico, de forma que no suponga para el paciente un excesivo consumo de tiempo. Sin embargo, tan importante es la agilidad del proceso, como la eficiencia con la que se realiza⁷⁴.

Para poder convertir esta actuación profesional en un verdadero servicio de atención farmacéutica y además poder integrarla en el funcionamiento operativo de la farmacia, el farmacéutico deberá planificarlo adecuadamente⁸⁵. Para ello, deberá realizar las siguientes actuaciones:

- **Dirigir los esfuerzos de formación permanente hacia los motivos de consulta más frecuentes⁸⁵.**

Tal como han demostrado numerosos estudios realizados y publicados en relación a los problemas de salud que son objeto de consulta en la farmacia comunitaria: Viñuales⁸⁶ (1992), Smith⁸⁷ (1993), Evans⁸⁸ (1997), Bissell⁸⁹ (1997), Sánchez Torres⁹⁰ (2001), Barbero⁹¹ (2002), Machuca⁹² (2003), Bertrán⁹³ (2004), Velert⁷⁷ (2004), Honrubia⁹⁴ (2005), Ferrer-López⁹⁵ (2007), Prats⁹⁶ (2010) y Ocaña⁹⁷ (2010) “los problemas respiratorios son la razón más frecuente de consulta al farmacéutico”.

La causa puede ser debida, entre otros factores, al periodo del año que abarque el estudio, ya que las enfermedades respiratorias tienen su máxima incidencia en los meses fríos⁹⁸. Sin embargo, esto no siempre es así ya que se ha constatado a través de otros estudios⁹² que el número mayoritario de problemas consultados es el de los problemas relacionados con el aparato respiratorio, a pesar de que la época del trabajo no era la invernal.

- **Utilizar protocolos como método de trabajo**

De esta manera, se conseguirá adquirir el hábito de utilizar protocolos, así como obtener con el mínimo de preguntas, el máximo de información sobre el problema de salud⁸⁵.

Un protocolo es una serie ordenada de instrucciones que indican todos los pasos a seguir en un determinado proceso. El trabajo con protocolos garantiza que siempre se actuará de la misma forma ante la misma consulta de ¿Deme Vd. algo para? Así pues, si el protocolo está bien hecho, se garantiza que la calidad de la actuación será siempre alta⁹⁹.

Otra de las ventajas del trabajo con protocolos es el ahorro de tiempo que supone. Así, un estudio¹⁰⁰ cuyo objetivo era comparar la forma de trabajo en indicación farmacéutica en pediatría entre farmacias que usan protocolos y otras que no los utilizan concluyó que: “el tiempo medio empleado por consulta es menor cuando se trabaja con protocolos” (5,2 minutos frente a 8 minutos), lo que supone un ahorro de un 35% de tiempo. Este ahorro de tiempo de 2,8 minutos por consulta, si se multiplica por el número de consultas que se realizan diariamente en la oficina de farmacia, supone un ahorro de tiempo considerable.

Otros estudios que, al igual que el anterior han medido el tiempo medio empleado para resolver las consultas con el fin de calcular el tiempo que un farmacéutico dedicaría, dentro de su jornada laboral, a desempeñar tareas de atención farmacéutica, en nuestro caso, indicación farmacéutica calculan “una hora y 17 minutos por farmacia y día dedicados a resolver consultas farmacéuticas”¹⁰¹, “Cada farmacia del estudio empleó 1,10 horas diarias para atender las consultas”¹⁰². Teniendo en cuenta que estos estudios no utilizaron protocolos, si sí lo hubieran hecho, este tiempo se hubiera reducido a 50 minutos en el primer caso y 45 minutos en el segundo caso, lo que supone tal como se ha dicho anteriormente, un ahorro de tiempo considerable.

Este es sólo el tiempo dedicado a indicación. Si además, se calcula y suma el tiempo dedicado a las otras dos actuaciones en las que se basa la atención farmacéutica, dispensación (incluyendo automedicación) y seguimiento fármaco-terapéutico, probablemente, la mitad de la jornada laboral del farmacéutico comunitario la dedicaría a desarrollar atención farmacéutica.

Otra de las ventajas que ofrece el trabajo con protocolos es que, al estar los criterios de derivación al médico claramente establecidos y consensuados, permite discernir los casos que deben ser tratados por el médico, siendo además la derivación al médico menor lo que supone un ahorro al Sistema Nacional de Salud. En este estudio no se ha podido comprobar, ya que en todos los casos se ha trabajado con protocolos, pero otros estudios¹⁰⁰ que sí lo han hecho concluyen que: “la derivación al pediatra es menor en las farmacias que utilizan protocolos frente a las que no los utilizan” (6.6% frente a 16%).

Una herramienta útil y práctica de la que dispone el farmacéutico en el abordaje de los síntomas menores son los protocolos de Indicación Farmacéutica. Estos protocolos recogen los aportes y criterios científicos y técnicos consensuados entre médicos y farmacéuticos, con el propósito de contribuir a la mejora continua de la actuación del farmacéutico en el manejo de síntomas banales¹⁰³.

En la actualidad se han publicado numerosos protocolos de Indicación Farmacéutica. Estos protocolos deben caracterizarse por ser: confiables, sencillos, completos, actualizados y, en lo posible, breves. Un aspecto fundamental para llevarlos a la práctica consiste en elaborarlos y/o adaptarlos adecuadamente para generalizar su aplicación e integrarlos en las actividades habituales de la farmacia comunitaria¹⁰⁴.

A modo de conclusión, resulta eficiente e indispensable tener protocolos para las patologías menores relacionadas con el sistema respiratorio pues se cubren un gran número de consultas que se realizan en la oficina de farmacia, además de dar un servicio de calidad.

- **Adquirir destrezas y habilidades para trabajar con los medicamentos que van a ser utilizados por los pacientes⁴¹.**

Los conocimientos en farmacología, especialmente en los criterios de selección de medicamentos para su uso racional, permitirán al farmacéutico la selección del tratamiento más seguro y eficaz.

1.1.6.3. Etapas del Proceso de Indicación

El farmacéutico, al ser consultado, deberá realizar sistemáticamente¹⁰⁵:

a) Una breve entrevista al paciente o usuario para recoger la información imprescindible, que debe ser, al menos:

- Motivo de consulta, descripción del problema de salud.
- Otros problemas de salud existentes.
- Medicación en uso concomitante.

En esta primera entrevista, el farmacéutico debe obtener una mínima información del paciente utilizando las técnicas de comunicación adecuadas¹⁰⁶. Para ello, será necesario una adecuada formación en técnicas de comunicación y la aplicación de todas las habilidades y técnicas de comunicación¹⁰⁷ necesarias para recoger la información imprescindible sobre el problema de salud.

El objetivo de esta primera entrevista es concretar todas las circunstancias relacionadas con el problema de salud consultado. Normalmente, los pacientes no suelen explicarse muy bien, y divagan sobre el problema que quieren consultar. Escuchando y realizando las preguntas pertinentes, podemos conseguir determinar las necesidades reales y fijar el tipo de problema y su importancia¹⁰⁸.

Diversos autores han desarrollado reglas mnemotécnicas para investigar correcta y completamente los distintos aspectos que el farmacéutico comunitario debe conocer en relación con la consulta realizada¹⁰⁸. Así, Gascón¹⁰⁹ para acordarse de los aspectos más relevantes a tener en cuenta, toma de referencia la regla mnemotécnica publicada por Zardaín y Llavona¹¹⁰: CUÉNTAMELO. Una regla mnemotécnica que parece bastante

extensa al haber ciertas preguntas, como U (Ubicación del trastorno: ¿Dónde está situado?), E (Extensión del problema: ¿Qué extensión tiene?), que quizás sí serían necesarias para determinado tipo de problemas como problemas dermatológicos, pero no tiene sentido para problemas respiratorios. También aparecen otras como son E (Entender al paciente: ¿Qué es lo que más le preocupa?) cuya respuesta no es relevante ya que no va a influir en la decisión que se tome de indicar un medicamento o derivar al médico.

Barbero⁹¹, para acordarse de todos los puntos ideó una palabra mnemotécnica, cuyas sílabas indican cada uno de los apartados: PASITAMAE. Esta parece más adecuada por considerar que es necesario realizar todas las preguntas que plantea independientemente del problema de salud que consultan y además es más breve que la anterior, con lo cual no se emplea tanto tiempo en resolverla, además no “cansar” al paciente con preguntas innecesarias.

b) Evaluar el problema de salud planteado valorando si se trata de un síntoma menor.

Un síntoma menor⁷⁶ es un problema de salud banal, auto-limitante 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.

La indicación farmacéutica estará siempre referida a aquellos síntomas menores para los cuales la legislación permite la dispensación de un medicamento sin prescripción médica o supondrá la derivación al médico en caso necesario.

c) Tomar la decisión correspondiente, que puede consistir en:

- Indicar una especialidad farmacéutica que no requiera receta médica y seleccionada de acuerdo con la situación concreta,
- Derivar al médico y otro profesional sanitario (odontólogo, fisioterapeuta...).

En el caso de que tras la consulta, resulte la indicación de un medicamento, la elección del principio activo debe estar basada en la mejor evidencia científica disponible, siendo preferible, en todo caso, la utilización de medicamentos con un solo fármaco. Esto requiere, por parte del farmacéutico, de conocimientos actualizados sobre los principios activos disponibles sin receta, especialmente sobre su efectividad y seguridad en el tratamiento de los trastornos menores¹⁰³.

Las recomendaciones en la prescripción/indicación de medicamentos para la consecución de los anteriores objetivos dirigen la selección y preferencias hacia especialidades con un solo principio activo, la utilización de genéricos si es posible, la detección y estudio de la existencia de especialidades con dosis subterapéuticas de un principio activo o presencia de otros principios desconocidos en la misma, la búsqueda de máxima información y análisis crítico en el caso de especialidades publicitarias que aseguren la superioridad específica de la misma respecto a otras similares, etc¹¹¹.

Junto a la selección del medicamento adecuado para un paciente concreto, el farmacéutico deberá informar al paciente al menos del objetivo del tratamiento, la pauta, la posología, la duración del tratamiento y qué hacer en caso de no-mejoría o empeoramiento¹¹².

En el caso de que tras la consulta, resulte la derivación al médico no se producirá ningún tipo de venta, constituyendo pues la indicación farmacéutica un acto profesional y no un acto comercial⁷⁴.

Según algunos estudios¹⁰², en el 49,8% de las consultas no se vende ningún producto. En otros¹¹³, el porcentaje fue del 41,9%. Esto es muy indicativo de la labor social y sanitaria que realizan las farmacias. La demanda de información del usuario al Farmacéutico comunitario sobre asuntos relacionados con la salud y el tiempo que éste le dedica a su resolución es una realidad que debe hacer reflexionar y replantear la situación del Farmacéutico comunitario como profesional sanitario en cuanto a su integración real en la Atención Primaria del Sistema Sanitario español¹⁰². Algunos autores llegan a la conclusión de que: “la integración de los farmacéuticos de oficina

de farmacia, dentro de un marco global de atención primaria, supondría una mejora para la salud de la población”⁷³.

Un problema que se ha constatado en las farmacias es que muchas de las veces que se aconseja la visita al médico, el paciente no la realiza. Dependerá en gran medida de la capacidad de comunicación del farmacéutico y, aun así, en muchos casos el paciente seguirá sin ir al médico. Ante esta situación, se dispensará un producto inofensivo para tener la excusa de hacerle un seguimiento. Más adelante, se podrá insistir en que acuda al médico y será más fácil que, en esa ocasión, lo haga⁹⁹.

d) Realizar un seguimiento y control del tratamiento indicado.

Una vez realizado todo este proceso secuencial, el farmacéutico debe asumir, como profesional de la salud, la mejora o recuperación del nivel de salud del paciente¹¹¹. Para ello, debe realizar un seguimiento y control del tratamiento indicado, no sólo por la obligación legal que explicita el artículo 1 de la Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia¹¹⁴, sino también por la responsabilidad ética y profesional del farmacéutico para con ese tratamiento indicado y las consecuencias sobre su salud.

Mediante una segunda entrevista, se realizará un seguimiento del medicamento en el paciente valorando el resultado de la intervención, detectando la posible aparición de efectos adversos y sobre todo comprobando que los objetivos terapéuticos que se perseguían al instaurar el tratamiento se han alcanzado⁴¹. Para ello, resultará necesario pedir el número de teléfono y el nombre del paciente para llamarle unos días después y asegurarnos de la efectividad del medicamento indicado.

El último paso del proceso de indicación farmacéutica será la evaluación del servicio incluyendo no sólo cuán bien fue efectuado ese servicio sino también cuán bien se ajustó a las necesidades de los pacientes¹¹⁵⁻¹²⁰ en términos de satisfacción de los pacientes con el servicio prestado.

Para Ocaña¹²¹, "medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está constatado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud". Además, "es importante para mejorar el servicio y más aún ante la apertura del mercado OTC a nuevos principios activos disponibles, hasta ahora con receta médica, que parece indicar que el papel del farmacéutico en el autocuidado de la salud va a ir en aumento".

En cuanto a quién es la persona más adecuada para realizar esta segunda entrevista hay opiniones diversas. Por un lado, parece que sea la misma persona que realizó la entrevista pre-intervención. La razón es que tal y como afirma la Guía Ind-Dáder⁷⁶ "En la semana siguiente a la visita a la farmacia del paciente, *el farmacéutico* procederá a contactar con el mismo para proceder a valorar mediante entrevista con el paciente, la desaparición o no del problema de salud que fue la razón de la consulta". Se entiende que cuando dice *el farmacéutico* se refiere al mismo farmacéutico que ha realizado la entrevista inicial. También en el libro Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos¹¹² cita textualmente: "Para conocer el resultado de la intervención del farmacéutico, un indicador válido será la percepción de mejoría del paciente. Para ello, habrá que exhortar a los pacientes a volver a la farmacia pasada una semana o a establecer un contacto telefónico para una pequeña entrevista". Si ofrece la posibilidad de realizar esta entrevista vía presencial o vía telefónica, la persona que realice la entrevista debe ser la misma independientemente de la vía que utilice para hacerla, con el fin de que ambas se realicen en las mismas condiciones.

Sin embargo, en estudios realizados sobre indicación farmacéutica, ha sido una persona externa la que ha realizado dicha entrevista. Así, un estudio¹²² que se hizo con el fin de medir la satisfacción de los usuarios con el servicio de indicación farmacéutica, ésta fue medida por una encuestadora externa. En otro estudio¹²³ sobre indicación también fue un entrevistador externo al estudio, sin relación alguna con el ámbito de la farmacia, el que realizó dicha entrevista.

Esto tiene ventajas pero también inconvenientes. Entre las ventajas destaca el hecho de que al ser la persona que realiza la entrevista post-intervención la misma que la que realizó la entrevista pre-intervención, por un lado, ésta conocería mejor el caso concreto de cada paciente y por otro lado, éstos responderían con más confianza y más sinceridad a una persona que ya conocían, aunque sólo sea de haber hablado unos minutos con ella, que a una persona extraña. Entre los inconvenientes está que la respuesta puede estar condicionada. Lo cierto es que en ninguno de los tres libros^{76, 112, 103} en los que se desarrolla el proceso de indicación farmacéutica menciona quién es la persona que debe realizar esa entrevista, ni tampoco hay ningún trabajo de investigación publicado acerca de la comparación de los resultados obtenidos según la persona que realice la entrevista, con lo que, de momento, no se puede saber si este aspecto influye en la respuesta de los pacientes.

En cualquier caso, el objetivo final del proceso de indicación farmacéutica será poder demostrar que una actuación profesional responsable por parte del farmacéutico se corresponde con la resolución óptima de problemas de salud en la población que se atiende en las farmacias y evita 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 «entretenga» su problema pensando que se trata de un problema sin importancia⁸⁵.

1.1.6.4. Lugar donde se realiza el Proceso de Indicación

La indicación farmacéutica es un servicio que se presta con elevada frecuencia en las farmacias comunitarias⁷⁵. En la bibliografía consultada, el porcentaje de la Consulta de Indicación varía mucho (desde un 5 hasta un 30% aproximadamente) y depende de muchos factores: población elegida, tipo de farmacias, tipo de problema de salud escogido para el estudio, definiciones poco claras en cuanto a la automedicación y consulta de indicación, etc¹⁰⁸. La disponibilidad horaria, la extensa distribución geográfica y demográfica y la presencia de personal sanitario fácilmente accesible, hacen de la oficina de farmacia un lugar propicio para plantear estas consultas¹⁰².

Al ser la indicación farmacéutica un servicio bastante demandado en la actualidad, el farmacéutico comunitario, como responsable de su realización, debe saber cómo abordar estas situaciones que se presentan en su trabajo diario en la oficina de farmacia.

La vida profesional de farmacéutico comunitario transcurre fundamentalmente en el mostrador de la oficina de farmacia, es ahí donde se desarrolla la mayor parte de su labor. Una labor repleta de humanidad, en la que la mayoría de los pacientes plantean cuestiones que, tal vez por su aparente sencillez, no se atreven a preguntar a otros profesionales. Por supuesto, la Atención Farmacéutica exige la presencia y accesibilidad del farmacéutico en el mostrador²⁷. Además, según el Consenso de AF del MSC⁵², es en el mostrador donde se realizan dos de las tres actuaciones en las que se basa la AF: dispensación (incluyendo automedicación) e indicación.

Hay trabajos, como el de Barbero⁸², en el que la mayoría de las consultas de indicación farmacéutica se realizaron en la zona de atención personalizada de la farmacia, es decir, fuera del mostrador. Sin embargo, dos años después, este mismo autor, en un curso de formación sobre consultas de indicación farmacéutica¹⁰⁸, puntualizó que “en algunas ocasiones, las consultas de indicación podrían realizarse en el mostrador, pero si el problema consultado es pudoroso para el paciente o bien en la farmacia hay más usuarios, es conveniente invitar al paciente a pasar a la zona de atención personalizada”.

Según un estudio⁸⁰ realizado para conocer la opinión de los usuarios sobre algunos aspectos del servicio de indicación farmacéutica, no hay una preferencia clara sobre el sitio en donde les gustaría que se les atendiese (mostrador, zona de atención personalizada o mostrador independiente). Según el mismo, a la mitad (55%) les da igual dónde les atiendan.

A modo de conclusión, se puede afirmar que la indicación farmacéutica se desarrollará en el mostrador o en la zona de atención personalizada dependiendo del problema de

salud del paciente y por supuesto de su elección. Si es un problema de salud bastante frecuente, como un resfriado, se podrá desarrollar, en la mayoría de las ocasiones, en el mostrador. Ahora bien, si el paciente presenta un problema dermatológico que requiera la observación de una determinada zona del cuerpo, se atenderá, en la zona de atención personalizada.

1.1.7. Medicamentos de Indicación Farmacéutica

Básicamente, las herramientas con las que cuenta el farmacéutico en el Servicio de Indicación Farmacéutica son los Medicamentos de Indicación Farmacéutica.

Medicamento de Indicación Farmacéutica¹¹²: 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 los problemas de salud del paciente, y que esté destinado a un tratamiento no superior a 7 días de duración.

En la actualidad, coexisten en las farmacias españolas dos tipos de medicamentos que se pueden dispensar sin receta médica, que son las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP) y aquellos medicamentos que no siendo publicitables en el cartonaje indican “sin receta médica”. Ambos serían susceptibles de ser utilizados por el farmacéutico en indicación farmacéutica¹¹².

El farmacéutico, es el profesional sanitario que mantiene una relación más directa con el paciente a la hora de adquirir un medicamento sin receta, y por ello debe asesorarle sobre la indicación, eficacia y seguridad de dichos medicamentos, con el fin de evitar cualquier posible mal uso del mismo¹²⁴.

En un principio, el porcentaje de medicamentos que son dispensados por indicación farmacéutica respecto a total de medicamentos dispensados en la oficina de farmacia

podría parecer bajo ya que la mayoría de los medicamentos corresponderían a medicamentos solicitados por prescripción médica o por automedicación. Sin embargo, este porcentaje, según algunos estudios, es superior a lo que, en un principio, cabría esperar.

Así, una investigación¹²⁵ llevada a cabo para conocer las necesidades de uso de medicamentos de los pacientes inmigrantes en la provincia de Valencia revela que casi la mitad de los medicamentos que adquieren son dispensados por indicación farmacéutica.

Un estudio¹²⁶ impulsado por el COF de Barcelona, para descubrir si los barceloneses se auto-medican y hasta qué punto está arraigado este hábito entre ellos, ha puesto de manifiesto que en la gran mayoría de casos, lo que entiende el usuario como automedicación no es real, ya que está avalada por el consejo del farmacéutico. De hecho, más del 60% de los usuarios que participaron en el estudio manifestó que era el farmacéutico quien le recomendaba qué medicamento era el más adecuado según la sintomatología que presentaba.

Cada vez es mayor el número de medicamentos que no necesitan receta médica para su dispensación, siendo el farmacéutico el profesional sanitario responsable de su uso racional. En la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁵⁴ se recoge como función para garantizar el uso racional de medicamentos en las oficinas de farmacia: *“En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente”.*

Uno de los principales problemas de los últimos años es el crecimiento de los recursos necesarios para garantizar una asistencia sanitaria de calidad, pública, universal y gratuita. Pero esta fuente de financiación pública es limitada, lo que exige una gestión responsable y eficiente. La introducción de nuevos medicamentos ha hecho que la esperanza de vida de la población haya aumentado considerablemente en los últimos años, lo que ha conducido a un fuerte proceso de envejecimiento de la misma, que a su vez ha derivado en un aumento de la demanda de atención sanitaria (sanitario y farmacéutico). Como consecuencia, la evolución del gasto farmacéutico público (o del consumo farmacéutico) ha sufrido unos incrementos interanuales muy importantes, y a la vez preocupantes, dado que no se ajustan al crecimiento de la economía.

Es fundamental, necesario e imprescindible moderar y frenar dicho crecimiento con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema, y los farmacéuticos, como parte del SNS, deben tomar las medidas necesarias para alcanzar dicho objetivo siendo una de ellas la de garantizar el uso racional de los medicamentos¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo con las conclusiones de la conferencia de Nairobi¹²⁷, considera que el uso racional del Medicamento consiste en que *“los pacientes reciban los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, a las dosis precisas, según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, y al menor coste posible para ellos y la comunidad”*.

La indicación farmacéutica es, sin duda un factor imprescindible en el uso racional del medicamento como lo es, también en el control de la automedicación cuya práctica está cada vez más extendida en nuestra sociedad¹²⁸.

En concreto, en España, las cifras de prevalencia de automedicación se sitúan entre un 40 y un 75%, en los cuales casi el 40% de los medicamentos son de prescripción¹²⁹.

La automedicación, según Belon es: “la instauración de un tratamiento medicamentoso por parte del paciente, por su propia iniciativa y sin prescripción

médica”¹²⁸ definición que ha sido adoptada literalmente por la Resolución ResAP (2001) 2 del Consejo de Europa⁵¹.

Dentro del ámbito de la farmacia, pueden aparecer tres situaciones en cuanto a los medicamentos que no se dispensan con receta¹³⁰:

-El usuario pide al personal de la farmacia directamente asesoramiento o consejo para que se le dé un medicamento para su problema de salud. Esta es la verdadera Consulta de Indicación Farmacéutica.

-El usuario pide un medicamento por su nombre, pero pide asesoramiento y pregunta si ese medicamento es el adecuado para un problema de salud. Este caso es lo que algunos autores han denominado *automedicación asistida o dirigida*.

-Petición por parte del usuario de un medicamento por su nombre comercial. En este caso el farmacéutico no elige el producto, sino el propio usuario, es decir, es lo que constituye la *verdadera automedicación*.

La automedicación conlleva, desde el punto de vista sanitario un riesgo, que puede ser importante, para la salud de toda aquella persona que utiliza este tipo de actuación para conseguir los medicamentos⁷⁴. El farmacéutico, por ser el profesional sanitario que interviene directamente en ella, tiene una importante responsabilidad en su control¹³¹.

Las funciones del farmacéutico en la automedicación van a ser:

- Intervenir, siempre y de forma activa, para prevenir riesgos con la medicación y asegurar el máximo beneficio del paciente¹³¹.
- Informar de los problemas de esta práctica así como aconsejar de la mejor manera de uso de la «automedicación responsable»⁷⁴.

Actualmente, se acepta que la automedicación, realizada de forma correcta y responsable, puede ser beneficiosa, ya que contribuye a descongestionar las consultas

médicas y disminuye el gasto público farmacéutico. Sin embargo, para que esto resulte, así hay que contar con la participación del farmacéutico que, si bien no está capacitado para el diagnóstico, sí puede intervenir en el ámbito de los procesos denominados menores⁷⁴. De este modo, se puede concluir que la Indicación Farmacéutica evita al paciente más de una visita al médico, resultados ya puestos de manifiesto por otros autores⁹².

Indicación Farmacéutica, también implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud¹⁶.

Los autocuidados se han definido de diversas maneras, siendo una de ellas la de la "American Pharmaceutical Association": *"El proceso por el cual los individuos actúan con sus propios conocimientos en el mantenimiento de su salud, realizando decisiones sobre su salud y previniendo, detectando y tratando las enfermedades u otros problemas de salud"*. Esta definición considera que es el propio individuo el sujeto activo que participa en el proceso de decisión¹³⁰.

Cuando un paciente decide el autocuidado, se pueden presentar dos situaciones:

- Puede abastecerse de medicamentos que conserve en su botiquín, en cuyo caso no contacta con ningún sanitario, o
- Necesita adquirir los fármacos, en cuyo caso acudirá a la farmacia.

Esta última situación, plantea dos formas diferentes de actuación por parte del farmacéutico según el paciente solicite un medicamento concreto o demande su orientación profesional. En el primer caso, el farmacéutico debe realizar una dispensación activa mientras que en el segundo caso se trata de una indicación⁷⁴.

En los últimos años hay un reconocimiento creciente, por parte de las autoridades y profesionales sanitarios, de la importancia del autocuidado y de la automedicación en los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento sobre automedicación afirma¹³²: *"En los últimos años hay un interés creciente en la valoración positiva del papel de la automedicación en la sanidad. Después de un*

período histórico, durante el cual la evolución de los servicios médicos profesionales parecía considerar superflua la automedicación, se ha aceptado, al menos en los países desarrollados, ampliamente, que existe un lugar válido para la automedicación en el sistema de salud”.

También la Comisión Europea propone las siguientes recomendaciones¹³³: *“En los últimos años se aprecia una tendencia al alza de la utilización de medicamentos over-the-counter (OTC), que están disponibles para el público sin receta...//...Los farmacéuticos juegan un papel clave proporcionando ayuda, consejo e información al público sobre los productos de automedicación, y en las circunstancias en las que debe consultar al médico...//...Proporcionar suficiente información a los consumidores también puede contribuir a un uso más adecuado de los medicamentos”.*

Cada vez que un farmacéutico responde a una pregunta del tipo *¿Qué me da para...?* está desempeñando un papel clave como consejero en la automedicación con productos OTC¹³⁴.

1.2. Gripe y Resfriado común

Las infecciones respiratorias de origen vírico (denominadas viriasis respiratorias) son enormemente frecuentes (3 episodios por persona y año en adultos, y más del doble en niños pequeños), y sus consecuencias sociales y económicas son muy notables. Así, se calcula que determinan un absentismo laboral y escolar de 4,2 días por persona y año, según las estadísticas más prudentes, presentando una clara incidencia estacional, con predominio en los meses fríos del año¹³⁵. Constituyen, por tanto, el motivo de más de la tercera parte de las consultas médicas, sobre todo pediátricas.

A nivel de farmacia comunitaria, las enfermedades del tracto respiratorio son las más comúnmente consultadas¹³⁶. Al ser el farmacéutico uno de los profesionales sanitarios de más fácil acceso para los ciudadanos, los pacientes con síntomas menores respiratorios acuden habitualmente a las oficinas de farmacia en busca de un tratamiento que alivie estos síntomas¹³⁷.

La atención farmacéutica que debe desarrollar el farmacéutico comunitario en este ámbito debe ir enfocada a¹³⁸:

- Identificar la enfermedad y distinguirla de otras que presentan similitudes,
- Evitar que el paciente se auto-medique con tratamientos no convenientes,
- Aplicar tratamientos que ayuden al paciente a sobrellevar las molestias derivadas de la enfermedad, y
- Detectar posibles complicaciones secundarias.

A continuación, se describen las dos formas clínicas principales de las viriasis respiratorias: la gripe y el resfriado común.

1.2.1. Gripe

Introducción

Es un problema de salud pública de primera magnitud debido al progresivo envejecimiento de la población y al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas¹³⁹⁻¹⁴¹.

En España, se infectan unas 8.000 personas por cada 100.000 habitantes (8%). El coste de la gripe adquiere unos niveles notables, afectando significativamente al gasto sanitario nacional¹⁴². Un estudio¹⁴³ realizado en el año 2006 evaluó el coste de la gripe en España, encontrando un coste medio de 542 euros por paciente. Teniendo en cuenta que se infectan entre 3 y 3,5 millones de individuos cada año¹⁴², esto arroja un coste estimado de entre 1.500 y 2.000 millones de euros al año.

Etiología y epidemiología

El agente etiológico es el virus influenza, un ortomixovirus compuesto de una sola cadena de RNA. Tiene una membrana y está envuelto por una capa que contiene dos glicoproteínas: la hemaglutinina [H] y la neuraminidasa [N]¹⁴⁴. La hemaglutinina permite la adherencia del virus a las células del epitelio respiratorio para su replicación. La neuraminidasa posee actividad enzimática que permite la liberación de los viriones de la célula infectada¹⁴⁵.

Estas proteínas de superficie son capaces de modificar su secuencia de aminoácidos para transformarse en una variedad diferente de H o N. Así, el virus muta hacia otras cepas frente a las que el organismo no dispone de los anticuerpos necesarios y por tanto no se consigue una inmunidad permanente en el individuo¹⁴⁶.

Los virus de la gripe se clasifican en 3 tipos: A, B y C basándose en la reacción antigénica con anticuerpos específicos. Los 3 tienen hemaglutinina. Los A y B tienen además neuraminidasa y son los que afectan al género humano. El A, con reservorio

animal (las aves acuáticas), es el causante de las pandemias y de la mayoría de las epidemias debido a su mayor capacidad de variación antigénica. El B, no utiliza reservorios y sólo produce epidemias regionales debido a su menor capacidad de variación antigénica¹⁴⁷. Además, sus curso, pronóstico, complicaciones y repercusiones clínicas son menos dañinos que en el A¹⁴⁸.

La estación gripal (en la que se describe la circulación del virus) suele extenderse de octubre a marzo. Diciembre y enero son los meses con más frecuencia de inicio del brote en los últimos años en España ¹⁴⁷.

El virus es altamente infeccioso y contagioso. Se transmite por las gotas de Pflügge que se eliminan al hablar, toser o estornudar. El contacto entre personas facilita esta transmisión. El contagio puede tener lugar desde 1-2 días antes hasta 5 días después del inicio de los síntomas¹⁴⁸.

Transmisión

La diseminación entre la comunidad es muy rápida. El inicio de la epidemia de gripe es fácilmente reconocido por el aumento del absentismo escolar y laboral, las visitas a las consultas de Atención Primaria y a los servicios de urgencia y la ocupación de tanatorios. La epidemia suele durar de 4-8 semanas, con un pico a las 2-3 semanas¹⁴⁷.

Patogenia

El virus tiene su puerta de entrada al organismo a través de la vía aérea, por la nariz o por la boca¹⁴⁹. Su asiento preferente son las células del epitelio respiratorio o de la mucosa respiratoria penetrando el genoma en su interior para comenzar el ciclo de replicación intracelular¹⁴⁸.

Los nuevos virus salen de la célula e invaden células sanas adyacentes. En ocasiones (en los casos muy graves), el virus accede a la sangre y se distribuye a los tejidos y órganos. La extensión del proceso dependerá de la gravedad de la epidemia y del estado de salud del paciente¹⁴⁹.

Síntomas

La población reconoce fácilmente los síntomas debido a su popularidad y a que el conjunto de los mismos recibe el nombre familiar de «trancazo». Conviene resaltar que no existe un cuadro «modelo», ya que puede faltar alguno y también puede haber diferencia en su intensidad.

El comienzo de los síntomas suele ser brusco, hasta el punto de que, en ocasiones, el paciente recuerda el momento exacto en que comenzó a encontrarse mal¹⁴⁸.

La gripe se diferencia de otras infecciones víricas respiratorias en que cursa con mayor sintomatología sistémica con fiebre alta, escalofríos, cefalea y mialgias. Pocas horas después aparece la sintomatología respiratoria con faringitis no exudativa (seca), rinitis, obstrucción nasal y tos seca e irritativa. En niños pequeños, la gripe se puede presentar como un cuadro abdominal, con dolor abdominal, fiebre, vómitos y diarrea, que será diagnosticado con toda probabilidad de gastroenteritis aguda.

El período de incubación es de 2 a 3 días. La enfermedad dura de 2 a 5 días aunque la tos y un estado de fatiga y de anorexia e incluso depresión pueden durar semanas¹⁴⁷.

El cuadro clínico está caracterizado por¹⁴⁶:

- Fiebre alta (38-40 °C): dura de dos a tres días hasta siete días.
- Dolores musculares: en todo el organismo, pero sobre todo en la espalda (región lumbar) y piernas (pantorrillas).
- Cansancio o debilidad: debido a la fiebre alta y al dolor muscular.
- Dolor de cabeza: deslocalizado y muy intenso
- Dolor retro-ocular (detrás de los ojos): que se acentúa con los movimientos oculares. Pueden aparecer fotofobia y ligera inflamación conjuntival que hace que los ojos «lloren» con facilidad.
- Dolor de garganta: con enrojecimiento pero sin exudado (seca).
- Tos seca: desde el comienzo de los síntomas y permanece durante la convalecencia, haciéndose más intensa al final del período febril.

- Secreción nasal fluida (rinorrea), estornudos: Tras la invasión del epitelio respiratorio, se observa un leve cuadro catarral.
- Falta de apetito y náuseas, excepcionalmente vómitos y diarrea.

Complicaciones

Son frecuentes aunque generalmente leves¹⁴⁷:

- La otitis media es la más habitual.
- El síndrome de Reye es excepcional en la actualidad. Se asocia con la ingesta de ácido acetilsalicílico. Consiste en una encefalopatía grave acompañada de degeneración grasa del hígado.
- Miocarditis.
- Agravamiento de la bronquitis crónica o de otras enfermedades pulmonares crónicas.
- La neumonía viral o bacteriana es la principal causa de hospitalización.
- La sobreinfección bacteriana se sospechará si la fiebre dura más de 5 días, o si reaparece después de un intervalo libre.

Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, la demostración de la presencia del virus es suficiente.

Debe diferenciarse de otras virasis respiratorias¹⁴⁷:

- **Con el resfriado común:** en la gripe hay más afectación sistémica y la fiebre suele presentarse antes de la sintomatología catarral.
- **Con la faringitis vírica:** en la gripe hay más afectación sistémica y la sintomatología respiratoria es más florida.
- **Con el síndrome febril sin focalidad aparente:** el inicio súbito de la gripe comporta que en muchas ocasiones el paciente sea visitado por fiebre antes de la aparición del resto de síntomas. En período epidémico, cualquier síndrome febril inicial es sospechoso de gripe.

Prevención

Para prevenir la gripe la mejor arma, tal y como señalan los expertos en salud pública, es la vacunación. Su composición es recomendada anualmente por la OMS. Su administración se recomienda en los meses de septiembre y octubre y su protección eficaz dura hasta 6 meses. La eficacia oscila entre el 70 y el 90% en pacientes sanos y puede ser algo inferior en ancianos¹⁴².

Los grupos de población en los que se recomienda la vacunación anual son los mayores de 65 años, los enfermos crónicos, los trabajadores que prestan servicios comunitarios esenciales (policías, bomberos, etc.) y los grupos de población al cuidado de personas con alto riesgo de complicaciones¹⁵⁰.

La gripe es una causa importante de morbilidad en el mundo¹⁵¹ pese a la demostrada eficacia, efectividad, seguridad y beneficios económicos de la vacunación no sólo para reducir la enfermedad, sino también las complicaciones, hospitalizaciones y muertes relacionadas con la gripe^{152, 153}.

Tratamiento

El tratamiento básico es sintomático: el reposo absoluto (con el paciente encamado) puede ser necesario durante la fase aguda (no más de 2 ó 3 días); Posteriormente, el reposo es relativo¹⁴⁹.

El tratamiento farmacológico incluye:

Para la sintomatología sistémica: analgésicos y antipiréticos.

Para la sintomatología catarral: antitusígenos y descongestivos¹⁴⁹.

Los antibióticos están contraindicados. Sólo son útiles en casos de sobreinfección¹⁴⁷.

1.2.2. Resfriado común

El resfriado común, catarro común o coriza es una infección viral que afecta al tracto respiratorio superior, esencialmente nariz y garganta. Aunque se emplea para designar una entidad nosológica, en realidad, describe un grupo de enfermedades causadas por más de 200 virus. No es de extrañar, pues que los síntomas sean bastante variables¹³⁸.

Epidemiología

Es la enfermedad más frecuente que afecta a la especie humana, siendo el motivo de consulta más frecuente al farmacéutico comunitario y el diagnóstico más frecuente, tanto en Atención Primaria como en servicios de urgencia¹⁵⁴.

Su impacto sobre la salud pública es incalculable: comporta una gran cantidad de primeras visitas, controles repetidos no programados, absentismo escolar y laboral y una enorme repercusión económica, en forma de prescripciones, a veces innecesarias, de antibióticos. Se trata de un problema al que se le dedica un porcentaje importante de tiempo asistencial, pese a su teórica banalidad¹⁵⁴.

Es una enfermedad presente todo el año, si bien es más frecuente en otoño e invierno debido a la mayor supervivencia de los virus a bajas temperaturas y a la mayor tasa de contagio interpersonal al aumentar el tiempo de cohabitación en espacios cerrados¹⁵⁴.

