



O.F.I.L.

**ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS
IBERO-LATINOAMERICANOS**

**GUÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE
SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRAL
DE LA FARMACOTERAPIA**

O.F.I.L.

**ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS
IBERO-LATINOAMERICANOS**

COORDINACIÓN: Manuel Machuca
Presidente de OFIL 2010-2012

Grupo de trabajo: Jorgelina Paciaroni (Argentina); Patricia Mastroianni (Brasil);
Leonardo Arriagada (Chile); Martha Milena Silva (Colombia); Raymundo Escutia
(México); Ana García (Uruguay); Magaly Pedrique (Venezuela)
Esta publicación fue terminada en febrero de 2012

INTRODUCCIÓN

La aparición de los antibióticos, la potabilización de las aguas o la posibilidad de conservar mejor los alimentos, gracias a la utilización de la electricidad, han contribuido a disminuir de forma drástica las enfermedades infecciosas en los países desarrollados, a pesar de que desgraciadamente, continúa siendo un reto llevar estos avances a toda la humanidad.

Además del protagonismo de los antibióticos, el desarrollo de numerosos medicamentos han favorecido que en apenas un siglo, el ser humano haya duplicado su esperanza de vida. El enorme incremento de los recursos terapéuticos y la cronificación de enfermedades que se consideraban incurables, están suponiendo un auténtico cambio de paradigma en los conceptos de salud y enfermedad al principio del tercer milenio.

Se ha conseguido que el espacio entre el diagnóstico de una enfermedad y la muerte se haya alargado considerablemente. Sin embargo, pocos medicamentos, salvo los antibióticos, curan. Y menos aún, garantizan el resultado esperado por el mero hecho de utilizarlos bien, aunque haya existido un proceso irreprochable desde que el médico diagnostique la enfermedad y prescriba un tratamiento apropiado y accesible; y se utilice de la forma correcta gracias a la voluntad del paciente y a la información proporcionada por los profesionales de la salud.

Al cronificar las enfermedades, los medicamentos pasan a ser una parte importante en la vida del ser humano hasta su muerte. Ello ha convertido su utilización en un hecho social, más allá de un hecho sanitario. Las dianas terapéuticas sobre las que actúan los fármacos, con frecuencia no expresan signos o síntomas identificativos que el paciente pueda percibir, y sin embargo sí que pueden apreciarse los efectos indeseables de la utilización de los mismos. Es más, es posible que la idea de los profesionales y pacientes sobre lo que es un efecto beneficioso o uno no deseado puede ser contraria, por lo que, junto a la realidad de la enfermedad como algo para toda la vida, la relación entre profesionales y pacientes supone un reto esencial para su correcto abordaje. Los pacientes dejan de ser los sujetos pasivos y limitados que son en el marco de las enfermedades agudas, y pasan a ser protagonistas activos en el proceso de las enfermedades

crónicas. Esto supone un cambio trascendental en las relaciones de estos con quienes les atienden, y hace que los aspectos clínicos de las enfermedades sean solo una parte del abordaje, y por tanto, que el médico no sea capaz de dar respuesta a todo lo que acontece en este nuevo escenario. La multidisciplinariedad se hace absolutamente imprescindible, así como el diseño de un nuevo modelo de atención sanitaria, más abierto. Por tanto, se abre un espacio ajeno al gremialismo y a la exclusividad de roles profesionales, que da paso a otro de fronteras más difusas, en el que se comparten funciones pero a su vez se aportan miradas complementarias para la resolución de problemas.

En un contexto como este, con una vida más larga, pero a costa de tener que tomar cada vez más medicamentos, es en el que se produce un enorme incremento de pacientes polimedicados. Estos pacientes toman un número importante de medicamentos, que comparten con mucha frecuencia vías de metabolización similares, aumentando la probabilidad de interacción entre los mismos. Ello puede provocar que los resultados en salud esperados sean muy distintos de los que se consiguen en una realidad de alta complejidad farmacoterapéutica. Como consecuencia, un recurso terapéutico como el medicamento, puede hacerse ineficiente y provocar un aumento en los costes sanitarios y sociales, al ocasionar nuevas visitas a profesionales, utilización de tecnologías sanitarias más costosas, producir bajas laborales, alargarlas, o incluso algún tipo de incapacidad laboral.

