

Contribuciones a la implementación de un programa de atención farmacéutica para paciente ambulatorio en un hospital de tercer nivel de Bogotá D.C., II-2005

Ilvar J. Muñoz¹, Eudalina Rodríguez, Édgar M. Rubio

¹ *Departamento de Farmacia, Universidad Nacional de Colombia, A.A. 14490, Bogotá D.C., Colombia. E-mail: ijmuozr@unal.edu.co*

Recibido para evaluación: abril 28 de 2006

Aceptado para publicación: septiembre 11 de 2006

RESUMEN

El desarrollo de programas de Atención Farmacéutica se convierte en una oportunidad para mejorar y fortalecer la asistencia sanitaria al paciente. Se realizó Seguimiento Farmacoterapéutico y detección de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) mediante la aplicación del método Dáder en el Hospital Universitario de La Samaritana. Se encontraron 19 PRM y se plantearon 31 intervenciones farmacéuticas; así mismo, se evaluaron los aspectos administrativos favorables y desfavorables para la implementación y desarrollo del programa en este hospital.

Palabras clave: Atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, método dáder, problemas relacionados con medicamentos (PRM), intervención farmacéutica.

SUMMARY

CONTRIBUTION FOR ESTABLISHING A PHARMACEUTICAL CARE PROGRAM INTENDED FOR AMBULATORY PATIENTS FROM A THIRD LEVEL HOSPITAL IN BOGOTÁ D.C., II-2005

The development of Pharmaceutical Care programs becomes an opportunity to improve and to strengthen the Health Care to the patient. The Pharmacotherapy Follow-up and the detection of Drug Related Problems (DRP) were made through the application of Dader Methodology. They were detected 19 DRP and they considered about 31 pharmaceutical interventions; also, were evaluated the favorable and unfavorable administrative aspects for the implementation and development of the program.

Key words: Pharmaceutical care, pharmacotherapy follow-up, dader program, drug-related problems (DRP), pharmacist intervention.

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son ampliamente utilizados para el tratamiento de diversas enfermedades en la población. Sin embargo, en muchas ocasiones el objetivo terapéutico no se alcanza, generando problemas de morbilidad y mortalidad (1, 2). Por tanto, es necesario prestar un servicio enfocado a prevenir, detectar y resolver oportunamente los problemas que se produzcan a causa de su uso. La Atención Farmacéutica es una actividad profesional del Químico Farmacéutico (3-6) que se ha establecido como una solución eficaz a dichos problemas en varios países (1, 7-9), y se define como “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” (9). En Colombia se conocen ya algunas experiencias positivas (7, 8).

Este trabajo tuvo como objeto implementar el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico para los pacientes atendidos en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de La Samaritana a través de la interacción *farmacéutico-paciente*, responsabilizándose de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, con el fin de alcanzar los objetivos y contribuir en el logro de los mayores beneficios del tratamiento para el paciente (9).

El Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), creado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España) en 1999, es un procedimiento concreto y personalizado (10) que permite la prevención, identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), definidos 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” (13). La identificación de PRM se basa en la clasificación dada por el Segundo Consenso de Granada (13) (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los problemas relacionados con medicamentos según el Segundo Consenso de Granada.

NECESIDAD
PRM 1: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de no recibir una medicación que necesita.
PRM 2: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

EFFECTIVIDAD
PRM 3: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
PRM 4: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
SEGURIDAD
PRM 5: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de una inseguridad o cuantitativa de un medicamento.
PRM 6: El paciente sufre un problema de salud, consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

El Hospital Universitario de La Samaritana, de Nivel III de complejidad, cuenta con 185 camas y presta sus servicios a la población del Departamento de Cundinamarca. El Servicio de Consulta Externa en 2004 atendió 79.163 consultas; durante el periodo de enero a septiembre de 2005 atendió 55.825 consultas por 2.098 motivos diferentes. Entre los principales diagnósticos se encuentran (14): hipertensión esencial, hiperplasia de la próstata, epilepsia y síndromes epilépticos, cataratas, hipotiroidismo debido a medicamentos y otras sustancias, Diabetes Mellitus Tipo II, venas várices, cefalea debida a tensión y EPOC.