Etiología

Es un síndrome producido por una gran diversidad de virus: en nuestras latitudes los más frecuentes son el rinovirus y el coronavirus. Los rinovirus son responsables de los resfriados de comienzos de otoño y finales de primavera en un 40-50% de los casos. Los coronavirus son responsables de los resfriados de finales de otoño, invierno y comienzos de primavera en un 10-15% de los casos¹⁵⁵. La gran diversidad de virus

impide el desarrollo de una inmunidad absoluta, si bien la inmunidad específica de serotipo es de por vida¹⁵⁶.

El número de infecciones tiene una relación inversa con la edad: los adultos presentan una media de dos resfriados al año y los niños una media ligeramente superior al doble. En cuanto al sexo, en los adolescentes la tasa de infección es mayor en los varones y en los adultos sucede al revés¹⁵⁷.

Patogenia

Es un proceso que tiene dos fases:

- 1) Infección de las células de la mucosa nasal a través de las fosas nasales.
- 2) Activación de los mediadores de la inflamación que son los que causan los síntomas¹⁵⁸.

Se transmite por contacto directo con material contaminado por ejemplo estrechando la mano a alguien que acaba de toser o estornudar en sus manos. Estornudar o toser sin poner la mano delante de la boca puede dispersar en el aire los virus en pequeñas gotitas de saliva que pueden ser inhaladas por otras personas¹⁴⁴.

Clínica

El período de incubación oscila entre 24 y 72 horas, siendo lo habitual 48 horas¹⁵⁷.

La eliminación del virus es máxima entre 2 y 7 días, aunque puede durar hasta 2 semanas¹⁵⁴.

Los síntomas son bien conocidos y dependen tanto del virus como del paciente¹⁵⁷. En general, se produce una secreción nasal, congestión nasal, obstrucción nasal, goteo nasal, estornudos, lagrimeo, congestión ocular, tos inicialmente no productiva y posteriormente, con expectoración y dolor de garganta. También se puede producir dolor de cabeza, malestar y fiebre no muy alta¹⁵⁹. Los síntomas pueden durar hasta

una semana, aunque la rinorrea puede persistir incluso dos semanas, y la tos, cuatro semanas¹⁵⁶.

Complicaciones

No suelen revestir gravedad en la mayoría de los casos. Las más habituales y de menor gravedad son la otitis y la sinusitis. Las de mayor gravedad aunque mucho menos frecuentes son la laringitis, la traqueítis y la bronquitis. Los más susceptibles son los niños, los ancianos y los enfermos cardiopulmonares¹⁵⁹. Para tratar las posibles complicaciones bacterianas secundarias se utilizarán los antibióticos, sólo bajo prescripción médica¹⁶⁰.

Diagnóstico

Es diferencial, debiendo diferenciarse de otras enfermedades:

- **Rinitis alérgica:** con predominio de rinorrea acuosa, estornudos y prurito nasal. Su duración es mayor y responde a los antihistamínicos y a los corticoides nasales.
- **Rinitis vasomotora:** con obstrucción nasal intermitente que sólo responde parcialmente a corticoides tópicos.
- **Rinitis medicamentosa:** en pacientes con rinitis alérgica y vasomotora, la utilización de vasoconstrictores tópicos de forma continuada, produce un efecto rebote que obliga a utilizar mayores dosis de medicamento para conseguir el efecto deseado.

Clínicamente es difícil distinguir entre una rinitis medicamentosa y una rinitis vasomotora o alérgica; el consumo de descongestivos nasales tópicos por parte del paciente, asegurará el diagnóstico de una rinitis medicamentosa¹⁶¹.

- **Enfermedades específicas:** varicela, sarampión, fiebre tifoidea, tos ferina y otras¹⁵⁴.
- **Gripe:** La diferencia es fundamental desde el punto de vista del pronóstico pues mientras que en el resfriado los síntomas son benignos y desaparecen por

sí solos al cabo de unos días, la gripe puede presentar complicaciones y derivar incluso en casos de muerte¹⁵⁵.

A continuación, se muestran en la tabla las principales diferencias en la sintomatología de la gripe y resfriado común¹⁶².

TABLA 1. Síntomas de la gripe y el resfriado común

Sintomatología	Gripe	Resfriado común
Inicio	Brusco	Progresivo
Fiebre	38-41°C	Ocasional
Cefalea	Muy intensa	Ocasional
Dolor y debilidad muscular	Sí	No
Tos	Seca	Productiva
Lagrimo e irritación ocular	Ocasional	Sí
Odinofagia	Ocasional	Sí
Letargia	Sí	No
Dolor lumbar	Sí	No

Tratamiento

Se basa en recomendar medidas higiénico-dietéticas, dar consejos para una medicación responsable y en el tratamiento farmacológico para el alivio sintomático:

- **Medidas higiénico-dietéticas:** Aumento de la ingesta de líquidos y el reposo en un ambiente cálido y humidificado¹⁵⁹.
- **Consejos para una medicación responsable:** Los pacientes con estos síntomas acuden con frecuencia a la farmacia en busca de un tratamiento que alivie estos síntomas. Los medicamentos dirigidos a paliar estos síntomas no requieren, en su mayoría, de prescripción médica. Sin embargo, tienen la misma relación beneficio/riesgo que cualquier otro. Aquí es donde la labor del farmacéutico comunitario es fundamental tanto como profesional sanitario,

aconsejando el medicamento más adecuado y su modo de empleo o derivando al paciente al médico, cuando la ocasión lo requiera, como de educador sanitario, evitando la automedicación, práctica bastante habitual en estos casos¹³⁷.

- **Tratamiento farmacológico para el alivio sintomático:** Las especialidades anticatarrales no requieren, en su mayoría, de prescripción médica y aunque tienen un perfil de seguridad bastante favorable, también pueden dar lugar a la aparición de efectos adversos, por lo que no se deben tomar sin que medie el consejo de un profesional sanitario. Será el farmacéutico quien, con frecuencia, decida el tratamiento más adecuado en cada caso¹³⁷.

Además, estas especialidades suelen ser plurifarmacológicas y en el intento de aliviar unos síntomas, pueden estar tomándose otros fármacos innecesarios y/o generadores de riesgo. Por tanto, es preferible utilizar especialidades con un sólo principio activo y que alivie molestias específicas cuando éstas aparecen¹³⁸.

1.2.3. Sintomatología característica y tratamiento farmacológico asociado a la Gripe y Resfriado

Dolor

Definición

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial. Según esto, el dolor es una experiencia con dos componentes: uno sensorial (objetivo) y otro emocional (subjetivo). A menudo, este último es el más importante especialmente en casos de dolor crónico¹⁶³.

Clasificación

Se clasifica, en función de su duración, en agudo y crónico:

1. Agudo:

- Derivado de una lesión tisular.
- Suele desaparecer con la curación de la lesión que lo causó.
- Forma parte de los mecanismos que protegen al organismo de su destrucción.
- Ejemplos: dolor traumático, dolor posoperatorio, cefalea tensional, odontalgia, etc.

2. Dolor crónico:

- Es difícil establecer una alteración hística que lo justifique.
- Persiste más allá de la curación de la lesión.
- Se deben considerar los que cursan con brotes durante un largo período de tiempo.
- Ejemplos: dolor osteoarticular, dolor neuropático, migraña, fibromialgia, etc.

Se describen a continuación los dolores más frecuentes de la gripe y el resfriado común: cefalea y dolor de garganta.

Cefalea

Es un importante problema de salud, no tanto por su gravedad como por su elevada prevalencia, la disminución de la calidad de vida del paciente y las repercusiones negativas sobre el ámbito laboral y social. Además, da lugar a un elevado número de consultas, tanto en atención primaria como especializada¹⁶⁴.

Se define como una sensación dolorosa de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara (frente)¹⁶⁵.

Clasificación

La Sociedad Internacional de Cefaleas las clasifica en dos grandes grupos:

- Cefaleas primarias (aproximadamente el 95%): la mayoría de las consultas que se realizan en la oficina de farmacia son motivadas por este tipo de cefaleas. En estos casos, la cefalea representa en sí misma “la enfermedad”, cuyos máximos exponentes son la cefalea de tipo tensión y la migraña¹⁶⁶.

En la migraña, el dolor es unilateral, pulsátil, de intensidad moderada a grave, está asociada a náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia y empeora con la actividad.

La cefalea de tipo tensión es bilateral, opresivo, de intensidad leve a moderada, no está asociada a vómitos, pero pueden presentarse náuseas así como fotofobia o fonofobia y no empeora con la actividad^{167, 168}.

- Cefaleas secundarias (aproximadamente el 5%): en estos casos, la cefalea es un “síntoma” de una enfermedad subyacente. En la oficina de farmacia tendrán interés las cefaleas atribuidas a una sustancia o a su supresión¹⁶⁶.

Aunque no tiene cura, sí existen medidas terapéuticas eficaces basadas en evitar los factores desencadenantes y en el tratamiento farmacológico¹⁶⁹. Entre los factores desencadenantes destacan:

- Hormonales: fase menstrual y premenstrual, posparto
- Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión, insomnio
- Sensoriales: luz, ruido, olores
- Dietéticos: chocolate, cacao, café, alcohol, vinos, quesos fermentados, embutidos.
- Otros: ayuno, ejercicio físico, cansancio, fatiga, exposición al sol, cambios climáticos.

Para evitarlos, es importante llevar un estilo de vida saludable: realizar ejercicio físico moderado, practicar técnicas de relajación, seguir una regularidad en los hábitos (comidas, sueño) y evitar en lo posible el consumo de tabaco, alcohol, etc¹⁶⁶.

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos existentes para tratar las cefaleas primarias son paliativos, sintomáticos o preventivos. Su administración, debe realizarse en cuanto aparezcan los primeros síntomas, utilizando dosis eficaces y evitando combinaciones de analgésicos¹⁶⁶.

Tanto el uso abusivo y el abandono de los analgésicos como las automedicaciones no responsables pueden empeorar y cronificar la cefalea disminuyendo notablemente la calidad de vida del paciente. Por tanto, es importante educar al paciente sobre el uso correcto de estos medicamentos¹⁶⁴.

Dolor de garganta

Motiva del 1 al 2% de las visitas a las consultas privadas, ambulatorios o servicios de urgencia¹⁷⁰. Por lo general, suelen tener un pronóstico leve aunque, en ocasiones, pueden dar lugar a complicaciones, por lo que es importante no subestimar estos tratamientos¹³⁷.

Causas

Los agentes irritantes como el frío, el tabaco, los ambientes secos y las infecciones víricas, aunque también bacterianas.

Tratamiento

Hay 2 líneas de tratamiento:

- Evitar lugares con humos o ambientes secos, no fumar, protegerse contra los cambios de temperatura.

- Aliviar los síntomas: es el principal tratamiento a seguir, ya que en general se trata de procesos virales y el único tratamiento es el sintomático. Generalmente se emplean fármacos de acción local¹³⁷.

Medicamentos bucofaríngeos

Están destinados a aliviar las afecciones de la cavidad oral y de la faringe. Generalmente son combinaciones de principios activos con actividad antiséptica, antiinflamatoria y anestésica local¹³⁷. Se presentan para su aplicación local en forma líquida (colutorios, gargarismos y aerosoles) o en forma sólida (tabletas, comprimidos, pastillas desleíbles en la boca)¹⁷¹.

Principios activos usados en estas formas farmacéuticas^{137, 171}:

- Anestésicos: reducen el dolor. Se utilizan la lidocaína, tetracaína y benzocaína.
- Antisépticos: se aplican sobre tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos. Se utilizan la povidona iodada, clorhexidina, hexetidina, clorato sódico y potásico y perborato sódico.
- Antiinflamatorios: reducen el dolor y la inflamación. Se utiliza la bencidamina y los corticoides (hidrocortisona y triamcinolona). También los enzimáticos, como la alfa-amilasa, lisozima y papaína.
- Antibióticos de acción local: como la tirotricina, bacitracina, neomicina.
- Demulcentes: forman una capa protectora de saliva sobre la mucosa faríngea irritada y así la suavizan. Se utilizan la miel y la glicerina. El demulcente más simple es el agua.

Fiebre

Es uno de los síntomas más conocidos y que más consultas genera. Se define como la elevación de la temperatura corporal por encima de la temperatura normal del individuo, con valores entre 37 y 38 °C para la febrícula y superiores a 38 °C para la fiebre. Es considerado como un mecanismo de defensa e indicador inespecífico de la existencia de un problema o disfunción en el organismo¹⁷².

Fármacos analgésicos y antitérmicos: ácido acetil-salicílico, paracetamol, ibuprofeno.

Ácido acetilsalicílico y derivados (salicilatos). Su mecanismo de acción se basa en su capacidad de inhibir la ciclooxigenasa. La dosis máxima recomendada es de 4 g/día en mayores de 16 años. Su uso está contraindicado en menores de 16 años ya que su administración se ha visto relacionada con el Síndrome de Reye, enfermedad poco frecuente pero muy grave. Se recomienda ingerirlo con las comidas, especialmente si existe cierta propensión a las molestias digestivas¹⁷². Está contraindicado en pacientes con úlcera duodenal, asma, problemas de coagulación, último trimestre del embarazo o lactantes (se excreta en la leche materna)¹⁶³.

Paracetamol. En sentido estricto no es un AINE, ya que carece de actividad antiinflamatoria¹⁷³. Sí que posee actividad analgésica y antipirética y está indicado en el dolor leve y moderado y en estados febriles¹⁷⁴. Al compararlo con el ácido acetilsalicílico, su eficacia es similar a éste. Sin embargo, y a diferencia de éste, se puede utilizar en:

- Niños, ya que no causa el síndrome de Reye.
- Pacientes con úlcera péptica, ya que no produce irritación gástrica.
- Pacientes con un tratamiento anticoagulante, ya que no altera la síntesis de protrombina ni la agregación plaquetaria¹⁶³.

Como reacciones adversas, puede producir hepatotoxicidad y nefrotoxicidad a dosis elevadas. La dosis máxima recomendada es de 4 g/día o 60 mg/kg/día en niños, excepto en pacientes con enfermedad hepática, historial de abuso de alcohol u otro

factor de riesgo, en los que la dosis máxima recomendada es de 2 g/día. En cualquier caso, no es recomendable el uso continuado durante más de 10 días sin la indicación médica¹⁷⁴.

Ibuprofeno. Su mecanismo de acción se basa en su capacidad de inhibir la ciclooxigenasa y en la reducción de las prostaglandinas¹⁵⁸, de ahí su acción antiinflamatoria. La dosis máxima recomendada es de 1.200 mg diarios en adultos y 40 mg/kg/día en niños. Se recomienda ingerirlo con las comidas. Está contraindicado en pacientes con úlcera duodenal, asma, problemas de coagulación y en el último trimestre de embarazo¹⁶³.

Rinitis y rinorrea

Son manifestaciones irritativas de la mucosa nasal. La rinitis es la inflamación de la mucosa nasal y la rinorrea es la producción excesiva de secreciones acuosas por la mucosa nasal. Las causas son una infección viral o una interacción local entre antígenos y anticuerpos, lo que origina un aumento del flujo sanguíneo, de la permeabilidad vascular o de ambos. Así aumenta el espesor de la mucosa nasal y la inspiración de aire a través de las fosas nasales se hace más dificultosa¹⁷⁵.

Rinitis

Cursa con edema y vasodilatación, unido a secreción y obstrucción nasal acompañado de estornudos y prurito.

Clasificación

Una de las más comunes es en base a su origen: alérgico o no alérgico.

1. Rinitis alérgica.

Se inflama la mucosa nasal tras la exposición a un alérgeno. Cursa con rinorrea, estornudos, picor y obstrucción nasal. Afecta al 10-15% de la población¹⁷⁶. Es la

causa más frecuente de síntomas nasales después del resfriado común. Se divide a su vez en:

- Estacional: es causada por plantas. Aparece en otoño y en primavera.
- Perenne: es debida a los animales. Se manifiesta durante todo el año.
- Ocupacional: es debida a alérgenos presentes en el lugar de trabajo.

La rinitis alérgica es la que permite contar con un mayor arsenal farmacológico¹⁷⁷.

2. Rinitis no alérgica

Se divide a su vez en:

- Infecciosas: pueden ser específicas (tuberculosis, sífilis, lepra) o inespecíficas (bacterias, virus). A este último grupo pertenece la rinitis del resfriado común.
- No infecciosas: incluyen un grupo bastante amplio (medicamentosa, hormonal, eosinofílica, atrófica, fisicoquímicas por irritantes, gustativas y granulomatosa).

Antihistamínicos anti-H1. Bloquean la acción de la histamina por inhibición competitiva de los receptores H1. De elección en el tratamiento de las rinitis alérgicas.

Se distinguen dos grupos:

- Los de primera generación o sedantes: pueden producir somnolencia, por tanto, se debe evitar su asociación con alcohol y otros depresores del Sistema Nervioso Central. Se incluyen la clorfenamina y la bromfeniramina. Están contraindicados en pacientes con hipertrofia prostática y glaucoma.
- Los de segunda generación o no sedantes: producen menos somnolencia que los anteriores. Se incluyen la cetirizina, loratadina, ebastina, rupatadina. Se administran en una sola toma diaria y su acción dura entre 12 y 24 h. Usar con

precaución en pacientes con arritmias ya que se han asociado a importantes alteraciones cardíacas. Su efecto sobre la obstrucción nasal es limitado¹⁷⁷.

Tratamiento de la obstrucción nasal

- Lavados nasales: hidrata el moco y ejerce una doble función: por un lado facilita su salida al exterior y por otro lado arrastra una parte a la vía digestiva. Es importante utilizar la cantidad adecuada para hidratarlo y con la presión adecuada para arrastrarlo. El farmacéutico debe instruir al paciente en la técnica correcta del lavado nasal. Se utilizan a demanda especialmente antes del descanso nocturno¹⁵⁴.
- Vaporterapia: mejora la obstrucción nasal sólo si se practica repetidamente (1 hora al día repartida en 4 sesiones de 15 minutos). Al igual que el anterior, el farmacéutico debe instruir al paciente en la técnica correcta. En niños, el mejor método es dentro del cuarto de baño dejando correr el grifo del agua caliente hasta que se forme vapor espeso. En adultos es más útil la inhalación de vapor de agua a partir de recipientes de agua (olla) tapando la cabeza con una toalla. También son útiles los humidificadores, aunque tienen el inconveniente de que requieren de un mantenimiento que pocas veces reciben¹⁵⁴.

Descongestionantes farmacológicos

Sólo se deben utilizar si la descongestión por medios físicos fracasa. Se incluyen los agonistas alfa-adrenérgicos, conocidos como simpaticomiméticos. Producen vasoconstricción reduciendo el edema de la mucosa nasal. Pueden usarse vía tópica (nasal) o sistémica (oral).

Vía tópica

Están contraindicados en menores de 6 años. Existen dos grupos de fármacos:

- fenilefrina: que deriva de la feniletilamina y
- oximetazolina, xilometazolina, tramazolina, nafazolina: que deriva del imidazol¹⁷⁸.

La única diferencia importante es la duración de su acción: entre 8-12 h. para la oximetazolina y xilometazolina y entre 4-6 h. para los restantes. No se deben utilizar más de 5 días seguidos y si mejora con una dosificación inferior a la máxima, aquella debe ser la utilizada. La utilización durante más tiempo o a más dosis puede producir congestión de rebote. Entre los efectos secundarios destacan irritación local, picor nasal, estornudos y sequedad. Están contraindicados en pacientes con rinitis vasomotora y en pacientes en tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) ya que pueden generar crisis hipertensivas.

Vía sistémica.

Están contraindicados en menores de 12 años. A este grupo pertenecen la fenilefrina, fenilpropanolamina y pseudoefedrina. A diferencia de los anteriores, tienen una acción más duradera, no existe riesgo de efecto rebote y no producen irritación local. Sin embargo, sí existe riesgo de vasoconstricción periférica generalizada. Otras contraindicaciones incluyen: hipertensión arterial, hipertiroidismo, glaucoma, arritmias, retención urinaria, diabetes.

Tos

Es un movimiento de aire súbito, ruidoso y violento que tiende a despejar las vías respiratorias¹⁷⁹. Es un mecanismo de defensa que tiene el organismo para proteger las vías respiratorias de agresiones externas e internas. Se origina con la estimulación de los receptores de la tos que envían el estímulo al «centro regulador» que lanza las instrucciones para que se inicie la tos¹⁷².

Mecanismo de la tos

Consta de tres fases¹⁷²:

- Fase de carga. Inspiración de aire y cierre de la glotis (laringe).
- Fase compresiva. Se contraen el diafragma y los músculos respiratorios, aumentando la presión intratorácica.

- Fase de expulsión. Apertura de la glotis y salida del aire comprimido en el tórax. El aire, al salir a gran velocidad, arrastra cualquier agente obstructivo y/o irritativo, de ahí el efecto protector de la tos.

Etiología de la tos

Las causas son numerosas: infecciones de las vías respiratorias, tabaco, asma, reflujo gastroesofágico y el goteo posnasal. También varios grupos de medicamentos pueden desencadenar la tos, siendo los más importantes los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los beta-bloqueantes y los aerosoles antiasmáticos¹⁸⁰.

Tipos de Tos

- **Aguda:** Comienza abruptamente y dura 1 semana. Normalmente es benigna y autolimitada. Suele ser de origen infeccioso (vírico o bacteriano).
- **Crónica:** Dura más de 3 semanas, algunos autores incluso ponen el límite en más de 8 semanas. Debe ser evaluada por un médico ya que puede relacionarse con procesos más graves como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. También pueden producirla algunos medicamentos como los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los beta-bloqueantes y los antagonistas del calcio (verapamilo)¹⁸¹.
- **No productiva o seca:** no se acompaña de expectoración. Es producida por estímulos irritativos. Suele ser molesta y carece de utilidad. Es fatigante, agrava progresivamente la irritación de las vías respiratorias, y además es un mecanismo de diseminación de gérmenes debido a los movimientos respiratorios violentos que provoca¹⁸².
- **Productiva o húmeda:** se acompaña de expectoración (eliminación o expulsión de esputo). Es una tos útil ya que impide la retención de secreciones y evitan

que éstas inundan la luz bronquial, con la consiguiente obstrucción de las vías aéreas¹⁸¹. Por tanto debe ser respetada e incluso favorecida¹⁸².

Papel del farmacéutico

El farmacéutico, ante un paciente con tos adquiere, en cierta medida, una función de terapeuta ya que el paciente, en la mayor parte de los casos consultará al farmacéutico y sólo consultará al médico en los casos en los que la tos se haga persistente o le derive el farmacéutico.

La tarea del farmacéutico será la de aliviar sin perjudicar y sin subestimar la trascendencia del síntoma. Lo más conveniente será obtener la mayor información del paciente¹⁷⁹. Es esencial conocer el origen de la tos¹³⁷, el tiempo de evolución y el tipo de tos para establecer si debe ser derivado al médico o debe ser tratado y en caso de ser tratado, el tipo de medicamento que se va a administrar¹⁷⁹.

Antitusígenos. Clasificación

Se pueden clasificar por su estructura química pero ésta adolece de no ser pedagógica. Más adecuada es la clasificación por su mecanismo de acción. Sin embargo, algunos de estos fármacos actúan a varios niveles¹⁸³.

Antitusígenos opiáceos

Ante el riesgo de adicción, sólo se utilizan aquellos que las dosis eficaces como antitusígenos están alejadas de la adicción. Destacan el dextrometorfano y la codeína.

- Dextrometorfano. de elección, ya que es tan eficaz como la codeína pero, a diferencia de ésta, su capacidad de producir abuso es mínima y apenas produce depresión respiratoria. Además, produce somnolencia y trastornos gastrointestinales en menor medida que la codeína. Puede producir la liberación de histamina, por ello se debe administrar con precaución en pacientes alérgicos¹⁸¹.

- Antitusígenos no opiáceos. Se utilizan los antihistamínicos H1: clorfenamina, bromfeniramina y difenhidramina. Éstos tienen acción secante (reduce las secreciones) y sedante (ayuda a descansar). Como reacciones adversas pueden producir somnolencia y efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria)¹⁸¹.

Modificadores de las secreciones traqueo-bronquiales

Se utilizan en casos de tos productiva para facilitar la expulsión de las secreciones. A este grupo pertenecen los mucolíticos, los expectorantes y los demulcentes.

Los mucolíticos disminuyen la viscosidad de las secreciones bronquiales favoreciendo su expulsión¹⁸¹. Los expectorantes incrementan el volumen de las secreciones bronquiales y estimulan los mecanismos para su eliminación, por expulsión o deglución¹⁸⁰. En la práctica clínica, la distinción no es tan clara y el resultado final es el mismo, por lo que ambos se suelen incluir en un mismo grupo¹⁸⁴.

Mucolíticos. Se clasifican en:

- Derivados tiólicos¹⁸⁵: Se incluyen la acetilcisteína y la carbocisteína que son los más antiguos y los que mayores efectos secundarios gastrointestinales presentan¹⁵⁴.
- Derivados de la vasicina¹⁸⁵: Se incluyen la bromhexina y el ambroxol que es el metabolito activo del anterior y el que podría presentar el mejor índice terapéutico¹⁵⁴.

Expectorantes. Los más utilizados son:

- Derivados del guayacol¹⁸⁵: Se incluye la guaifenesina que es el que tiene mayor eficacia y menores efectos secundarios.
- Expectorantes de acción directa¹⁸⁵: son básicamente esencias y bálsamos. Destacan la esencia de trementina, eucalipto y pino y el bálsamo de Tolú y de benjuí.

Demulcentes

Suavizan la mucosa proporcionando una sensación de alivio en casos de garganta irritada o tos seca o irritativa. Además, por su contenido en polisacáridos, azúcar o cítricos, promueven la secreción de saliva, que también actúa como demulcente¹⁸¹. Destacan la glicerina, la miel y el limón¹⁸⁵.

2. JUSTIFICACIÓN

Según estudios publicados⁷³, la oficina de farmacia parece ser el primer lugar al que acuden los ciudadanos cuando tienen un problema de salud menor, dado que reúne una serie de requisitos valorados muy positivamente por los pacientes como son la cercanía, la rapidez con la que suelen ser atendidos, la confianza y seguridad que les proporciona un profesional cualificado como el farmacéutico, así como el trato amable y, en muchos casos, familiar que se les ofrece. También, según estudios publicados con anterioridad⁸⁶⁻⁹⁷, los problemas de salud que más se consultan en la oficina de farmacia suelen ser los problemas de salud respiratorios.

Al ser la indicación farmacéutica un servicio bastante demandado en la actualidad, el farmacéutico comunitario, como responsable de su realización, necesita disponer de una herramienta que le permita abordar estas situaciones que se le presentan, a diario, en la oficina de farmacia.

El libro Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores¹⁰³, junto con la Guía de Indicación Farmacéutica: Ind-Dáder⁷⁶, y el libro Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos¹¹² recogen, el primero de modo particular clasificado por síntomas menores y los otros dos de forma general, toda la información necesaria para desarrollar el proceso de indicación farmacéutica de forma eficaz, eficiente, segura y con calidad¹⁰³.

Se hace necesario valorar, a pie de mostrador en la oficina de farmacia, la utilidad de estos protocolos, tanto para el farmacéutico, comprobando si se pueden aplicar e integrar en su trabajo diario, compatibilizándolo con el resto de tareas propias del farmacéutico de oficina de farmacia, como para los pacientes, comprobando si realmente se pueden aplicar a todos los pacientes que acuden a la oficina de farmacia solicitando este servicio.

También es importante valorar su efectividad comprobando si realmente permiten distinguir los síntomas menores de los que no lo son y además si permiten resolver, bien indicando un medicamento o bien derivando al médico, los problemas de salud planteados por los pacientes.

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio se centra en la valoración de la aplicabilidad y la efectividad de los protocolos de indicación farmacéutica en gripe y resfriado en el trabajo diario de una oficina de farmacia.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Evaluar la aplicabilidad y efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado en el trabajo diario desarrollado en una oficina de farmacia y valorar su efectividad sobre los pacientes atendidos en términos de percepción del estado de salud por parte del paciente.

3.2. Objetivos específicos

- 1) Valorar la efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en síntomas menores respiratorios, en cuanto a mejoría o resolución de los síntomas.
- 2) Evaluar la aplicabilidad de un protocolo de indicación farmacéutica en síntomas menores respiratorios, en el proceso de trabajo diario en una oficina de farmacia.
- 3) Caracterizar al paciente que acude a la oficina de farmacia solicitando algún medicamento para la gripe, el resfriado o algún síntoma aislado relacionado.
- 4) Describir las consultas realizadas por los pacientes.
- 5) Describir el tipo de intervención escogida por el farmacéutico y el tipo de respuesta post-intervención dada por los pacientes.
- 6) Describir las acciones llevadas a cabo por los pacientes después de la intervención.
- 7) Valorar la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Estudio cuasi-experimental post-test sin grupo control sobre pacientes que acuden a una oficina de farmacia solicitando algún medicamento para la gripe, el resfriado o algún síntoma aislado relacionado.

4.2. Periodo de estudio

El estudio se realizó durante 6 meses (de Octubre de 2008 a Marzo de 2009 ambos inclusive), coincidiendo con el período de mayor incidencia de la enfermedad y en horario de tarde (de 16 h. a 21 h.), coincidiendo con el horario de trabajo del farmacéutico responsable del estudio.

4.3. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en una oficina de farmacia. Dicha farmacia está situada en la ciudad de Murcia, en la Avenida Ronda de Levante, en pleno centro de la ciudad. Al estar situada en una calle muy transitada, la mayoría de personas que acuden a ella son las que pasan por la zona y una mínima proporción, vecinos del barrio.

4.4. Población de estudio

Se incluyó al 100% de los pacientes que acudieron a la oficina de farmacia en horario de tarde durante el período de Octubre a Marzo solicitando algún medicamento para la gripe, el resfriado o algún síntoma aislado relacionado. El número final de pacientes

incluidos fue de 295. En caso de que lo solicitasen dos pacientes al mismo tiempo, se requería a uno de ellos a que esperase unos minutos al farmacéutico responsable del estudio y en caso negativo, se consideraba una pérdida.

4.4.1. Criterios de Inclusión

Personas que acuden a la oficina de farmacia solicitando algún medicamento para la gripe, el resfriado o algún síntoma aislado relacionado. Dichos síntomas relacionados se describen a continuación en el apartado de variables.

4.4.2. Criterios de Exclusión

- Personas que acuden con receta.
- Personas que solicitan una indicación para un tercero, siempre que no tengan una relación directa con él (familiar o cuidador).
- Personas que no pueden responder a las preguntas por su incapacidad psíquica o su incapacidad para hablar y entender español (extranjeros).

4.5. Fuentes de Información y Recogida de datos

A todos los pacientes o familiares de los mismos que acudieron a la oficina de farmacia donde se realizó el estudio durante el periodo de estudio solicitando algún medicamento para la gripe, el resfriado o algún síntoma aislado relacionado, se les realizaron dos entrevistas.

Ambas entrevistas fueron cumplimentadas con información ofrecida por el paciente o familiar por el farmacéutico responsable del estudio. El motivo por el que se decidió que la persona que realizara la entrevista post-intervención fuera la misma que la que

realizara la entrevista pre-intervención es que, por un lado, ésta conocería mejor el caso concreto de cada paciente y por otro lado, éstos responderían con más confianza y más sinceridad a una persona que ya conocían, aunque sólo sea de haber hablado unos minutos con ella, que a una persona extraña.

Primera entrevista (Anexo 1):

Se realizaba en el mismo momento en que el paciente o un familiar del mismo acudía a la oficina de farmacia solicitando el servicio de indicación farmacéutica.

En la mayoría de los casos, ésta se realizaba, por tratarse de un problema de salud bastante frecuente y por elección del paciente, en el mostrador. En cualquier caso, si el paciente lo prefería, se realizaba en una zona apartada del público para que existiera confidencialidad.

El objeto de la misma era obtener información clara, concisa y precisa sobre el paciente (género, edad, situación fisiológica, problemas de salud concomitantes, medicamentos concomitantes, alergias a medicamentos), su problema de salud (problema de salud, síntomas que presenta, tiempo que presenta dichos síntomas) y las acciones llevadas a cabo para resolverlo (si ha tomado algún medicamento para dicho problema de salud, quién se lo ha recomendado, cuánto tiempo lo ha tomado, si ha notado alguna mejoría) con el fin de escoger la intervención más adecuada.

Intervención (Anexo 2):

Recogida toda la información anterior, el farmacéutico responsable del estudio evaluaba dicha información y escogía el camino más adecuado para el paciente, bien dispensar un medicamento de indicación farmacéutica, anotando el medicamento recomendado o bien derivar al médico, anotando la causa de derivación.

Segunda entrevista (Anexo 3):

Se realizaba a los 7 días de la primera, vía telefónica o vía presencial. Para ello, una vez finalizada la primera entrevista, el farmacéutico responsable del estudio solicitaba al paciente un número de teléfono. También le ofrecía la posibilidad de que dicha entrevista se realizara de forma presencial, acudiendo de nuevo a la oficina de farmacia. En la mayoría de los casos se realizaba, por elección del paciente, vía telefónica. Se hicieron hasta 5 intentos de contacto tras los cuales, si no se obtenía respuesta, se consideraba una pérdida.

El objeto de la misma era obtener información sobre las acciones llevadas a cabo por el paciente tras la intervención (seguimiento de las indicaciones dadas, auto-derivación, auto-medicación), el resultado de la intervención (mejoría de los síntomas, problema de salud resuelto con indicación) y la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado (valoración de la información dada, si volvería a solicitar el servicio de indicación).

4.6. Consentimiento informado

El proceso de indicación farmacéutica comenzaba en el mismo momento en que el paciente o alguna persona íntimamente relacionada con él (familiar, cuidador) entraba en la farmacia y solicitaba algún medicamento para un problema de salud respiratorio (gripe, resfriado o algún síntoma aislado relacionado). Si el paciente se dirigía al auxiliar, éste le reconducía al farmacéutico responsable del estudio. En ese momento, el farmacéutico evaluaba a dicho paciente para ver si cumplía los criterios de inclusión, y en caso afirmativo, le explicaba brevemente en qué consistía el estudio, cuál era su finalidad y le solicitaba su consentimiento para participar en el mismo. Obtenido dicho consentimiento, se iniciaba el proceso de indicación farmacéutica.

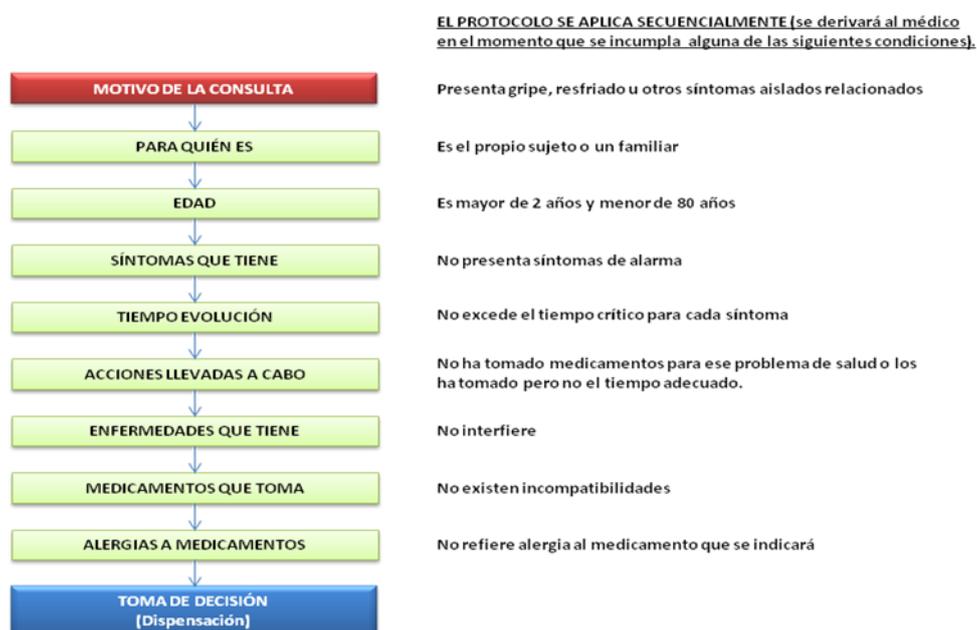
Dicho consentimiento se obtuvo de forma verbal. El motivo es que, en este estudio, existen riesgos menores al mínimo ya que el objeto del mismo son síntomas menores, es decir, problemas de salud banales, auto-limitantes en sí mismos y de curación espontánea y la persona objeto de investigación puede entender la información sin dificultad (se han excluido las personas extranjeras o con dificultad para hablar o entender español). Además, al obtener la información por cuestionario, se puede entender que el hecho de cumplimentarlo, una vez que el sujeto ha recibido suficiente información, ya demuestra su consentimiento¹⁸⁶.

4.7. Proceso de Indicación Farmacéutica

4.7.1. Diseño del Protocolo de Indicación

El proceso de indicación farmacéutica consistía en aplicar el protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado a todos los pacientes participantes (Figura 1). Dicho protocolo fue diseñado por el farmacéutico responsable del estudio, tomando como referencia los pilares básicos sobre los que se cimienta todo proceso de indicación farmacéutica, que son la *“Guía de Indicación Farmacéutica: Ind-Dáder”*⁷⁶, *“Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos”*¹¹² y *“Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”*¹⁰³. Los tres son complementarios y sin ellos no se podría desarrollar el proceso de indicación farmacéutica de manera eficaz, eficiente, segura y con calidad¹⁰³.

FIGURA 1. Protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado (basado en el Proceso de Indicación Farmacéutica descrito en la Guía Ind-Dáder⁷⁶)



Con toda la información recogida en el protocolo anterior, el farmacéutico responsable del estudio:

- Valora si el problema de salud es un síntoma menor
- En función de lo anterior, escoge la opción más adecuada para resolverlo: indicar (dispensar con información suficiente sobre el medicamento) o derivar.

Criterios de selección de medicamentos de indicación

Si el camino escogido era el primero (dispensar), con el fin de facilitar y agilizar la elección del medicamento de indicación farmacéutica más adecuado, de acuerdo con la situación concreta de cada paciente, el farmacéutico responsable del estudio escogió los medicamentos más adecuados para cada síntoma, de los disponibles en el mercado, en base a los siguientes criterios:

1) La elección de los principios activos considerados más adecuados para el tratamiento de los síntomas menores descritos por el paciente, se hizo en base a la información obtenida del libro “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”¹⁰³.