Esto ha hecho necesario crear un nuevo profesional, especializado en la optimización de los resultados de los medicamentos, que aporte una mirada renovada al hecho social y sanitario que significa tomar medicamentos de forma crónica. Una mirada que, a diferencia de la del médico, que parte del diagnóstico, o de la de la enfermera, que parte del cuidado, toma como punto de partida las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, como propuesta para explicar unos resultados en salud no esperados.

El objetivo de esta guía es ayudar a implantar unidades de gestión integral de la farmacoterapia, para mejorar los resultados de la herramienta más económica y utilizada para dar salud y prevenir la enfermedad: el medicamento.

DEFINICIONES

GESTIÓN INTEGRAL DE LA FARMACOTERAPIA

Se define la gestión integral de la farmacoterapia como “un proceso normalizado, que busca satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, y trata de asegurar que cada medicamento que utiliza, se evalúa de forma individual, para asegurar que tiene un propósito concreto, y se utiliza de la forma más adecuada como para que sea efectivo para el problema de salud que trata, y sea seguro, junto al resto de medicamentos que usa y problemas de salud que padece”.

No importa si los medicamentos son de prescripción o no, de medicina alternativa o tradicional, vitaminas o suplementos nutricionales. Este servicio tiene carácter generalista, y por ello debe partir de la evaluación de toda la medicación del paciente, y puede implantarse en cualquier entorno asistencial y a cualquier nivel de la atención sanitaria.

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

El proceso de atención al paciente consta de tres partes:

1. Evaluación inicial.
2. Plan de cuidados.
3. Evaluación del plan de cuidados.

1. Evaluación inicial: debe establecerse una relación terapéutica adecuada con el paciente, para conocer su perspectiva sobre su salud y medicamentos, y cómo estos se adaptan a su entorno cultural, social y educativo.

Es el punto de partida para identificar todas las necesidades farmacoterapéuticas, para conocer si se están alcanzando todas las metas terapéuticas que deberían conseguir los medicamentos a utilizar por parte del paciente. Esto incluye la posibilidad de que el paciente pudiera precisar algún otro medicamento además de los que está utilizando, que alguno no tuviese indicación; que se detectase algún problema de falta de efectividad, por no conseguirse la respuesta esperada en el paciente; que alguno de los

medicamentos produjese efectos no deseados; o que la utilización de los mismos fuese inadecuada como para alcanzarse las metas esperadas.

Estos problemas identificados pueden clasificarse taxonómicamente de forma diferente según las distintas orientaciones metodológicas que existen en el mundo.

2. Plan de cuidados: su propósito es diseñar la forma de resolver los problemas que se han identificado en la evaluación inicial y mantener las metas terapéuticas que ya se estaban alcanzando en dicha evaluación. Este plan significa una alianza entre el profesional y el paciente, en el que deben confluir los deseos y las expectativas del paciente, que tienen que ver con su calidad de vida, con la perspectiva del profesional, que incluye sus conocimientos específicos y su experiencia clínica. Debe incluir metas concretas y alcanzables, forma en las que estas deben asumirse, y plazos adecuados de resolución, y si ello es posible, parámetros que puedan indicar la evolución favorable. El paciente es parte activa de este proceso, y debe conocer en todo momento cómo actuar.
3. Evaluación del plan de cuidados: trata de conocer si se han conseguido los propósitos esperados, e implica un nuevo plan para mantener las metas terapéuticas conseguidas y resolver las que no se hayan alcanzado. Por tanto, parte de evaluar de nuevo todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, y continúa con el diseño de un nuevo plan de cuidados.

ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS IBERO-LATINOAMERICANOS

PROBLEMA FARMACOTERAPÉUTICO

Se define como “el juicio de un profesional, por el que este considera que existe una necesidad farmacoterapéutica inadecuadamente satisfecha, basada en un resultado en salud que se desvía de lo esperado, y que se resuelve con la modificación de la medicación del paciente, lo que puede implicar añadir, suprimir o sustituir medicamentos, aumentar o bajar dosis, o mejorar la utilización de alguno de ellos”.

Por tanto, para que se haya detectado un problema farmacoterapéutico, deben darse las siguientes circunstancias:

1. La valoración de un profesional que lo identifique.

2. El resultado en salud que lo justifique.
3. Una propuesta concreta de modificación farmacoterapéutica.

Existen diversas clasificaciones que los categorizan, que son de mucha utilidad para poder describir esta nueva realidad, y que contribuyen a trasladar a la sociedad la importancia epidemiológica de la morbi- mortalidad evitable asociada a los medicamentos. La categorización debe conllevar a la mejor resolución del mismo, y por tanto, tiene un valor diagnóstico del problema farmacoterapéutico identificado.

ASPECTOS OPERATIVOS

ESTRUCTURA

Un servicio de gestión integral de la farmacoterapia debe gozar de un espacio privado de atención al paciente, que garantice la confidencialidad en todo momento, sin que se produzcan interrupciones o interferencias. No debe mezclarse con ningún otro procedimiento asistencial no previsto. En el caso de que se habilite en un Servicio de Farmacia, nunca debe integrarse con el proceso de dispensación de medicamentos, ni aprovechar esa actuación profesional para el encuentro con el paciente. Ambos procesos tienen propósitos y mecánicas distintas, por lo que deben llevar procedimientos diferenciados.

Ha de garantizarse en lo posible la comodidad de los profesionales y pacientes, para favorecer una relación terapéutica fluida.

La atención a pacientes se regulará mediante cita previa. Para las evaluaciones iniciales, el tiempo estimado oscilará entre 30 y 60 minutos, en función de la experiencia del profesional y el número de medicamentos que utilice el paciente; para las evaluaciones de seguimiento, la duración variará entre 15 y 30 minutos, dependiendo también de las mismas variables.

El paciente debe acudir a la primera cita con todos los medicamentos que utiliza, con los diagnósticos médicos, resultados de pruebas de laboratorio y cualquier documento que pueda explicar su estado actual o antecedentes; a las

evaluaciones de seguimiento, también deberá acudir con la documentación y medicamentos que hayan variado desde la visita anterior.

Se aconseja que una parte del horario laboral del profesional se dedique a la documentación y estudio de los pacientes, lo que debe suponer sobre el 40% de la jornada.

El profesional debe tener el mejor acceso posible a la información científica necesaria para su actuación profesional, así como a bibliografía que actualice sus conocimientos.

En el caso de que la Unidad asistencial sea también Unidad docente deberán considerarse las necesidades estructurales que ello requiere. Esencialmente, se ha de considerar el acceso a una sala de reuniones para sesiones clínicas y de formación, que disponga de servicios audiovisuales

En cuanto al instrumental necesario del que debe disponer dicha Unidad, dependerá del lugar en el que esté integrada. Como norma general, debería disponerse de aquello cuya utilización en ese momento supusiese una mejora en el proceso general de atención al paciente. Una Unidad integrada en un establecimiento sanitario de elevada complejidad, precisará de tener menos instrumental que aquella que está aislada y ve dificultada su acceso a datos del paciente. En cualquier caso, la utilización de este tipo de instrumental nunca debe realizarse con fines de diagnóstico médico, sino con los de la interpretación de los resultados de la farmacoterapia.

ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL IBERO-LATINOAMERICANOS

EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial tiene como objetivos establecer una relación terapéutica entre profesional y paciente basada en la confianza y el respeto mutuo, e identificar necesidades farmacoterapéuticas inadecuadamente satisfechas. Por ello, se deben recoger una serie de datos sobre los problemas de salud y la medicación del paciente y sus antecedentes, y se debe conocer la experiencia

personal del paciente sobre todo esto. Su experiencia tiene que ver con su educación, el entorno socio- cultural en el que vive, sus tradiciones, sus antecedentes familiares y personales, su vida profesional o personal, entre otros aspectos. Esto hace única la relación con cada uno de los pacientes, y debe basarse en el respeto a la posición de cada uno, en huir de todo juicio de valores, y en utilizar la información recabada únicamente con el objetivo de poder diseñar un plan de resolución de problemas más adaptado a los deseos y posibilidades del paciente.

La confianza y el respeto son las bases de la relación terapéutica. Desde el punto de vista del paciente hacia el profesional, esta se cimentará sobre el conocimiento profesional y la veracidad. Por tanto, cuanto más experiencia se tenga, más se facilitará la relación, aunque el respeto mutuo siempre será el valor principal.

Durante la entrevista de evaluación inicial se recopilarán los datos demográficos del paciente, sus antecedentes, hábitos, problemas de salud y años de evolución, medicamentos que utiliza, forma de hacerlo y tiempo que lleva con el tratamiento. Esto se realizará con preguntas cerradas sobre los datos que son precisos, y con preguntas abiertas que permitan conocer sus principales preocupaciones y su visión personal. Antes de finalizar, se aconseja realizar un repaso con el paciente de la información que se ha recogido y una revisión de sistemas por si se puede descubrir algún problema de salud que no haya aparecido hasta el momento. Esto debe documentarse en una historia farmacoterapéutica del paciente, de la que hay diferentes versiones en papel o en programas informáticos.

Al final de la entrevista, el profesional puede discutir con el paciente el plan de cuidados, si tiene claro cuáles son los problemas farmacoterapéuticos y la mejor manera de resolverlos. En el caso de que precise un mayor estudio, se citará al paciente para discutirlo una vez que estén bien definidos los problemas y sus posibles causas.

En cualquier caso, el profesional debe verificar que cada medicamento que toma el paciente:

- Tiene una indicación contra un problema de salud que tiene el paciente.

- Se utiliza de la forma correcta, a la dosificación suficiente (dosis y pauta) como para alcanzar la meta esperada, sin que produzca efectos no deseados.

Asimismo, tiene que comprobar que no existan otros problemas de salud que no estén siendo tratados con medicamentos, y para los que en ese momento la mejor opción sea la utilización de alguno.

Cuando esto no se cumple, se ha detectado un problema farmacoterapéutico, es decir, una necesidad farmacoterapéutica inadecuadamente satisfecha, y que requiere alguna modificación en el tratamiento farmacológico del paciente.

Para detectar este tipo de problemas, han de estudiarse todos y cada uno de los problemas de salud del paciente, y conocer cuáles son los objetivos a conseguir para cada uno de ellos, para poder verificar si se cumplen o no. Esto incluye signos, síntomas y pruebas de laboratorio. Además, debe conocerse la posible relación entre ellos, bien como partes de una estrategia más global, si su aparición conjunta supone un peor pronóstico o no, o todo aquello que pueda dar más información. Por ello, no debe comenzarse a estudiar por cualquier problema de salud, sino, en lo posible, por el que considere que pueda estar relacionado con una enfermedad de base que sufra, y que pueda explicar mejor la situación del paciente. Hay que tener en cuenta que la identificación de problemas farmacoterapéuticos tiene un valor cualitativo, y solo los indicadores clínicos y el tipo de problemas del paciente pueden pronosticar la gravedad de lo detectado.

PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados pretende plasmar el acuerdo del profesional y el paciente para resolver los problemas farmacoterapéuticos detectados, asumiendo metas concretas a conseguir, y que la medicación que está alcanzando los objetivos deseados, continúe haciéndolo.

Es un compromiso, por el que se ha diseñado una forma de resolver problemas asumible por el paciente, en la forma en la que este desea y entiende que es posible resolverlos. Incluye metas terapéuticas concretas, un plazo determinado para alcanzarlas y una forma de hacerlo.