METODOLOGÍA

Este trabajo se desarrolló durante el periodo comprendido entre julio 1 y octubre 31 de 2005 en el Hospital Universitario de La Samaritana y fue dirigido a los pacientes de Consulta Externa. Se elaboró un cronograma de trabajo, siguiendo las etapas de trabajo propuestas en la metodología Dáder.

La oferta del servicio se realizó en las salas de espera del área de Consulta Externa, entregando un volante explicativo y suministrando información verbal acerca del SFT; se tomaron datos demográficos, diagnósticos principales y servicio por el cual eran atendidos aquellos pacientes que aceptaron la preinscripción al servicio de SFT.

La primera entrevista y las entrevistas sucesivas se llevaron a cabo en un consultorio, adecuado y acondicionado para ello.

Se acogió la codificación para las historias farmacoterapéuticas de cada paciente, propuesta en la metodología escogida para la realización de este trabajo.

Se diligenció el formato Estado de Situación para cada paciente, y se realizaron sesiones clínicas de discusión aprovechando las características de Hospital Universitario del HUS, con la participación de los docentes y estudiantes de último año de la carrera de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia, que desarrollan sus prácticas de farmacia hospitalaria.

Algunas de las intervenciones farmacéuticas fueron dirigidas directamente al paciente, utilizando material informativo sobre el buen uso de los medicamentos y recomendaciones higiénico/sanitarias. Otras intervenciones requirieron una comunicación escrita al médico tratante.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Aplicación del Método Dáder en el servicio de consulta externa del HUS

Oferta del servicio

Se ofreció el servicio a aproximadamente 100 pacientes, de los cuales 40 manifestaron su interés en el servicio y aceptaron una preinscripción al mismo, permitiendo el registro de sus datos. Dichos pacientes, luego de una comunicación vía telefónica, acordaron asistir a la primera entrevista durante agosto y septiembre. Finalmente, sólo cinco de ellos cumplieron las citas programadas, participando de manera definitiva en el Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Algunas de las razones para este bajo número de pacientes se pueden atribuir a las características sociodemográficas de la población atendida, por ejemplo la procedencia de zonas rurales de municipios del Departamento de Cundinamarca, con dificultades de acceso a la atención en salud, por problemas de traslado y transporte a la ciudad de Bogotá. Por tanto, los pacientes acuden a los servicios de consulta externa en intervalos amplios de tiempo. La mayoría de los pacientes que participaron en el programa residían, en el periodo de realización del estudio, en Bogotá, ciudad donde está ubicado el HUS. Además, aunque la presencia de los farmacéuticos en el HUS se registra desde hace una década, su intervención en el servicio ambulatorio de consulta externa es todavía escasa.

Los pacientes expresaron situaciones que dificultan la aplicación sistemática y continua del SFT, que han sido reportadas en otros trabajos (15), en los que se ha utilizado el método Dáder:

- *Dificultades económicas* a pesar de que el servicio era ofrecido gratuitamente.
- *Inconformidad* con el Servicio de Consulta Externa por el prolongado tiempo

de espera para la consulta médica y la asignación de las siguientes citas de control.

- “Temor a sentirse vigilados o controlados en el uso de los medicamentos”.
- “El paciente considera que no requiere ayuda en el tema de los medicamentos porque en su opinión se encuentran bien”.
- “Falta de interés en el servicio”.
- “Algunos consideran el servicio como intromisión en la labor del médico”.

Una de las estrategias que puede favorecer la implementación del Servicio de SFT es la remisión de los pacientes al mismo por el médico tratante (16). En otros estudios en Colombia, ha resultado útil la remisión en la aceptación del servicio por parte de los pacientes (8).

Debido a que en el hospital esta fue la primera experiencia en iniciar un programa de SFT, se ofreció a todos aquellos pacientes que aceptaran el servicio. Seguramente en la segunda etapa resultaría adecuado escoger los pacientes con base en el perfil epidemiológico del servicio de consulta externa.