2) La elección de los medicamentos o las especialidades farmacéuticas comercializadas sin receta médica en España que contienen dichos principios activos se hizo en base a la información obtenida del libro “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”¹⁰³, para los pacientes que requerían de un único principio activo o del programa informático “BOT PLUS”, para los pacientes que requerían de varios principios activos. En estos últimos, nunca se dispensaban más de dos medicamentos ya que se corría el riesgo de que el paciente incumpliera el tratamiento, además de suponerle un mayor coste.

3) Se tendrá en cuenta la forma farmacéutica en la que están comercializados dichos medicamentos o especialidades farmacéuticas sin receta médica, con el fin de seleccionar aquella que se presente en la forma farmacéutica preferida por el paciente y la posología, con el fin de buscar la que mejor se adapte al horario habitual del paciente y así garantizar el cumplimiento terapéutico.

4) En cuanto a los efectos secundarios y reacciones adversas, se intentará elegir aquellos con un perfil de seguridad más alto ya que, a pesar de ser medicamentos sin receta médica, no por ello se encuentran exentos de efectos secundarios o reacciones adversas.

5) Igualmente se considerará el coste de los medicamentos o especialidades farmacéuticas sin receta médica disponibles, con el fin de elegir el de menor coste y así garantizar el uso racional del medicamento.

Información al paciente

Junto a la selección del medicamento de indicación farmacéutica más adecuado para un determinado paciente, el farmacéutico responsable del estudio informaba al paciente sobre el mismo: indicaciones, posología y duración del tratamiento, desventajas de su uso (principales efectos adversos), precauciones y recomendaciones (incluyendo las interacciones de relevancia clínica), y la información para un uso correcto por el paciente, información obtenida del libro “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”¹⁰³.

La forma de proporcionar la información al paciente podía ser verbal y/o escrita. En la mayoría de los casos, el farmacéutico proporcionó al paciente la información de forma verbal por los siguientes motivos:

- Se trata de una farmacia de paso en la cual la mayoría de pacientes que acuden solicitando éste servicio quieren una atención rápida y sin demora.
- Los pacientes son, en su mayoría, gente joven que no tiene otros problemas de salud ni toman otros medicamentos por lo que la posibilidad de confusión con otros tratamientos es mínima.
- El personal a cargo de la farmacia es limitado, por lo que si se está demasiado tiempo con un paciente se corre el riesgo de no atender, además de no incluir en el estudio, a pacientes que vengan solicitando el servicio de indicación farmacéutica, con las consecuencias que ello pueda tener sobre la salud del individuo, al decidir bien ir a otra farmacia en la cual no le ofrezcan el servicio de indicación farmacéutica o bien automedicarse, con el consiguiente riesgo que conlleva para su salud.

En cualquier caso, si en algún momento el farmacéutico responsable del estudio consideraba que debía darle la información por escrito, o el paciente así lo solicitaba, no dudaba en hacerlo, plasmando la información en el informe de indicación farmacéutica (Anexo 4) en el caso de indicar un medicamento o bien en el informe de interconsulta (Anexo 5) en el caso de derivar al médico.

4.7.2. Efectividad y Aplicabilidad de la Intervención

Una vez realizada la intervención, el farmacéutico responsable del estudio, realizaba una segunda entrevista. Para ello, se ponía de nuevo en contacto con el paciente, vía telefónica en la mayoría de los casos, y comenzaba dicha entrevista saludándole y recordándole que le iba a llamar para interesarse por su salud. En ese momento el paciente comunicaba al farmacéutico si siguió sus indicaciones y cuál es su percepción personal sobre la salud que tiene. Esta entrevista se realizaba a todos los pacientes, tanto a los que se les indicó un medicamento (figura 2) como a los que se les derivó al médico (figura 3).

FIGURA 2. Entrevista post-intervención, en el caso de dispensación.

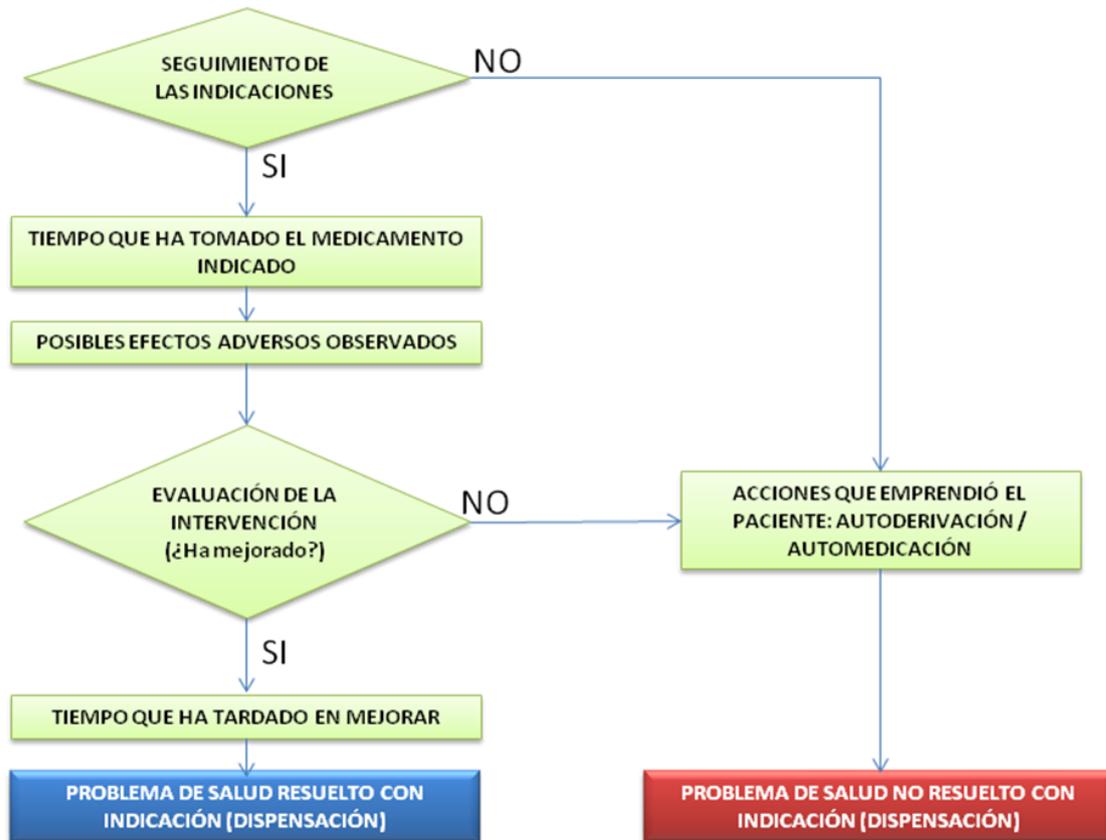


FIGURA 3. Entrevista post-intervención, en el caso de derivación al médico.



El objetivo de esta segunda entrevista es valorar, única y exclusivamente, el resultado de la intervención del farmacéutico, no del médico. Por tanto, en los pacientes a los que el farmacéutico decide derivar al médico, el análisis post-intervención se limita única y exclusivamente a comprobar si el paciente ha seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico, es decir, si ha ido al médico y en caso de hacerlo, el tipo de medicamento recomendado por el médico referido a si era un medicamento de prescripción o de indicación, lo que va a permitir identificar situaciones que el farmacéutico trató correctamente y situaciones que pudo tratar y no lo hizo por prudencia⁷⁶. No se entran a juzgar criterios de elección ni de utilización de medicamentos por parte del médico, que se entiende son parte exclusiva de la práctica médica. Por tanto, en las preguntas referidas a la toma del medicamento recomendado, tales como mejoría de los síntomas, aparición de efectos adversos, tiempo que ha tomado el medicamento y tiempo que ha tardado en notar mejoría, éste se refiere en todo momento al medicamento indicado por el farmacéutico, nunca al medicamento prescrito por el médico.

Para valorar la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica, se investigó sobre:

- Si los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico

- Mejoría de los síntomas tras la indicación de un medicamento
- Derivación al médico correcta
- Problema de salud resuelto con indicación farmacéutica

Para evaluar la aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica, se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Número de pacientes perdidos
- Aplicación del protocolo de indicación farmacéutica
- Identificación de si el problema de salud es un síntoma menor

4.8. Variables del estudio

4.8.1. Cuadro resumen de variables

A continuación, se enumeran, a modo de resumen, las variables que se han utilizado en el estudio, clasificadas en 7 grupos, en función de los objetivos que se han descrito anteriormente.

1) Relacionadas con la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica:

Si los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico

Mejoría de los síntomas tras la indicación de un medicamento

Derivación al médico correcta

Problema de salud resuelto con indicación farmacéutica

2) Relacionadas con la aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica:

Número de pacientes perdidos

Aplicación del protocolo de indicación farmacéutica

Identificación de si el problema de salud es un síntoma menor

3) Relacionadas con la caracterización de los pacientes:

Número de paciente

Género de los pacientes

Edad de los pacientes

Tramos de edad de los pacientes

Sujeto que realiza la consulta

Familiar que realiza la consulta

Situación fisiológica de los pacientes

Si los pacientes presentan problemas de salud concomitantes

Número de problemas de salud concomitantes que presentan

Tipos de problemas de salud concomitantes que presentan

Si los pacientes toman medicamentos concomitantes

Número de medicamentos concomitantes que toman

Tipo de medicamentos concomitantes que toman
Si los pacientes presentan alergias a medicamentos
Número de síntomas que presentan los pacientes
Tipos de síntomas que presentan los pacientes
Tiempo que presentan dichos síntomas
Si los pacientes han tomado medicación anterior (para el problema de salud)
Origen de la medicación anterior
Tiempo que han tomado la medicación anterior
Efectividad de la medicación anterior
Causa de ineffectividad de la medicación anterior
Forma farmacéutica que prefieren los pacientes

4) Relacionadas con las consultas realizadas por los pacientes:

Mes en que realizan la consulta
Razón de consulta
Problema de salud que consultan

5) Relacionadas con el tipo de intervención escogida por el farmacéutico y con el tipo de respuesta post-intervención dada por los pacientes:

Tipo de indicación farmacéutica
Número de principios activos indicados por el farmacéutico
Medicamentos de indicación farmacéutica recomendados por el farmacéutico
Causa de derivación al médico
Si los pacientes han dado respuesta post-intervención
Vía utilizada por los pacientes para dar la respuesta post-intervención

6) Relacionadas con las acciones llevadas a cabo por el paciente después de la intervención:

Tiempo que han tomado el medicamento de indicación farmacéutica
Tiempo que han tardado en notar mejoría tras la toma del medicamento
Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento indicado
Autoderivación
Automedicación

7) Relacionadas con la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado:

Satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica
Volvería a entrar a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica

4.8.2. Definición operacional de variables

OBJETIVO 1: VARIABLES RELACIONADAS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROTOCOLO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA:

Han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico: Definición: Grado de seguimiento de las instrucciones del farmacéutico por parte del paciente. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Mejoría de los síntomas: Definición: mejoría percibida por el paciente tras la toma del medicamento indicado por el farmacéutico a los 7 días de la intervención. Tipo de variable: cualitativa ordinal (nada, algo, bastante). Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Derivación al médico correcta: Definición: Comprobar, en los pacientes a los que se les ha derivado al médico, que la derivación se hizo de forma adecuada. En esta investigación se ha considerado derivación al médico correcta cuando éste les recomendó un medicamento de prescripción médica y derivación al médico no correcta cuando éste les recomendó un medicamento de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Problema de salud resuelto con indicación: Definición: valorar la resolución o no resolución del problema de salud del paciente. En esta investigación se ha considerado que el paciente ha resuelto su problema de salud con indicación cuando:

- A los pacientes a los que se les ha dispensado un medicamento: han tomado el medicamento recomendado por el farmacéutico y han percibido bastante mejoría en sus síntomas tras la toma.

- A los pacientes a los que se les ha derivado al médico: han ido al médico y han resuelto su problema de salud.

El paciente no ha resuelto su problema de salud con indicación cuando:

- A los pacientes a los que se les ha dispensado un medicamento: no han tomado el medicamento recomendado por el farmacéutico o sí lo han tomado pero han percibido algo o nada de mejoría tras la toma.
- A los pacientes a los que se les ha derivado al médico: no han ido al médico o sí han ido al médico pero no han resuelto su problema de salud.

Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

OBJETIVO 2: VARIABLES RELACIONADAS CON LA APLICABILIDAD DEL PROTOCOLO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA:

Número de pacientes perdidos: Número de pacientes a los que, por no tener tiempo en ese momento, al tener que atender el resto de obligaciones propias del farmacéutico de oficina de farmacia, no se les pudo ofrecer el servicio de indicación farmacéutica y por tanto incluir en el estudio. Tipo de variable: cuantitativa discreta. Fuente de obtención de la información: cuaderno de recogida de datos.

Aplicación del protocolo: Definición: Distinguir los pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo de indicación farmacéutica en síntomas menores respiratorios de aquellos en los que no se ha hecho. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: decisión por la que opta el farmacéutico tras la entrevista inicial (Anexo 2).

Identificación de si el problema de salud por el que consulta el paciente es un síntoma menor o no lo es: Definición: Verificar si los datos aportados por el paciente en la entrevista inicial nos permiten identificar si se trata de un problema de salud banal, auto-limitante 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 y que por tanto es tratable por el farmacéutico o por el contrario, es la manifestación de una enfermedad que necesite de evaluación médica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: comparación entre la entrevista inicial (Anexo 1) y la encuesta post-intervención (Anexo 3).

OBJETIVO 3: VARIABLES RELACIONADAS CON LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES:

Género del paciente: Definición: sexo del paciente. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Hombre/Mujer. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Edad del paciente: Definición: años de vida del paciente medidos a partir de su nacimiento. Tipo de variable: cuantitativa continua. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tamos de edad del paciente: Tipo de variable: cualitativa ordinal (lactante, infantil, adolescente, adulto joven, adulto, adulto mayor, anciano). Fuente de obtención de la información: deducción tras realizar la entrevista inicial.

Sujeto que realiza la consulta: Definición: persona que acude a la oficina de farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica:

Paciente/Familiar. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Familiar que realiza la consulta: Definición: Relación de parentesco entre la persona que acude a la oficina de farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica y el propio paciente. Tipo de variable: cualitativa policotómica: Marido/ Mujer, Padre/ Madre, Hijo/a, Hermano/a, Abuelo/a, Novio/a, Cuñado/a, Suegro/a. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Situación fisiológica de los pacientes: Definición: pacientes, en este caso, mujeres, que presentan alguna situación fisiológica especial (embarazo y lactancia). Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Si los pacientes presentan problemas de salud concomitantes: Definición: cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Número de problemas de salud concomitantes que presentan: Tipo de variable: cuantitativa discreta. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tipos de problemas de salud concomitantes que presentan: Tipo de variable: cualitativa ordinal clasificada según la clasificación internacional de enfermedades CIE-

10. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Si los pacientes toman medicamentos concomitantes: Definición: Medicamentos (de prescripción médica, indicación farmacéutica o automedicación) que el paciente esté tomando o haya tomado en los últimos 15 días para tratar, curar o aliviar cualquier enfermedad que sufra el paciente. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Número de medicamentos concomitantes que toman: Tipo de variable: cuantitativa discreta. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tipos de medicamentos concomitantes que toman: Tipo de variable: cualitativa ordinal clasificada según la clasificación anatómica de especialidades ATC. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Si los pacientes presentan alergias a medicamentos: Definición: si el paciente padece alguna reacción de hipersensibilidad a algún medicamento. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Número de síntomas que presentan los pacientes: Tipo de variable: cuantitativa discreta. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tipos de síntomas que presentan los pacientes: Tipo de variable: cualitativa policotómica:

- picor e irritación de garganta,
- malestar y dolor,
- inflamación,
- fiebre,
- tos improductiva,
- tos productiva,
- congestión nasal u obstrucción nasal.

Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tiempo que presentan dichos síntomas: Definición: número de días transcurridos desde que el paciente percibe los primeros síntomas hasta que acude a la farmacia. Tipo de variable: cuantitativa continua separadas por el paso de un día (1-7). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Si han tomado medicación anterior (para el mismo problema de salud): Definición: si el paciente ha tomado medicación para ese mismo problema de salud. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Origen de la medicación anterior: Definición: procedencia de la medicación anterior. Tipo de variable: cualitativa tricotómica (automedicación, prescripción médica,

indicación farmacéutica). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Tiempo que han tomado la medicación anterior: número de días, que el paciente ha tomado la medicación anterior. Tipo de variable: cuantitativa continua separadas por el paso de un día (1-7). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Efectividad de la medicación anterior: Definición: mejoría percibida por el paciente tras la toma de la medicación anterior. Tipo de variable: cualitativa ordinal (nada, algo, bastante). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Causa de ineffectividad de la medicación anterior: Definición: motivo por el cual la medicación que ha tomado el paciente para el problema de salud objeto de consulta no ha sido efectiva. Tipo de variable: cualitativa policotómica (medicamento inadecuado, dosis del medicamento inadecuada, duración del tratamiento inadecuada, inexplicable, han aparecido reacciones adversas y no se sabe). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Forma farmacéutica que prefieren: Definición: la disposición a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento y por la que tiene preferencia el paciente. Tipo de variable: cualitativa tricotómica: indiferente, sólida (comprimidos, cápsulas, grageas, comprimidos para chupar), líquida (comprimidos efervescentes, sobres, jarabe). Fuente de obtención de la información: pregunta directa al realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

OBJETIVO 4: VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONSULTAS REALIZADAS POR LOS PACIENTES

Mes en que realizan la consulta: Definición: Mes en que el paciente acude a la oficina de farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa ordinal (Octubre, Noviembre Diciembre, Enero, Febrero, Marzo). Fuente de obtención de la información: cuaderno de recogida de datos.

Razón de consulta: Definición: motivo por el que el paciente solicita el servicio de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Problema de salud/ Solicitud de información sobre un medicamento. Fuente de obtención de la información: deducción tras realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

Problema de salud que consultan: Definición: cualquier queja, observación o hecho que el paciente percibe como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a su capacidad funcional y por la que el paciente o cualquier persona relacionada con él decide acudir a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Síntoma aislado/Gripe o resfriado. Fuente de obtención de la información: deducción tras realizar la entrevista inicial (Anexo 1).

OBJETIVO 5: VARIABLES RELACIONADAS CON EL TIPO DE INTERVENCIÓN ESCOGIDA Y CON EL TIPO DE RESPUESTA POST-INTERVENCIÓN DADA POR LOS PACIENTES:

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

actuación. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Dispensar con información suficiente sobre el medicamento/Derivar al médico.

- **Dispensar:** 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.
- **Derivar:** es el servicio profesional del farmacéutico en el cual éste identifica situaciones en las que se sospecha la necesidad de diagnóstico médico, como pueden ser: duración prolongada de los síntomas, existencia de síntomas no banales o, en definitiva, problemas de salud que no se corresponden con trastornos leves o banales.

Fuente de obtención de la información: decisión por la que opta el farmacéutico tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores respiratorios (Anexo 2).

Número de principios activos indicados: Definición: Tipo de variable: cuantitativa discreta. Fuente de obtención de la información: decisión por la que opta el farmacéutico tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores respiratorios (Anexo 2).

Medicamento de indicación farmacéutica recomendado: Definición: 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 los problemas de salud del paciente, y que esté destinado a un tratamiento no superior a 7 días de duración. Tipo de variable: cualitativa ordinal siguiendo la

clasificación ATC. Fuente de obtención de la información: decisión por la que opta el farmacéutico tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores respiratorios (Anexo 2).

Causa de derivación al médico: Definición: motivo por el que el farmacéutico decide derivar al médico. Tipo de variable: cualitativa policotómica (Duración de los síntomas superior a 7 días, presenta síntomas de alarma, presentan otros problemas de salud o toman otros medicamentos, edad superior a 80 años, han tomado medicación y no han mejorado o han empeorado, han aparecido reacciones adversas). Fuente de obtención de la información: decisión por la que opta el farmacéutico tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores respiratorios (Anexo 2).

Han dado respuesta post-intervención: Definición: información sobre la percepción del paciente acerca de cómo se resolvió el problema de salud. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Vía utilizada para dar la respuesta post-intervención: Definición: forma o modo en que el paciente da información acerca de cómo se resolvió el problema de salud. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Telefónica/Presencial. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

OBJETIVO 6: VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ACCIONES LLEVADAS A CABO POR LOS PACIENTES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN:

Tiempo que han tomado el medicamento de indicación farmacéutica: Definición: número de días transcurridos desde que el paciente empezó a tomar el medicamento

de indicación farmacéutica recomendado hasta que dejó de tomarlo. Tipo de variable: cuantitativa continua separadas por el paso de un día (0-7). Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Tiempo que han tardado en notar mejoría tras la toma del medicamento: Definición: número de días transcurridos desde que el paciente empezó a tomar el medicamento de indicación farmacéutica hasta que empezó a encontrarse mejor. Tipo de variable: cuantitativa continua separadas por el paso de un día (0-7). Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento indicado: Definición: cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas, y que hayan aparecido como consecuencia de tomar el medicamento de indicación farmacéutica recomendado. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Autoderivación: Definición: si el paciente, tras la intervención del farmacéutico, y en el caso de que éste no haya derivado, decide ir al médico para resolver el problema de salud. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Automedicación: Definición: el uso de los medicamentos por los individuos para tratar síntomas o enfermedades auto-identificadas. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

OBJETIVO 7: VARIABLES RELACIONADAS CON LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL SERVICIO PRESTADO:

Satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica: Definición: conocer el grado de satisfacción del paciente con la atención e información prestada por el farmacéutico. Tipo de variable: cuantitativa continua separadas por el paso de una unidad (0-10). Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

Volvería a entrar a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica: conocer si el paciente volvería a entrar a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica. Tipo de variable: cualitativa dicotómica: Sí/No. Fuente de obtención de la información: encuesta post-intervención tras aplicar el protocolo (Anexo 3).

4.9. Análisis estadístico

Para la descripción de variables cualitativas, se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas, media, desviación típica, mínimo y máximo. Con objeto de estudiar la relación entre variables, se ha llevado a cabo un análisis multi-variante mediante regresión logística. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Los cálculos se realizaron con ayuda del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

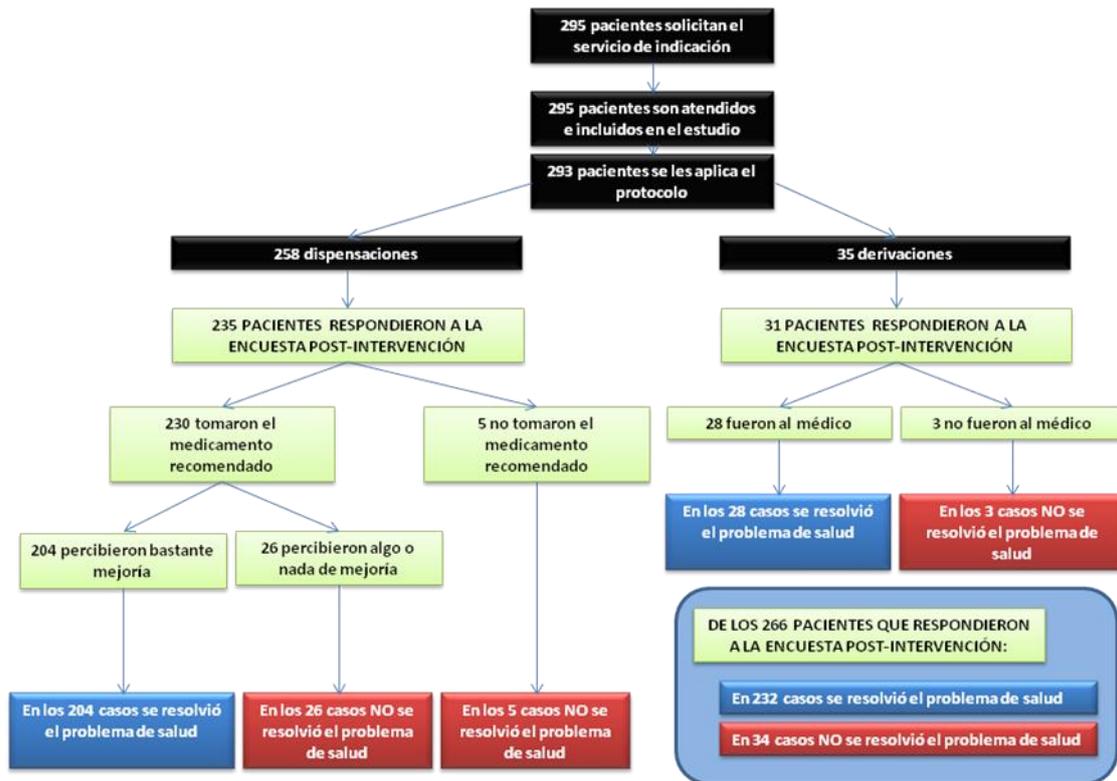
5. RESULTADOS

5.1. Cuadro resumen de resultados

Para la exposición de los resultados, se presenta a continuación un cuadro en el que se resume la forma en la que se ha aplicado el protocolo de indicación farmacéutica sobre la población de estudio (295 pacientes). A partir del número total de pacientes a los que se aplica el protocolo (293), se muestran dos ramas principales que corresponden a la intervención del farmacéutico de dispensar un medicamento (258) o de derivar al médico (35).

Del total de pacientes entrevistados, 266 respondieron a la encuesta post-intervención (235 tras la dispensación; 31 tras la derivación). Tras responder a la encuesta y conocer si siguieron (258) o no (8) las indicaciones del farmacéutico, se muestra finalmente si se resolvió (232) o no se resolvió (34) el problema de salud.

FIGURA 4. Esquema-resumen de la aplicación del protocolo de indicación farmacéutica



Para valorar el número de pacientes perdidos, la aplicación del protocolo, la caracterización de los pacientes y las consultas realizadas por los pacientes, la muestra es de 295 pacientes, ya que son variables que se miden sobre el total de individuos que acuden a la oficina de farmacia solicitando el servicio de indicación farmacéutica.

Para valorar el tipo de intervención escogida por el farmacéutico y el número de pacientes que respondieron a la encuesta post-intervención, la muestra es de 293 pacientes, ya que son variables que se miden sobre los pacientes a los que se les aplica el protocolo.

Para valorar si los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico, la resolución del problema de salud con indicación farmacéutica, la identificación de si el problema de salud es un síntoma menor y la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado, la muestra es de 266 pacientes, ya que son variables que sólo se puede

valorar con la respuesta post-intervención dada por los pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo.

Para valorar la mejoría de los síntomas tras la toma del medicamento de indicación farmacéutica, el tiempo que han tomado el medicamento y la aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento, la muestra es de 230 pacientes, ya que son variables que sólo se pueden valorar sobre los pacientes a los que, tras aplicar el protocolo, se les ha indicado un medicamento de indicación farmacéutica y han tomado dicho medicamento.

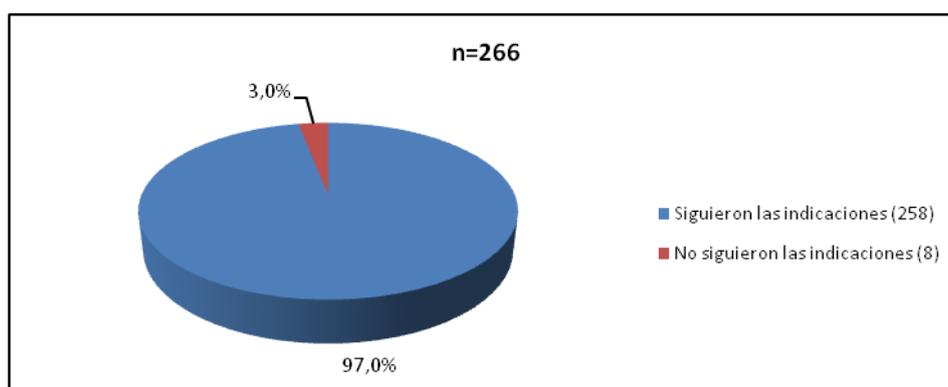
5.2. Resultados detallados por Objetivos

5.2.1. Objetivo 1: Relacionadas con la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica

Si los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico

La gran mayoría de los pacientes (97%) sí han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico.

GRÁFICA 1. Seguimiento de las indicaciones del farmacéutico



Se describen a continuación los 8 casos (3%) en los que no se siguieron las indicaciones del farmacéutico (5 en el caso de dispensación; 3 en el caso de derivación al médico).

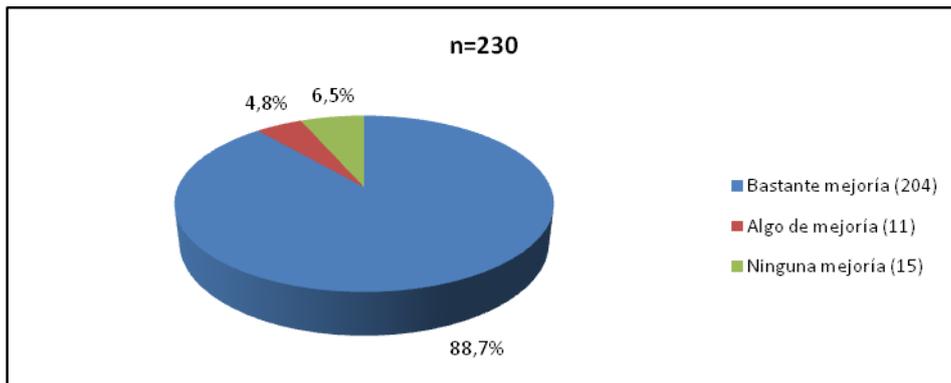
- En el caso de las dispensaciones, los 5 casos se debieron a:
 - Una paciente se encontró a una amiga que le dijo que “su hija lo había tomado y le había producido mucho dolor de cabeza y como el paciente padece de migrañas no se lo dio por si acaso”.
 - Otra paciente “fue comprárselas y no sabe si fue un tema psicológico pero le desapareció al instante”.

- Otra paciente “se curó sola sin medicamentos”.
 - Otra paciente “fue al médico porque ya tenía cita así que antes de empezar a tomarlo prefirió esperar al día siguiente a ver qué le mandaba el médico”.
 - Una última paciente que no lo llegó a tomar porque “es muy especial para los sabores de los medicamentos, lo probó y le picaba la garganta, así que no lo tomó”.
- En el caso de las derivaciones, sólo hubo 3 pacientes que no fueron al médico:
 - Un paciente se auto-medicó con unos medicamentos que “había tomado otras veces que le pasaba lo mismo y le habían ido bien”.
 - Otro paciente “se encontró a un amigo que tiene lo mismo que él y está tomando un medicamento que le va bien”, así que se tomó el medicamento del amigo.
 - El último dijo que “no había tenido tiempo de ir porque estaba muy liada con el niño, no tomó nada y se curó sola sin necesidad de tomar medicamentos”.

Mejoría de los síntomas tras la toma del medicamento indicado

De los 230 pacientes que tomaron el medicamento de indicación farmacéutica recomendado, la gran mayoría (88,7%) percibieron bastante mejoría tras la toma.

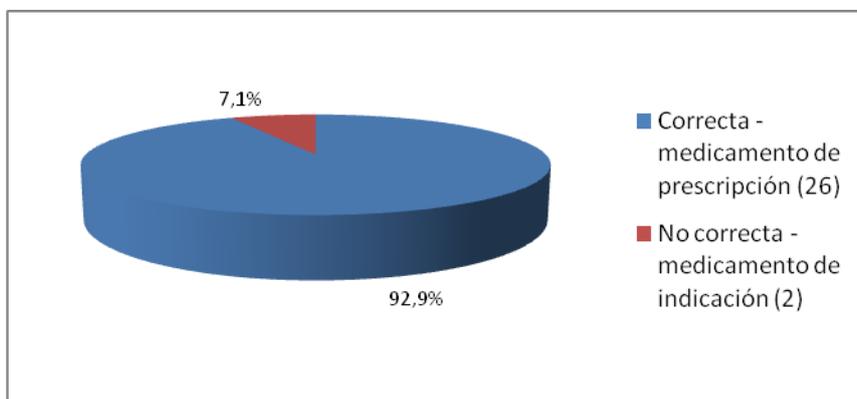
GRÁFICA 2. Mejoría de los síntomas tras la toma del medicamento indicado



Derivación al médico correcta

De los 28 pacientes que acudieron al médico, dicha derivación fue correcta en la mayoría de los casos (92,9%), ya que el médico les mandó un medicamento de prescripción.

GRÁFICA 3. Resultado de la Indicación (casos de derivación al médico) (n=28)



Se describen a continuación los 2 casos en los que la derivación no fue correcta, ya que el médico les recomendó un medicamento de indicación farmacéutica:

- Mujer que acude a la farmacia pidiendo algo para la tos seca de su marido. Éste tiene más de 80 años y además, presenta problemas de salud concomitantes y toma medicamentos concomitantes (concretamente 26 pastillas al día, entre

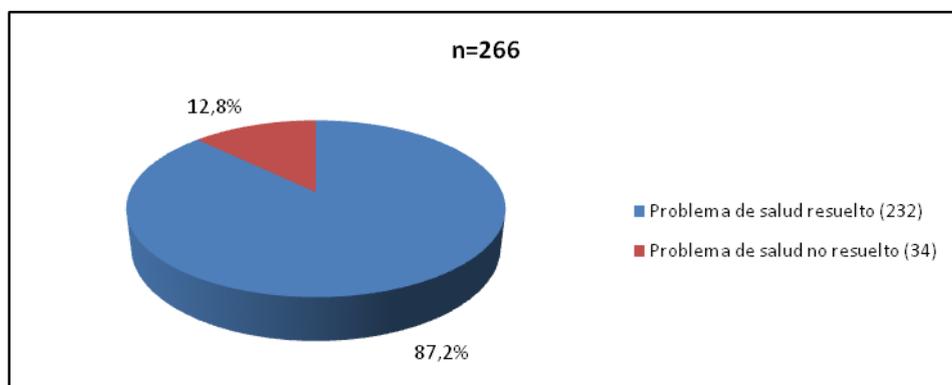
ellas, antidepresivos). Se le deriva al médico por estos dos motivos y éste le manda paracetamol cuando se encuentre mal.

- Hija que acude a la farmacia pidiendo algo para la mucosidad y el dolor de garganta de su madre. Ésta tiene 88 años, presenta problemas de salud concomitantes, y por ello toma más de 7 pastillas al día. Se le deriva al médico por éstos dos motivos y éste le manda una cápsula de frenadol por la noche mientras le duren los síntomas.

Problema de salud resuelto con indicación farmacéutica

Así pues, tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado, de los 266 pacientes que respondieron a la encuesta post-intervención, en la gran mayoría, 232 pacientes, sí se resolvió el problema de salud con indicación.

GRÁFICA 4. Resolución del problema de salud con indicación farmacéutica



Los 232 que resolvieron el problema de salud con indicación son el resultado de la suma de los que siguieron las indicaciones dadas por el farmacéutico y, en el caso de las indicaciones, percibieron bastante mejoría tras tomar el medicamento de indicación farmacéutica recomendado (Ver Figura 4).

Los 34 pacientes en los que no se ha resuelto el problema de salud son la suma de los 8 que no siguieron las indicaciones dadas por el farmacéutico y, en el caso de las indicaciones, de los 26 que percibieron algo o nada de mejoría tras tomar el medicamento de indicación farmacéutica recomendado (Ver Figura 4).

5.2.2. Objetivo 2: Relacionadas con la aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica

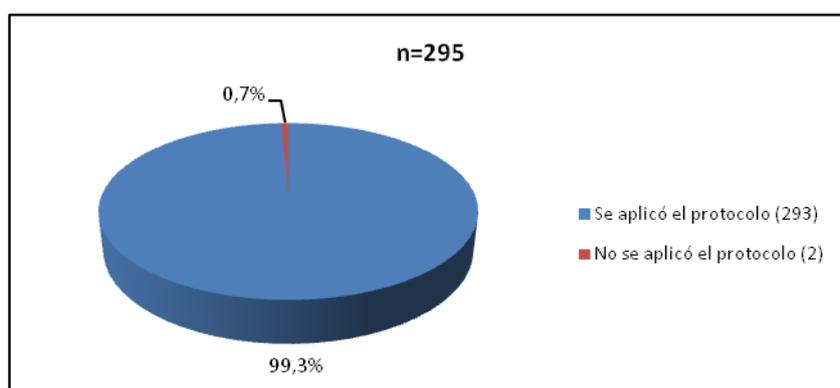
Número de pacientes perdidos

Cero, ya que se ha atendido a TODOS los pacientes, sin excepción, que han solicitado el servicio de indicación farmacéutica, quedando incluido, por tanto, como una tarea más dentro del trabajo diario de la oficina de farmacia sin dejar de atender por ello el resto de las obligaciones propias del farmacéutico de oficina de farmacia.

Aplicación del protocolo de indicación farmacéutica

El protocolo se aplicó a todos los pacientes salvo a dos.

GRÁFICA 5. Aplicación del protocolo



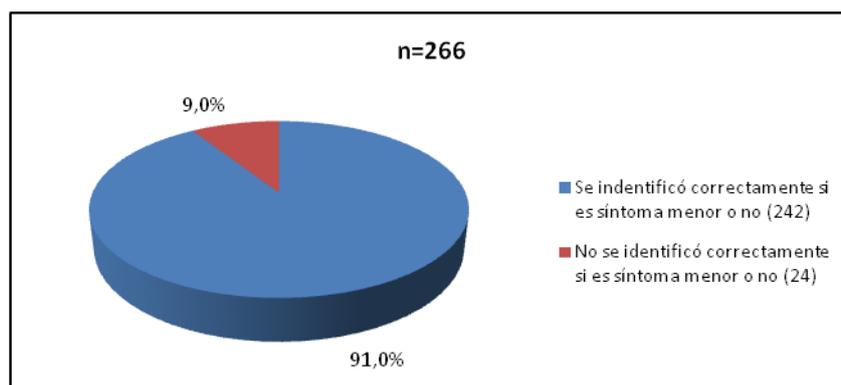
Se trata de dos pacientes que pese a cumplir los criterios de derivación, el farmacéutico no los deriva sino que les recomienda un medicamento de indicación farmacéutica.