El plan de cuidados puede incluir información para mejorar el conocimiento del paciente sobre sus problemas y medicamentos, y modificación de hábitos higiénico-sanitarios, a fin de mejorar su autonomía y capacidad de afrontamiento.

Si las modificaciones necesarias de la farmacoterapia incluyen añadir o suprimir medicamentos prescritos, o cambiar sus dosificaciones, debe realizarse un informe de derivación al prescriptor, solicitando la modificación con la debida justificación clínica y/ o farmacológica, ya que la decisión final dependerá de quien sea responsable de la prescripción de los medicamentos en cuestión.

El informe debe incluir:

- Medicación implicada.
- Motivo de derivación.
- Juicio del profesional.

El motivo de derivación debe incluir datos que la justifiquen, y debe evitar un lenguaje que pueda interpretarse como una intromisión profesional. Su objetivo es valorar posibles cambios en la farmacoterapia del paciente.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Ningún medicamento, por el hecho de su correcta prescripción y utilización, garantiza el resultado terapéutico, ni que este será para siempre. Por ello, cualquier plan de cuidados debe evaluarse, para verificar si el resultado esperado se ha alcanzado o no. En el caso de haberse detectado más de un problema, la evaluación del plan de cuidados no tiene por qué hacerse completa en un mismo momento, ya que cada medicamento puede precisar de un tiempo diferente para alcanzar la meta terapéutica deseada. También, pueden aparecer problemas de seguridad, que desaparezcan o persistan en el tiempo, antes de que se pueda evaluar la efectividad. Por tanto, un plan de cuidados puede necesitar evaluarse en diferentes momentos. Ello no es óbice para que en cada visita el profesional trate de evaluar la evolución de todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, y pregunte si ha aparecido algún problema nuevo, o haya percibido algún cambio en su salud. Aunque la visita se centre en un determinado problema, objeto y razón de la visita en cuestión, siempre debe revisarse toda la medicación.

DOCUMENTACIÓN

Como en cualquier procedimiento de atención sanitaria, la documentación del proceso asistencial es fundamental. La historia farmacoterapéutica del paciente debe incluir sus datos demográficos, sus antecedentes (intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, alergias, necesidades especiales), sus problemas de salud, sus medicamentos, actuales y anteriores, y las pruebas realizadas (análisis de laboratorio, valores de presión arterial, pruebas diagnósticas). Todo esto puede recogerse en una historia particular de la Unidad, o mediante acceso a la historia o expediente clínico del paciente, si se ejerce esta actividad en un entorno asistencial compartido con otros profesionales.

Las visitas deben quedar documentadas también en su historia, para poder reconstruir el caso desde el inicio. Pueden incluirse impresiones subjetivas del profesional que ha atendido al paciente, y que pudieran ayudar a otro que le sustituyese.

La forma en la que se recopila la documentación debe facilitar en lo posible su utilización con fines de acreditación de la Unidad y de investigación. Los programas informáticos deben agilizar todo el proceso de documentación de la actuación profesional, procurando ser dinámicos y fáciles de utilizar.

ASPECTOS ÉTICOS

Como cualquier otra práctica asistencial, esta debe cumplir los principios bioéticos que se han propuesto para aquellas.

- **Beneficencia:** en cualquier intervención, debe buscarse lo mejor para el paciente. Ello quiere decir, que deben sopesarse qué beneficios se buscan, que estos sean compatibles con los deseos y aspiraciones del paciente, en cuánto tiempo se espera conseguirlos, y qué riesgos se van a asumir. Y todo esto, debe compartirse con el paciente, que debe ser protagonista principal en la toma de decisiones.

