

Comunicación breve / Short report

Registro de las intervenciones del farmacéutico en la dispensación activa: resultados

Pharmacist interventions recording in active dispensing: results

Maria Jesús RODRÍGUEZ, Carlos PÉREZ-ACCINO, Vicentina ALLÚE, Teresa DOMINGO, Teresa FERNÁNDEZ-MONTES, Carmen GAMARRA, Pedro GUTIÉRREZ, Asunción MENÉNDEZ, Felisa REPILADO, Yolanda TELLAEACHE.

RESUMEN*

Con objeto de establecer las condiciones óptimas de trabajo para cumplir con las pautas del Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad, nuestro grupo diseñó una hoja de registro de intervención farmacéutica. En él se toman los datos del paciente, una breve descripción del caso y la medicación implicada. Si se detectan PRM se describen sus características y causas. También se anotan los objetivos y las actuaciones para alcanzarlos. Después se anotan los resultados y en los casos que lo requieren, el seguimiento. Por último se registra la bibliografía utilizada.

Entre octubre de 2002 y mayo de 2003 se registraron 307 intervenciones en las cuales se detectaron 264 PRM. Las consultas que originaron estas intervenciones fueron hechas en un 66,6% por mujeres, la mayoría en edades comprendidas entre 40 y 70 años. Los tipos de PRM son los relacionados con la seguridad 40%, seguidos de necesidad 33% y efectividad 27%. Entre las causas encontradas que producen dichos PRM las interacciones ocupan un lugar importante con algo más de un 26%. Las duplicidades e incumplimientos suponen casi un 10% y un 14% respectivamente, siendo atribuibles a otras causas más del 50%.

Palabras clave: Dispensación. Registro de actividades. Farmacia comunitaria. Problemas relacionados con los medicamentos.

ABSTRACT†

Trying to establish optimal conditions to accomplish guidelines stated by the Consensus on Pharmaceutical Services from the Ministry of Health, our group designed a pharmacist intervention record. In this record patient data, and a short case description and pharmacotherapy involved are gathered. Since a DRP is detected, its characteristics and causes are described. Goals and act to achieve them are also written down. Then, results, and in case follow-up are also written down. Finally, references used are registered.

From October 2002 to may 2003 307 interventions were registered in which 264 DRP were detected. Consultations origin of those interventions were produced in 66,6% by women, with a majority of 40 to 70 years old. Type of DRP are related to safety 40%, followed by those related to necessity 33% and effectiveness 27%. Among causes producing those DRPs, drug interactions are the first with more than 26%. Duplicities and non-compliances lead to 10% and 14% respectively, being produced by other causes more than 50%.

* María Jesús RODRIGUEZ. Doctora en Farmacia. Farmacéutica comunitaria. Coordinadora del grupo de trabajo en Atención Farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Madrid. DIRECCIÓN: Velázquez, 20. 28001-Madrid

Carlos PEREZ-ACCINO. Doctor en Farmacia, Licenciado en Medicina. Farmacéutico comunitario en Madrid.

Vicentina ALLUE. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Teresa DOMINGO. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Teresa FERNANDEZ-MONTES. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Carmen GAMARRA. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Pedro GUITIERREZ. Licenciado en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Madrid.

Asunción MENENDEZ. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Felisa REPILADO. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

Yolanda TELLAEACHE. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Madrid.

† María Jesús RODRIGUEZ. PhD, PharmD. Community Pharmacist at Madrid (Spain). Coordinator of the Pharmaceutical cCare Group on the Madrid Pharmacist Association. ADDRESS: Velázquez, 20. 28001-Madrid

Carlos PEREZ-ACCINO. PhD, PharmD, MD. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Vicentina ALLUE. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Teresa DOMINGO. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Teresa FERNANDEZ-MONTES. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Carmen GAMARRA. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Pedro GUITIERREZ. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Asunción MENENDEZ. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Felisa REPILADO. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Yolanda TELLAEACHE. BScPharm. Community Pharmacist at Madrid (Spain).

Keywords: Dispensing. Activities recording. Community pharmacy. Drug-related problems.

(Español)

INTRODUCCIÓN

El ministerio de Sanidad y Consumo desde la Dirección General de Farmacia, publicó el Consenso sobre Atención Farmacéutica¹ redactado por un grupo de expertos a finales del año 2001. Aunque no tiene carácter normativo, en él se establecen las bases para la implantación generalizada del modelo de atención farmacéutica. Se definen y se dan las pautas para llevar a cabo las distintas actuaciones profesionales, que estructura como actividades orientadas al medicamento: adquisición, custodia, almacenamiento y conservación, y actividades orientadas al paciente: dispensación activa, indicación farmacéutica, y seguimiento del tratamiento farmacológico.

Todas estas actividades han de realizarse buscando siempre el beneficio del paciente, para ofrecer protección frente a la aparición de problemas relacionados con los medicamentos, tanto en los casos de solicitud de un medicamento concreto (mediante receta o por automedicación) como en los casos de consulta o indicación farmacéutica^{2,3}.

Nuestro grupo ha pretendido establecer las condiciones óptimas de trabajo para cumplir con las pautas del documento del ministerio, entre las cuales están el registro y documentación de las actividades realizadas.

MÉTODOS

En las reuniones periódicas que mantiene el grupo de trabajo, acometimos en primer lugar el diseño de un modelo de hoja de registro de intervención farmacéutica.