- Uno mayor de 80 años y poli-medicado con un problema de salud por el que “ya ha ido varias veces al médico y no le ha mandado nada, que por favor le dé algo”.
- Otro que ha tomado un medicamento para el mismo problema de salud por el que consulta por prescripción médica y “no le ha hecho nada, que por favor le de algo, que está muy liada y no tiene tiempo de ir al médico”.

Identificación de si el problema de salud por el que consulta el paciente es un síntoma menor

De los 266 pacientes, la gran mayoría, 242 pacientes (91%), el farmacéutico responsable del estudio identificó correctamente si el problema de salud del paciente era o no un síntoma menor, corroborado con la encuesta post-intervención, mientras que en el resto no se identificó correctamente, pues lo que en un principio con la entrevista inicial parecía un síntoma menor, posteriormente con la encuesta post-intervención se comprobó que no era así y a la inversa.

GRÁFICA 6. Identificación de síntomas menores

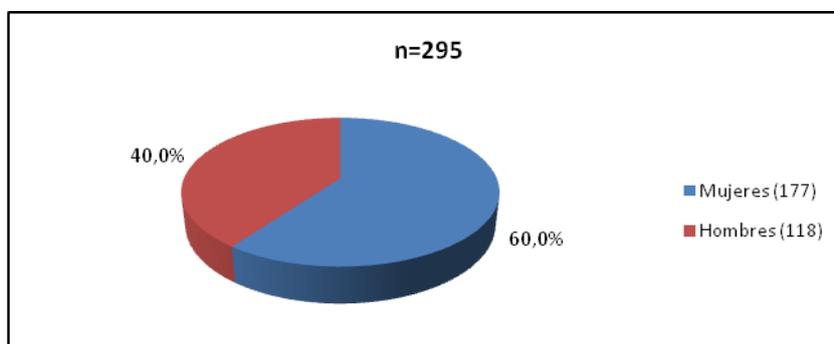


5.2.3. Objetivo 3: Relacionadas con la caracterización de los pacientes

Género de los pacientes

La mayoría (60%) de los pacientes eran mujeres.

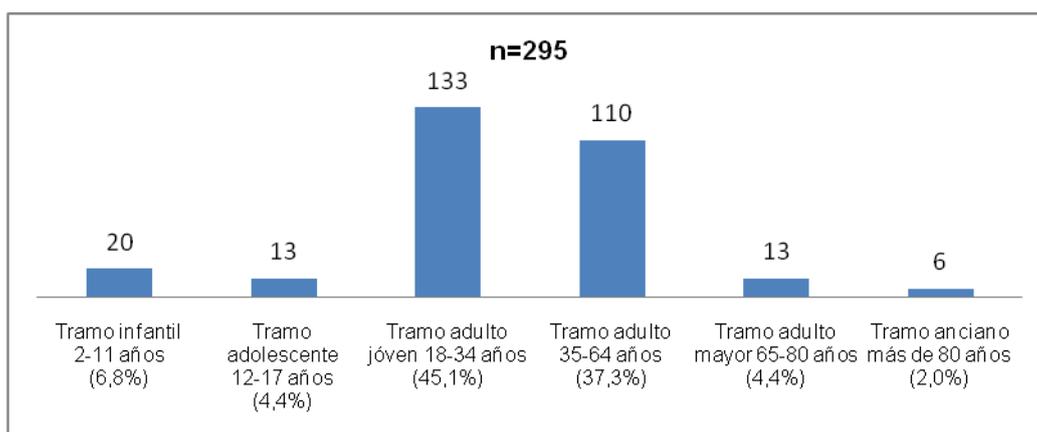
GRÁFICA 7. Género de los pacientes



Edad y Tramos de edad de los pacientes

La edad media fue de 34,73 años con una desviación típica de 17,17 años. La edad mínima fue de 2 y la máxima de 88. En la Gráfica 8, se muestran los distintos tramos de edad de los pacientes. Se observa que, los tramos principales donde se agrupa la gran mayoría de la población (82,4%) son adulto joven (18-34 años), con el 45,1% de la población y adulto (35-64 años), con el 37,3%.

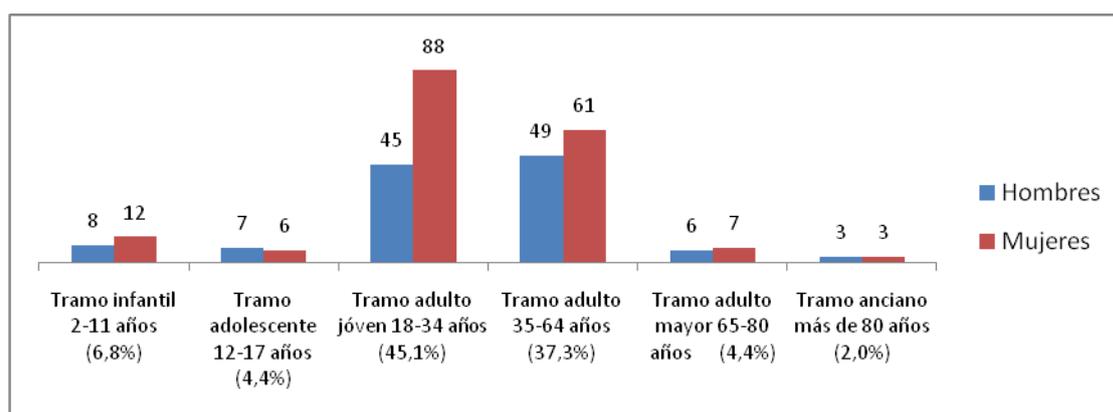
GRÁFICA 8. Tramos de edad de los pacientes



Relación entre tramos de edad y género de los pacientes

Como muestra la gráfica 9, para casi todos los tramos de edad, el género de los pacientes corresponde mayoritariamente a la mujer, salvo en el tramo anciano, (mayores de 80 años) que esta proporción se iguala y los adolescentes (12-17 años) que la proporción de hombres es ligeramente superior a las mujeres.

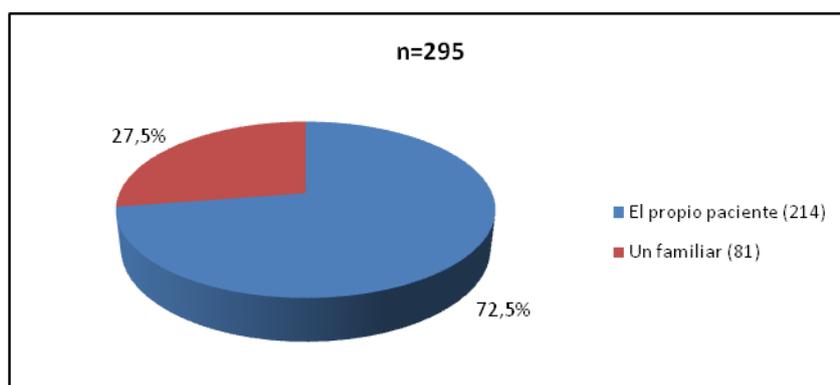
GRÁFICA 9. Relación entre los tramos de edad y el género de los pacientes



Sujeto que realiza la consulta

La persona que acude a la oficina de farmacia solicitando el servicio de indicación es, en la mayoría de los casos (72,5%) el propio paciente.

GRÁFICA 10. Sujeto que consulta al farmacéutico

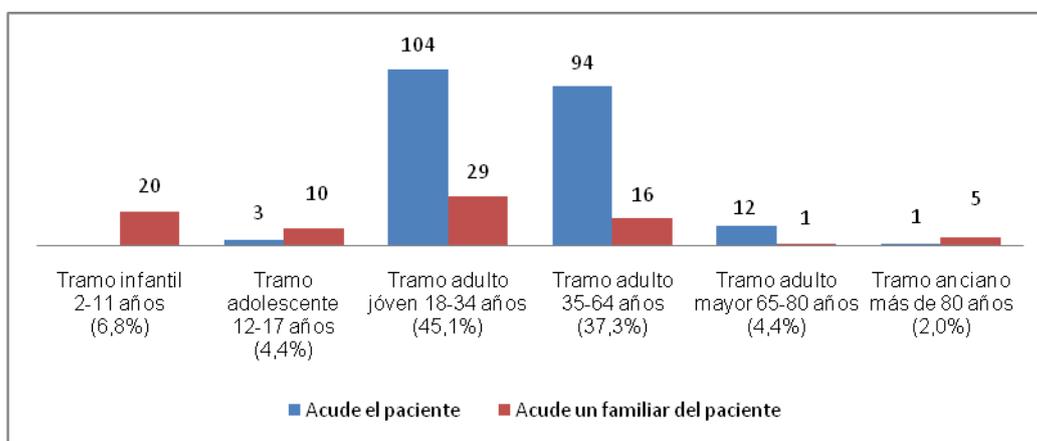


Relación entre tramos de edad del paciente y la persona que realiza la consulta

En la gráfica 11, se puede ver la distribución de la edad del paciente según la persona que consulta al farmacéutico. A continuación, se analiza para cada tramo de edad, quién ha sido la persona que ha acudido a la oficina de farmacia a realizar la consulta.

En los tramos centrales, correspondientes a adulto joven, adulto y adulto mayor, es el propio paciente el que acude a la oficina de farmacia a realizar la consulta. Sin embargo, en los tramos correspondientes a adolescente y anciano, es un familiar el que acude mayoritariamente a realizar la consulta y en el tramo infantil, es un familiar el que acude, en todos los casos, a realizar la consulta.

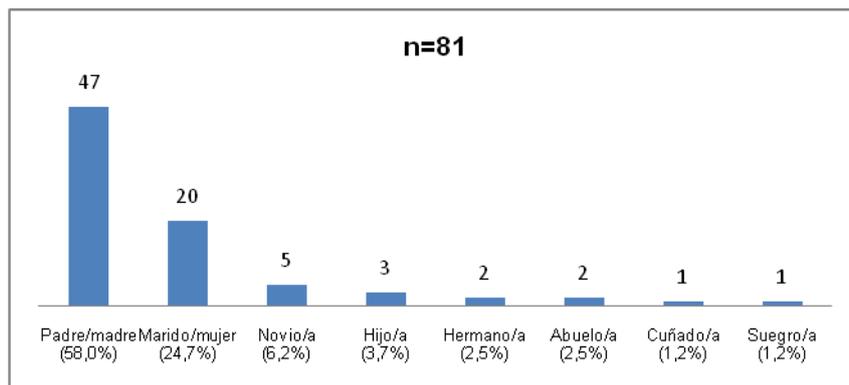
GRÁFICA 11. Persona que consulta (paciente o familiar)



Familiar que realiza la consulta

De los 81 casos en los que es un familiar el que realiza la consulta, la persona que acude con más frecuencia es el padre o la madre (58%), seguido del marido o la mujer (24,7%).

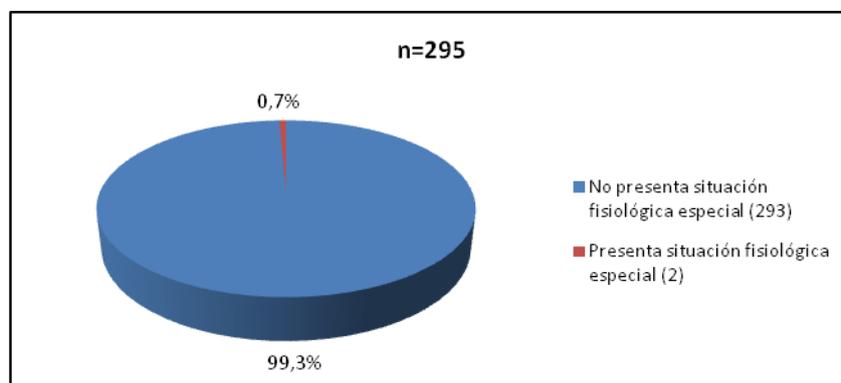
GRÁFICA 12. Familiar del paciente que realiza la consulta



Situación fisiológica de los pacientes

Sólo dos pacientes presentaban una situación fisiológica especial (una embarazada y una mujer en período de lactancia). El resto, más del 99%, no presentaban ninguna situación fisiológica especial.

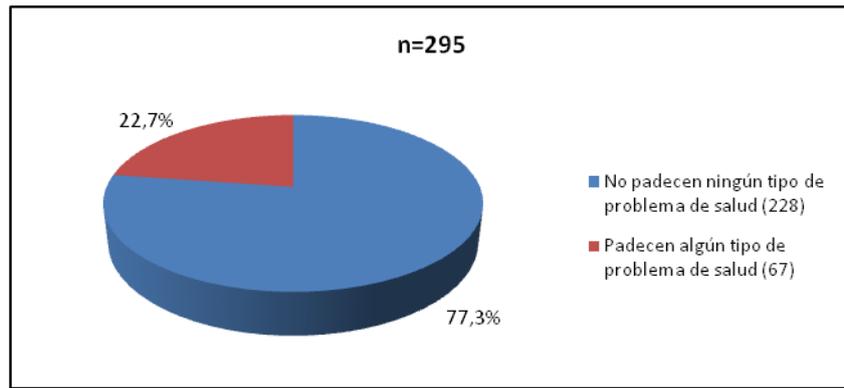
GRÁFICA 13. Pacientes que presentan situación fisiológica especial



Si los pacientes presentan problemas de salud concomitantes

Más de las tres cuartas partes del total de pacientes (77,3%) declararon, ellos o sus representantes, que no padecían ningún tipo de problema de salud.

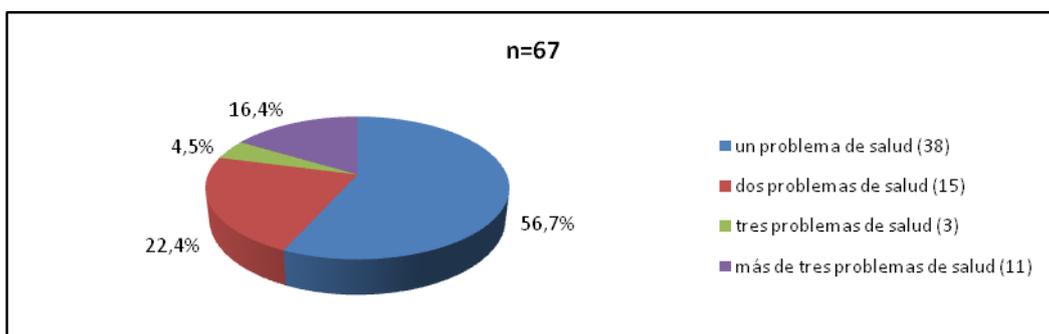
GRÁFICA 14. Pacientes que presentan problemas de salud concomitantes



Número de problemas de salud concomitantes que presentan

De los 67 pacientes que declararon padecer algún tipo de problema de salud, más de la mitad (38 pacientes) presentaban sólo uno.

GRÁFICA 15. Número de problemas de salud en pacientes que declaran tener alguno



Tipos de problemas de salud concomitantes que presentan

De los 67 pacientes que declararon padecer algún tipo de problema de salud, los grupos mayoritarios de enfermedades que padecían eran endocrinas, nutricionales y metabólicas (15 pacientes) y enfermedades del sistema circulatorio (14 pacientes).

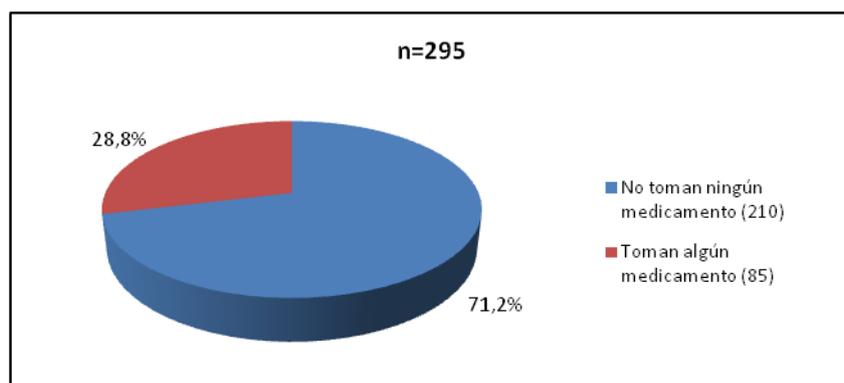
GRÁFICA 16. Frecuencia con la que se presentan los distintos problemas de salud (n=88)



Si los pacientes toman medicamentos concomitantes

La mayoría de los pacientes (210) no tomaban ningún medicamento en el momento en que se realizó el estudio.

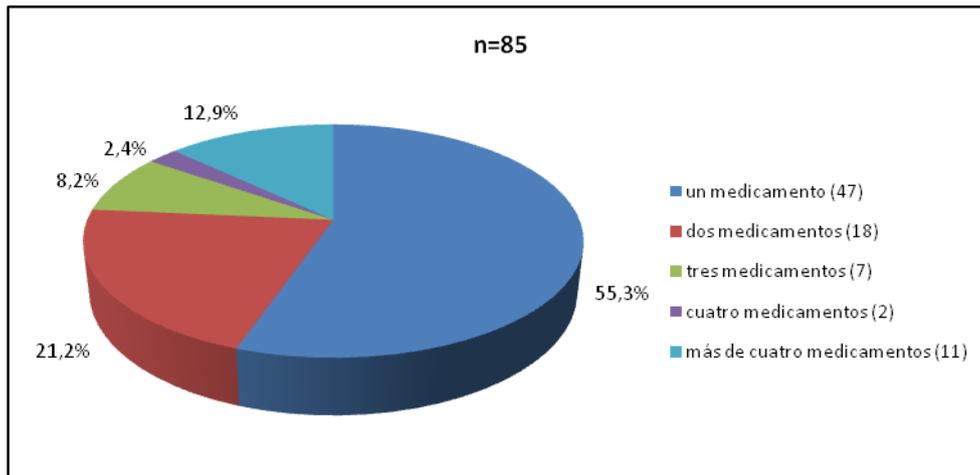
GRÁFICA 17. Medicamentos concomitantes



Número de medicamentos concomitantes que toman

De los 85 pacientes que tomaban medicamentos concomitantes, más de la mitad (47 pacientes) tomaban un sólo medicamento.

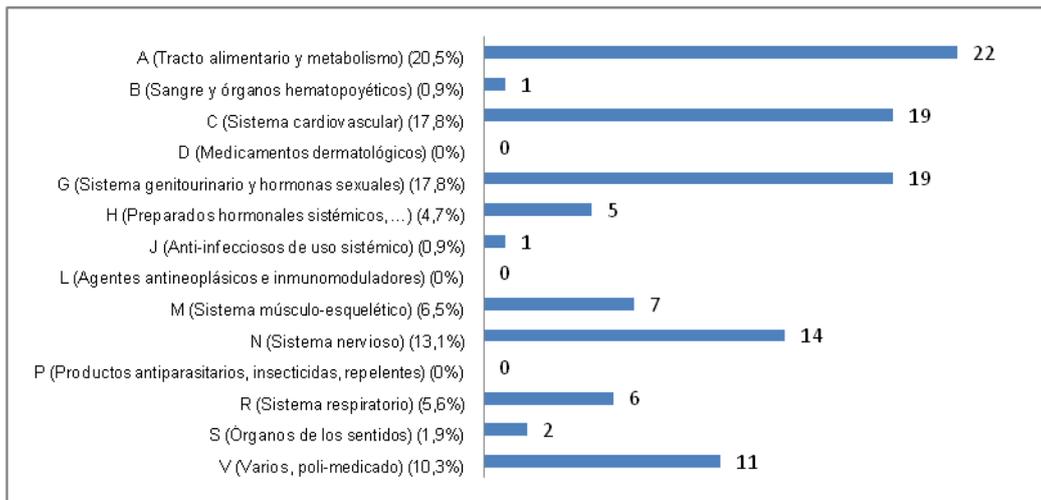
GRÁFICA 18. Número de medicamentos concomitantes



Tipos de medicamentos concomitantes que toman

Casi el 70% de los medicamentos que toman los pacientes se distribuyen entre los del grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) que son los mayoritarios con un 20,5%, seguido de los del grupo C (Sistema cardiovascular) con el 17,8% y G (Sistema genitourinario y hormonas sexuales) con igual porcentaje y finalmente los del grupo N (Sistema nervioso) con el 13,1% de los pacientes.

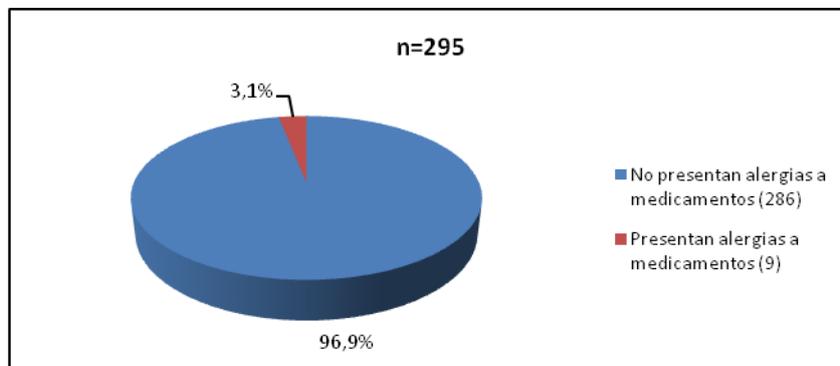
GRÁFICA 19. Frecuencia con la que se toman los diferentes tipos de medicamento (n=107)



Si los pacientes presentan alergias a medicamentos

La gran mayoría de los pacientes (96,9%) no presentaban alergias a medicamentos.

GRÁFICA 20. Alergias a medicamentos

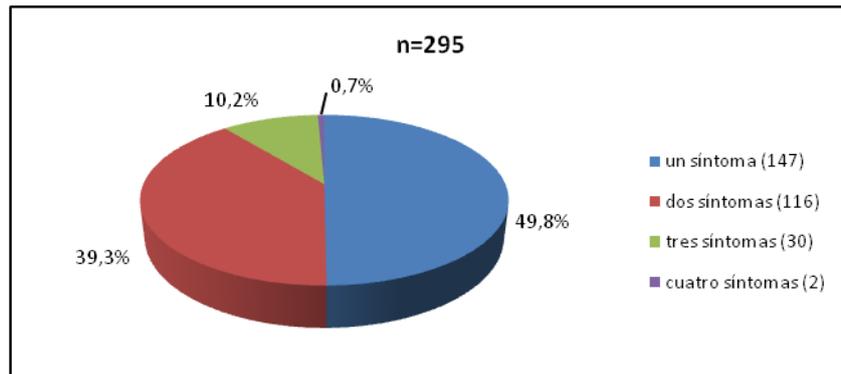


Los 9 pacientes que presentaban alergias a medicamentos son, según declaración del propio paciente, a los siguientes: Ácido acetil-salicílico (3 pacientes), Penicilina (2 pacientes), Augmentine, Sorbitol, Balsoprim y Pirazolonas.

Número de síntomas que presentan los pacientes

Tal y como se muestra en la gráfica 21, casi el 90% de los pacientes se distribuían entre los que presentaban un síntoma (49,8%) y los que presentaban dos síntomas (39,3%).

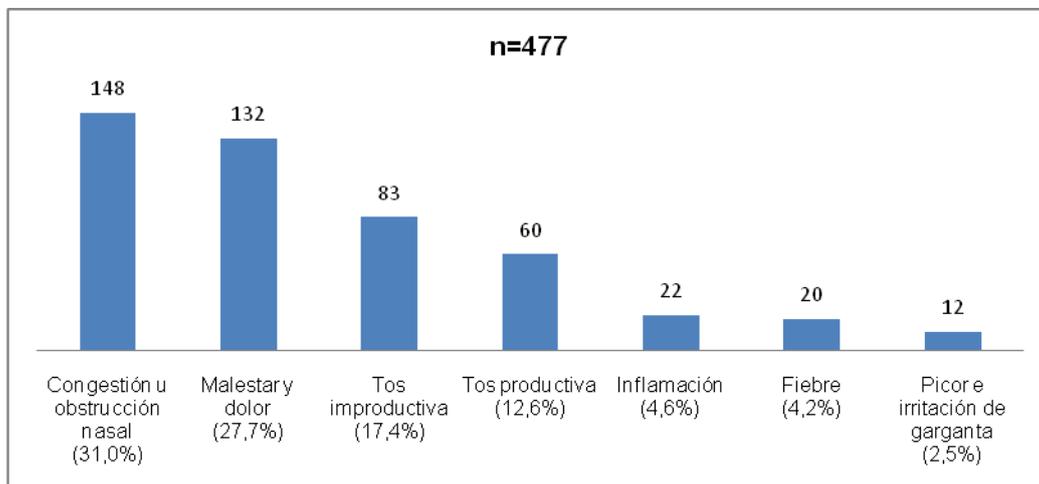
GRÁFICA 21. Número de síntomas que presentan los pacientes



Tipos de síntomas que presentan los pacientes

Los síntomas que motivaron las consultas de los pacientes se exponen en la gráfica 22, según la clasificación CIE-10. Tal y como viene representado, los síntomas más frecuentes eran congestión u obstrucción nasal (31%) seguido de malestar y dolor (27,7%).

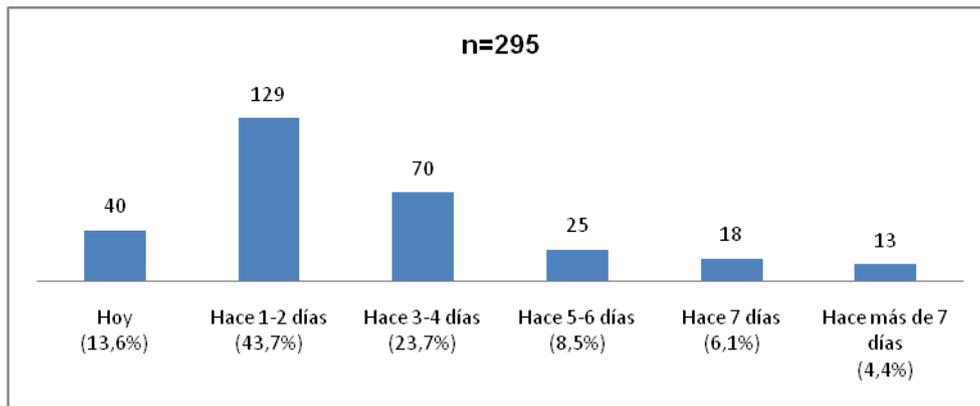
GRÁFICA 22. Frecuencia con la que se presentan los distintos síntomas



Tiempo que presentan dichos síntomas

El tiempo que presentan dichos síntomas se distribuye mayoritariamente entre los que declararon haber empezado “ayer o antes de ayer” (43,7%) y los que declararon haber empezado hace 3-4 días (23,7%).

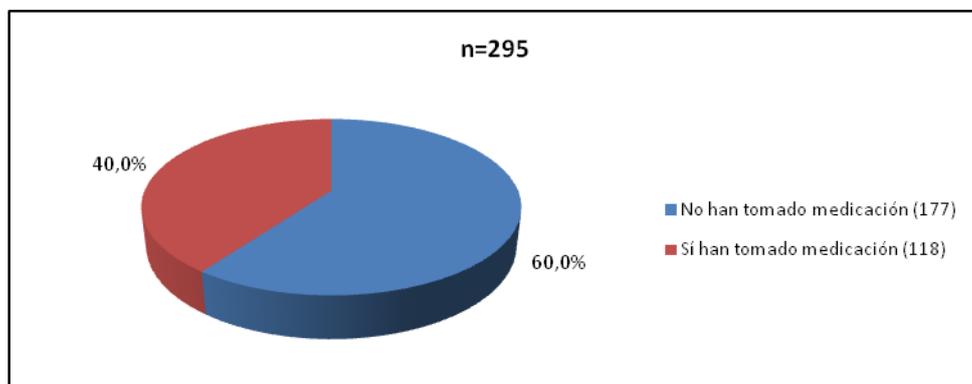
GRÁFICA 23. Momento en el que se presentaron los síntomas



Si los pacientes han tomado medicación anterior (para el problema de salud por el que consultan)

El 60 % de los pacientes no habían tomado medicación para el problema de salud que consultan antes de venir a la farmacia.

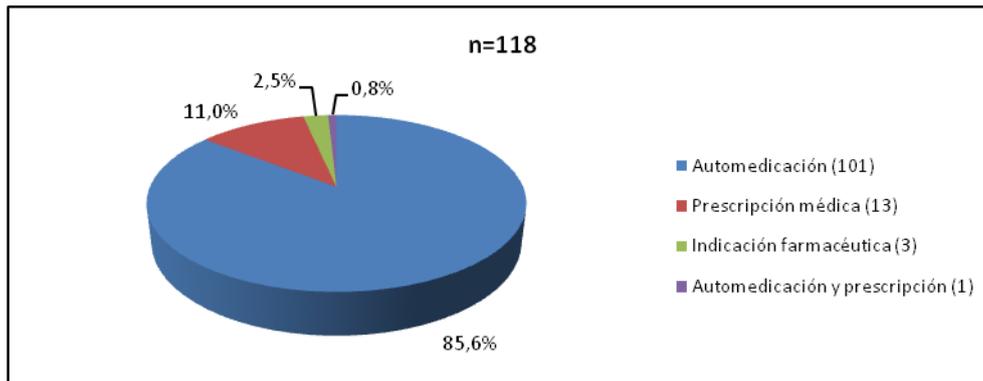
GRÁFICA 24. Medicación anterior para el problema de salud



Origen de la medicación anterior

La mayoría de los pacientes que tomaron medicación para el mismo problema de salud que consultan lo hicieron por auto-medicación (85,6%).

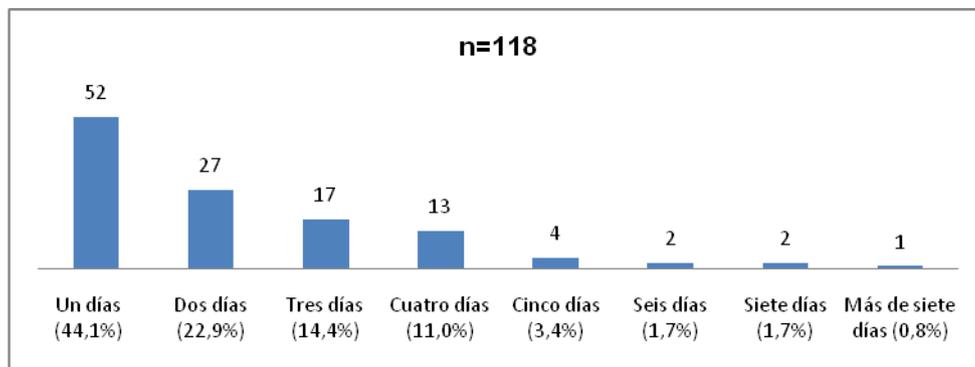
GRÁFICA 25. Origen de la medicación en pacientes medicados con anterioridad



Tiempo que han tomado la medicación anterior

La mayoría de los pacientes (más del 80%) se repartieron entre los que tomaron el medicamento un día (44,1%), dos días (22,9%) y tres días (14,4%).

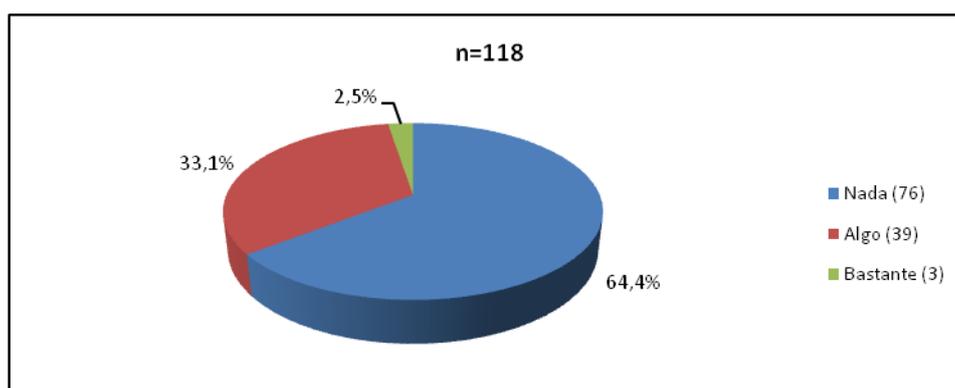
GRÁFICA 26. Tiempo que han tomado la medicación anterior



Efectividad de la medicación anterior

De los 118 pacientes que tomaron medicación, a la mayoría (76 pacientes), ésta no les hizo “nada” de efecto. Sólo hubo 3 pacientes a los que les hizo “bastante” efecto.

GRÁFICA 27. Efectividad de la medicación anterior

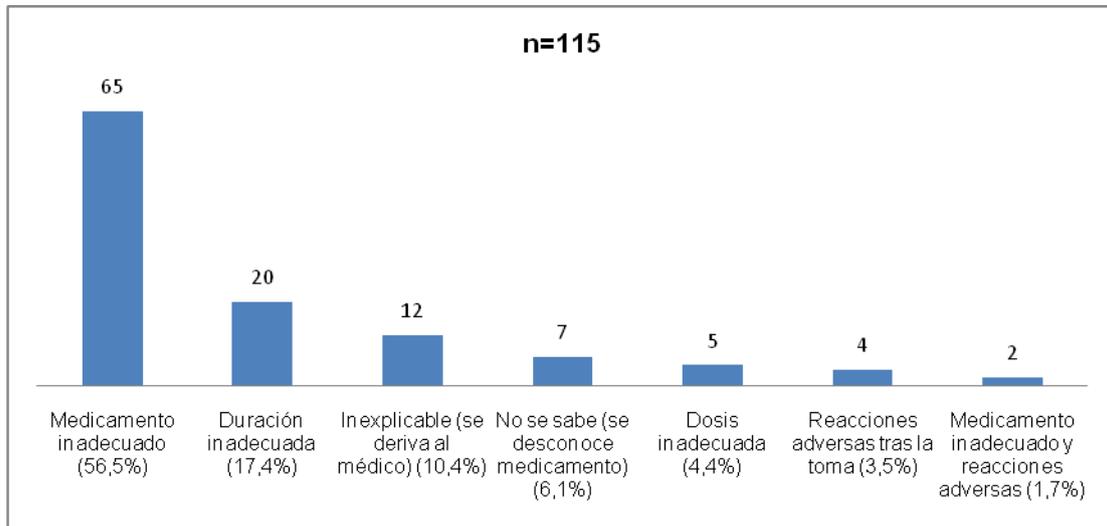


Estos 3 pacientes a los que la medicación les hizo bastante efecto, estaban tomando medicamentos durante varios días y habían notado bastante mejoría, aunque no se habían curado del todo; preguntaron si seguían tomándolo o si había otra cosa mejor. En los 3 casos, se les recomienda que sigan tomándolo durante 2 ó 3 días más y que si no mejoran, que vayan al médico.

Causa de ineffectividad de la medicación anterior

Para valorar la causa de ineffectividad de la medicación anterior, se valoran sólo a los pacientes que han tomado medicación para el mismo problema de salud que consultan y les han hecho “algo” o “nada” de efecto, es decir, 115 pacientes. Las causas más frecuente de ineffectividad eran que el medicamento es inadecuado (56,5%), seguido de la duración del tratamiento inadecuada (17,4%). Hubo 2 pacientes (1,7%) que no le hizo efecto por dos causas: además de ser el medicamento inadecuado, presentó reacciones adversas al mismo y por tanto no siguieron tomándolo.

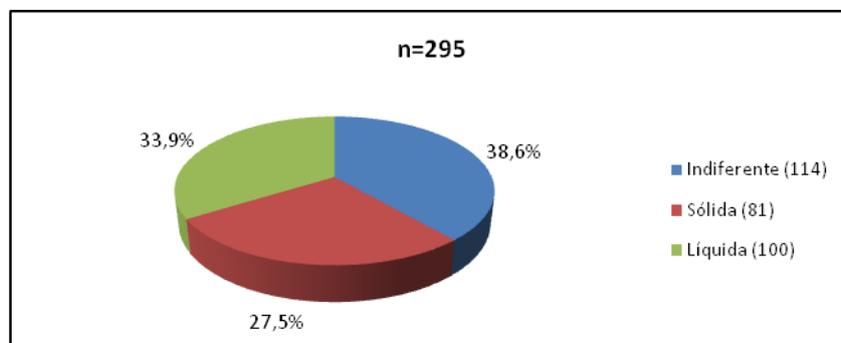
GRÁFICA 28. Causa de ineffectividad de la medicación tomada con anterioridad



Forma farmacéutica que prefieren los pacientes

Casi al 40% les era indiferente una u otra forma farmacéutica, mientras que el resto se distribuían, casi a partes iguales, entre la forma sólida (comprimidos, cápsulas, grageas, comprimidos para chupar) y la forma líquida (comprimidos efervescentes, sobres, jarabe).

GRÁFICA 29. Forma farmacéutica preferida

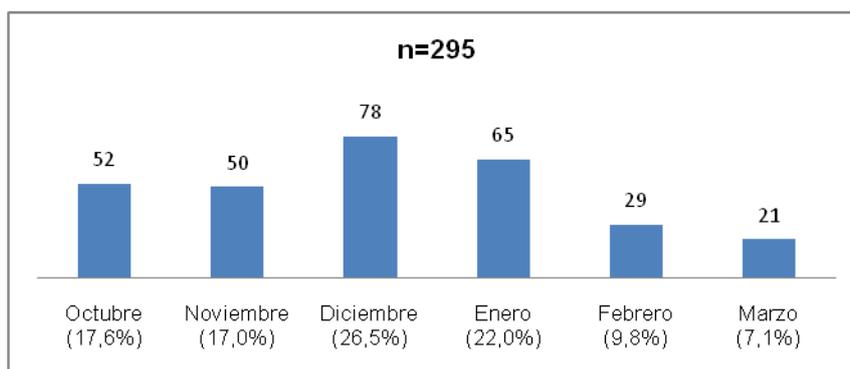


5.2.4. Objetivo 4: Relacionadas con las consultas realizadas por los pacientes

Mes en que realizan la consulta

Los meses que acudieron con más frecuencia a la farmacia a realizar consultas sobre gripe y resfriado son diciembre (26,5%) y enero (22%).