- No maleficencia: ante todo, no dañar, tanto en lo que se refiere a la salud del paciente como a su escala de valores. A pesar de esto, siempre que existe una intervención, hay una posibilidad de daño.
- Veracidad: para que el paciente conozca toda la verdad que espera saber del proceso, evitando ocultar información, tergiversarla en beneficio de la opinión del profesional o silenciarla con el solo fin de evitar afrontar una situación compleja.
- Justicia: no puede haber discriminación a la hora de acceder a este servicio profesional, ni que sea motivo de exclusión social. Ello no es incompatible con una implantación progresiva, con el criterio de seleccionar aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de esta actividad.
- Fidelidad: el paciente es el objetivo y razón de esta práctica asistencial, y el profesional ha de deberse a este, buscando en todo momento aquello que sea más beneficioso para su salud y calidad de vida.
- Autonomía: el profesional no toma decisiones por el paciente, sino que su conocimiento y experiencia se ponen al servicio de este, para ayudarle a que dichas decisiones se tomen con la información más completa posible que lleve a conocer los posibles beneficios y riesgos de cualquier intervención propuesta. Respetando la autonomía del paciente, este se hace protagonista del proceso y lidera el camino para resolver sus propios problemas, o renuncia a ello con la información necesaria para ello.
- Confidencialidad: la información compartida por el profesional y el paciente deben quedar bajo el amparo de la legislación nacional sobre protección de datos de carácter personal, y no debe compartirse con alguien ajeno sin la debida autorización del propietario de los datos o de las impresiones personales o profesionales. La confidencialidad es el máximo exponente de fidelidad hacia el paciente que puede alcanzarse.

Los profesionales siempre deben estar sometidos a un proceso de mejora continua en su actividad asistencial, actualizando sus conocimientos y compartiendo avances con otros expertos con los que pueda interactuar.

CUESTIONES LEGALES

Esta práctica asistencial debe quedar amparada por la legislación nacional. En el caso de que esta no exista, o no esté suficientemente desarrollada, el profesional nunca debe invadir competencias profesionales no contempladas en la legislación vigente. No obstante, e independientemente del necesario desarrollo legislativo, un profesional que realice actividades de gestión integral de la farmacoterapia podrá asesorar al paciente, como educador para la salud, sobre la utilización de los medicamentos, o enviar sugerencias a valorar a los responsables de dicha farmacoterapia.

El desarrollo legislativo incidirá de forma especial en contribuir a regular esta actividad asistencial en beneficio de los pacientes y del resto de profesionales implicados en el proceso, garantizando que exista un escenario de actuación transparente, que se protejan los derechos de quienes están involucrados, se avale un acceso equitativo a la población, y se desarrolle un modelo de formación coherente para el profesional que lo ejerza, para que de esta forma, la sociedad tenga la garantía de que quienes ejerzan esta actividad asistencial cumplen los requisitos que ella precisa.

CREACIÓN DE UNIDADES EXPERIMENTALES

El proceso de implantación de estos servicios asistenciales debe partir de la creación de una Unidad Experimental, en la que se ejerza esta actividad asistencial y se investigue acerca de sus beneficios sanitarios, económicos y de calidad de vida.

La relativa juventud de esta práctica asistencial hace que los prometedores resultados obtenidos en aquellos lugares en los que se ha implantado, necesiten refrendarse en otros escenarios diferentes, para garantizar que su ejercicio profesional es beneficioso para la sociedad.

Estas Unidades Experimentales deben contar en lo posible con profesionales con experiencia en esta práctica para su ejercicio. En el caso de que

no existan, debería contarse con el asesoramiento de quienes sí la tengan, para que su puesta en marcha y obtención de resultados se logre en el menor tiempo posible.

La Unidad debe insertarse en un espacio físico en el que se asegure la asistencia a pacientes que puedan precisar de esta práctica, y que permita obtener resultados de los que puedan establecerse conclusiones. Al ser experimental y por tanto, se utilicen sus resultados con fines de investigación además de asistenciales, debe garantizarse en todo momento que se cumplen todos los requisitos éticos de cualquier ensayo con pacientes.