Hemos intentado adaptar al método de trabajo habitual, el uso de una herramienta sencilla para registrar las actuaciones a que da lugar una intervención⁴. Al principio, empezando por las que pensamos que son más importantes o interesantes por la cuestión planteada o por el resultado obtenido, para ir poco a poco llegando a registrar todas y cada una de las intervenciones realizadas.

Para rellenar la hoja de registro en primer lugar se anota la fecha de la intervención y los datos relativos al paciente, teniendo en cuenta que en ocasiones la intervención se realiza en pacientes no habituales a los que no va a ser posible hacer un seguimiento posterior por lo cual su identificación (nombre) no es tan importante como sí lo es el hecho de registrar edad y sexo u otras características que nos vayan a servir para encuadrar el caso en un estudio posterior.

A continuación se describe el caso brevemente y se toma nota de la medicación implicada en ese caso concreto.

En otro apartado se indica el tipo de PRM, si es que se ha producido o se sospecha que se puede producir tras comprobar la indicación, la efectividad y la seguridad para cada medicamento, y a que causa es atribuible dicho PRM⁵. No hay que olvidar que la detección de PRM no es nunca el objetivo prioritario, sino su prevención.

Se utiliza la clasificación de PRM propuesta por el Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos⁶ publicado en el año 2002. Asimismo la clasificación de las causas a las que se pueden atribuir la hemos tomado del Programa Dáder⁷, con objeto de unificar criterios sobre todo de cara a la evaluación de los resultados obtenidos.

En la parte posterior de la hoja se describen los objetivos que nos marcamos y las actuaciones emprendidas para conseguirlos y a continuación el resultado de la intervención.

También hay un apartado para el seguimiento en los casos en que sea necesario hacerlo. Hay que volver a aclarar que no estamos haciendo seguimiento farmacoterapéutico, sino que en muchos casos se trata de intervenciones puntuales, en personas en las que no se va a poder evaluar el resultado de la intervención. En otras ocasiones sí se va a poder hacer el seguimiento, pero este va a terminar con la resolución de ese caso concreto. Por último, es importante especificar siempre cual ha sido la documentación, bibliografía y fuentes de información utilizadas para la toma de decisiones en cada intervención.

RESULTADOS

Las intervenciones registradas por ocho de las oficinas de farmacia del grupo, a lo largo del periodo de tiempo que va entre los meses de octubre de 2002 y mayo de 2003 han sido 307, en las cuales se detectaron 264 PRM. Las consultas que originaron estas intervenciones fueron hechas en un 33,4% de los casos por hombres y un 66,6% por mujeres. El rango de edad de las personas objeto de la intervención por consulta directa o por medio de algún familiar, va desde bebés de pocos meses hasta nonagenarios. En la tabla 1 se puede ver el porcentaje por edades (agrupadas por décadas).

EDAD	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50
%	1,7	1,1	3,8	16,5	25,4
EDAD	51-60	61-70	71-80	81-90	
%	22,4	19,3	9,1	0,7	

La mayoría de las intervenciones se producen por lo tanto entre mujeres que son las que más consultas realizan, de edad madura, sobre todo entre los 40 y los 70 años.

Los tipos de PRM detectados son sobre todo los relacionados con la seguridad (40 %), seguidos de necesidad (33 %) y efectividad (27 %).

La clasificación de los PRM que se detectaron y dieron origen a intervenciones se presenta en la tabla 2.

Categoría	PRM	Porcentaje
Necesidad	PRM 1	17,1%
	PRM 2	16,3%
Efectividad	PRM 3	18,6%
	PRM 4	8,7%
Seguridad	PRM 5	22,4%
	PRM 6	16,9%

Entre las causas encontradas que producen dichos PRM (clasificados siguiendo los criterios del método Dáder) las interacciones ocupan un lugar importante con algo más de un 26%. Las duplicidades e incumplimientos suponen casi un 10% y un 14% respectivamente, siendo atribuibles a otras causas más del 50%.

Tabla 3. Causas de los PRM que originaron intervenciones.

Causa	%
Interacción	26,4%
Duplicidad	9,8 %
Incumplimiento	13,7 %
Otros	50,1%

CONCLUSIONES

Al hacer el registro de las intervenciones farmacéuticas no solo documentamos las actuaciones llevadas a cabo sino que evaluamos la práctica realizada para mejorar el servicio prestado al paciente, para garantizar una correcta indicación, efectividad y seguridad del medicamento. En este sentido hay que resaltar que tal como se concluye en el estudio los PRM más frecuentes son los relacionados con la seguridad (40%), seguidos de los problemas relacionados con la necesidad (33%) y la efectividad (27%).

De los resultados obtenidos también se concluye que las interacciones provocan uno de cada cuatro problemas relacionados con los medicamentos (26,4% de los PRM detectados), destacan a continuación los incumplimientos (13,7%) y las duplicidades (9,8%).

Bibliografía / References

1. Grupo de expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
2. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Caelles N, Espejo J, Gastelurrutia MA, Ibáñez J, Machuca M, Tuneu L. Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: Diferencias y similitudes. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 179-185.
3. Barbero A, Gervas J. Más allá del Consenso de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 387-392.
4. CIM del COF de Bizkaia. *Argibideak* 2001; Volumen 11- número 1.
5. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999; 1 (2): 107-112.
6. Comité de consenso. Segundo Consenso sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002; 43:3-4; 175-184.
7. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Casos clínicos. Barcelona 2001.