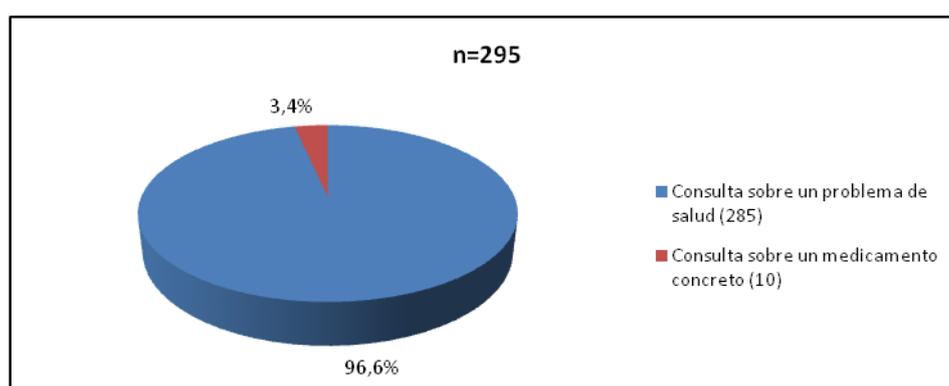
GRÁFICA 30. Mes en el que se realiza la consulta



Razón de consulta

La razón de consulta, en la gran mayoría de los casos (96,6%), es una consulta sobre un problema de salud. Sólo en el 3,4% de los casos, solicitan información sobre un determinado medicamento (que tenían en casa, que lo habían tomado en otras ocasiones, que lo había tomado una amiga...).

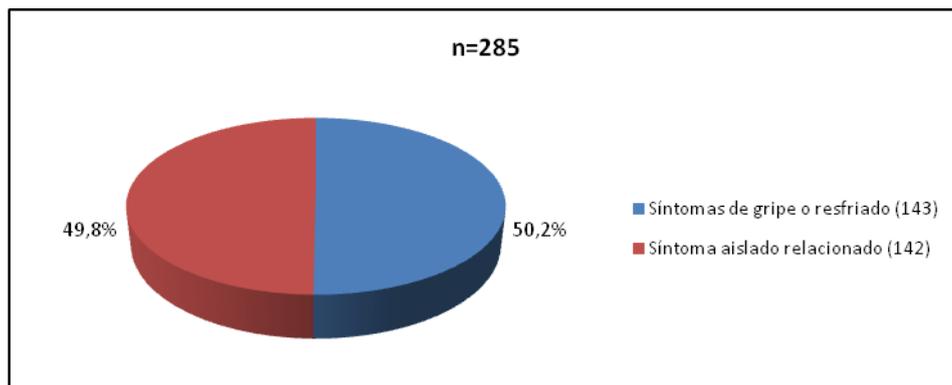
GRÁFICA 31. Razón de la consulta realizada



Problema de salud que consultan

Los problemas de salud que consultan los pacientes se reparten casi a partes iguales entre los que acudieron con gripe o resfriado (50,2%) y los que acudieron con algún síntoma aislado relacionado (49,8%).

GRÁFICA 32. Problema de salud consultado

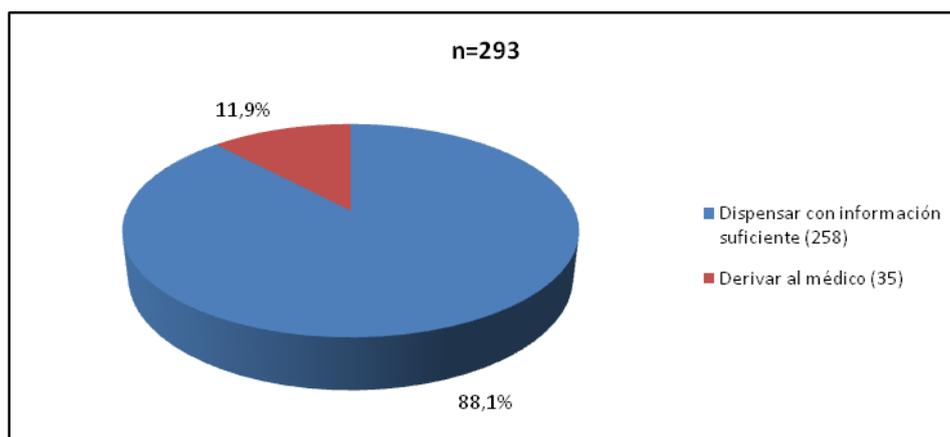


5.2.5. Objetivo 5: Relacionadas con el tipo de intervención escogida por el farmacéutico y con el tipo de respuesta post-intervención dada por los pacientes

Tipo de indicación farmacéutica

De los 293 pacientes a los que se les aplicó el protocolo, el tipo de indicación fue, mayoritariamente (88,1%), dispensar un medicamento de indicación farmacéutica con información suficiente sobre el mismo.

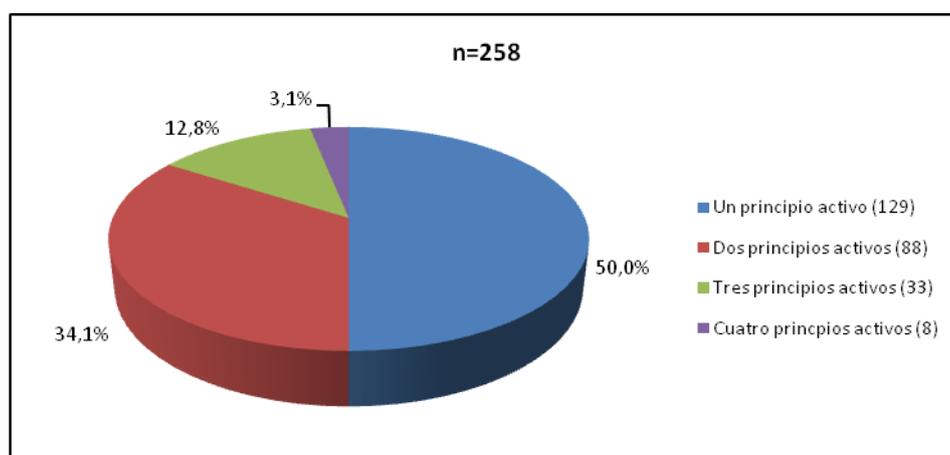
GRÁFICA 33. Tipo de indicación farmacéutica



Número de principios activos indicados por el farmacéutico

Como se ha mostrado en la gráfica anterior, de los 258 pacientes a los que, tras aplicar el protocolo, se les recomendó un medicamento de indicación farmacéutica, a la mitad se les indicó un único principio activo, mientras que en el 34,1% fueron dos principios activos y en el 12,8% tres principios activos. Tan sólo al 3,1% se les recomendó 4 principios activos.

GRÁFICA 34. Número de principios activos indicados



Medicamentos de indicación farmacéutica recomendados por el farmacéutico

Los medicamentos indicados por el farmacéutico se muestran en la gráfica 35. Tal y como se observa, los más recomendados fueron los preparados nasales (R01) con el 26,4%, seguido de los preparados para la tos y el resfriado (R05) con el 24,4% y de los analgésicos (N02) con el 21,9%.

GRÁFICA 35. Principios activos recomendados en la indicación farmacéutica (n=435)

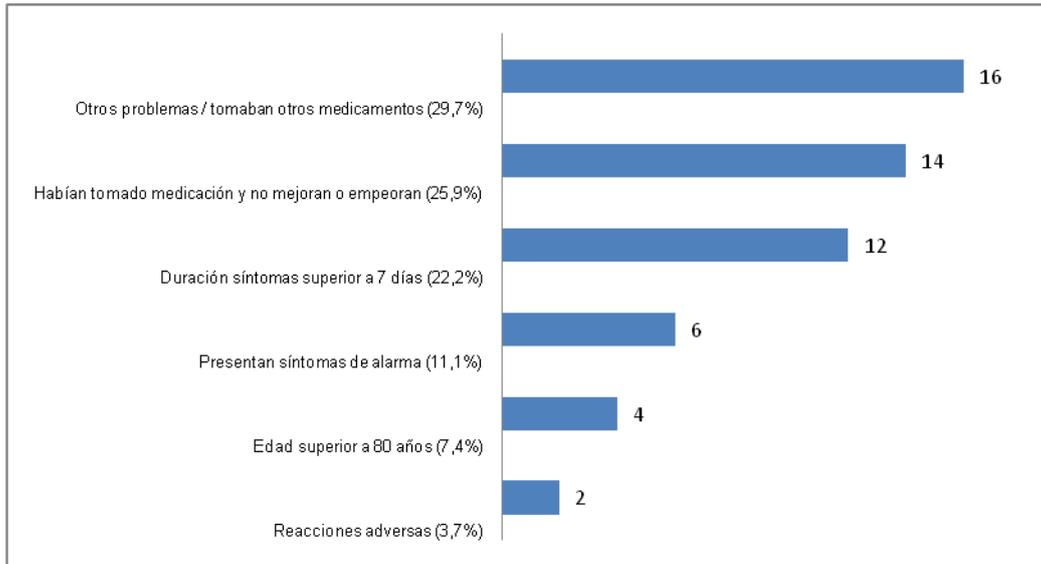


Causa de derivación al médico

Hubo 35 pacientes a los que, tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado, se les derivó al médico. Los motivos por los que se derivó al médico fueron en total 54, luego hay más de un paciente que se le deriva al médico por más de una causa.

Los motivos por los que se derivan al médico se muestran en la gráfica 36. Los motivos más frecuentes son que presentaban problemas de salud concomitantes o tomaban medicamentos concomitantes (29,7%), seguido de que habían tomado medicación para ese problema de salud y no habían mejorado o habían empeorado (25,9%).

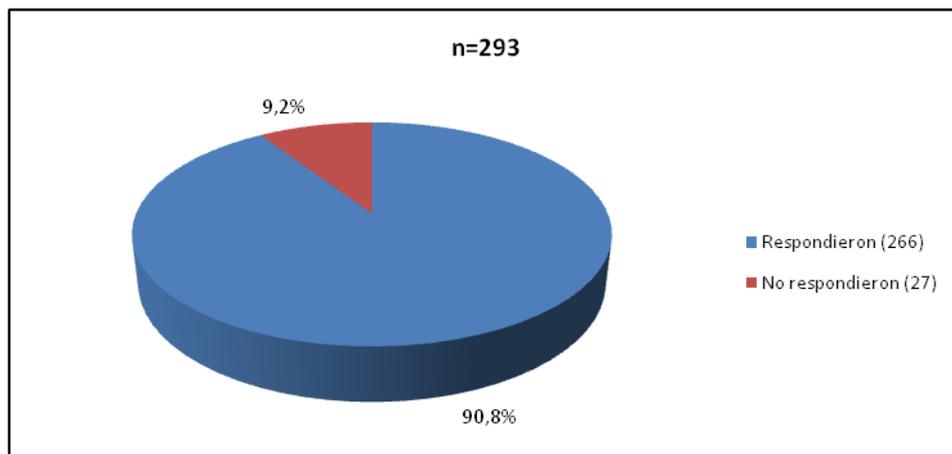
GRÁFICA 36. Causa de derivación al médico (n=54)



Si los pacientes han dado respuesta post-intervención

De los 293 pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo, la gran mayoría (90,8%) sí respondieron a la encuesta post-intervención.

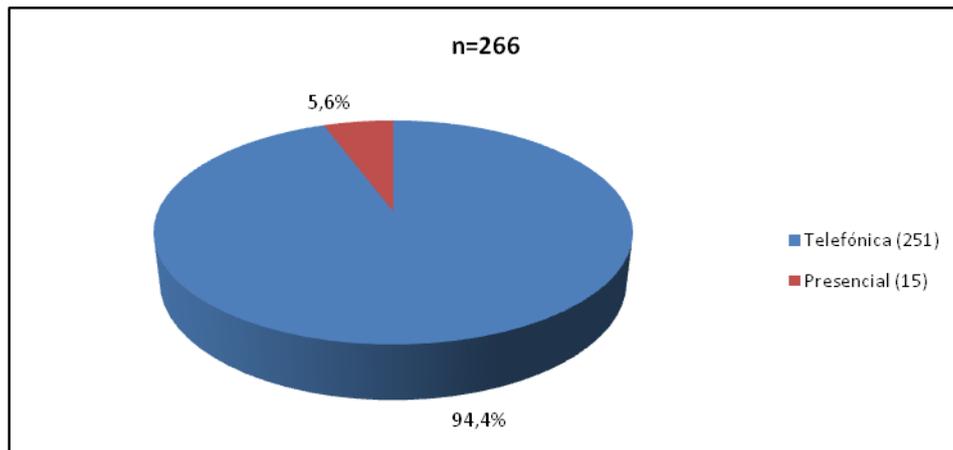
GRÁFICA 37. Pacientes que respondieron a la encuesta post-intervención



Vía utilizada por los pacientes para dar la respuesta post-intervención

De los 266 pacientes que respondieron a la encuesta post-intervención, la vía por la que lo hicieron fue, mayoritariamente, telefónica (94,4%).

GRÁFICA 38. Vía utilizada para dar la respuesta post-intervención

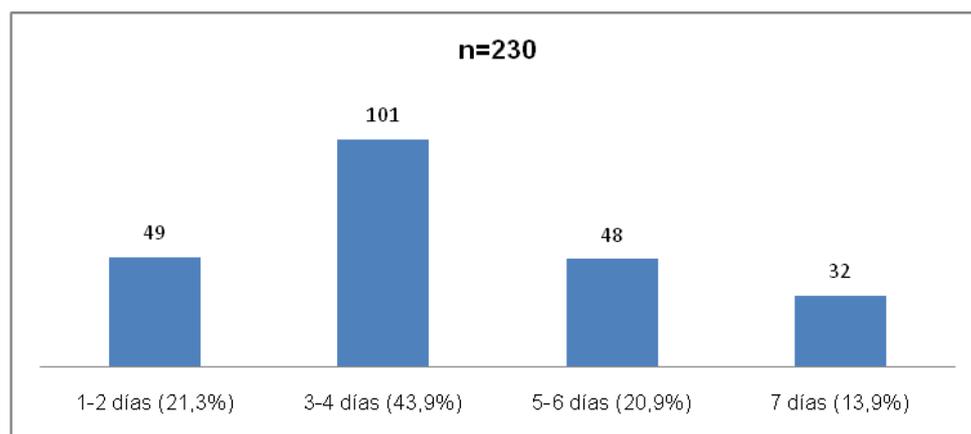


5.2.6. Objetivo 6: Relacionadas con las acciones llevadas a cabo por el paciente después de la intervención

Tiempo que han tomado el medicamento de indicación farmacéutica

De los 230 pacientes en los que se pudo valorar, ya que son los que se les aplicó el protocolo, se les indicó un medicamento, respondieron a la encuesta post-intervención y siguieron las indicaciones dadas por el farmacéutico, esto es, tomaron el medicamento recomendado, casi la mitad (43,9%) lo tomaron durante 3-4 días.

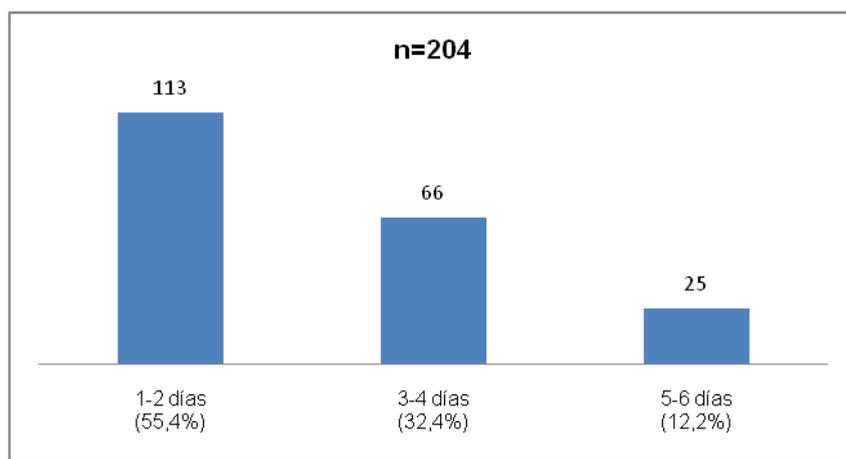
GRÁFICA 39. Tiempo que han tomado el medicamento de indicación farmacéutica



Tiempo que han tardado en notar mejoría tras la toma del medicamento

De los 204 pacientes que percibieron bastante mejoría tras la toma del medicamento de indicación farmacéutica recomendado, más de la mitad (55,4%) notaron mejoría el mismo día o al día siguiente de tomarlo.

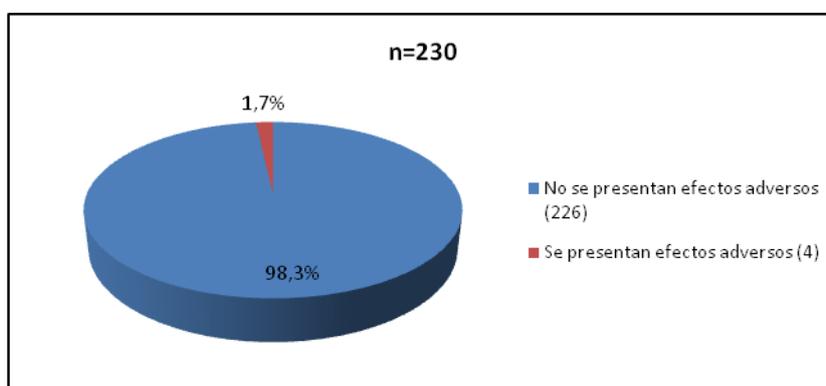
GRÁFICA 40. Tiempo que tardan en mejorar



Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento indicado

De los 230 pacientes que tomaron el medicamento de indicación farmacéutica recomendado, más del 98% no notaron ningún efecto adverso tras la toma.

GRÁFICA 41. Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento recomendado



Se describen a continuación estos cuatro pacientes en los que sí han aparecido efectos adversos:

- Una de las pacientes a la que se le recomendó un descongestionante (pseudoefedrina) y describió que “sólo tomé 2 cápsulas porque al día siguiente me salieron puntos rojos por todo el cuerpo. Fui al médico y me mandó un

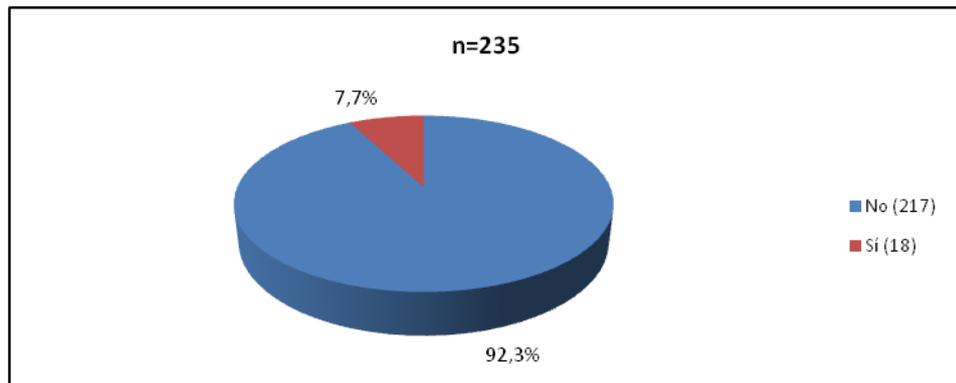
antihistamínico, me lo tomé 3 días y se me fue todo, tanto la congestión como la alergia”.

- Otro de los pacientes a los que se les recomendó una combinación de descongestionante (pseudoefedrina) y antihistamínico (triprolidina) describió que “se me quitó la congestión pero que estaba que me quedaba dormido, me notaba mareado, atontado, como si estuviera borrachín.”
- El tercer paciente se le recomendó un antiséptico (clorhexidina) para el picor y dolor de garganta que tenía y describió que “tomé sólo 4 pastillas porque nada más tomarlas me desapareció tanto el picor como el dolor de garganta, aunque, eso sí, empecé a notar una sensación rara aunque agradable, era como si estuviera en el aire, flotando, las pastillas hacían sentirme bien, como si no fuera yo”. Describió que “incluso al coger el coche, no controlaba la distancia y al aparcar (siempre aparco en el mismo sitio) por no controlar la distancia rajé la rueda trasera de arriba abajo”.
- Al último paciente se le recomendó una combinación de descongestionante (pseudoefedrina) y antihistamínico (triprolidina) y describió que “las tomé durante 4 días y se me quitó la congestión nasal pero que me encontraba con malestar, me notaba cansado, con sueño”.

Auto-derivación

De los 235 pacientes en los que se pudo valorar, ya que son los que se les ha aplicado el protocolo, se les ha indicado un medicamento de indicación farmacéutica y han respondido a la encuesta post-intervención, la gran mayoría (92,3%) no se auto-derivaron.

GRÁFICA 42. Casos de Auto-derivación



Los 18 pacientes que se auto-derivaron son aquellos que, tras tomar el medicamento recomendado, acudieron al médico por diversos motivos: notar poca mejoría, no notar mejoría, empeorar, aparecer nuevos síntomas, aparecer reacciones alérgicas, etc. salvo uno, que ya tenía cita con el médico así que antes de tomarlo prefirió esperar al día siguiente a ver qué le mandaba el médico.

A 16 de los 18 pacientes que se han auto-derivado, el médico les recomienda un medicamento de prescripción médica. Se describen a continuación los más significativos:

- Acudieron 6 pacientes a la farmacia con dolor y/o inflamación de garganta y tras consultar al médico, éste les prescribe un antibiótico.
- También acudieron 7 pacientes con tos seca, se les recomienda dextrometorfano y tras ir al médico, éste les prescribe codeína a 5 de ellos y antihistamínico a los otros 2.

Se describen a continuación los dos casos en los que el médico no recomienda un medicamento de prescripción médica:

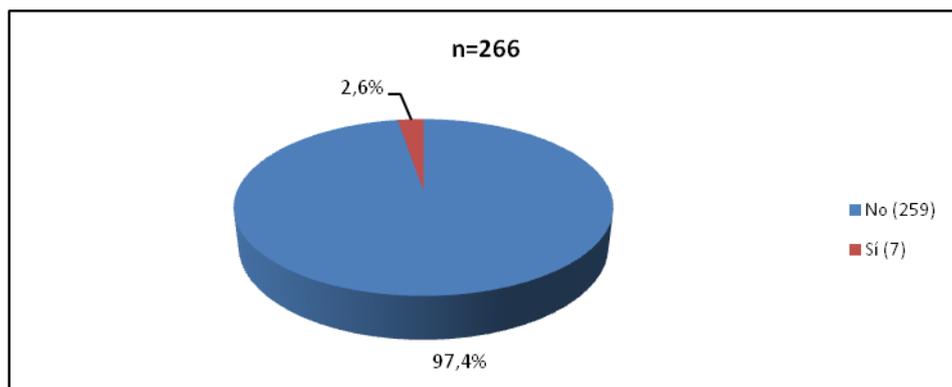
- Uno, que acude a la farmacia con dolor e inflamación de garganta y tras ir al médico, éste le prescribe un mucolítico.

- Otro, que acude a la farmacia con congestión nasal y tos con mucosidad. Se le recomienda un jarabe, no nota mejoría y tras ir al médico, éste le prescribe un mucolítico.

Auto-medicación

De los 266 pacientes en los que se pudo valorar, ya que son los que se les ha aplicado el protocolo y han respondido a la encuesta post-intervención, la gran mayoría (97,4%) no se auto-medicaron.

GRÁFICA 43. Casos de Auto-medicación



Se describen a continuación los 7 pacientes que se auto-medicaron:

- Dos de ellos, se les derivó al médico y no fueron; directamente se auto-medicaron:
 - Un paciente se auto-medicó con unos medicamentos que “había tomado otras veces que le pasaba lo mismo y le habían ido bien”.
 - Otro paciente “se encontró a un amigo que tiene lo mismo que él y está tomando un medicamento que le va bien”, así que se tomó el medicamento del amigo.
- En los cinco casos restantes, se les indicó un medicamento:

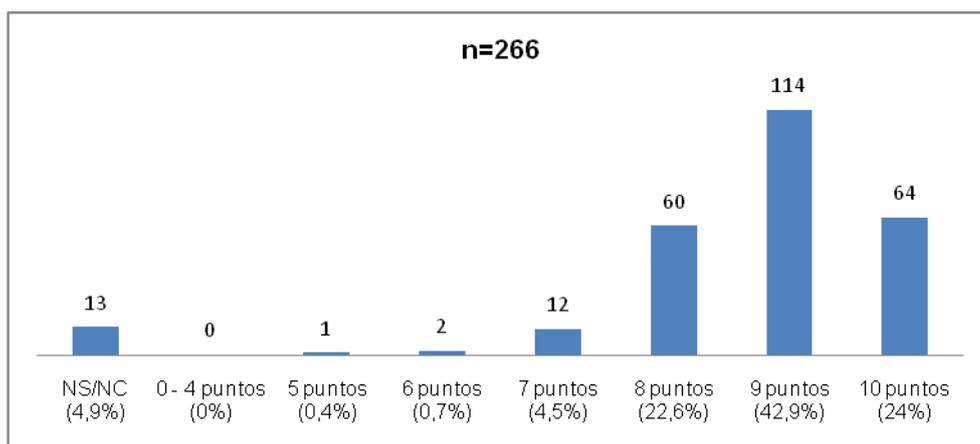
- Uno no se lo tomó sino que directamente se auto-medicó.
- Los otros cuatro sí lo tomaron:
 - Uno de ellos no notó ninguna mejoría y, por tanto, se auto-medicó.
 - Los otros tres sí notaron mejoría pero como no se terminaban de curar, se auto-medicaron.

5.2.7. Objetivo 7: Relacionadas con la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado

Satisfacción de los pacientes con el servicio de indicación farmacéutica

La valoración de la satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica fue mayoritariamente de 9 (42,9%) seguido de 10 (24%) y 8 (22,6%).

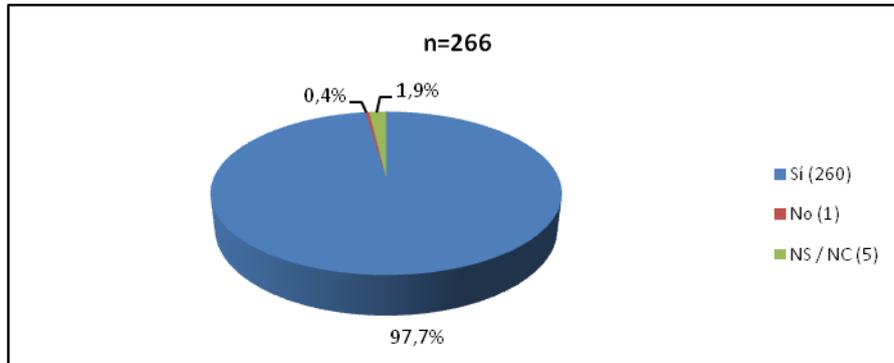
GRÁFICA 44. Valoración de la satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica



¿Volvería a entrar a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica?

La gran mayoría de los pacientes (260) volverían a entrar en la farmacia a solicitar el servicio de indicación. Sólo hubo un paciente que respondió con un “no”.

GRÁFICA 45. ¿Solicitaría de nuevo el servicio de indicación farmacéutica?



A continuación, se analiza el paciente que respondió con un “no”. Se trata de un paciente que acude a la farmacia con dolor de cuerpo y mucosidad en la nariz y pecho. Tras dispensarle un medicamento de indicación farmacéutica y contactar con él a la semana, responde: “lo he estado tomando una semana y hoy me estoy empezando a notar algo mejor, pero también porque he estado todo el sábado, domingo y lunes en la cama sin salir. A mí lo que me quita el resfriado son los antibióticos, otras veces he tomado tres pastillas y se me ha curado, así no”. Así que “volvería a entrar a la farmacia pero no ha solicitar el servicio sino a comprar un antibiótico para curarme cuanto antes”.

5.3. Análisis multi-variante

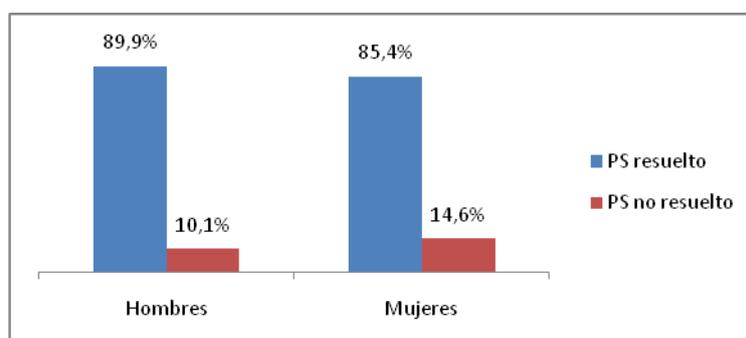
Relación entre las variables independientes: género, tramos de edad, problemas de salud concomitantes, medicamentos concomitantes y si ha tomado medicación anterior y las variables dependientes: problema de salud resuelto con indicación, mejoría de los síntomas y seguimiento de las indicaciones.

Se ha hecho una regresión logística y no se ha alcanzado una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre las variables. Por tanto, se puede concluir que las variables independientes: género del paciente, tramos de edad del paciente, si presenta problemas de salud concomitantes, si toma medicamentos concomitantes y si ha tomado medicación anterior, no se pueden asociar de forma estadísticamente significativa con las variables dependientes: problema de salud resuelto con indicación, mejoría de los síntomas y seguimiento de las indicaciones. No obstante, se presenta a continuación de forma gráfica la relación entre dichas variables.

Relación entre problema de salud resuelto con indicación y género del paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre resolución del problema de salud con indicación farmacéutica y género del paciente, el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación fue algo superior en los hombres (Gráfica 46).

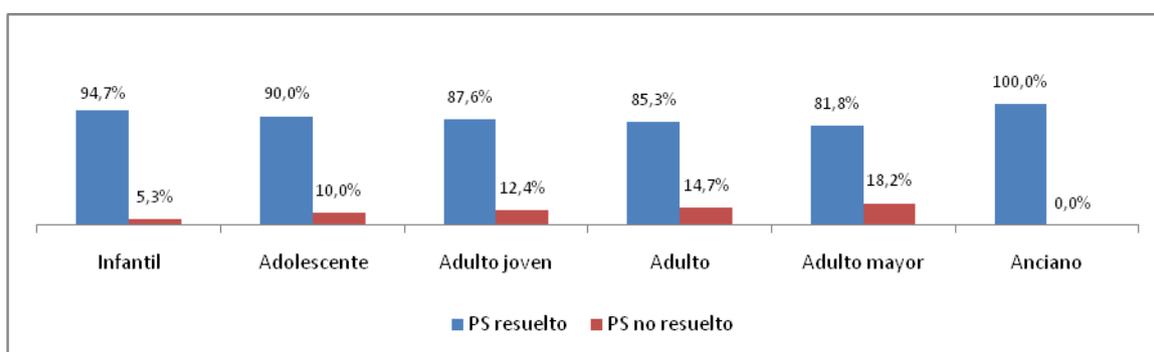
GRÁFICA 46. Relación Resolución del PS / Género del paciente (n=266)



Relación entre problema de salud resuelto con indicación y tramos de edad del paciente.

En cuanto al análisis de una posible relación entre resolución del problema de salud con indicación farmacéutica y tramos de edad del paciente, aunque el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación fue similar para los distintos tramos de edad, en los niños y ancianos fue superior al resto. (Gráfica 47).

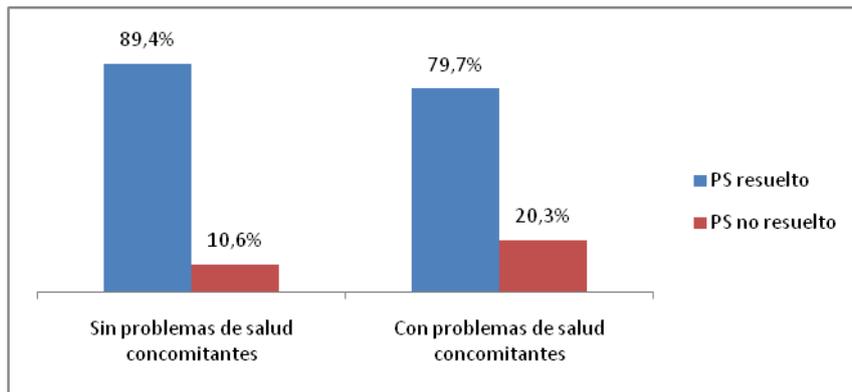
GRÁFICA 47. Relación Resolución del PS / Tramos de edad (n=266)



Relación entre problema de salud resuelto con indicación y problemas de salud concomitantes que sufre el paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre resolución del problema de salud con indicación farmacéutica y problemas de salud concomitantes, el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación fue superior en los que no presentaban problemas de salud concomitantes. (Gráfica 48).

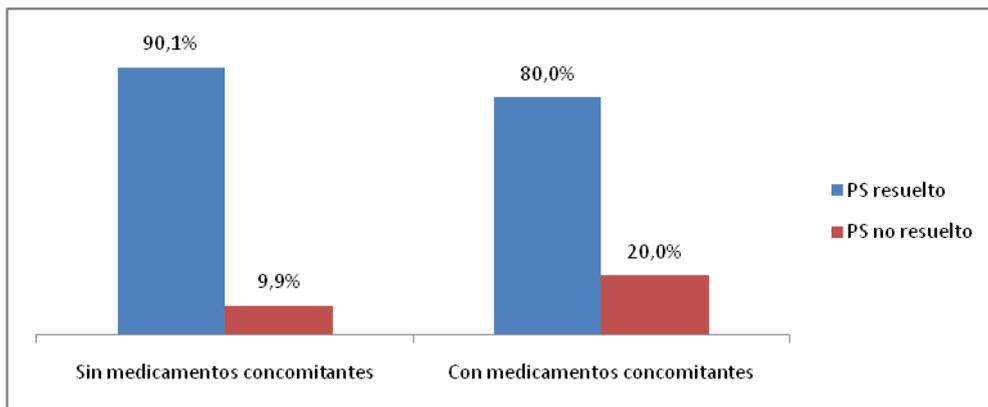
GRÁFICA 48. Relación Resolución del PS / PS concomitantes (n=266)



Relación entre problema de salud resuelto con indicación y medicamentos concomitantes que toma el paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre resolución del problema de salud con indicación farmacéutica y medicamentos concomitantes, el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación fue superior en los que no tomaban medicamentos concomitantes. (Gráfica 49).

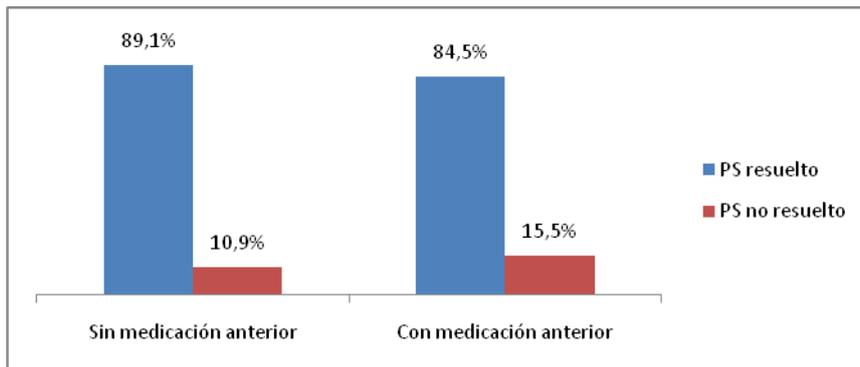
GRÁFICA 49. Relación Resolución PS / Medicación concomitante (n=266)



Relación entre problema de salud resuelto con indicación y si el paciente ha tomado medicación anterior

En cuanto al análisis de una posible relación entre resolución del problema de salud con indicación farmacéutica y si el paciente ha tomado medicación anterior para el mismo problema de salud, el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación fue superior en los que no habían tomado medicación anterior. (Gráfica 50).

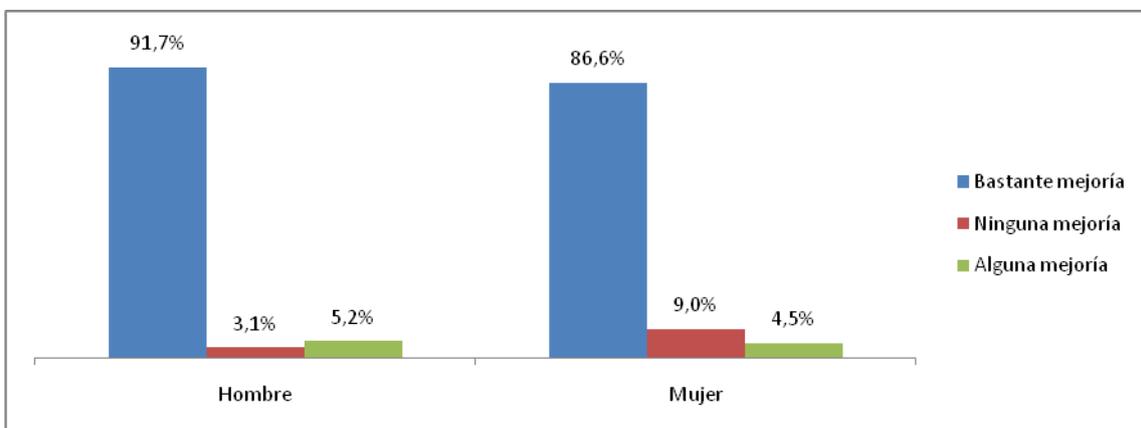
GRÁFICA 50. Relación Resolución PS / Medicación anterior (n=266)



Relación entre mejoría de los síntomas y género del paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre mejoría de los síntomas y género del paciente, el porcentaje de pacientes que percibieron bastante o alguna mejoría fue algo superior en los hombres (Gráfica 51).