La actividad docente de la Unidad debe ser importante desde el principio, para poder generar profesionales con experiencia que ayuden a poder difundir esta práctica. Si no hay profesionales con experiencia en el lugar en el que se va a implantar, el asesoramiento externo por profesionales con experiencia sería la primera actividad docente, para generar esa autonomía necesaria al proyecto.

Para poder establecer los beneficios de la práctica y diseñar un mapa asistencial en el futuro, acorde a los resultados, la investigación sobre esta práctica es fundamental. Las líneas propuestas de investigación serán:

- Beneficios sobre la salud: para conocer si mejoran los resultados en salud de los pacientes que reciben este servicio respecto de los que no.
- Sostenibilidad económica de la práctica asistencial: para saber si implantar actividades de gestión integral de la farmacoterapia reduce los costes sanitarios y sociales
- Modelos de formación del profesional: para diseñar de qué forma debe ser la docencia que permita capacitar expertos en esta práctica asistencial, mediante un itinerario docente acorde con las necesidades del que va a ejercer esta práctica, tanto en el grado universitario como en una posible especialización si fuese necesaria.
- Beneficios sobre la calidad de vida del paciente: para ver si esta práctica mejora el conocimiento del paciente sobre su salud y sus medicamentos, y si esto produce mejoras en el afrontamiento de sus problemas, su autonomía y su autoeficacia.

Los resultados que se deriven de la investigación servirán para elaborar una propuesta de implantación de estos servicios, una forma de acceder a los mismos y un modelo de formación que garantice que la práctica asistencial que surja tiene unas características uniformes, sea conocida por otras profesiones, para favorecer su utilización mediante una eficiente derivación, y se facilita el acceso a los usuarios que la necesiten.

Como cualquier actividad profesional, el modelo de formación de los profesionales debe estar acreditado por las autoridades competentes, para garantizar su coherencia y uniformidad.

Como práctica asistencial universal y generalista, puede implantarse en cualquier entorno. No obstante, las Unidades Experimentales deberían localizarse en aquellos servicios en los que existan pacientes polimedicados. En el ámbito del primer nivel de atención, en el que se enmarca la atención primaria, con muy diversos problemas de salud, una gran cantidad de medicamentos en juego, y un papel del paciente más relevante, es en el que se va a conocer más de sus posibles beneficios. A partir de ahí, se podrán implantar Unidades asistenciales allí donde se estime que su beneficio pueda ser importante.

EPÍLOGO

La gestión integral de la farmacoterapia, es una práctica asistencial que busca asegurar que el paciente tenga cubiertas, de la forma más efectiva y segura posible, todas sus necesidades de farmacoterapia. El principal beneficiario es el paciente que utiliza varios medicamentos de forma crónica, si bien siempre que exista un medicamento hay un objetivo a conseguir y unos riesgos a evitar.

La implantación debe partir de una Unidad Experimental en la que se evalúen los beneficios de esta actividad y su alcance, para poder planear su difusión y la formación de quienes la ejerzan.

A lo largo de esta guía, no se ha hecho referencia explícita a qué profesional debe asumir los servicios de gestión integral de la farmacoterapia. A pesar de que esta guía se ha realizado por farmacéuticos, esta profesión no ha dado los pasos necesarios para asumir esta responsabilidad ante la sociedad. Esta actividad asistencial es esencial y el hecho de su ausencia de implantación, está produciendo

enormes costes sanitarios y económicos evitables. Por ello, el colectivo profesional, desde el ámbito universitario al asistencial, debe tomarse muy en serio si quiere afrontar este reto, que éticamente no puede ser retrasado por más tiempo.

REFERENCIAS

- Bandura A. Self- efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84 (2): 191- 215.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care practice. The clinician's guide*. 2nd edition. New York: McGraw- Hill; 2004.
- Machuca M. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2008.
- Sabater D, Silva-Castro MM, Faus MJ. *Guía de seguimiento farmacoterapéutico*. Granada: GIF-UGR; 2007.



O.F.I.L.

ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS
IBERO-LATINOAMERICANOS