

Rev. Soc. Esp. Dolor
4: 213-215; 2006

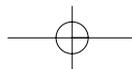
La atención farmacéutica

El concepto de atención farmacéutica (AF, en lo sucesivo) tiene una historia relativamente corta, ya que es en el año 1990 y en EEUU cuando Hepler y Strand acuñan el término AF (quizás desafortunada traducción de los términos “*pharmaceutical care*”), “*como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente*” (1).

En 1993, la OMS redactó un documento conocido como Informe de Tokio (2), que examinaba las responsabilidades del farmacéutico con respecto a las necesidades del paciente y de la comunidad, fundamento de la AF. A partir de ese año, la American Society of Pharmacists elaboró toda una serie de guías y recomendaciones sobre la AF (3,4) estableciendo procedimientos de actuación en materia de AF.

Según la OMS, las acciones de la AF al paciente incluyen, entre otras, la identificación, evaluación y valoración de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de los síntomas descritos por los pacientes y de las dolencias autodiagnosticadas, y decidir si procede la acción del farmacéutico o si se necesita la colaboración de otros profesionales de la salud, así como iniciar o modificar tratamientos, decidir la acción en colaboración, la preparación y suministro de los medicamentos, el establecimiento de las metas del tratamiento, la puesta en marcha de planes de educación y asesoramiento y la vigilancia de los resultados terapéuticos.

Uno de los aspectos clave de la AF se centra en la identificación, evaluación y valoración de los denominados PRM, que incluyen los efectos indeseados de los medicamentos, las interacciones, la utilización “*inadecuada*” de los mismos o el incumplimiento terapéutico. El Segundo Consenso de Granada sobre PRM (5) los define como problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados y establece seis tipos (6): 1) PRM 1: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita; 2) PRM 2: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita; 3) PRM 3: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación; 4) PRM 4: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación; 5) PRM 5: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento, y 6) PRM 6: el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.



Todas las actuaciones que propone la AF recaen en los farmacéuticos de oficinas de farmacia. El proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (7) establece en su artículo 83 que *“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”*.

Sin embargo, hasta ahora la AF no ha podido demostrar sus invocadas virtudes, como han puesto de manifiesto varios ensayos clínicos aleatorizados y controlados (8,9). Existen muchos puntos de discusión y la Organización Médica Colegial elaboró un informe el pasado año sobre el *Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud* (10), como consecuencia del cual adoptó una declaración sobre la AF (11).

Uno de los propósitos de la AF es salvaguardar los intereses económicos del Sistema Nacional de Salud. No obstante, resulta sorprendente que esta labor se encomiende a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia, que tienen carácter privado. En nuestra opinión, esta situación es una fuente inagotable de conflicto de intereses.

Por otra parte, con respecto a la detección de PRM, el farmacéutico carece de formación clínica, por lo que resulta difícil entender cómo puede evaluar los síntomas descritos por los pacientes, decidir si procede su actuación, iniciar o modificar tratamientos o adoptar cualquier medida clínica.

La ausencia de formación clínica del farmacéutico se puede aplicar igualmente a otros procedimientos de la AF, como la indicación farmacéutica o el seguimiento farmacoterapéutico personalizado. Y es aquí donde entramos en el comprometido terreno del intrusismo. En este sentido, la OMC afirma de forma tajante: *“la AF quebranta la autoridad y responsabilidad clínicas que amparan al enfermo”* (11).

En nuestra opinión, los problemas que pretende resolver o evitar la AF pueden y deben ser resueltos por los médicos y enfermeros de atención primaria, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, si se redujera la presión asistencial que el propio Sistema Nacional de Salud genera sobre ellos. Estamos convencidos de que ello redundaría en un mayor bienestar de los pacientes, en una mejor utilización de los medicamentos por los mismos, en un mayor cumplimiento terapéutico y en un mayor ahorro económico para el sistema.

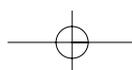
M. Saldaña

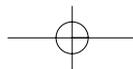
Médica Especialista en Farmacología Clínica

CORRESPONDENCIA:

Mónica Saldaña

e-mail: monica.saldana.exts@juntadeandalucia.es



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am. J. Pharm* 1990; 47:533-543.
2. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993.
3. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm*. 1996; 53:1713-6.
4. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP statement on pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1993; 50:1720-3.
5. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. COMITÉ DE CONSENSO. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada (España). Grupo de Investigación en Farmacología Aplicada y Farmacoterapia (CTS-259). Universidad de Sevilla (España). Grupo de Investigación en Farmacología (CTS-164). Universidad de Granada (España). *Ars Pharmaceutica*, 43:3-4; 175-184, 2002.
6. Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, 41:1; 137-143, 2000.
7. Proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. Richard Holland, Elizabeth Lenaghan, Ian Harvey, et al. Hand does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38338.674583.AE (published 24 January 2005).
9. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, et al. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 2001; 323:1340-3.
10. Organización Médica Colegial. Informe sobre el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud. Febrero 2005.
11. Declaración de la Organización Médica Colegial sobre la Atención Farmacéutica.