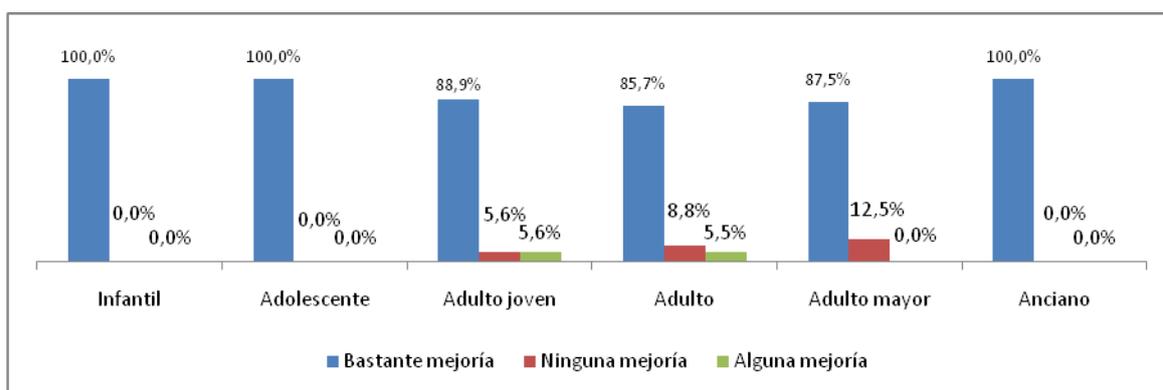
GRÁFICA 51. Relación Mejoría de los síntomas / Género del paciente (n=230)



Relación entre mejoría de los síntomas y tramos de edad del paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre mejoría de los síntomas y tramos de edad del paciente, aunque el porcentaje de pacientes que mejoraron bastante sus síntomas fue similar para los distintos tramos de edad, en los niños, adolescentes y ancianos fue superior (100%) al resto (Gráfica 52).

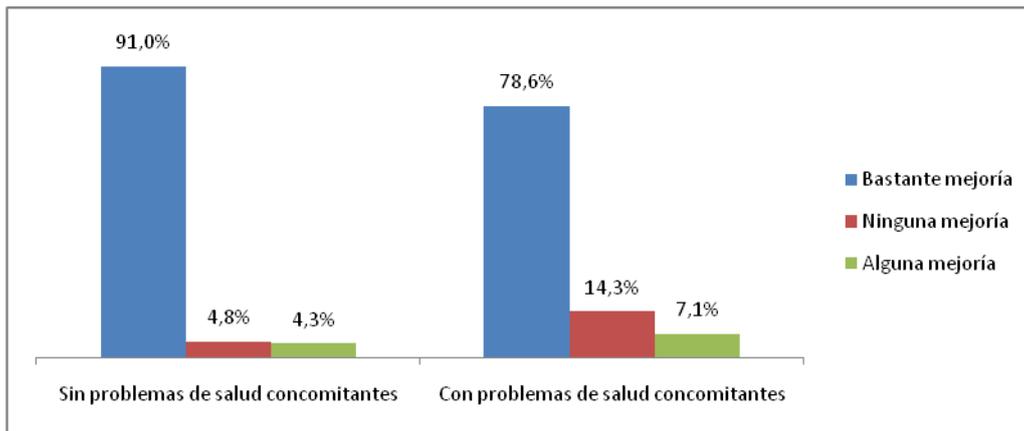
GRÁFICA 52. Relación Mejoría de los síntomas / Tramo de Edad (n=230)



Relación entre mejoría de los síntomas y problemas de salud concomitantes que sufre el paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre mejoría de los síntomas y problemas de salud concomitantes, el porcentaje de pacientes que percibieron bastante mejoría fue superior en los que no presentaban problemas de salud concomitantes y el porcentaje de pacientes que percibieron ninguna mejoría fue tres veces superior en los que presentaban problemas de salud concomitantes (Gráfica 53).

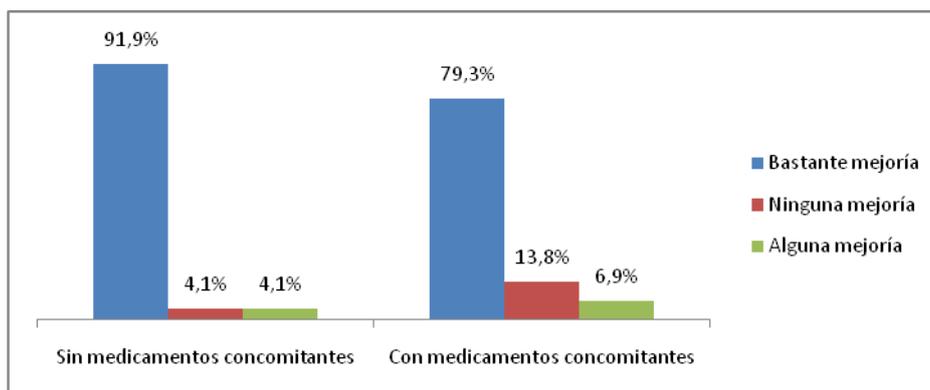
GRÁFICA 53. Relación Mejoría de los síntomas / PS concomitantes (n=230)



Relación entre mejoría de los síntomas y medicamentos concomitantes que toma el paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre mejoría de los síntomas y medicamentos concomitantes, el porcentaje de pacientes que percibieron bastante mejoría fue superior en los que no tomaban medicamentos concomitantes y el porcentaje de pacientes que percibieron ninguna mejoría fue más de tres veces superior en los que tomaban medicamentos concomitantes (Gráfica 54).

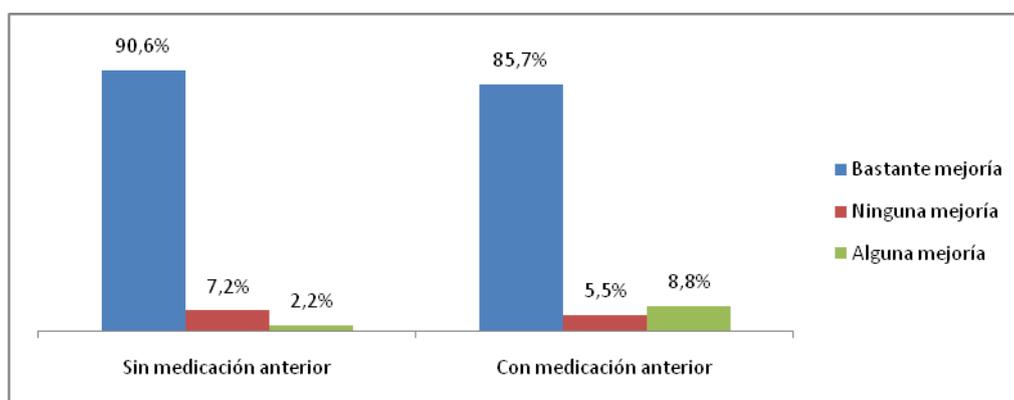
GRÁFICA 54. Relación Mejoría de los síntomas / Medicación concomitante (n=230)



Relación entre mejoría de los síntomas y si el paciente ha tomado medicación anterior

En cuanto al análisis de una posible relación entre mejoría de los síntomas y si ha tomado medicación anterior para el mismo problema de salud, el porcentaje de pacientes que percibieron bastante mejoría fue algo superior en los que no habían tomado medicación anterior. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que percibieron alguna mejoría fue cuatro veces superior en los que habían tomado medicación anterior (Gráfica 55).

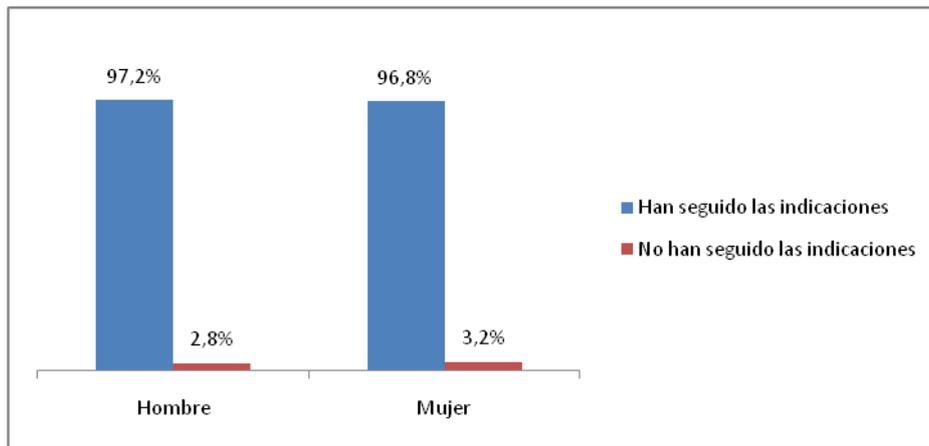
GRÁFICA 55. Relación Mejoría de los síntomas/ Medicación anterior (n=230)



Relación entre seguimiento de las indicaciones y género del paciente:

En cuanto al análisis de una posible relación entre seguimiento de las indicaciones y género del paciente, el porcentaje de pacientes que siguieron las indicaciones fue ligeramente superior en los hombres (Gráfica 56).

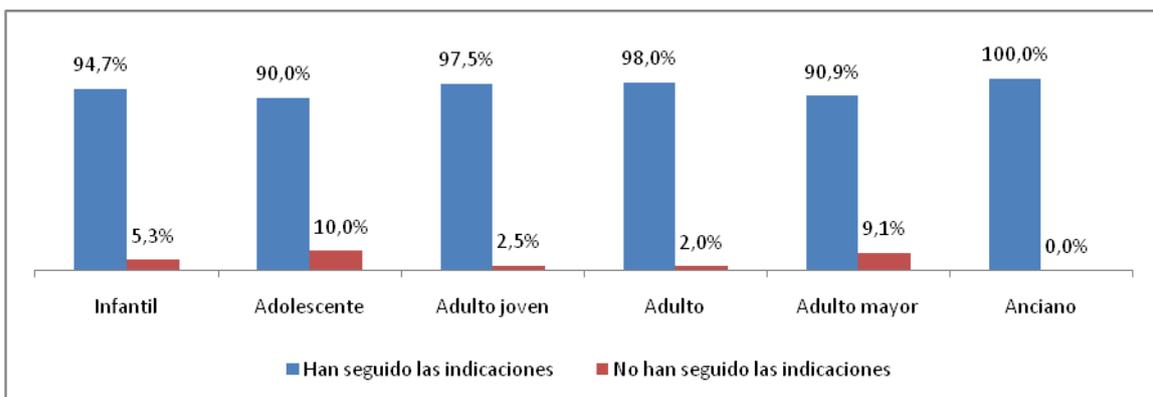
GRÁFICA 56. Relación Seguimiento de las indicaciones / Género del paciente (n=266)



Relación entre seguimiento de las indicaciones y tramos de edad del paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre seguimiento de las indicaciones y tramos de edad del paciente, el porcentaje de pacientes que no siguieron las indicaciones fue bastante superior (desde dos hasta diez veces superior) en los adolescentes y adultos mayores respecto al resto (Gráfica 57).

GRÁFICA 57. Relación Seguimiento de las indicaciones / Tramo de Edad (n=266)

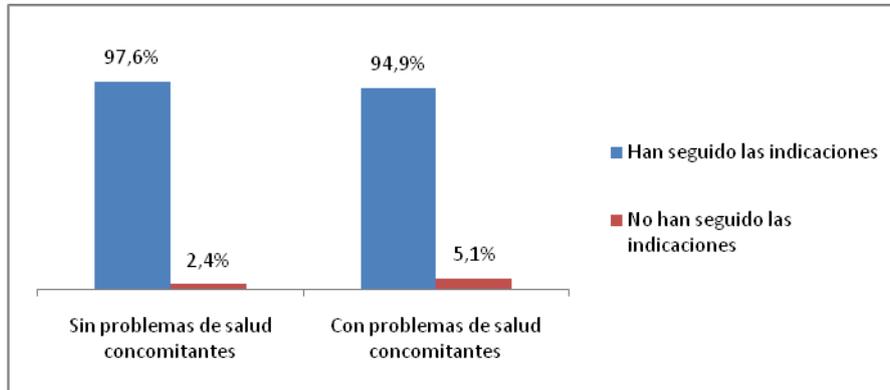


Relación entre seguimiento de las indicaciones y problemas de salud concomitantes

En cuanto al análisis de una posible relación entre seguimiento de las indicaciones y problemas de salud concomitantes, el porcentaje de pacientes que siguieron las

indicaciones fue algo superior en los que no presentaban problemas de salud concomitantes (Gráfica 58).

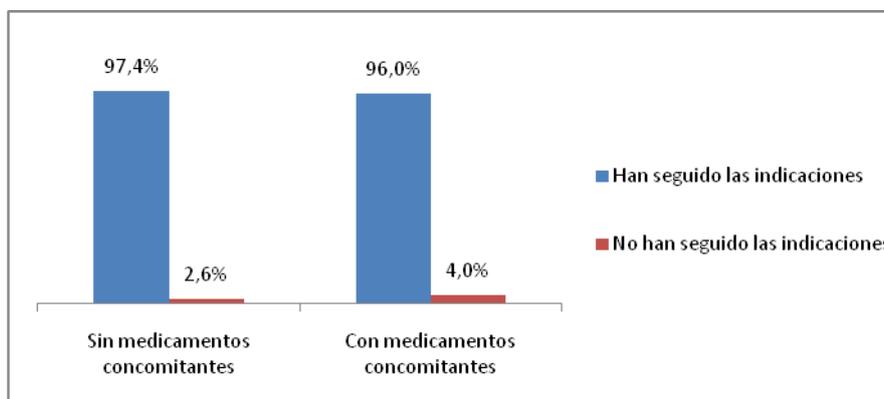
GRÁFICA 58. Relación Seguimiento de las indicaciones / PS concomitantes (n=266)



Relación entre seguimiento de las indicaciones y medicamentos concomitantes que toma el paciente

En cuanto al análisis de una posible relación entre seguimiento de las indicaciones y medicamentos concomitantes, el porcentaje de pacientes que siguieron las indicaciones fue algo superior en los que no tomaban medicamentos concomitantes. (Gráfica 59).

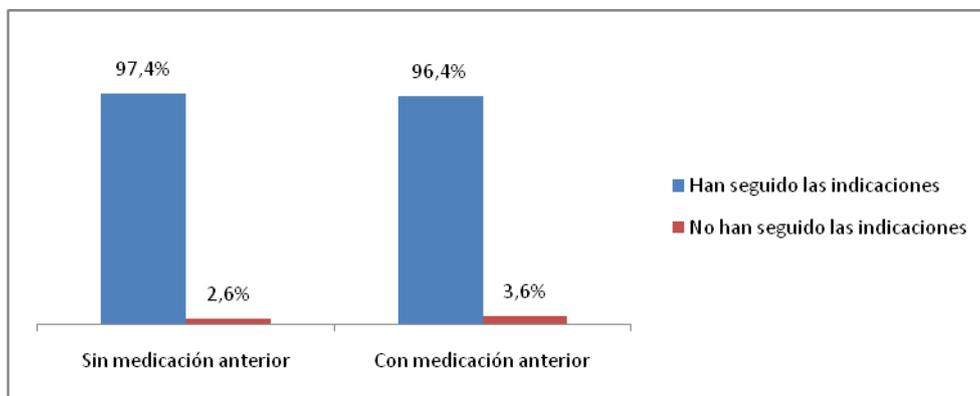
GRÁFICA 59. Relación Seguimiento de las indicaciones / Medicación concomitante (n=266)



Relación entre seguimiento de las indicaciones y si el paciente ha tomado medicación anterior

En cuanto al análisis de una posible relación entre seguimiento de las indicaciones y si el paciente ha tomado medicación anterior para el mismo problema de salud, el porcentaje de pacientes que siguieron las indicaciones fue ligeramente superior en los que no habían tomado medicación anterior (Gráfica 60).

GRÁFICA 60. Relación Seguimiento de las indicaciones / Medicación anterior (n=266)



6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Discusión sobre las limitaciones del estudio

Este estudio presenta una serie de limitaciones, algunas de las cuales son inherentes al lugar donde se ha desarrollado, en este caso, la farmacia comunitaria y de la persona que lo ha realizado, en este caso, el farmacéutico responsable de la investigación. Antes de iniciarlo, se ha intentado en la medida que ha sido posible, reducir estas limitaciones, con el fin de que los resultados obtenidos sean fiel reflejo de la aplicación del protocolo en la oficina de farmacia. En este sentido,

Habilidad de comunicación con los pacientes

Una de las limitaciones que se han descrito en este tipo de estudios es la falta de práctica clínica de los farmacéuticos comunitarios y sus lagunas en habilidades de comunicación con los paciente¹⁸⁷. Para minimizar en lo posible esta limitación, el farmacéutico responsable del estudio, antes de iniciarlo realizó dos cursos de comunicación farmacéutico-paciente a nivel básico y avanzado con el fin de evitar que este aspecto pudiera influir en la obtención de los resultados.

Lugar de realización del estudio

Este estudio se ha realizado en una única oficina de farmacia de capital de provincia y perteneciente a un barrio de nivel cultural medio, lo cual podría limitar la extrapolación de los resultados a otras zonas de características demográficas distintas, tales como zonas rurales, otros niveles de educación o cultura, o incluso para farmacias situadas en zonas comerciales¹⁸⁸.

Tiempo para desarrollar el proceso de indicación farmacéutica

El tiempo ha sido una importante limitación a la hora de realizar el estudio. Para conseguir realizar la indicación en tiempo real se ha renunciado a dar información escrita y a recoger más datos del paciente, como son nivel de estudios⁹³, si son clientes habituales o de paso⁹³, situación laboral¹⁸⁹, estado civil¹⁹⁰, clase social¹⁹⁰, número de

miembros de la unidad familiar¹⁹¹, país de nacimiento¹⁹², estilos de vida¹⁹², la renta¹⁹², nivel educativo¹⁹², ocupación¹⁹², asistencia sanitaria pública o privada⁹⁷ que en otros estudios sí han quedado recogidos en la hoja de registro de datos. En este estudio no se han tenido en cuenta estos datos por considerar que no son factores que influyan en la decisión que ha de tomar el farmacéutico sobre el tipo de intervención y sin embargo sí pueden contribuir a retrasar el desarrollo del proceso de indicación farmacéutica.

6.2. Discusión de resultados por objetivos

6.2.1. Objetivo 1: Relacionadas con la efectividad del protocolo de indicación farmacéutica

Si los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico

En cuanto a la efectividad del protocolo, la gran mayoría de los pacientes (97%) sí han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico. Este resultado coincide con otros trabajos^{95, 77, 100, 193} en los que la indicación farmacéutica es aceptada en un porcentaje superior al 90%.

Este resultado era de esperar ya que al ser el paciente o usuario el que demanda la actuación del farmacéutico, es más fácil que siga sus indicaciones, ya que es el propio paciente quien ha decidido que el farmacéutico ponga remedio a su problema de salud⁷⁶. Con ello se demuestra la gran confianza depositada en el farmacéutico no sólo por el hecho de ir a consultarle su problema de salud sino también por seguir sus indicaciones. Además, este elevado porcentaje de aceptación de la indicación demuestra la necesidad de un profesional sanitario cualificado como el farmacéutico, que evite la automedicación irresponsable.

Mejoría de los síntomas tras la indicación de un medicamento

Para valorar la mejoría percibida por los pacientes tras la toma del medicamento recomendado, el 88,7% percibieron bastante mejoría en sus síntomas y como consecuencia ni se auto-medicaron ni se auto-derivaron, mientras que el 11,3% mejoraron poco o nada. En el trabajo de Machuca y cols⁹², el 88% de los pacientes mejoraron sustancialmente sus síntomas mientras que el 12% mejoraron poco o nada.

Este resultado lleva a pensar en el papel fundamental que desempeña el farmacéutico en el auto-cuidado de la salud. Es precisamente el consejo del farmacéutico lo que diferencia al auténtico auto-cuidado de la salud de la automedicación arriesgada y peligrosa.

Derivación al médico correcta

En este estudio, la derivación al médico por el farmacéutico fue correcta en la mayoría de los casos (92,9%), ya que el médico les mandó un medicamento de prescripción.

En el estudio de Ferrer-López¹⁹⁴ cuyo objetivo era evaluar la aplicabilidad y efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla, todas las derivaciones efectuadas fueron correctas, ya que en ninguno de los casos se podría haber planteado una indicación farmacéutica pues se requería un diagnóstico médico previo al tratamiento.

El estudio de Velert⁷⁷ en el que se recogieron las consultas de los pacientes que acudían a la oficina de farmacia solicitando algún remedio para el alivio de síntomas menores reveló que de los pacientes que acudieron al médico, en la mayoría de los casos, el médico les prescribió un antibiótico u otro medicamento que precisaba receta.

Estos estudios revelan que, a los pacientes a los que el farmacéutico deriva al médico, en la mayoría de los casos, éste les prescribe un medicamento que precisa receta. Por tanto, la decisión del farmacéutico de derivar es, en la mayoría de los casos, correcta. Decisión que toma en base a los protocolos de indicación farmacéutica y criterios de

derivación al médico en síntomas menores¹⁰³. Con ello se demuestra la gran efectividad de estos protocolos ya que permiten discernir, con un alto porcentaje de aciertos, los casos que el farmacéutico puede tratar de los que no y que, por tanto, debe dejarlo en manos de otro profesional, en estos casos, el médico.

Problema de salud resuelto con indicación farmacéutica

Se ha considerado problema de salud resuelto con indicación farmacéutica, tanto a los pacientes a los que se les ha indicado un medicamento y han percibido bastante mejoría en sus síntomas tras la toma del medicamento indicado, como a los pacientes que se les ha derivado al médico y tras ir al médico, han resuelto su problema de salud.

Así pues, tras aplicar el protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado, el porcentaje de pacientes que resolvieron su problema de salud con indicación farmacéutica fue del 87,2%. En el trabajo publicado por Ferrer-López y cols⁹⁵, el 78% de los pacientes consideraba que su estado de salud era bueno o muy bueno a los 7 días de recibir el servicio de indicación farmacéutica.

Ambos estudios revelan que la indicación farmacéutica, bien mediante dispensación de un medicamento de indicación farmacéutica o bien mediante derivación al médico resuelven en un porcentaje alto de casos los problemas de salud planteados por los pacientes o sus familiares en la oficina de farmacia.

En el estudio de Machuca y cols⁹² en el que se indicó un medicamento a todos los pacientes, incluidos los pacientes a los que se les derivó al médico, la percepción de la salud del paciente tras la toma del medicamento era de mejor o curado en el 87% de los casos. En el estudio de Velert⁷⁷, la proporción de problemas resueltos, que no precisaron derivación al médico fue del 73,5%.

Todos estos datos dejan entrever que, para este tipo de circunstancias, es útil que exista un farmacéutico que pueda resolver el problema, ya que en caso contrario estos pacientes engrosarían las citas de los centros de salud para problemas banales. Se

demuestra con ello que el farmacéutico es un buen aliado del médico en estas circunstancias, ya que resuelve problemas⁹².

Así se pone de manifiesto en un estudio realizado sobre indicación farmacéutica y consulta en una farmacia rural¹⁹⁵ que dio como resultado que la atención farmacéutica es altamente valorada por los encuestados, especialmente la eficacia en la resolución del problema de salud.

6.2.2. Objetivo 2: Relacionadas con la aplicabilidad del protocolo

Número de pacientes perdidos

Cero, ya que se ha atendido a TODOS los pacientes, sin excepción, que han solicitado el servicio de indicación farmacéutica en gripe y resfriado quedando incluido, por tanto, como una tarea más dentro del trabajo diario de la oficina de farmacia sin dejar de atender por ello el resto de las obligaciones propias del farmacéutico de oficina de farmacia.

Este porcentaje del 100% nos muestra la gran viabilidad del protocolo en la oficina de farmacia dando cabida a todos los pacientes que solicitan este servicio sin entorpecer ni dejar de atender por ello el resto de tareas propias del farmacéutico de oficina de farmacia. Al ser ofrecido a todos los usuarios que acuden a la oficina de farmacia solicitando el servicio de indicación, se cumplen así algunos de los requisitos de la indicación farmacéutica¹¹², entre otros:

- Tener una cobertura del 100% de los usuarios de farmacia comunitaria.
- Ser proporcionado con profesionalidad, agilidad y confidencialidad.
- Poder integrarse en el funcionamiento operativo de las farmacias comunitarias.

Barbero y Alfonso, en su estudio⁸² sobre las características de la Consulta de indicación farmacéutica desde una farmacia comunitaria también incluyó a todos los usuarios o pacientes que demandaban algún medicamento para un problema de salud. Además, siempre que se producía una consulta, se registraban todos los datos en un Informe de Consulta de Indicación Farmacéutica.

En este estudio, también se han registrado todos los datos obtenidos en el proceso de indicación farmacéutica, ya que como parte del mismo, debe realizarse el registro documentado de las actividades y decisiones tomadas con un paciente lo que contribuye a conseguir un proceso de mejora continua en la indicación de medicamentos, a través del conocimiento de los resultados⁷⁶.

Sin embargo, esto no siempre es posible. Así, un estudio⁹⁶ realizado con el objetivo de caracterizar cualitativa y cuantitativamente la indicación farmacéutica en una farmacia comunitaria, el registro cuantitativo reflejó que la capacidad de registro total era de un 60%, perdiendo un 40% por falta de tiempo.

Tal y como afirma Baixauli⁷⁹, el registro de las indicaciones es siempre uno de los requisitos que más cuesta de cumplir, al igual que Besa y cols⁸⁰ que afirman que el registro de las indicaciones es difícil de implantar en la rutina diaria del farmacéutico. Coincidimos con Prats y cols¹⁹⁶ que opinan que para poderlo realizar, se precisa de un registro de la actividad del farmacéutico, ágil y compatible con la dinámica del mostrador, que se realice en el mismo momento en que se atiende al paciente.

Para ello, el farmacéutico responsable del estudio, registró los datos basándose en el Modelo de hoja de registro del Servicio de Indicación farmacéutica⁷⁶. Además, en todo momento fue él quien lo cumplimentó, con el fin de evitar posibles errores, así como olvidos involuntarios.

Una característica de este estudio es que se ha realizado en condiciones reales, es decir, durante el trabajo diario de una oficina de farmacia, teniendo que atender no sólo a los pacientes que acudían a solicitar el servicio de indicación, sino también al resto de pacientes, además del resto de tareas propias de la oficina de farmacia. Por tanto, una barrera importante a la hora de desarrollar este estudio ha sido la falta de tiempo. Falta de tiempo que no ha repercutido a la hora de implantar y desarrollar el protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado pero sí a la hora de completar el proceso de indicación farmacéutica, ya que si bien se ha podido atender a todos los pacientes que han solicitado el servicio de indicación, aplicarles el protocolo y registrar las intervenciones realizadas para así valorar la aplicabilidad y efectividad del protocolo, que este es al fin y al cabo el objetivo del estudio, no se ha podido completar el proceso de indicación farmacéutica, en cuanto a rellenar y entregar al paciente los Informes de Indicación farmacéutica y los Informes de interconsulta o de remisión al médico, debido precisamente a esa escasez de tiempo.

Un estudio¹⁹⁵ realizado sobre indicación farmacéutica y consulta en una farmacia rural con el objetivo conocer la calidad de la asistencia farmacéutica y su valoración general dio como resultados que la atención farmacéutica es altamente valorada por los encuestados. Sin embargo, una de las limitaciones fue el tiempo dedicado.

En un estudio¹⁹⁷ realizado con el objetivo de identificar los peligros y puntos críticos de control en los procesos operativos de la oficina de farmacia, dentro del proceso de indicación farmacéutica, uno de los puntos críticos identificados afectan a la comunicación con el paciente en cuanto a desinterés del farmacéutico, no aplicar el tiempo suficiente, no disponer de los recursos necesarios. Según el estudio, para controlar los peligros identificados, se necesita además de motivación del farmacéutico, una mejora en la estructura organizativa de la farmacia (organización del trabajo de la oficina de farmacia).

Gastelurrutia⁷¹ en su investigación sobre barreras para implantar los servicios cognitivos en la farmacia española señala que es importante que el farmacéutico se

libere de tareas burocráticas para poder dedicar todo su tiempo y conocimientos a estas funciones cognitivas.

Un estudio⁸⁰ realizado con el objetivo de conocer la opinión de los usuarios que demandan el servicio de indicación farmacéutica sobre ciertos aspectos del mismo, un 81% de los usuarios estaría dispuesto a dedicar el tiempo que fuera necesario para solucionar su problema de salud.

Se deduce pues que esa falta de tiempo viene impuesta, no tanto por el usuario que demanda el servicio de indicación, que al fin y al cabo lo que busca es resolver su problema de salud, sino por la propia dinámica de trabajo en la que está obligado a desenvolverse el farmacéutico comunitario, teniendo que atender al resto de pacientes que demandan una atención rápida y sin demora, además de tener que realizar y/o supervisar tareas propias del farmacéutico de oficina de farmacia, como son la elaboración de fórmulas magistrales, los análisis clínicos, sin olvidar la dedicación a la gestión empresarial que requiere la oficina de farmacia. Por ello, toda inserción que se haga en su labor diaria debe ser compatible con esta dinámica y con la profesionalidad que el servicio requiere¹⁹⁶.

Aplicación del protocolo de indicación farmacéutica

El protocolo de indicación farmacéutica se aplicó correctamente en todos los pacientes salvo dos. Se trata de dos pacientes que pese a cumplir los criterios de derivación, el farmacéutico no los deriva sino que les recomienda un medicamento de indicación farmacéutica.

En estos dos casos, el farmacéutico no siguió estrictamente el protocolo debido a la presión a la que se vio sometido ante la insistencia de ambos en que por favor les diera algo y para evitar la posible auto-medicación que probablemente conllevaría un peor resultado para el paciente, se decidió dispensar y curiosamente el resultado en ambos casos fue favorable, ya que percibieron una notable mejoría tras la toma del medicamento recomendado.

Al compararlo con otros trabajos como el de Machuca y cols⁹², éste aplicó el protocolo adecuadamente en el 92,2% de los casos mientras que en 13 no lo aplicó, 10 de ellos porque el paciente se negaba a acudir al médico y en 3 porque el farmacéutico cometió el error de indicar un medicamento que necesitaba receta una vez que había identificado un síntoma menor. De los 8 que fueron localizados posteriormente, todos menos uno se sintieron mejor o curados.

En el estudio de Ferrer López y cols¹⁹⁴ se aplicó el protocolo en el 95,3% de los casos sin desviaciones. El motivo por el que no aplicó el protocolo adecuadamente es que el farmacéutico, una vez más, cometió el error de indicar fármacos que requerían de receta médica.

Otro estudio⁹⁶ que tenía como objetivo caracterizar cualitativa y cuantitativamente la indicación farmacéutica realizada en una farmacia comunitaria, hubo un 6,8% de desviaciones del protocolo debido, al igual que los estudios anteriores, a que se dispensaron medicamentos no EFP.

En todos los estudios anteriores, la causa de desviación del protocolo es que el farmacéutico cometió el error de indicar un medicamento que necesitaba receta, es decir, no dispensó medicamentos de indicación farmacéutica. Este error no se ha cometido en este estudio ya que el farmacéutico responsable del mismo, durante la elaboración del protocolo y antes de su aplicación, se aseguró de cuáles eran los principios activos más adecuados para el tratamiento de cada síntoma menor y qué medicamentos contienen ese principio activo y están comercializados como OTC en España. Este requisito tan importante también se cumplió en otro estudio¹⁹⁸ sobre actuación del farmacéutico comunitario en indicación farmacéutica ante el paciente con dolor osteo-muscular agudo en el que la dispensación de medicamentos que no precisan prescripción fue un 100%.

Identificación de si el problema de salud por el que consulta el paciente es un síntoma menor

En este estudio, el protocolo ayudó a identificar correctamente el síntoma menor en el 91% de los casos. En el estudio de Ferrer-López y cols¹⁹⁴ se identificó el problema de salud menor en un 94,8% de los pacientes. Ello hace suponer que el farmacéutico, con este protocolo, tiene capacidad de identificar que un síntoma menor lo es en realidad, o sea, es capaz de distinguir lo que puede tratar de lo que no⁹². Así, se demuestra que con los protocolos, el farmacéutico dispone de una herramienta de gran ayuda a la hora de valorar si el problema de salud por el que consulta el paciente es un síntoma menor o no lo es. Además, este resultado pone de manifiesto que, en efecto, se tiende a consultar al farmacéutico para las «dolencias menores» que el usuario no aprecia como una amenaza, sino como una disminución pasajera de la calidad de vida o de la capacidad funcional. En cambio, si el paciente aprecia un síntoma más inquietante (según, claro está, su propio juicio) irá la mayoría de las veces al médico⁷³.

Además, un estudio¹²⁶ impulsado por el COF de Barcelona para descubrir si los barceloneses se auto-medican y hasta qué punto está arraigado este hábito entre ellos, reveló que el 73% de los más de 1.000 entrevistados, se consideran lo suficientemente capacitados para distinguir los síntomas leves y más del 60% manifestó que era el farmacéutico quién le recomendaba qué medicamento era el más adecuado según la sintomatología que presentaba.

6.2.3. Objetivo 3: Relacionadas con la caracterización de los pacientes

Género de los pacientes

En este estudio, el 60% son mujeres y el 40% hombres. Esta proporción es similar a la encontrada en otros estudios sobre indicación en los que el porcentaje de mujeres es siempre superior, siendo en algunos casos ligeramente superior 50,4%⁷⁸ y en otros bastante superior 68,4%¹⁰².

Edad y Tramos de edad de los pacientes

En este estudio, la edad media fue de 34,73 años con una desviación estándar de 17,17 años. Los tramos principales donde se agrupa la gran mayoría de la población (82,4%) son adulto joven (18-34 años) con el 45,1% de la población y adulto (35-64 años) con el 37,3%. Según esto, suele ser la población de edad intermedia adulta (18- 64 años) los que más acuden a la oficina de farmacia cuando tienen gripe, resfriado o algún síntoma relacionado ya que gozan de un mayor nivel de salud que probablemente les hace ver sus problemas de salud como banales y además disponen de menor tiempo para acudir a su médico por cuestiones de trabajo⁹².

Este resultado coincide con otros estudios sobre indicación^{78, 198, 199}, en los que los jóvenes en edad de trabajar suelen ser los que más acuden a la oficina de farmacia cuando tienen un problema de salud.

Paralelamente, se observa que los más jóvenes (niños y adolescentes) y los mayores (jubilados y ancianos) suelen acudir con menos frecuencia a la farmacia cuando tienen un problema de salud. Esto podría ser debido a que, por un lado, ambos disponen de más tiempo para acudir al médico, y por otro lado, en los más jóvenes, especialmente en los niños, los problemas de salud pueden causar más alarma en sus familiares, y por tanto, prefieren consultar al médico y en los mayores, los problemas de salud suelen ser más importantes o su situación de salud puede hacer necesitar la valoración de un médico⁹², unido al hecho de que los medicamentos son gratis para ellos⁸¹.

Sujeto que realiza la consulta y familiar que realiza la consulta

En este estudio, la persona que solicita el servicio de indicación es, en la mayoría de los casos (72,5%) el propio paciente. En los casos en los que es un familiar el que realiza la consulta, la persona que acude con más frecuencia es el padre o la madre (16%), seguido del marido o la mujer (6,8%).

Esto coincide con otros estudios sobre indicación farmacéutica en los que es el paciente el que realiza mayoritariamente la consulta, aunque el porcentaje es muy variable, desde un 65%⁷⁸ hasta un 90%⁹⁶.

El que venga el propio paciente es importante para poder asesorar y resolver correctamente la consulta de indicación farmacéutica⁷⁸, ya que la comunicación entre el farmacéutico y el paciente es directa, lo que supone una clara ventaja tanto para el farmacéutico a la hora de obtener información sobre el estado de salud del paciente como para el paciente a la hora de transmitirle información respecto a la utilización de los medicamentos recomendados, quedando limitadas las interferencias producidas cuando se trata de una información a trasladar a terceros. Además, existirán situaciones en las que el representante no disponga de la información necesaria para resolver la indicación farmacéutica. No obstante, en determinados casos, como las consultas de indicación farmacéutica en pediatría²⁰⁰ la presencia del representante es necesaria. Prueba de ello es que, en este estudio, para el tramo infantil (2-11 años) es un familiar en el 100% de los casos el que acude a la farmacia a realizar la consulta.

Situación fisiológica de los pacientes

En este estudio, sólo dos pacientes presentaban una situación fisiológica especial (una embarazada y una mujer en período de lactancia). Resultado que coincide con otro estudio¹⁹³ cuyo objetivo era analizar la población valenciana que solicita indicación farmacéutica, en el que demandaron este servicio 2,6 mujeres embarazadas.

De ahí se deduce que estas personas, cuando tienen un problema de salud prefieren ir al médico, lo cual es lógico ya que saben que los medicamentos que pueden tomar son muy limitados y además que el farmacéutico, en la mayoría de los casos, no los puede tratar derivándolos, por tanto, al médico.

Si los pacientes presentan alergias a medicamentos

En este estudio, sólo el 3,1% de los pacientes presentaban alergias a medicamentos, porcentaje algo inferior al encontrado en otros estudios: 4.94%⁷⁷, 6,1%⁷⁴, 6,5%⁸².

Se ha observado que, en algunos estudios de indicación^{92, 93, 193}, este dato no viene reflejado, quizás porque no se ha considerado importante y, por tanto, no se ha preguntado. En este estudio sí se ha considerado muy importante, ya que si bien es verdad que algunos de los pacientes este dato lo aportan sin necesidad de preguntarles, otros no y, ya se sabe las consecuencias que puede tener un error de este tipo.

Los medicamentos a los que los pacientes presentaban alergias son: Ácido acetil-salicílico (3 pacientes), Penicilina (2 pacientes), Augmentine, Sorbitol, Balsoprim y Pirazolonas.

Tal y como se puede observar, la mayoría de ellos no son medicamentos de indicación farmacéutica, ya que necesitan receta para su dispensación, pero otros, como el ácido acetil-salicílico forman parte de especialidades anticatarrales y antigripales OTC. De ahí la importancia de conocer si el paciente presenta alergia a algún principio activo.