Otra dificultad fue encontrar pacientes con problemas de salud en los que se dificulta establecer criterios objetivos de efectividad de la farmacoterapia, por ejemplo: esclerosis, insomnio, alopecia, entre otras.

Primera entrevista

Para realizar la primera entrevista, se siguieron las recomendaciones del método Dáder (10,17). Según éste, cada entrevista debe durar aproximadamente 15 minutos; sin embargo, las primeras entrevistas demandaron entre 45 y 60 minutos, debido a que el paciente percibía esta como la oportunidad de expresar todas sus necesidades y se extendía en las narraciones. De todas maneras, este tiempo puede variar de acuerdo al tipo de paciente y a la preparación y experiencia del farmacéutico que realiza la entrevista.

En la fase Bolsa de medicamentos se encontró que, a pesar de insistir durante la oferta del servicio, en la importancia de acudir a la entrevista con todos los medicamentos, incluyendo los productos naturales y homeopáticos, algunos pacientes consideraban que éstos no forman parte de su farmacoterapia y que, por tanto, no tienen efectos sobre su salud. En algunos casos se consideró que las formas farmacéuticas de uso tópico no son medicamentos. Por esta razón, la Fase de repaso fue de gran utilidad porque en ella se identificó información omitida por el paciente durante la primera entrevista.

La obtención de información referente a los medicamentos prescritos fue difícil porque, aunque los pacientes asistían a la entrevista llevando todos los documentos médicos necesarios, algunas de las fórmulas médicas no cumplían las normas de buena prescripción de medicamentos del HUS (18); por ejemplo, ilegibilidad, prescripción en nombre comercial, la forma farmacéutica o la concentración del principio activo.

Además, no se contaba con información objetiva que permitiera determinar si el problema de salud estaba controlado o no; por ejemplo, los resultados de las pruebas de laboratorio clínico correspondían a amplios periodos, relativamente alejados de la fecha de la primera entrevista, lo que dificultó, en ocasiones, el análisis posterior.

Para la recopilación de la información obtenida durante la primera entrevista, se utilizó la *Historia Farmacoterapéutica*. Se realizó una adaptación del formato propuesto por el método Dáder de acuerdo al entorno y a las necesidades de la población atendida en el hospital, con el fin de complementar la información requerida acerca del paciente. Por ejemplo, se adicionaron tablas para registrar los resultados de los exámenes de laboratorio del paciente, sus antecedentes, otros productos medicinales (vitaminas, minerales, productos homeopáticos y naturales), y se colocó un espacio para completar si cada medicamento es prescrito o automedicado (Anexo 1).

Es necesario obtener la autorización de cada paciente para la consulta de su historia clínica por parte del farmacéutico, ya que esta actividad posibilita completar los datos obtenidos en la primera entrevista y aclarar información para el análisis posterior (19). En el HUS, esta actividad se pudo llevar a cabo fácilmente durante el estudio de cada paciente.

Estado de situación, fase de estudio y fase de evaluación

Entre los pacientes que aceptaron el servicio, 3 hombres y 2 mujeres, con edades entre 29 y 59 años, se presentaron 9 problemas de salud no diagnosticados y 33 diagnosticados, para un promedio de 8.4 problemas de salud por paciente.

Se encontraron 19 PRM, distribuidos en diferentes patologías (Tabla 2), 7 de necesidad, 7 de efectividad y 5 de seguridad (Tabla 3). Se han realizado otros estudios siguiendo la metodología Dáder, que a diferencia de este se desarrollaron en farmacias comunitarias, contaron con un número mayor de pacientes, mayor tiempo de seguimiento y estudiaron otras patologías. En dichos estudios se encontró que la proporción de PRM de seguridad es más alta, seguida por los de efectividad y necesidad (15, 16, 19); mientras que en este trabajo, la proporción de PRM se distribuye de forma homogénea (Figura 1).