Si los pacientes presentan problemas de salud concomitantes y número y tipos de problemas de salud concomitantes que presentan

En este estudio, el 22,7% de los pacientes declararon, ellos o sus familiares, que sí padecían alguna enfermedad, mientras que el resto no padecían otro problema de salud que no fuese el descrito como motivo de consulta. Al compararlo con otros estudios, este porcentaje varía siendo en algunos inferior 14,4%⁷⁴ y en otros superior 27,4%⁹⁵, 28.5%⁷⁷, 30%²⁰¹, 38,8%⁸².

Normalmente, este dato está directamente relacionado con la edad del paciente, lo que es lógico ya que a mayor rango de edad de los pacientes, mayor será el número de pacientes que presenten problemas de salud concomitantes. Así, en el estudio cuyo

porcentaje de pacientes que presentaron historia de patologías anteriores a la consulta fue de sólo el 14,4%⁷⁴, el grupo mayoritario fueron los jóvenes adultos con edad comprendida entre 15 y 40 años. En este estudio, el porcentaje de pacientes con problemas de salud concomitantes fue algo mayor, el 22,7% y el grupo mayoritario fueron los adultos con edad comprendida entre 18 y 52 años. En otro estudio⁹⁵ en el que el porcentaje de pacientes con problemas de salud concomitantes también fue superior 27,4%, el grupo mayoritario de pacientes fueron los adultos con edad comprendida entre 26 y 60 años. Como se puede observar, al hacer una comparación entre porcentaje de pacientes con problemas de salud concomitantes y rango de edad de los pacientes se puede comprobar que efectivamente sí hay una relación directamente proporcional entre ambas variables.

Además, en este estudio, de los que declararon padecer algún tipo de problema de salud, más de la mitad presentaban una única patología, siendo los grupos mayoritarios de enfermedades las endocrinas, nutricionales y metabólicas (17%) seguidas de las del sistema circulatorio (15,9%).

Si los pacientes toman medicamentos concomitantes y número y tipos de medicamentos concomitantes que toman

En este estudio, sólo el 28,8% de los pacientes tomaban algún medicamento para otro problema de salud diferente al consultado. Al igual que en el apartado anterior, en otros estudios, este porcentaje varía, siendo en algunos inferior: 23,2%⁹⁵ y en otros superior: 36%²⁰¹, 36,2%⁸², 38%⁷⁷, 40%⁹⁷.

Sin embargo y a diferencia del apartado anterior, este dato no está directamente relacionado con la edad del paciente. Así, en el estudio cuyo resultado de pacientes que toman medicamentos concomitantes fue de sólo el 23,2%⁹⁵, el grupo mayoritario fueron los adultos con edad comprendida entre 26 y 60 años, en este estudio en el que el porcentaje de pacientes que tomaban medicamentos concomitantes fue algo mayor, el 28,8%, el grupo mayoritario fueron los adultos con edad comprendida entre

18 y 52 años, y en otro estudio en el que el porcentaje de pacientes que tomaban medicamentos concomitantes también fue superior 36,2%⁸², el grupo mayoritario fueron los adultos con edad comprendida entre los 13 y los 50 años. Al hacer una comparación entre porcentaje de pacientes que toman medicamentos concomitantes y rangos de edad de los pacientes vemos que no hay una relación directamente proporcional entre ambas variables. Se podría pensar que no es lógico ya que a mayor edad, mayor número de medicamentos tomarán. Pero esto no siempre es cierto ya que algunos medicamentos como los anticonceptivos no están relacionados directamente con la edad ya que son las más jóvenes los que los toman. Así, en este estudio, casi el 20% de los medicamentos que toman los pacientes son del grupo G (Sistema genitourinario y hormonas sexuales) y en el estudio de Ferrer⁹⁵ entre los tratamientos utilizados en el momento de la consulta también citan los anticonceptivos.

Además, en este estudio, de los que declararon tomar algún medicamento, más de la mitad tomaban sólo uno. Este dato coincide con otro estudio⁹⁷, en el que el número medio de medicamentos en uso fue de 1,5 (DS: 0,75).

Asimismo, más de la mitad (56,1%) de los medicamentos que toman los pacientes se distribuyen entre los del grupo A (Tracto alimentario y metabolismo) que son los mayoritarios con un 20,5%, seguido de los del grupo C (Sistema cardiovascular) con el 17,8% y G (Sistema genitourinario y hormonas sexuales) con igual porcentaje de pacientes. Esto coincide lógicamente con lo encontrado en el apartado anterior en el cual los grupos mayoritarios de enfermedades que presentan los pacientes eran las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (17%) seguido de las del sistema circulatorio (15,9%). También predominan los medicamentos del grupo G (Sistema genitourinario y hormonas sexuales). No hay que olvidar que la mayoría de la población que consulta son mujeres con edad comprendida entre 18-34 años y por tanto susceptibles de tomar este grupo de medicamentos.

Por tanto, y a modo de resumen, la presencia de problemas de salud concomitantes o la existencia de tratamientos concomitantes en el paciente son factores que hay que conocer ya que influyen a la hora indicar un tratamiento o derivar al médico. En este estudio, al igual que en otros estudios con los que se ha comparado, cabe destacar que, los pacientes, en su mayoría, no presentan otras enfermedades ni toman otros medicamentos, lo que le hace candidato idóneo para resolver su problema de salud en la oficina de farmacia sin necesidad de acudir al médico. La otra cara de la moneda es que hay un grupo, aunque minoritario, de pacientes que presentan otras enfermedades y toman medicamentos concomitantes. Esto hace que el proceso de indicación farmacéutica sea un acto sumamente profesional y lleno de responsabilidad y que por tanto la única persona con capacidad y conocimientos suficientes para poder realizarlo sea el farmacéutico.

Número y tipos de síntomas que presentan los pacientes

En este estudio, casi la mitad de la población (49,8%) presentaba un único síntoma, siendo los más frecuentes congestión u obstrucción nasal (31%) seguido de malestar y dolor (27,7%).

Esto coincide con otros estudios^{95, 82, 97} ya que, tal y como se ha comentado anteriormente, al ser los problemas de salud respiratorios los más consultados, los síntomas relacionados con estos problemas de salud serán los más consultados, aunque el porcentaje puede variar entre unos y otros.

Tiempo que presentan dichos síntomas

En este estudio se distribuyen mayoritariamente (68%) entre los que declararon haber empezado hace 1-2 días (44%) y los que declararon haber empezado hace 3-4 días (24%).

Esto coincide con otros estudios sobre indicación farmacéutica, en los que la duración del problema de salud referido por el paciente cuando acude a la farmacia es de 1 a 3 días, en general, constituyendo el 70%^{97, 199} e incluso en algunos casos, casi el 90%¹⁹⁸.

Este resultado manifiesta el reconocimiento del farmacéutico como agente de salud cercano y accesible, y al que la población acude rápidamente cuando presenta problemas de salud o determinados signos que considera leves¹⁹⁹.

Si los pacientes han tomado medicación anterior (para el problema de salud por el que consultan), origen de la medicación anterior y tiempo que han tomado la medicación anterior

El 60% de los pacientes no habían tomado medicación para el problema de salud por el que consultan y el 40% restante sí. De ellos, la mayoría, 85,6% lo hicieron por auto-medicación. En cuanto al tiempo que tomaron la medicación, mayoritariamente (77%) se repartieron entre un día (44,1%) y dos días (22,9%).

El resultado de este estudio coincide con otro estudio sobre auto-medicación¹²⁶ en el que más del 60% de los usuarios manifestó que era el farmacéutico quien le recomendaba qué medicamento era el más adecuado según la sintomatología que presentaba. Para el 40% restante, la forma más habitual de recomendación resultó ser la que provenía de familiares y amigos.

Sin embargo, en otros estudios, el porcentaje de casos de auto-medicación ha sido superior, con un 57,9%²⁰², 66%²⁰³ y 69,3%¹⁸⁹ de pacientes auto-medicados.

Esto demuestra que el porcentaje de casos de auto-medicación varía de unos estudios a otros. En lo que sí que coinciden es en las principales patologías y síntomas para las que el usuario se auto-medica. Así, uno de ellos¹²⁶, reveló que los dolores de cabeza, las gripes y los resfriados, son las principales patologías para las que el usuario se auto-

medica. En otro¹⁸⁹ los principales síntomas tratados por auto-medicación fueron el dolor, la fiebre y la tos.

En cuanto a los medicamentos que se auto-consumen, también los datos encontrados son coincidentes. Así, en uno de ellos¹⁸⁹ los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) representaron el 62% del autoconsumo. En otro¹⁹¹, la medicación almacenada en los domicilios fue mayoritariamente analgésicos (93,1%), antiinflamatorios (87,9%) y antigripales (77,6%). En otro²⁰², el tipo de automedicación utilizada con más frecuencia fueron los antitérmico-analgésicos (42,86%), seguidos por los antigripales (21,77%).

Al ser una práctica bastante habitual, el farmacéutico tiene una importante responsabilidad en el control de la automedicación ya que es el profesional sanitario que interviene directamente en ella.

Efectividad de la medicación anterior y causa de ineffectividad

De los 118 pacientes que se auto-medizaron, a la mayoría (97,5%) les hizo “algo” o “nada” de efecto. De ellos, la causa más frecuente de ineffectividad era que el medicamento es inadecuado (56,5%).

Los datos encontrados en otros estudios son muy variables. Así, en un estudio²⁰² realizado en 11 farmacias comunitarias de la provincia de Lugo sobre automedicación con antigripales, el antigripal solicitado por el paciente no fue el adecuado en un 77% de los casos. Sin embargo, en otro estudio²⁰² realizado en un centro de salud urbano sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda, de los pacientes auto-meditados, la evaluación global se consideró incorrecta en sólo 37% de los casos. Los farmacéuticos al igual que los médicos, son referentes en temas de salud para los pacientes. Mantener una actitud común y constante ayudará a conseguir una automedicación responsable. La labor a desempeñar en educación sanitaria a los

pacientes es muy amplia. Hay que ser estrictos en el tema y, cuando un paciente comenta que ha usado uno u otro medicamento, en ese mismo momento, hay que informar al paciente del riesgo y las consecuencias posibles de esa decisión de forma clara para que entienda por qué necesita o no un determinado tratamiento y por qué hubiera sido necesaria la valoración y consejo previos²⁰⁴.

Forma farmacéutica que prefieren los pacientes

En este estudio, se han recogido variables como la forma farmacéutica que prefiere que, en otros estudios^{82, 92, 77}, ni siquiera la mencionan pero que en éste sí se ha considerado importante, ya que garantiza el cumplimiento terapéutico, especialmente en los más pequeños.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que casi al 40% de la población les era indiferente una u otra forma farmacéutica, mientras que el resto se distribuían, casi a partes iguales, entre las formas orales sólidas (comprimidos, cápsulas, grageas, comprimidos para chupar) y las formas orales líquidas (comprimidos efervescentes, sobres, jarabe).

Hoy en día, afortunadamente, la mayoría de los medicamentos OTC están comercializados en diferentes formas farmacéuticas. Conocer la forma farmacéutica preferida por el paciente ayudará a garantizar el cumplimiento terapéutico. De ahí la importancia que tiene tanto conocer los principios activos considerados más adecuados para el tratamiento de cada síntoma menor como los medicamentos comercializados sin receta médica en España que contienen dicho principio activo, la dosis de principio activo que contienen y la forma farmacéutica en la que están comercializados, tal y como está muy bien estructurado el libro "Protocolos de indicación y criterios de derivación al médico en síntomas menores"¹⁰³, con el fin de elegir la más adecuada para el paciente.

6.2.4. Objetivo 4: Relacionadas con las consultas realizadas

Mes en que realizan la consulta

El período de estudio abarcó de Octubre a Marzo. Dentro de éste período, los meses que acuden con más frecuencia a la farmacia a realizar consultas sobre gripe y resfriado son diciembre (26,5%) y enero (22%), que son los meses con más frecuencia de inicio del brote de gripe en los últimos años¹⁴⁷.

Razón de consulta y problema de salud que consultan

En este estudio, la gran mayoría de pacientes (96,6%) realizaron una consulta sobre un problema de salud, en este caso gripe y resfriado (48,5%) o algún síntoma relacionado (48,1%) mientras que el resto (3,4%) solicitaron información sobre un determinado medicamento (que tenían en casa, que lo habían tomado en otras ocasiones, que lo había tomado una amiga...).

Este resultado es muy similar al encontrado en otro estudio sobre indicación farmacéutica en resfriado¹⁹⁹, en el que el motivo de la indicación está relacionado mayoritariamente (94,2%) con la consulta sobre un problema de salud, en este caso el resfriado común (53,6%) o algún síntoma aislado relacionado (40,6%), frente a un 5,8%, que solicitan información sobre algún medicamento relacionado con el tratamiento del resfriado.

Asimismo, en otro estudio¹⁹⁸ sobre indicación farmacéutica ante el paciente con dolor osteomuscular agudo, el motivo de consulta es mayoritariamente (86%) un problema de salud mientras que el 14% restante solicitan información sobre algún medicamento.

Como se puede ver, en todos ellos el motivo de consulta es, mayoritariamente, un problema de salud y sólo en unos pocos casos solicitan información sobre un

determinado medicamento. Este resultado es muy importante, ya que pone de manifiesto la imagen del farmacéutico como “consultor de salud” ante el efecto de la publicidad sobre la población para la automedicación¹⁹⁹.

6.2.5. Objetivo 5: Relacionadas con el tipo de intervención escogida y el tipo de respuesta post-intervención dada

Tipo de indicación farmacéutica

En la gran mayoría de los casos (88%), el farmacéutico optó por dispensar un medicamento de indicación farmacéutica con información suficiente sobre el mismo. Sólo en el 12% de los casos derivó al médico. La razón es que, tal y como se ha comentado anteriormente, la mayoría de los pacientes que acudían a la farmacia solicitando el servicio de indicación eran pacientes con síntomas menores y por tanto, susceptibles de ser tratados por el farmacéutico sin necesidad de derivarlos al médico.

En otros estudios sobre indicación, los porcentajes de derivaciones al médico obtenidos son similares, siendo en algunos casos superior: 19,4%⁷⁸, 14%¹⁹³, 13,7%²⁰⁵, en otros igual: 12%¹⁹⁸ y en otros inferior: 9,2%¹⁹⁹, 9%⁹³, 7%⁹², 6,6%¹⁰⁰, 6,3%²⁰⁶, 4,9%⁷⁷.

El resultado de este estudio y coincidente con otros estudios publicados sobre indicación resume la actuación más habitual del farmacéutico ante un problema de salud y que es la entrega de una EFP. Pero el farmacéutico no se limita a “entregar” el medicamento de indicación farmacéutica sino que dispensa el medicamento con información suficiente que asegure un uso seguro del mismo, evitando así el uso de fármacos no indicados en esta patología y las posibles interacciones e incompatibilidades con otros fármacos. Además, se manifiesta cómo la utilización de protocolos posibilita un ejercicio más profesional, protegiendo al paciente, y derivando al médico en los casos en los que se detecte la presencia en el paciente de alguno de

los conceptos incluidos como señales de alarma o criterios de derivación¹⁹⁹. Con ello se demuestra la necesidad de un profesional sanitario cualificado como el farmacéutico, que evite la automedicación irresponsable y la falta de diagnóstico adecuado.

Hay autores, como Baixaulí⁷⁸ y Ocaña²⁰⁵ que hablan de dos tipos de derivación “derivación al médico con indicación” o “selección de un tratamiento y derivación al médico” y “derivación al médico sin indicación” o “derivación al médico directa”. También Barbero y Alfonso^{82, 108} distinguen entre “derivación directa con indicación”, “derivación directa sin indicación” y “derivación condicional”.

En este estudio no se ha hecho esta distinción, ya que, para su realización nos hemos basado en los tres libros de indicación “Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos”¹¹², “Guía de Indicación Farmacéutica en la Oficina de Farmacia”⁷⁶ y “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”¹⁰³ y en ellos, se habla sólo de “derivación al médico”. Esta “derivación al médico” es la equivalente a “derivación directa sin indicación” que Barbero y Alfonso^{82, 108} definen como aquellas situaciones en las que se recomienda visitar al médico pero no se le indica ningún tratamiento.

La derivación condicional, que Barbero y Alfonso^{82, 108} definen como aquellas situaciones en las que ha tenido lugar todo el proceso de consulta de Indicación Farmacéutica, incluso se recomienda o no algún tratamiento, pero se indica al paciente que si se dan determinadas circunstancias visite a su médico, siempre se ha incluido como parte del proceso de indicación, ya que en el mismo momento en que se dispensaba un medicamento de indicación farmacéutica, se informaba al paciente de qué hacer en caso de no mejoría o empeoramiento, recomendándoles la visita al médico en caso de que empeore o el problema dure más de siete días.

Por otro lado, Barbero y Alfonso^{82, 108} definen como “derivación directa con indicación”, a aquellas situaciones en las que se recomienda visitar al médico o a otro profesional, pero se recomienda un tratamiento hasta que le vea su médico. En el estudio de Machuca et al⁹², a todos los pacientes que fueron al médico por recomendación del farmacéutico, se les indicó un medicamento mientras era visto. Por tanto, Machuca et al aplican en su estudio la “derivación directa con indicación”. Sin embargo, en este estudio no se ha aplicado este tipo de derivación en ningún caso, ya que estos pacientes con síntomas o signos que señalan la necesidad de la valoración por parte del médico no se les podían dispensar un medicamento de indicación farmacéutica, ya que no había medicamento compatible con esos indicadores de alarma.

Por otra parte, en este estudio, el 19,7% acudió al médico, el 7,7% por auto-derivación, es decir, por no observar mejoría en su problema de salud y el 12% por derivación del farmacéutico. El estudio de Velert⁷⁷ en el que se recogieron las consultas de los pacientes que solicitaban algún remedio para el alivio de síntomas menores, reveló que, de los pacientes tratados directamente desde la farmacia, el 15.81% acudió al médico por no observar mejoría de los síntomas en el tiempo recomendado, o por revisión, conforme a lo que se les indicó.

El resultado obtenido en este estudio es algo superior al estudio de Velert⁷⁷, no sabemos si lo es porque es superior el número de pacientes que acudieron al médico por no mejorar sus síntomas o por derivación del farmacéutico ya que en el estudio de Velert⁷⁷ no lo han contabilizado por separado. Esto es importante distinguirlo para saber si el farmacéutico ha intervenido de forma correcta o no, ya que cuando el farmacéutico derive al médico a un paciente por un problema que necesite su diagnóstico, habrá hecho bien su trabajo. Por el contrario, no habrá intervenido de forma correcta si al indicar un medicamento no se resuelve el problema por el que se consultó. Tampoco habrá intervenido de forma correcta cuando derive al médico a un paciente que luego éste trata con medicamentos de composición incluida en alguna Especialidad Farmacéutica Publicitaria (EFP)⁷⁶.

Número de principios activos indicados por el farmacéutico

A la mitad de los pacientes se les indicó un único principio activo. Esto coincide con el número de síntomas que presentaban los pacientes ya que la mitad de los pacientes tenían un único síntoma y, por tanto, se les indicó un único principio activo.

El resultado encontrado en este estudio coincide con el estudio de Vives y cols¹⁹³ que analiza las características de la población valenciana que demanda indicación farmacéutica en el que, en un alto porcentaje, el farmacéutico soluciona el problema de salud con un solo fármaco, generando el menor gasto para el paciente.

Hay medicamentos comercializados como OTC que contienen varios principios activos, todos ellos indicados para un mismo síntoma. Un ejemplo de ello es una EFP analgésica que contiene ácido acetil-salicílico, paracetamol y cafeína, todos ellos en dosis inferiores a las terapéuticas. En un principio se podría pensar que, por contener varios principios activos, va a hacer efecto mayor o antes que otra especialidad que contenga un único principio activo. Sin embargo, esto no es así ya que al contener mayor número de principios activos, aumenta la posibilidad de aparición de efectos adversos, así como de interacciones e incompatibilidades entre ellos. Además, al estar presentes en dosis inferiores a las terapéuticas, el efecto no va a ser mayor. Por tanto, a la hora de seleccionar el medicamento más adecuado para el paciente, el farmacéutico responsable del estudio se ha basado en que “la elección del principio activo debe estar basada en la mejor evidencia científica disponible, siendo preferible, en todo caso, la utilización de medicamentos con un solo fármaco”¹⁰³. De esta manera se reducen la aparición de efectos adversos, así como las interacciones e incompatibilidades con otros principios activos.

Medicamentos de indicación farmacéutica recomendados por el farmacéutico

Entre los grupos de medicamentos más recomendados por el farmacéutico responsable del estudio destacan los preparados nasales (R01) con el 26,4% seguido muy de cerca de los preparados para la tos y el resfriado (R05) con el 24,4% y de los analgésicos (N02) con el 21,9%.

En otros trabajos realizados sobre indicación farmacéutica^{95, 82, 193}, entre los grupos terapéuticos de los medicamentos más indicados por el farmacéutico se encontraban antigripales y antitusivos (R05), ya que en todos ellos los problemas de salud que más se consultaron correspondieron con los del tracto respiratorio, principalmente el resfriado. Este hecho es común tanto en estudios⁹⁵ que se realizaron durante dos meses (Octubre y Noviembre) como en estudios⁸² que se realizaron durante 2 años.

Causa de derivación al médico

Hay más de un paciente que se le deriva al médico por más de una causa. En este estudio, las causas más frecuentes son que presentaban problemas de salud concomitantes y/o tomaban medicamentos concomitantes (29,7%) seguido de que habían tomado medicación para ese problema de salud y no habían mejorado o incluso habían empeorado (25,9%).

Los motivos de derivación son muy variables y dependen del perfil del paciente que acude a la oficina de farmacia solicitando el servicio de indicación. Así, en el estudio de Ocaña et al²⁰⁵, la concomitancia de tratamientos con varios fármacos fue motivo de sólo el 1% de las derivaciones mientras que las inefectividades de tratamientos anteriores representaron el 2,9% de las derivaciones.

Si los pacientes han dado respuesta post-intervención y vía utilizada por los pacientes para dar dicha respuesta

Al valorar el número de pacientes que respondieron a la encuesta post-intervención, el 90,8% de los pacientes sí lo hicieron. Al compararlo con otros estudios: 90,7%⁹⁵, 85.5%⁷⁷, 80,2%¹⁹⁰, 73,2%⁹², la tasa de respuesta obtenida en este estudio ha sido mayor.

Cabe destacar que una pérdida del 9,2% de pacientes es normal ya que es muy difícil que todos los pacientes entrevistados respondan a la encuesta debido a que no están acostumbrados a que el farmacéutico los llame preguntando por su estado de salud, otros pensarán que les van a hacer tantas preguntas como en la entrevista inicial. Por estos motivos es normal que el número de pacientes que finaliza el estudio no coincida con el número de pacientes que lo inicia. En cualquier caso, los resultados demuestran que los pacientes tienen una actitud colaborativa con el farmacéutico que les atendió, respondiendo la mayoría de ellos a las preguntas que les son formuladas.

Por otra parte, la vía que utilizaron fue, mayoritariamente (94,4%) telefónica y en el resto presencial, lo que es lógico ya que al paciente le resulta más cómodo que le llamen por teléfono que tener que volver de nuevo a la farmacia, especialmente si los pacientes no son habituales sino de paso. Normalmente, en los estudios sobre indicación, la entrevista post-intervención suele hacerse vía telefónica⁹².

6.2.6. Objetivo 6: Relacionadas con las acciones llevadas a cabo por los pacientes después de la intervención

Tiempo que han tomado el medicamento de indicación farmacéutica y tiempo que han tardado en notar mejoría tras la toma del medicamento

De los 204 pacientes a los que, tras indicarles un medicamento, percibieron bastante mejoría en sus síntomas, casi la mitad (46,6%) lo tomaron durante 3-4 días. Es decir, en sólo 3-4 días resolvieron su problema de salud. Esto coincide con la definición de medicamento de indicación farmacéutica, que está destinado a un tratamiento no superior a 7 días de duración. Además, más de la mitad de los pacientes percibieron mejoría el mismo día o al día siguiente de tomar el medicamento recomendado (55,4%).

En los artículos y trabajos con los que se ha comparado, no han recogido este dato, con lo cual, no se ha podido comparar.

Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento indicado

Sólo hubo 4 pacientes (1,7%) en los que sí aparecieron efectos adversos tras la toma del medicamento recomendado.

Al comparar este resultado con otros estudios, el porcentaje es muy variable. Así, en la Tesis de Barbero⁹¹, se produjeron efectos secundarios en 5 pacientes (8,1%). En un estudio²⁰² realizado en un centro de salud urbano sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda, el número de efectos secundarios entre los enfermos auto-medicados fue de 1%.

Hay que tener en cuenta que los medicamentos de indicación farmacéutica, a pesar de ser medicamentos sin receta médica, no por ello se encuentran exentos de efectos secundarios o reacciones adversas. Por tanto hay que extremar las precauciones e informar a los pacientes sobre los posibles efectos adversos que pudieran aparecer.

Auto-derivación

Sólo se auto-derivaron al médico el 7,7% de los pacientes. El motivo fue que no mejoraron su problema de salud tras tomar el medicamento indicado por el farmacéutico salvo uno, que no lo tomó porque ya tenía cita con el médico así que prefirió esperar al día siguiente a ver qué le prescribía el médico.

Este resultado es muy similar a otros estudios como el de Machuca et al⁹², en el que el 8% de los pacientes fueron al médico porque empeoraron mientras tomaron el medicamento indicado por el farmacéutico y la Tesis de Barbero⁹¹, en el que el 9,7% de los pacientes tuvieron que ir finalmente al médico para consultarle por el mismo problema de salud.

De esta manera, el número total de pacientes que acuden al médico son la suma de los que deriva el farmacéutico y los que se derivan ellos mismos por no mejorar o empeorar los síntomas, lo que representa un número bajo de pacientes respecto al total de pacientes que acuden a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica. Con ello se demuestra que una actuación profesional responsable por parte del farmacéutico evita desplazamientos innecesarios del usuario a las consultas de atención primaria o incluso a los servicios de urgencias⁸⁵.

Auto-medicación

El 2,6% de los pacientes (7 pacientes) decidieron tomar un medicamento por su cuenta:

- Tres no siguieron las indicaciones dadas por el farmacéutico (dos derivaciones que no fueron al médico y una indicación que no tomó el medicamento recomendado).
- Cuatro a los que se les indicó un medicamento y tras tomarlo, notaron nada o algo de mejoría, y por tanto se auto-medicaron.

Si se compara el porcentaje de pacientes que se auto-medicaron (2,6%) con el porcentaje de pacientes que se auto-derivaron (7,7%), se puede apreciar una notable diferencia, lo que significa que los pacientes, cuando perciben que tienen un problema de salud menor, acuden a la oficina de farmacia para resolverlo y en caso de no resolverlo, la mayoría de ellos, prefieren ir al médico antes que tomar medicamentos por su cuenta lo que nos lleva a pensar que la población conoce los riesgos que conlleva la auto-medicación y por ello prefiere poner en manos de un profesional de la salud, en este caso, primero el farmacéutico y después el médico, la resolución de su problema de salud antes que resolverlo “motu proprio”.

6.2.7. Objetivo 7: Relacionadas con la opinión de los pacientes sobre el servicio prestado

Satisfacción de los pacientes con el servicio de indicación farmacéutica

La puntuación de la satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica fue mayoritariamente de 9 (42,9%) seguido de 10 (24%) y 8 (22,6%).

Otros estudios sobre indicación también revelan un alto grado de satisfacción. Así, en el estudio de Ferrer-López y cols⁹⁵, la satisfacción con el servicio de indicación farmacéutica se situó como óptimo en 9,42 con un valor mínimo de 8 y máximo de 10.

En el Proyecto Ind-Dáder¹²² dirigido, entre otros objetivos, a conocer la satisfacción de los usuarios de la farmacia con el servicio de indicación farmacéutica, las puntuaciones medias obtenidas mostraron una valoración superior a “de acuerdo” en todas las dimensiones de satisfacción (tiempo dedicado, calidad de atención recibida y resultados obtenidos). El aspecto mejor valorado fue el referido a la satisfacción general con el servicio.

En el trabajo de Ocaña et al²⁰⁷ para conocer las opiniones de los usuarios de farmacias comunitarias sobre el servicio de indicación farmacéutica, una de las más repetidas fue la confianza que les inspira la atención del profesional farmacéutico.

Una investigación¹²⁵ llevada a cabo para conocer las necesidades de uso de medicamentos de los pacientes inmigrantes en la provincia de Valencia confirma que un 93% de los encuestados considera que la atención que se presta desde las boticas es buena.

Un estudio¹⁹⁵ realizado sobre indicación farmacéutica y consulta en una farmacia rural concluyó que la atención farmacéutica es altamente valorada, especialmente la confianza en el profesional y la eficacia en la resolución del problema.

Un estudio¹²⁶ impulsado por el COF de Barcelona para descubrir si los barceloneses se auto-medican y hasta qué punto está arraigado este hábito entre ellos, ha revelado que la casi totalidad de los encuestados (81,6%) manifiestan que valoran en gran medida los consejos de su farmacéutico a la hora de consultarles qué medicamento deben tomar y confían plenamente en su opinión a la hora de adquirir un medicamento.

Volvería a entrar a la farmacia a solicitar el servicio de indicación farmacéutica

La gran mayoría de los pacientes (97,7%) sí que volverían a entrar en la farmacia a solicitar el servicio de indicación. Sólo hubo un paciente que respondió con un “no”. Se trata de un paciente que acude a la farmacia con dolor de cuerpo y mucosidad en la nariz y pecho. El farmacéutico responsable del estudio le dispensa un medicamento de indicación farmacéutica. Tras contactar con él, a la semana, responde: “lo he estado tomando una semana y hoy me estoy empezando a notar algo mejor, pero también porque he estado todo el sábado, domingo y lunes en la cama sin salir. A mí lo que me quita el resfriado son los antibióticos, otras veces he tomado tres pastillas y se me ha curado, así no”. Así que “volvería a entrar en la farmacia pero no ha solicitar el servicio sino a comprar un antibiótico para curarme cuanto antes”. Está claro que siempre va a

haber pacientes que, por muy bien que se les hable o que se les explique las cosas, seguirán con su idea de qué es lo mejor para ellos, en base a su experiencia previa aunque, por suerte, estos pacientes suelen ser muy escasos.

En el estudio de Machuca et al⁹², el 100% de los pacientes que recibieron el servicio de indicación farmacéutica declararon que volverían a entrar en la farmacia si lo necesitaran.

Con este estudio se demuestra la gran aplicabilidad y efectividad que tienen los protocolos de indicación farmacéutica ante las consultas realizadas por los usuarios sobre síntomas menores.

Además se pone de manifiesto la posibilidad de incluir la dispensación informada dentro de la práctica habitual de la oficina de farmacia, sin necesitar un tiempo excesivo que obligue a dejar otras tareas.

De esta manera, los protocolos se convierten en una herramienta útil y práctica para cumplir con los objetivos de la indicación farmacéutica 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 Farmacéutica¹⁰³.

Los resultados obtenidos en este estudio parecen apoyar la utilidad que tienen los protocolos de indicación farmacéutica en gripe y resfriado en la oficina de farmacia dada su gran aplicabilidad ya que permite atender a todos los pacientes que acuden a la oficina de farmacia y aplicarles el protocolo y su gran efectividad como herramienta de gran ayuda para resolver los problemas de salud que se le presentan al farmacéutico en su trabajo diario en la oficina de farmacia.

De esta manera, la oficina de farmacia como establecimiento sanitario y el farmacéutico como profesional sanitario se convierten en piezas fundamentales del sistema sanitario contribuyendo a mejorar el estado de salud de los pacientes, a descongestionar los consultorios y centros de salud que, en tantas ocasiones, se encuentran saturados y a reducir el gasto sanitario al indicar medicamentos no sujetos a prescripción médica.

Es importante seguir realizando y publicando trabajos de investigación que demuestren a la Administración y a la sociedad en general, el ejercicio profesional que desempeña el farmacéutico y el valor de éste como agente sanitario dentro del equipo multidisciplinar de salud.

7. CONCLUSIONES

Se exponen a continuación las conclusiones más relevantes del estudio realizado:

La efectividad del protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado ha sido elevada, ya que el 97% de los pacientes han seguido las indicaciones dadas por el farmacéutico, el 88,7% percibieron bastante mejoría en los síntomas tras la toma del medicamento de indicación farmacéutica, en el 92,9% de los casos la derivación al médico fue correcta, y en el 87,2% se resolvió el problema de salud con indicación.

La aplicabilidad del protocolo de indicación farmacéutica en gripe y resfriado ha sido posible, pues se ha podido atender a todos los pacientes que han solicitado el servicio de indicación farmacéutica, se ha podido aplicar en el 99,3% de los casos sin desviarse del protocolo y se ha identificado el problema de salud menor en el 91% de los casos.

La persona que acude solicitando el servicio de indicación es, en la mayoría de los casos (72,5%), el propio paciente. Si es un familiar, suele acudir con más frecuencia (58%) el padre o la madre. Los pacientes que más consultan son mujeres (60%), adultos jóvenes (45,1%), sin una situación fisiológica especial (99,3%), sin problemas de salud concomitantes (77,3%), sin tratamientos concomitantes (71,2%) y sin alergias a medicamentos (96,9%), que presentan un sólo síntoma (49,8%), siendo el más frecuente congestión u obstrucción nasal (31%) y que acuden a la farmacia al día siguiente o a los dos días desde que notaron los síntomas (43,7%). La mayoría de los pacientes (60%) no habían tomado medicación para el problema de salud que consultan. Los que lo tomaron, lo hicieron por auto-medicación (85,6%) durante uno o dos días (67%) y no les hizo nada de efecto (64,4%) ya que el medicamento era

inadecuado (56,5%). Al 38,6% de los pacientes les era indiferente una u otra forma farmacéutica.

Casi la mitad de los pacientes (48,5%) acudieron a la farmacia a realizar consultas sobre gripe y resfriado en diciembre y enero. En la mayoría de los casos (96,6%), suelen consultar sobre un problema de salud repartiéndose casi a partes iguales entre los que acudieron con gripe o resfriado (50,2%) y los que acudieron con algún síntoma aislado relacionado (49,8%).

El tipo de indicación farmacéutica fue mayoritariamente (88%) dispensar un medicamento de indicación farmacéutica. La mitad de los medicamentos recomendados (50%) contenían un único principio activo. Los más recomendados fueron los preparados nasales (R01) (26,4%) y los preparados para la tos y el resfriado (R05) (24,4%). De los pacientes que se derivaron al médico, los motivos más frecuentes son que presentaban problemas de salud concomitantes o tomaban medicamentos concomitantes (29,7%) y que habían tomado medicación para ese problema de salud y no habían mejorado o habían empeorado (25,9%). La gran mayoría de los pacientes (90,8%) respondieron a la encuesta post-intervención y la vía por la que lo hicieron fue, mayoritariamente (94,4%), telefónica.

Casi la mitad de los pacientes (43,9%) tomaron el medicamento durante 3-4 días y el 55,4% notaron mejoría el mismo día o al día siguiente de tomarlo. La gran mayoría de los pacientes (98,3%) no notaron ningún efecto adverso tras la toma del medicamento, el 92,3% no se auto-derivaron, y el 97,4% no se auto-medicaron.

La satisfacción de los pacientes con el servicio de indicación farmacéutica fue muy alta, de 9 sobre 10. La gran mayoría de los pacientes (97,7%) volverían a entrar en la farmacia a solicitar el servicio de indicación.

8. ANECDOTARIO

Entre las frases dichas por los pacientes destacan las siguientes:

- “Voy poco a las farmacias, pero cuando he ido siempre me han atendido muy bien, les explico lo que me pasa y me dan lo más adecuado”.
- “La información que me diste fue muy completa y muy clara, lo entendí todo perfectamente”.
- “La valoración es muy buena porque cuando he ido a otras farmacias no me han dado nada y me han mandado directamente al médico”.
- “Estoy muy contenta con el servicio y la información dada y el interés mostrado. Es excepcional”.
- “La información fue muy buena, clara y completa”.
- “Ningún farmacéutico se ha preocupado tanto como tú. Eres un cielo”.
- “Me diste lo que necesitaba”.
- “La información que me diste fue muy buena”.
- “¡Claro que volveré a la farmacia! La semana que viene voy a pasar por la farmacia para llevarme 4 cajas porque voy en Navidades a Ecuador y se las voy a llevar a mi familia por si se constipan porque es un producto muy bueno”.
- “La valoración es estupenda porque me diste toda la información que sabías”.
- “El medicamento es súper-efectivo y además se me informó muy bien, recomiéndalo cuando venga alguien”.
- “Si fuesen los médicos como tú, la cosa iría de otra manera. Lo importante es escuchar a la gente”.
- “Ya lo tomé en otra ocasión y me fue también muy bien”.
- “Un 10. Me dijiste todo lo que tenía que hacer”.
- “La información es muy buena, lo único es que a mí no me ha ido bien”.
- “Nunca voy al médico. Siempre voy a la farmacia pidiendo algo para el resfriado y con lo que me dan, me suelo curar”.

- “Me han ido de categoría. Gracias a las pastillas podía dormir porque antes no podía”.
- “Normalmente, cuando voy a la farmacia me gusta preguntar e informarme sobre los medicamentos, si puedo tomar dos juntos o si son incompatibles y generalmente me informáis muy bien”.
- “Estoy muy contenta, me ha ido muy bien, no podía respirar por las noches y con esto ya podía respirar. Gracias a usted por interesarse”.
- “La información ha sido buena, es lo que se debe dar en la farmacia, tanto informarse de las enfermedades o medicamentos del paciente como informar al paciente, lo que pasa es que muchas veces va uno directamente a comprar, lo pide, el farmacéutico se lo vende sin preguntar y Santas Pascuas”.
- “Muy buena aunque a mí quizás no me funcione exitosamente porque fumo”.
- “Yo agradezco las preguntas que me hacéis porque de esa manera me podéis dar lo más adecuado para mí, no como en otras farmacias que te dan lo primero que se les ocurre sin preguntar nada”.
- “¿La información? ¡Muy bien, perfecta!
- “Es la primera vez que en una farmacia me atienden perfectamente bien, se preocupan por mí, por cómo me ha ido. Estoy muy contenta”.
- “La información fue muy buena, que es como tiene que ser. Gracias a ti por preocuparte”.
- “Mejor que con el médico, que me mandaba una caja entera de antibiótico y no me curaba”.
- “Me habéis dado el medicamento más adecuado para mí, el mejor”.
- “Mi marido me dice: las pastillas que me trajiste son buenísimas. Incluso se las lleva en el maletín al trabajo por si empieza otra vez”.

9. ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA PRE-INTERVENCIÓN

ANEXO 2: INTERVENCIÓN

ANEXO 3: ENCUESTA POST-INTERVENCIÓN

ANEXO 4: DOCUMENTO DE INFORME DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE

ANEXO 5: DOCUMENTO DE DERIVACIÓN O INFORME DE INTERCONSULTA

ANEXO 1: ENCUESTA PRE-INTERVENCIÓN

Fecha __/__/__

Nombre del paciente _____

Teléfono _____

Género del paciente Hombre Mujer

Edad del paciente _____ años

Sujeto que consulta Propio paciente Familiar _____Situación fisiológica Embarazo LactanciaAlergias a medicamentos No Sí.Cuál _____Razón de consulta Problema de salud Solicitud de información sobre un medicamentoProblema de salud que consulta Gripe / resfriado Síntoma aislado relacionadoNúmero de síntomas que presenta Uno Dos Tres CuatroTipos de síntomas Picor e irritación de garganta Malestar y dolor Inflamación Fiebre
 Tos seca Tos con mucosidad Congestión u obstrucción nasal Síntomas de alarma (dolor de oídos, placas de pus, fiebre muy alta (40°C))Cuándo empezó con los síntomas Hoy Hace 1-2 días Hace 3-4 días Hace 5-6 días
Hace 7 días Hace más de 7 díasPresenta problemas de salud concomitantes No SíNúmero de problemas de salud concomitantes que presenta Uno Dos Tres Más de tresTipos de problemas de salud concomitantes Hipertensión Diabetes Arritmias Depresión
 Glaucoma Asma EPOC Hiper o hipotiroidismo Anemia Hipercolesterolemia
Gota Otros _____Toman medicamentos concomitantes No SíNúmero de medicamentos concomitantes Uno Dos Tres Cuatro Más de cuatro

Nombre de los medicamentos concomitantes _____

Ha tomado medicación para el mismo problema de salud por el que consulta No SíOrigen de la medicación anterior Automedicación Prescripción médica Indicación farmacéuticaTiempo que ha tomado la medicación anterior 1 día 2 días 3 días 4 días 5 días 6
días 7 días Más de 7 díasEfectividad de la medicación anterior Nada Algo BastanteCausa de ineffectividad de la medicación anterior Medicamento inadecuado Dosis del
medicamento inadecuada Duración del tratamiento inadecuada Inexplicable (se deriva al
médico) Han aparecido reacciones adversas No se sabe (desconoce el medicamento)Forma farmacéutica que prefiere Indiferente Sólida LíquidaEs un síntoma menor según la encuesta pre-intervención No Sí

ANEXO 2: INTERVENCIÓN

Tipo de indicación farmacéutica Dispensar un medicamento Derivar al médico

Número de principios activos indicados Uno Dos Tres Cuatro

Medicamento de indicación farmacéutica recomendado El mismo que estaba tomando R02 (Preparados faríngeos) N02 (Analgésicos) M01 (Antiinflamatorios) R05 (Preparados para la tos y el resfriado) R01 (Preparados nasales) B05 (Sustitutos del plasma y soluciones para perfusión) R06 (Antihistamínicos, uso sistémico)

Causa de derivación al médico Duración de los síntomas superior a 7 días Presentan síntomas de alarma (dolor de oídos, fiebre de 40°C) Presentan otros problemas de salud o toman otros medicamentos Edad superior a 80 años Han tomado medicación para ese problema de salud y no han mejorado o han empeorado Han aparecido reacciones adversas tras la toma

Aplicación del protocolo Sí No. Motivo _____

ANEXO 3: ENCUESTA POST-INTERVENCIÓN

Han dado respuesta post-intervención No Sí

Vía utilizada para dar la respuesta Telefónica Presencial

Seguimiento de las indicaciones dadas por el farmacéutico Sí No. Motivo _____

Mejoría de los síntomas tras la toma del medicamento indicado Nada Algo Bastante

Tiempo que ha tomado el medicamento indicado 1-2 días 3-4 días 5-6 días 7 días

Tiempo que ha tardado en notar mejoría tras la toma 1-2 días 3-4 días 5-6 días 7 días

Aparición de efectos adversos tras la toma del medicamento indicado No Sí. Cuáles _____

Derivación al médico correcta No (el médico le ha mandado un medicamento de indicación) Sí (el médico le ha mandado un medicamento de prescripción)

Auto-derivación No Sí. Motivo _____

Auto-medicación No Sí. Motivo _____

Problema de salud resuelto con indicación No Sí

Satisfacción con el servicio de indicación No sabe-No contesta 0-4 5 6 7 8 9 10

Volvería a entrar en la farmacia a solicitar el servicio de indicación Sí No. Motivo _____

Es un síntoma menor según la encuesta post-intervención No Sí

ANEXO 4: DOCUMENTO DE INFORME DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE

SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

Nº / Año

Paciente:

Indicación:

Posología:

Duración máximo:

Observaciones:

En Murcia, a de de

Fdo:

Farmacéutico colegiado:

Este servicio tiene como objetivo ayudar a que el paciente obtenga el mayor grado de salud posible.

ANEXO 5: DOCUMENTO DE DERIVACIÓN O INFORME DE INTERCONSULTA

SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA. INFORME DE INTERCONSULTA

Nº / Año

El paciente D/Dª ha acudido al servicio de indicación farmacéutica de esta farmacia por presentar:

Evaluada la información que nos refiere, procedemos a derivarle a dicho paciente por los motivos siguientes:

En Murcia, a de de

Fdo:

Farmacéutico colegiado Nº:

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Martín N. Uso racional de los medicamentos (URM): concepto y políticas que lo promueven. *Aula de la farmacia* 2004; 1 (10): 8-24.

² Herradón J. Los retos de la farmacia española en el siglo XXI. *Offarm* 2007; 26 (Supl. 1): 48-51.

³ Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41(1):137-143.

⁴ Documento de Consenso. Foro de Atención Farmacéutica. 1ª Edición. Madrid: Ediciones CONGRAL; 2008.

⁵ Andrés Rodríguez NF. Investigación + Publicación: mejoramos todos [editorial]. *Farmacéuticos Comunitarios* 2009; 1(1):5.

⁶ Rangel JF, Luis J, Liso FJ. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp.* 2005; 29(5):335-342.

⁷ Gastelurrutia MA. Beneficios que obtiene el farmacéutico al implicarse en la práctica de la Atención Farmacéutica. Artículos de comunicación. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/0/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/\\$FILE/MT6_articuloforo.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000030.nsf/0/102D18D0482BCDA0C125717F005663C4/$FILE/MT6_articuloforo.pdf). Fecha de acceso: 25/6/2010.

⁸ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324: 370-6.

⁹ Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324:377-84.

¹⁰ Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orave J, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38:261-71.

¹¹ Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication error deaths between 1983-1993. *The Lancet* 1998; 351:643-4.

¹² Bates DW, Cullen D, Laird N, Petersen L, Small S, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *JAMA* 1995; 274:29-34.

¹³ Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6.

¹⁴ Martínez-Mir I, Palop V. El problema del incumplimiento terapéutico en diferentes áreas. En: *Cumplimiento Terapéutico*. SEMFYC, SEFAP Eds. Madrid, 2001.

¹⁵ Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2003.

¹⁶ Foro de Atención Farmacéutica Farmacia Comunitaria. Guía práctica para los servicios de Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria. Madrid. 2010. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.

¹⁷ Abaurre R, Arrebola C, Romero JM. Pilotaje de un protocolo normalizado de trabajo de dispensación para farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios* 2009; 1(1): 13-20.

¹⁸ Gestión de la demanda en atención primaria. [Editorial]. *Semergen* 2010; 36(5):241–242.

¹⁹ Reol JM. La farmacia comunitaria en 1998: El estado de la cuestión. Discurso de ingreso. Granada: Academia Iberoamericana de Farmacia; 1998.

²⁰ Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos? Razones profesionales y económicas. *Farmacia Profesional* 1994; 8 (10): 53-56.

²¹ CGCOF. Los farmacéuticos sí somos necesarios. *Farmacéuticos* 1995; 187, págs. 40-41.

²² Brown P. ¿Son necesarios los farmacéuticos? Un debate que continúa. *Farmacia Profesional* 1995; 9 (1): 46-48.

²³ Fernández-Llimós F. El valor añadido. Otra vía hacia la Atención Farmacéutica. *Farmacia Profesional*. 1997; 11(10): 12-16.

²⁴ Andres NF. Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: ¿es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? Discurso de ingreso. Santiago de Compostela: Academia de Farmacia de Galicia; 2006.

²⁵ Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-related services. *Am J Pharm Educ*. 1980; 44 (3):276-278.

²⁶ Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47:533-543.

- ²⁷ García F, Gervas JJ. La Atención Farmacéutica en España: contraste entre la expectativa y la realidad. *Pharm Care Esp* 2006; 8(1): 28-32.
- ²⁸ Faus, MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41 (1): 137-143
- ²⁹ Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs* 1995; 49: 1-10.
- ³⁰ Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. Minneapolis: McGraw-Hill; 1998.
- ³¹ Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the pharmaceutical care project in Minnesota. *Am Pharm*. 1995; NS35: 30-9.
- ³² Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc*. 1997; NS37(6): 647-61.
- ³³ Iñesta A. Atención Farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75: 285-290.
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión de Tokio (1993) sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(3): 207-211.
- ³⁵ Llavona AM, Eyaralar MT, Álvarez de Toledo F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (I). *El Farmacéutico*. 1990; 83: 60-4.
- ³⁶ Llavona AM, Eyaralar MT, Álvarez de Toledo F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (II). *El Farmacéutico*. 1990; 86: 71-6.

³⁷ Llavona AM, Eyaralar MT, Álvarez de Toledo F. La calidad de la asistencia farmacéutica en la oficina de farmacia (III). *El Farmacéutico*. 1991; 87: 62-70.

³⁸ Agirre MC, Ortiz de Zárate JA, García de Vicuña B, Gorostiza I, Ruiz J. Evaluación de la información al paciente en las farmacias. *Aten Primaria*. 1993; 11: 33-7.

³⁹ Álvarez de Toledo F, Zardain E, Eyaralar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. *Aten Primaria*. 1993; 11: 70-4.

⁴⁰ Álvarez de Toledo F, Arcos P, Cabiedes L. La nueva Atención farmacéutica: ¿puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica? *Rev Esp Salud Pública*. 1995; 69: 277-82.

⁴¹ Faus MJ, Martínez-Romero F. La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp*. 1999; 1: 52-61.

⁴² Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(4): 229-230.

⁴³ Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical Care: ¿Atención Farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos? *Pharm Care Esp*. 1999; 1(5): 323-328.

⁴⁴ Alvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiades L et al. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos /Estudio TOMCOR). *Rev. Esp. Salud Pública* 2001; 75: 375-388.

⁴⁵ Barbero A, Alvarez de Toledo F, Esteban J, Pastor-Sánchez R, Gil de Miguel A, Rodriguez JM, García F, Capdevila C. Seguimiento desde la farmacia comunitaria de la vacunación y quimioprofilaxis de los viajeros internacionales. Estudio VINTAF. *Aten. Primaria* 2003; 32(5): 276-81.

⁴⁶ Salar L, Dualde E, Bernardeau E, García F. Programa TOD (Tratamiento de Observación Directa) de Valencia. Implantación y experiencia iniciales. Pharm Care Esp 2000; 2: 28-41.

⁴⁷ Costas E. Análisis crítico de la Atención Farmacéutica. Med. General 2000; 25: 591-598.

⁴⁸ Meneu R. Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. Gaceta Sanitaria 2002; 16: 171-81.

⁴⁹ Pérez M. Los roles profesionales tienen siempre límites difusos y la discrepancia ayuda a determinarlos. Semergen 2002; 28(1): 58-60.

⁵⁰ Martínez J, Baena MI. La atención farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. Pharm Care Esp 2001; 3: 135-139.

⁵¹ Resolución ResAP (2001) 2, relativa al Papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. Consejo de Europa. Consejo de Ministros de 21 de Marzo de 2001. Pharm Care Esp 2001; 3 (3): 216-222.

⁵² Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso sobre Atención Farmacéutica; 2001.

⁵³ Rebollo M. 16 Congreso Nacional Farmacéutico. En defensa de lo que funciona. Offarm 2008; 27(10): 14-17.

⁵⁴ Cortes Generales Españolas. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 2006; (178): 28122- 28165.

⁵⁵ Rangel JF, Luis J, Liso FJ. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. Farm Hosp. 2005; 29(5):335-342.

⁵⁶ Machuca M. Sobre la necesidad de investigación en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2000; 2:307-9.

⁵⁷ Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguir Farmacoter. 2005; 3:65-77.

⁵⁸ Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. Int J. Pharm Pract. 2001; 9:163-8.

⁵⁹ Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. Pharm Care Esp. 2003; 5:160- 5.

⁶⁰ Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2002.

⁶¹ Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Plan estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Madrid. 2007.

⁶² Gastelurrutia MA, Ibáñez J. Seguimiento farmacoterapéutico. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Nacional de Formación Continuada en Atención Farmacéutica. Módulo I. Madrid: CGCOF; 2005. p. 200-219.

⁶³ Varas R. Plan Estratégico para el desarrollo de la Atención Farmacéutica: “Dispensación Activa de Estatinas”: Resultados obtenidos tras la explotación estadística de los datos recibidos. Madrid: Aula de Farmacia. 2006; 37-42.

⁶⁴ Peña C. La Atención Farmacéutica en España: análisis de la situación actual. El Global. 2007; 322:5.

⁶⁵ Rodríguez A, Rodríguez M. A. Conocimiento e implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico por el farmacéutico. Seguir Farmacoter. 2005; 3: 98-102.

⁶⁶ Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El proceso de incorporación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Badajoz. Abstract P012. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2 (supl 1): 39-40.

⁶⁷ Zardain E. Determinantes psicosociales del ejercicio del Seguimiento Farmacoterapéutico en farmacéuticos asturianos. En: Mesa redonda: Barreras y oportunidades en la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2 (supl. 1): 19.

⁶⁸ Gascón MP. La farmacia al servicio del paciente. Necesidad de cambio. De la teoría a la práctica. *El farmacéutico* 2009; 423: 40-45.

⁶⁹ Machuca M. La buena suerte y la Atención Farmacéutica. *El farmacéutico* 2008; 388: 40-52.

⁷⁰ Plasencia M. Externalización de la Atención Farmacéutica. *Offarm* 2008; 27(7): 64-67.

⁷¹ Gastelurrutia MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [Tesis doctoral] Universidad de Granada; 2005.

⁷² La atención farmacéutica también sirve para aumentar la facturación de la farmacia. *Correo Farmacéutico*. 29 Jun 2006.

⁷³ 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(1): 11-15.

⁷⁴ Rodríguez MC, Escarcena VE, Martín MJ. Actuación del farmacéutico comunitario ante el paciente automedicado. *FAP* 2006; 4 (3): 78-84.

⁷⁵ Armando P, Vega E, Martínez S, Martí M, Solá N y Faus MJ. Validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el servicio de indicación en farmacias comunitarias. Rev. salud pública 2009; 11 (5): 784-793.

⁷⁶ Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Granada: Universidad de Granada; 2005. ISBN: 84-689-4985-X.

⁷⁷ Velert J, Velert M, García FJ, Salar L. Seguimiento del paciente en la Indicación farmacéutica. Pharm Care Esp 2003; 5 (Extra): 128.

⁷⁸ Baixaulí VJ, Barbero A, Salar L. Las consultas de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2005; 7(2): 54-61.

⁷⁹ Baixaulí V. Indicación farmacéutica. E-farmacéutico comunitario. Extra 2008: 6-7.

⁸⁰ Besa ME., Pascual M., Urcullu B., Villar I., Gómez M., Baixaulí VJ. Opinión de los usuarios sobre algunos aspectos del servicio de indicación farmacéutica. Farmacéuticos Comunitarios 2010; 2 (supl. 1): 57

⁸¹ Caamaño F, Figueiras A, Lado E, Gestal-Otero JJ. La automedicación: concepto y perfil de sus "usuarios". Gac Sanit. 2000; 14: 294-9.

⁸² Barbero JA, Alfonso MT. Consulta de indicación farmacéutica en una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2002; 4: 106- 117.

⁸³ Barbero JA, Pastor R, del Arco J, Eyaralar T y Espejo J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. Aten Primaria. 2006; 37(2): 78-87.

⁸⁴ Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AG, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. WHO/PSM/PAR/2006.5. Geneva: World Health Organization; 2006.

⁸⁵ Gascón P. Análisis de la demanda de consulta o indicación farmacéutica. *Offarm* 2005; 24(1): 110-111.

⁸⁶ Viñuales A, Giráldez J, Izu E. Análisis de la automedicación (I): Influencia de distintas fuentes de información. *El farmacéutico* 1992; 117: 33-6.

⁸⁷ Smith MBH, Feldman W. Over-the-counter cold medications. A critical review of clinical trials between 1950 and 1991. *JAMA* 1993; 269 (17): 2258-2263.

⁸⁸ Evans SW, John DN, Bloor MJ, Luscombe DK. Use of non-prescription advice offered to the public by community pharmacists. *Int J Pharm Pract* 1997; 5: 16-25.

⁸⁹ Bissell P, Ward PR, Noyce PR. Variation within community pharmacy. 3. Referring customers to other health professionals. *J Soc Adm Pharm* 1997; 14 (2): 116-123.

⁹⁰ Sánchez AM, Creis J, Arreaza M. Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de las farmacias de Ciudad Real. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 106-121.

⁹¹ Barbero JA. Consulta farmacéutica en farmacia comunitaria. [Tesis doctoral] Universidad de Alcalá; 2001.

⁹² Machuca M, Oñate B, Machuca MP, Gastelurrutia P, Gutiérrez-Aranda L, López-Fernández E, Romero-Barba L. La indicación farmacéutica disminuye las visitas al médico y resuelve las demandas de los pacientes. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(3): 110-114.

⁹³ Bertran R, Castells M, Colell L, Garcia I, Sánchez M. Actuación del farmacéutico comunitario ante una consulta. Abstract P021. *Seguim farmacoter*. 2004; 2 (supl 1): 27.

⁹⁴ Honrubia F et al. Demanda del servicio de urgencia en oficinas de farmacia. *Offarm* 2005; 24 (5): 94-104.

⁹⁵ Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Caracterización de la indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital (España). Estudio piloto. *Ars Pharm* 2007; 48(4): 371-385.

⁹⁶ Prats R., Piera V., Pons L., Roig I. Estudio cualitativo y cuantitativo de la indicación farmacéutica en una farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (supl. 1): 52.

⁹⁷ Ocaña A., Saéz-Benito L., Plaza F., Baena MI., Faus MJ. Descripción del servicio de indicación farmacéutica en España (proyecto Ind-Dáder). *Farmacéuticos comunitarios* 2010; 2 (Supl. 1): 55-56.

⁹⁸ Céspedes MJ, Zarauz J. Consultas de indicación farmacéutica en una farmacia de costa. *Ars Farmacéutica* 2010; 51 (Supl 1): 56.

⁹⁹ Salar L. (2005). "Protocolos de actuación farmacéutica en síntomas menores". En: www.redfarmaceutica.com/almacen/Atencion/archivos/11/Protocolos.pdf. Fecha de acceso: 26/10/2010.

¹⁰⁰ Domínguez L. Consultas de indicación farmacéutica en pediatría. Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica. *Seguim farmacoter* 2004; 2 (supl 1): 13-17.

¹⁰¹ Baixaulí V. Consultas en la farmacia comunitaria. Mesa redonda: De la A a la Z en indicación farmacéutica. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (supl 1): 13-17.

¹⁰² Baixaulí VJ, Salar L, Barbero A. Demanda de información en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2004; 6(3): 136-144.

¹⁰³ Baos V, Faus MJ. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Granada: Universidad de Granada; 2008. ISBN: 978-84-608-0683-7.

¹⁰⁴ Armando P, Uema S, Correa Salde V, Fontana D, Vega EM, Paraje MG. Pautas para la Utilización de Protocolos en la Consulta o Indicación Farmacéutica. Acta Farm. Bonaerense 2006; 25 (2): 302-9.

¹⁰⁵ Machuca M, Oñate MB, Romero-Barba L, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP. Propuesta de modelo de actuación en consulta o indicación farmacéutica adaptado al consenso español en atención farmacéutica. Seguim Farmacoter 2003; 1(3): 141-146.

¹⁰⁶ Eyaralar T, Dago A, Del Arco J. Dispensación activa. Aula Farma. 2004; 1: 10-20.

¹⁰⁷ Lavado ME, Herrera J. Comunicación farmacéutico-paciente: Mutuo entendimiento. Farmacia Profesional 1997; 11(9): 13-14.

¹⁰⁸ Barbero JA, Alfonso MT. Consulta de Indicación Farmacéutica. Aula de la Farmacia 2004; 1 (5): 10-22.

¹⁰⁹ Gascón P. Actuación protocolizada ante consultas sobre alteraciones menores. Offarm 2003; 22 (3): 163-164.

¹¹⁰ Zardaín E, Llavona AM. Protocolos para la atención de los trastornos menores. Farmacia Clínica 1994; 4:312-25.

¹¹¹ Lavado ME, Machuca M, Herrera J. Informe de consulta farmacéutica. Pharm Care Esp 1999; 1: 62-69.

¹¹² Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Granada: Universidad de Granada; 2008. ISBN: 978-84-8473-609-7.

¹¹³ Sánchez AM, Creis J, Arreaza M. Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de las farmacias de Ciudad Real. Pharm Care Esp 2001; 3: 106-121.

¹¹⁴ Cortes Generales. Ley 16/1997 de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE 1997; (100): 13450-13452.

¹¹⁵ Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:276-279.

¹¹⁶ Urden L. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. Outcomes Management 2002; 6(3):125-131.

¹¹⁷ Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. Soc Sci Med 1997; 45(12):1829-43.

¹¹⁸ Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51:1611-25.

¹¹⁹ Varela J, Rial A, García E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. Psicothema 2003; 15(4):656-61.

¹²⁰ Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria 2005; 36(7):358-66.

¹²¹ Ocaña A. Faus MJ. El boticario aprueba en indicación pero con formación y protocolos. Disponible en: www.correofarmacutico.com. Fecha de acceso: 5/11/2010.

¹²² Sáez-Benito L., Ocaña A., Plaza F., Baena MI., Faus MJ. Satisfacción de los usuarios con el servicio de indicación farmacéutica (proyecto Ind-Dáder)). *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2 (Supl 1): 56.

¹²³ Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Murillo L, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Percepción de los pacientes sobre la indicación farmacéutica, los farmacéuticos y las farmacias comunitarias en siete farmacias aleatorizadas en Sevilla capital. *Rev. O.F.I.L.* 2007; 18 (1): 27-36.

¹²⁴ Aguilar A, Cansino J, Giné N, Matas MD, Miras M, Valdayo L. Información sobre la seguridad en asma, diabetes e hipertensión de las especialidades farmacéuticas sin receta, según distintas fuentes terciarias. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(3): 115-119.

¹²⁵ La farmacia es el primer lugar al que acuden los inmigrantes cuando tienen un problema de salud. [Noticias]. *Offarm* 2008; 27 (8):28.

¹²⁶ La automedicación es una práctica asumida y arraigada en la población. [Noticias]. *Offarm* 2002; 21 (7): 16.

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi, Noviembre de 1985.

¹²⁸ De Miguel E, Suárez de Venegas C. Automedicación en una Farmacia Comunitaria: solicitud y actuación del farmacéutico. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 433- 438.

¹²⁹ Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME). Automedicación: riesgos y beneficios. *Boletín Terapéutico Andaluz* 1996; 12 (5): 1-5.

¹³⁰ Herrera J. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Madrid: Elsevier; 2006: 443-444. ISBN: 84-8174-658-4.

¹³¹ Alfonso T. El rol del farmacéutico en automedicación. Uso de medicamentos: análisis desde la experiencia en España. Pharm Care Esp. 1999; 1:157-164.

¹³² World Health Organization, WHO. Regional Office for Europe. Guidelines for the assessment of medical products in self-medication. Ginebra. 1986.

¹³³ European Commission. Communication from the European Commission and proposed for a European Parliament and Council decision adopting community action on health promotion information, education and training within the framework for action in the field of public health; adopted on June 1st 1994.

¹³⁴ Loza MI et al. El proyecto TESEMED: aprender en las farmacias comunitarias utilizando la telemática. Pharm Care Esp 2000; 2: 440-443.

¹³⁵ Rozman C. Viriasis respiratorias. En: Rozman C. Compendio de medicina interna. 3.^a ed. Madrid: Elsevier; 2006: 734-736. ISBN: 84-8174-850-1.

¹³⁶ Blanco F, Gil P. Protocolo de actuación farmacéutica en gripe y resfriado. Disponible en: <http://correofarmacaceutico.com/documentos/protocologripe100105.pdf>. Fecha de acceso: 6/7/2008.

¹³⁷ Olalla R. Afecciones de las vías aéreas superiores. Antitusivos y bucofaríngeos. Offarm 2008; 27 (Supl. 1): 56-62.

¹³⁸ Rimbau V. La atención farmacéutica en el resfriado común. Acófar 2008; 481: 28-32.

¹³⁹ López-Bescos L, Cosín J, Elosua R, Cabadés A, De los Reyes M, Arós F, et al. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España. Estudio PANES. Rev Esp Cardio. 1999; 52:1045-56.

¹⁴⁰ Mayo E, Hernández V, Sierra MJ, Pachón del Amo I, Carrasco P, Gil de Miguel A, et al. Evolución de las coberturas vacunales antigripales entre 1993- 2001 en España. Análisis por comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78: 481-92.

¹⁴¹ Jiménez R, Mayo E, Hernández V, Sierra MJ, Pachón del Amo I, Carrasco P, et al. Evolution of anti-influenza vaccination coverage in Spain from 1993 to 2001. Vaccine. 2005; 23: 2844-50.

¹⁴² Nuevos medicamentos comercializados en España: Oseltamivir (Tamiflu). Panorama Actual del Medicamento 2007; 31(302): 289-296.

¹⁴³ Badía X et al. Estudio de costes de la gripe. Aten Primaria 2006; 38(5): 260-7.

¹⁴⁴ L. Cordero et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto Tesemed: Gripe y resfriado. Pharm Care Esp 2001; 3: 5-21.

¹⁴⁵ Cody H. Reducir el impacto de las infecciones respiratorias víricas en los niños. En: Prober C. Enfermedades infecciosas pediátricas. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 13⁹ Edición Barcelona: Masson; 2006: 695-710. ISBN: 978-84-458-1623-3.

¹⁴⁶ Esteva E. Gripe. Etiología, síntomas y tratamiento. Offarm 2007; 26(9): 52-58.

¹⁴⁷ de la Flor J. Gripe. Pediatría Integral 2009; 13(4): 377-383.

¹⁴⁸ Lozano JA. Curso de formación continuada sobre gripe y resfriado. Gripe. Offarm 2006; 25(9): 135-153.

¹⁴⁹ La Gripe. Informes técnicos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En:http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000023.nsf/VWDOCU_MENTOS/E8E7A30C2DD5A372C125782B00360522?OpenDocument. Fecha de acceso: 6/7/2008.

¹⁵⁰ Vázquez-Fernández del Pozo S et al. Cambios en las coberturas vacunales antigripales en España entre los años 2001 y 2003. Análisis por comunidades autónomas. Gaceta Sanitaria 2007; 21(1):10-17.

¹⁵¹ World Health Assembly. Influenza: report by the WHO secretariat. Ginebra: World Health Assembly; 2003.

¹⁵² Armstrong BG, Mangtani P, Fletcher A, Kovats S, McMichael A, Pattenden S, et al. Effect of influenza vaccination on excess deaths occurring during periods of high circulation of influenza: cohort study in elderly people. BMJ. 2004; 329: 660.

¹⁵³ Nichol KL. The efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of inactivated influenza virus vaccines. Vaccine 2003; 21: 1769-75.

¹⁵⁴ de la Flor J. Infecciones de vías respiratorias altas I: Resfriado común. Pediatría Integral 2009; 13(4): 333-338.

¹⁵⁵ Rosas MR. Gripe y Resfriado. Clínica y tratamiento. Offarm 2008; 27(2): 46-51.

¹⁵⁶ Martín-Aragón S. Tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias altas. Of 2010; 29 (6): 92-97.

¹⁵⁷ Font E. Etiología, diagnóstico, profilaxis y tratamiento del resfriado común. Offarm 2002; 21(11): 72-80.

¹⁵⁸ Pallàs M. Resfriado: tratamiento y complicaciones. Acófar 2010; 493: 26-29.

¹⁵⁹ Lozano JA. Curso de formación continuada sobre gripe y resfriado. Resfriado. Offarm 2006; 25(10): 148-161.

¹⁶⁰ Encabo B, Fernández J, Gaminde M, Gurrutxaga A, Rodríguez E, Sakona L, Samperio M. Protocolos de atención farmacéutica. Gripe y resfriado. Farmacia profesional 2004; 18(11): 32-42.

¹⁶¹ Gómez AE. Congestión nasal. Uso de los anticongestivos. Offarm 2006; 25(1): 48-54.

¹⁶² Alarcón de la Lastra C. Gripe y resfriado común. En: Bravo L y Marhuenda E. Manual de Farmacoterapia. Madrid: Elsevier; 2005: 496-504. ISBN: 84-8174-764-5.

¹⁶³ Esteva E. Analgésicos. Clasificación y uso. Offarm 2008; 27(8): 68-74.

¹⁶⁴ Gómez AE. Cefalea crónica diaria. Clasificación, prevención y tratamiento. Offarm 2006; 25(3): 52-62.

¹⁶⁵ Lozano JA. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Offarm 2001; 20(5): 96-106.

¹⁶⁶ Pérez B. Indicación farmacéutica en cefaleas. Aula de la Farmacia 2007; 3(39): 52-59.

¹⁶⁷ Aguirre J.J. Cefalea tensional En: Mateos V. Migraña y otras cefaleas. Barcelona: Ed Masson; 2010: 217-234. ISBN: 978-84-458-2063-6.

¹⁶⁸ Walling A. D. Cefaleas. En: Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica. 6ª Edición. Barcelona: Ed. Masson; 2006: 579-588. ISBN: 84-458-1298-X.

¹⁶⁹ López MT. Cefaleas. Tratamiento fitoterapéutico. Offarm 2004; 23(2): 134-138.

¹⁷⁰ Martínez-Martínez J.A. Dolor de garganta agudo. Jano 2005; (1.586): 18-24.

¹⁷¹ Lozano JA. El dolor de garganta y el uso de los bucofaríngeos. Offarm 2003; 22(1): 63-68.

¹⁷² Bonet R y Garrote A. Fiebre y tos. Aproximación desde la farmacia. *Offarm* 2009; 28(2): 35-39.

¹⁷³ Feria M. Fármacos analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos. En: Flórez J. *Farmacología humana*. 4ª Edición. Barcelona: Ed. Masson; 2005: 375-408. ISBN: 84-458-1290-4.

¹⁷⁴ Moreno ME. Farmacovigilancia. Hepatotoxicidad asociada al uso crónico de paracetamol en pacientes sin factores de riesgo. *Offarm* 2002; 21(5): 167-168.

¹⁷⁵ Page CP, Curtis MJ, Sutter MC, Walker MJA. Fármacos y aparato respiratorio. En: Page CP, Curtis MJ, Sutter MC, Walker MJA, Hoffman BB. *Farmacología integrada*. Madrid: Ed. Harcourt; 1998: 231-252. ISBN: 84-8174-340-2.

¹⁷⁶ Mitchell DM. Rinitis y sinusitis. En: Albert RK. *Tratado de neumología*. Madrid: Ed. Harcourt; 2001: 31. 1-8. ISBN: 84-8174-527-8.

¹⁷⁷ Gómez AE. Rinitis y congestión nasal. Abordaje desde la farmacia. *Offarm* 2009; 28(1): 46-53.

¹⁷⁸ Malfaz L, Pérez-Accino CM, Velasco A. Estudio sobre la utilización de medicamentos descongestivos nasales de uso tópico en la población de Barbate (Cádiz): una encuesta en farmacias. *Pharm Care Esp* 2006; 8(1): 18-22.

¹⁷⁹ Álvarez MO. La tos. Actuación del farmacéutico y medicación antitusígena. *Offarm* 2003; 22(2): 112-118.

¹⁸⁰ Esteva E. Antitusivos, expectorantes y mucolíticos. Clasificación descriptiva. *Offarm* 2008; 27(11):44-47.

¹⁸¹ Cadavid MI, Loza MI. Tratamiento de la tos. En: López AC, Moreno L, Villagrasa V. Manual de farmacología. Guía para el uso racional del medicamento. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2010: 181-190. ISBN: 978-84-8086-651-4.

¹⁸² L. Cordero et al. Protocolos para trastornos menores del proyecto TESEMED: Tos. Pharm Care Esp 2001; 3:77-92.

¹⁸³ Lozano JA. Antitusígenos y mucolíticos. Cómo clasificar y tratar la tos. Offarm 2005; 24(2):54-62.

¹⁸⁴ Camins A. Mucolíticos y expectorantes. Acófar 2006; 459: 20-24.

¹⁸⁵ Font E. Fármacos para el tratamiento de la tos. Offarm 2003; 22 (11):70-78.

¹⁸⁶ Rodríguez F, Fernández-Crehuet J, Domínguez V. Aspectos éticos y legales de la investigación en salud pública. En: Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. 11ª Edición. Barcelona: Masson; 2008: 211-212. ISBN: 978-84-458-1913-5.

¹⁸⁷ Lamsam GD, Kropff MA. Community Pharmacist's assesments and recommendations for treatment in four case scenarios. Ann Pharmacother 1998; 32: 409-416.

¹⁸⁸ Machuca M. Influencia de la intervención farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos. [Tesis doctoral] Universidad de Sevilla; 2000.

¹⁸⁹ Suárez F, Bautista I, Serra L. Estudio de prevalencia de automedicación en una población turística realizado desde una farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 2010; 12(2):69-78.

¹⁹⁰ Martínez R., Cortes F. Auto-cuidados ante el Resfriado Común y el Dolor Osteomuscular. Rev. Clín. Med. Fam. 2006; 1 (3): 110-114.

¹⁹¹ Ras E., Moya P. Prescripción médica o automedicación. *Aten Primaria*. 2005; 36 (5): 285.

¹⁹² Jiménez D., Hernández C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit*. 2010; 24 (2): 116.e1-116.e8.

¹⁹³ Vives J, Colomer M, Villuendas A, Sanchis C, Lozano E, Dualde E. Características de la población valenciana que demanda indicación farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (Extra): 80-81.

¹⁹⁴ Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Murillo MD, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Aplicabilidad y efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital. *Pharm Care Esp* 2008; 10(2): 67-75.

¹⁹⁵ Quiñones S., Martínez A. Indicación farmacéutica y consulta en una farmacia rural. *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2 (Supl. 1): 55.

¹⁹⁶ Prats R, Roig I, Baena MI, García-Delgado P, Martínez-Martínez F. Sistema de registro de las actuaciones profesionales demandadas en la Farmacia comunitaria. *Ars Pharm* 2010; 51 (2): 89-103.

¹⁹⁷ Sierra S, García-Jiménez E, Martínez F. Análisis de peligros y puntos críticos de control en la oficina de farmacia. *Pharm Care Esp* 2009; 11(3): 102-113.

¹⁹⁸ Capilla P, Varas R, Megía C, Cuellar S, Recio C. Resultados de la actuación del farmacéutico comunitario en indicación farmacéutica ante el paciente con dolor osteomuscular agudo. 5ª acción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica (Indicación). e-farmacéutico comunitario. *Extra* 2008; P 039: 30-31.

¹⁹⁹ Atención farmacéutica: Estudios de indicación farmacéutica en resfriado: resultados preliminares. *Panorama actual del medicamento* 2006; 30 (296): 814-820.

²⁰⁰ Monzón L, Miragall JV, Domínguez L, Vives J, Dualde E, Jiménez E. Indicación farmacéutica en pediatría. *Pharm Care Esp* 2003; 5 (extr): 120.

²⁰¹ Pérez B. Estudio sobre la automedicación con antigripales en farmacias comunitarias de la provincia de Lugo. *e-farmacéutico comunitario* 2007; 2 (3): 20-23.

²⁰² Gil J, Ponce A, Herreros I, Sanz T, Bártulos A, Morales P. Estudio sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda de la población demandante en un centro de salud urbano. *Aten Primaria*. 1999; 24:332-6.

²⁰³ Hernández A, Pérez B, Salmador B, Pérez E, Galdón P, López V. Consumo de antigripales en la zona de salud de Albarracín. *Offarm* 2003; 22 (10): 96-98.

²⁰⁴ Jubete MJ. Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer? *Aten Primaria* 2004; 34(8): 445-6.

²⁰⁵ Ocaña A., Sáez-Benito L., Plaza F., Baena MI., Faus MJ. Intervenciones farmacéuticas en el servicio de indicación farmacéutica (proyecto Ind-Dáder). *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2 (supl. 1): 56.

²⁰⁶ Fajardo P, Baena MI, Pintor A, Martínez J, Martínez F, Faus MJ. Motivo de derivación a los servicios sanitarios desde la farmacia comunitaria. Abstract P043. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2 (supl 1): 34-35.

²⁰⁷ Ocaña AM, Sáez-Benito L., Baena MI, Faus MJ, Plaza F. Opiniones de los usuarios de farmacia comunitaria sobre el servicio de indicación farmacéutica. *Ars pharmaceutica* 2010; Tomo 51, (supl. 1): 72.