Las causas por las cuales se presentan los problemas de necesidad comprenden, principalmente, el incumplimiento del paciente y la falta de acceso al medicamento. Todos los pacientes pertenecían al régimen subsidiado, aquel conformado por las personas desempleadas, a las que el sistema de salud colombiano no asegura la disponibilidad continua del medicamento.

Tabla 2. Número de PRM relacionados a los problemas de salud.

Problemas de salud causa de PRM	Cantidad de PRM
Osteoartritis degenerativa	1
Gastritis	3
Hipertensión arterial	2
Dolor crónico	3
Trastorno psicótico atípico	4
Hiperreactividad bronquial	1
Migraña	1
Artritis gotosa	1
Diabetes Mellitus II	1
Lupus eritematoso sistémico	1
Problemas de salud referidos por el paciente	1
TOTAL	19

Tabla 3. Problemas relacionados con los medicamentos encontrados.

Tipo de PRM	Encontrados
<i>Necesidad</i>	7
PRM 1	5
PRM 2	2
<i>Efectividad</i>	7
PRM 3	3
PRM 4	4
<i>Seguridad</i>	5
PRM 5	4
PRM 6	1

Los problemas de efectividad se encuentran en una proporción similar a los de necesidad. La mayoría de estos problemas se presentaron debido a la presencia de interacciones entre medicamentos, seguidos por la falta de *adherencia* al tratamiento y a la ineffectividad no cuantitativa. Por ejemplo, fue necesario recomendar ajustes de dosis y retirar medicamentos, debido a que se encontraron varias

interacciones entre medicamentos metabolizados vía hepática, que no estaban identificadas porque el paciente es atendido por profesionales de diferentes especialidades médicas en diferentes servicios de Consulta Externa (psiquiatría, gastroenterología, medicina interna, entre otros).

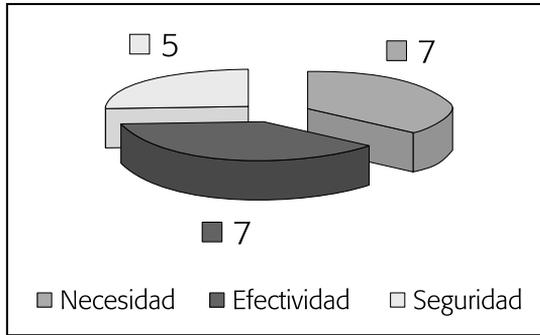


Figura 1. Problemas relacionados con los medicamentos encontrados.

En cuanto a los PRM de seguridad, sólo se apreció una Reacción Adversa al Medicamento (RAM), producida por el uso crónico de prednisona en el manejo del lupus eritematoso sistémico (riesgo de osteopenia). Sin embargo, al evaluar las acciones frente a estos tipos de PRM, el análisis sugirió que a pesar de que un medicamento produzca inseguridad en el paciente, no se puede intervenir sobre este, sugiriendo la interrupción de su uso, cuando este demuestra mayor beneficio que riesgo (20).

Fase de intervención

Para cada PRM encontrado se trató en lo posible de realizar una intervención farmacéutica que contribuyera a mejorar la calidad de vida del paciente y resolver, prevenir o controlar sus problemas de salud. Para cada paciente se realizaron intervenciones, entendidas como las desarrolladas para actuar directamente sobre PRM, riesgos de PRM o educación en cuanto al uso de los medicamentos; de igual forma, se recomendaron medidas higiénico/sanitarias entendidas como todas las recomendaciones que influyen directamente sobre el estilo de vida y pueden contribuir a la solución de los problemas de salud (Tabla 4).

Algunas veces, durante la primera entrevista, se realizaron actividades de educación sanitaria, lo cual aumentó la confianza de los pacientes frente al servicio. Por ejemplo, un paciente que se presentó al servicio llevaba dentro de su bolsa de medicamentos un diurético que no correspondía al prescrito por su médico y que fue entregado en la droguería, cuando preguntó por un medicamento para "la retención de líquidos", exponiéndose a sufrir un PRM. En este caso se explicó

al paciente la importancia de adquirir el medicamento según la fórmula médica, y de asegurar que le entreguen los medicamentos correctos.

Tabla 4. Relación de medicamentos, PRM e intervenciones farmacéuticas por paciente.

Código de paciente	Número de problemas de salud	Número de medicamentos	Cantidad de PRM	Intervenciones farmacéuticas	
				Sobre los medicamentos	Higiénico sanitarias
G-001	6	5	1	1	1
G-002	4	6	2	2	2
S-001	16	17	7	5	5
T-001	7	8	3	5	1
T-002	9	9	6	7	2
TOTAL	42	45	19	20	11

Con un paciente que sufría desnutrición crónica (diagnosticada), un problema de salud que no podía ser solucionado con medicamentos, la intervención se encaminó a gestionar el ingreso del paciente a programas nutricionales de la localidad de Bosa, lugar de residencia del paciente, considerando este problema de salud como prioritario, por la imposibilidad de resolverlo el paciente mismo, debido a su situación de desempleo y extrema pobreza.

También se identificó que una de las causas que dificultaba la adherencia del paciente a la farmacoterapia es el desconocimiento de los beneficios y efectos adversos de las terapias e incluso de los aspectos relevantes de su enfermedad (21, 22). En estos casos se utilizó la comunicación verbal farmacéutico-paciente (Figura 2), reforzada en ocasiones con información escrita sobre el medicamento causa de incumplimiento y apoyo mediante dibujos explicativos acerca del uso adecuado de los medicamentos (23); por ejemplo, el uso apropiado de inhaladores en los pacientes con diagnóstico médico de hiperreactividad bronquial.

La intervención por medios escritos, farmacéutico-paciente-médico, se utilizó con elevada frecuencia debido a que la mayoría de los PRM encontrados requerían la intervención directa del médico tratante (Figura 2). Para la presentación de los informes de intervención hacia estos profesionales se acogieron las recomendaciones de la bibliografía (24).

En repetidas oportunidades se presentaron dificultades en acordar el plan de actuación con los pacientes, debido a la baja escolaridad de la mayoría de ellos y a la escasa educación sanitaria que han recibido. Por esta razón su iniciativa y participación en las decisiones respecto a su farmacoterapia es baja.

El seguimiento a los resultados de las intervenciones no se completó al concluir este trabajo, debido a la circunstancia de que este trabajo es requisito de dos de los autores para la obtención del título de Químico Farmacéutico. Precisamente una de las dificultades para garantizar la continuidad en el SFT, desde la perspectiva de las actividades de la práctica profesional de estudiantes de pregrado del programa de farmacia, radica en la incompatibilidad de los calendarios académicos que se interrumpen en los periodos intersemestrales, frente a la necesidad de garantizar el servicio de manera permanente durante el tiempo que se prestan servicios a los pacientes ambulatorios que acuden a la consulta externa del hospital. Por otra parte, es difícil el acceso de los pacientes a consultas médicas en periodos cercanos. Un paciente asiste a citas de control médica 2 o 3 veces al año.

Los problemas de salud se resolvieron de forma parcial, debido a los inconvenientes mencionados anteriormente y al tiempo limitado para el seguimiento, los cuales dificultaron las visitas sucesivas de los pacientes al servicio de SFT. No obstante, se realizaron comunicaciones telefónicas con los pacientes para garantizar el seguimiento a futuro y el conocimiento de la intervención.

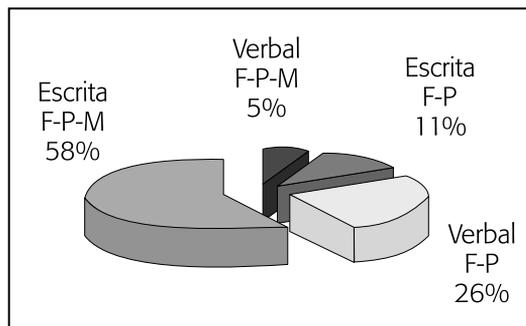


Figura 2. Porcentaje de utilización de vías de comunicación.

Factores administrativos que influyen en la implementación del SFT

Durante la realización de este trabajo se consideraron los aspectos administrativos favorables y desfavorables de la implementación del servicio de SFT en el Hospital Universitario de La Samaritana. A partir de esta evaluación se plantean las necesidades y posibles estrategias que facilitarán la implementación del mismo en el ámbito de dicho hospital. Estos aspectos se describen a continuación.

Aspectos favorables

- En muchos países, la atención farmacéutica es una oportunidad profesional del farmacéutico como respuesta a las necesidades sociales de atención en salud de la población (25).

- La legislación vigente en Colombia, en el marco del Decreto 2200 de 2005, establece la prestación de atención farmacéutica como una función del servicio farmacéutico (4).
- En el HUS, se cuenta con el apoyo de la Dirección de Consulta Externa para el desarrollo de las actividades propias del servicio de SFT.
- La aplicación del método Dáder en este hospital facilita la realización de intervenciones farmacéuticas y la toma de medidas higiénico/sanitarias, que llevan a una asistencia integral.
- Existe la disponibilidad de acceso a la historia clínica del paciente.
- El HUS lleva a cabo actividades asistenciales, docentes y de investigación que pueden facilitar el desarrollo de este tipo de servicio.
- El HUS cuenta con un Centro de Información de Medicamentos, que favorece la consulta de material bibliográfico sobre patologías y medicamentos.

Aspectos desfavorables

- El servicio farmacéutico del HUS no realiza la actividad de dispensación ni entrega de medicamentos a los pacientes ambulatorios.
- El desarrollo de actividades del servicio farmacéutico en Consulta Externa es escaso, lo cual genera desconocimiento acerca de la labor del Químico Farmacéutico en el ámbito ambulatorio del HUS.
- El paciente ambulatorio, en general, no reconoce los beneficios del servicio y cuenta con poca educación sanitaria.
- El Comité de Farmacia y Terapéutica no funciona de manera permanente.
- Algunos profesionales sanitarios muestran desconfianza frente a la actividad de SFT y su contribución a la atención en salud del paciente.
- El personal médico de consulta externa no es permanente; por tanto las intervenciones farmacéuticas podrían no tener continuidad.

Necesidades (26)

Para la implementación del servicio de SFT, se requieren determinados recursos:

Físicos: consultorio ubicado en el área de Consulta Externa para facilitar el acceso a los pacientes y la consulta de historias clínicas; una línea telefónica para facilitar el seguimiento a los pacientes; un computador con punto de red para conectar con los recursos informáticos del hospital (Programa Dinámica Gerencial) y para

facilitar la fase de estudio y evaluación de acuerdo con el método Dáder (consulta de bases de datos e Internet, integrada al programa de asignación de citas de consulta externa para programar la actividad asistencial); dotación de instrumentos para medir parámetros fisiológicos, como tensión arterial, talla y peso.

Personal: el servicio debe ser realizado por al menos dos Químicos Farmacéuticos, capacitados en la metodología Dáder y que cuenten con habilidades comunicativas.

Recomendaciones

- El SFT debe ofrecerse a pacientes con una o dos de las patologías crónicas más prevalentes en el hospital, en el servicio de Consulta Externa, que se hallan polimedicados.
- Se debe establecer un horario fijo para la realización de las entrevistas a los pacientes.
- Adoptar un mecanismo que permita que la consulta al Servicio de SFT se haga dentro del sistema de interconsultas que realiza el personal médico.
- Desarrollar sesiones clínicas en las que intervengan otros profesionales sanitarios involucrados con los pacientes, para tomar decisiones de manera integral sobre la farmacoterapia de los mismos (27).
- Capacitar al personal médico de Consulta Externa, sobre el concepto de atención farmacéutica, la metodología aplicada y la selección de los pacientes objeto de seguimiento, dejando claro que la labor del farmacéutico en el SFT no es una intromisión en sus competencias profesionales (28).
- Definir indicadores que permitan evaluar la calidad asistencial del servicio de SFT.
- Desarrollar o emplear un programa informático adaptado al método Dáder, que permita la recolección e ingreso de datos de los pacientes y facilite el manejo de los mismos.

A pesar del número pequeño de pacientes que se incorporaron al programa, los autores del presente trabajo quieren difundir este estudio, que resulta útil como experiencia que permite identificar barreras propias del sistema de salud colombiano para ofrecer atención farmacéutica desde las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que no dispensan de manera sistemática y continua los medicamentos a los pacientes que reciben atención médica en una institución y el servicio de entrega de los medicamentos en otras instituciones y establecimientos desarticulados unos de otros.

Finalmente, se sugiere el proceso a seguir por el paciente para el ingreso al Servicio de SFT (Figura 4).

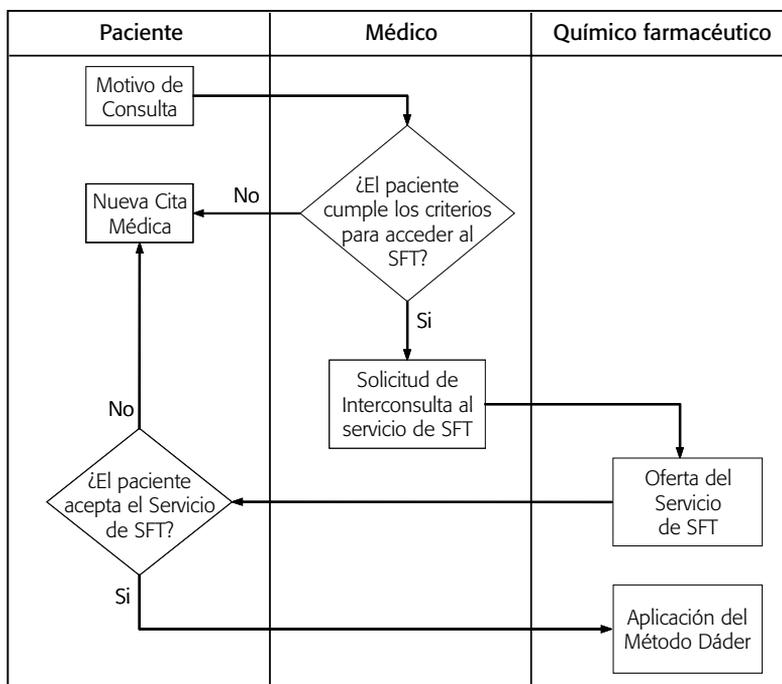


Figura 4. Proceso a seguir por el paciente para acceder al SFT.

Nota: durante la aplicación del método Dáder, se pueden realizar las sesiones clínicas propuestas.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Colombia, a Odilio Barrera, administrador del servicio de Consulta Externa del HUS, y a los pacientes que participaron voluntariamente en el Servicio de SFT.

BIBLIOGRAFÍA

1. R.J. Cipolle, L.M. Strand, P.C Morley, *El ejercicio de la atención farmacéutica*, McGraw-Hill Interamericana, Madrid, 2000, pp. 44–68.
2. F. F. Llimós, L. Tuneu, M.I. Baena, A. García-Delgado y M.J. Faus, Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems, *Curr. Pharm. Design*, **10**, 3947 (2004).

3. M. A. Kliethermes, Continuity of care: The significance of the pharmacist's role, *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, **60**, 1787 (2003).
4. Decreto 2200 de 2005. Bogotá, Colombia, junio de 2005.
5. P.D. Armando, N. Semería, M.I. Tenllado y N. Sola, Programa Dáder en Argentina: Resultados del primer trimestre de actividades, *Pharm. Care Esp.*, **3**, 196 (2001).
6. J. W. Foppe Van Mil, M.C. Dudok Van Heel, M. Boersma y F. J. Tromp, Interventions and documentation for drug-related problems in Dutch community pharmacies, *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, **58**, 1428 (2001).
7. Seguimiento Farmacoterapéutico y Reacciones Adversas a Medicamentos. Un aporte de España, *Boletín de Farmacovigilancia* # 8, Invima, mayo de 2005.
8. P. Amariles y N. Giraldo, Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. *Seguim. Farmacoter.*, **1**, 99 (2003).
9. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consenso sobre Atención Farmacéutica, *Ars Pharmaceutica*, **42**, 221 (2001).
10. M.J. Faus, F. Fernández-Llimós y M. Machuca, Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. La Gráfica S. C., 2003, pp. 5-47.
11. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (España), Grupo de Investigación en Farmacología Aplicada y Farmacoterapia. Universidad de Sevilla (España), Grupo de Investigación en Farmacología. Universidad de Granada (España), Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos, *Ars Pharmaceutica*, **43**, 179 (2002).
12. O. Barrera, Servicio de Consulta Externa, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia, Comunicación Personal, 2005.
13. D. Barris y M.J. Faus, Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, *Ars Pharmaceutica*, **44**, 225 (2003).
14. V. Vásquez, J. Chacón, J. Espejo y M.J. Faus, Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, *Seguim. Farmacoter.*, **2**, 189 (2004).

15. N. Caelles, J. Ibáñez, M. Machuca, F. Martínez-Romero, M.J. Faus, Entrevista farmacéutico-paciente en el programa Dáder de seguimiento fármaco-terapéutico, *Pharm. Care Esp.*, **4**, 55 (2002).
16. D. Villaraga, G. Urrego, J.A. Díaz, y col., "Normas de Prescripción de Medicamentos, Comité de Farmacia y Terapéutica, Hospital Universitario de la Samaritana". Publigráficas, Bogotá, 2003, pp.16-19.
17. K. Bicas, N. Campos, M.A. Calleja, M.J. Faus, Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento fármaco terapéutico, *Seguim. Farmacoter.*, **1**, 49 (2003).
18. F. Fernández-Llimós, M.J. Faus, M.A. Gastelurrutia, M.I. Baena, L. Tuneu, F. Martínez, Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, *Seguim. Farmacoter.*, **2**, 195 (2004).
19. L. Osterberg y T. Blaschke, Adherence to medication, *N. Engl. J. Med.*, **353**, 487 (2005).
20. S.D. Persell, H.L. Heiman, S.N. Weingart, et al., Understanding of drug indications by ambulatory care patients, *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, **61**, 2523 (2004).
21. G.R. Hasegawa, Enhancing patients' understanding of drug therapy, *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, **61**, 2503 (2004).
22. M. Machuca, F. Martínez-Romero y M.J. Faus, Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico, *Pharm. Care Esp.*, **2**, 358 (2000).
23. M.I. Baena, J. Martínez-Olmos, M.J. Faus, P. Fajardo y F. Martínez-Martínez, El seguimiento fármaco terapéutico: un componente de la calidad en la atención al paciente, *Ars Pharmaceutica*, **46**, 213 (2005).
24. M. Rodríguez, N. Girón, A.M. Menéndez, Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología No. 5.5, Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios, Atención farmacéutica al paciente ambulatorio. Organización Mundial de la Salud, 1999, pp.16.
25. W.R. Doucette, R.P. McDonough, D. Klepser, R. McCarthy, Comprehensive medication therapy management: Identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy, *Clin. Ther.*, **27**, 1104 (2005).
26. J.M. Bajcar, N. Kennie, T.R. Einarson, Collaborative medication management in a team-based primary care practice: An explanatory conceptual framework. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, **1**, 408 (2005).

ANEXO 1



HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

PACIENTE N°:	FECHA:
--------------	--------

NOMBRE:	H.C.
Procedencia:	Natural de:
Dirección:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:	Ocupación:
Servicio de consulta:	Consultorio:
Otros Médicos:	Etrato:
Régimen Seguridad Social:	ARS/EPS:

PRIMERA ENTREVISTA

HORA DE INICIO: _____

PROBLEMAS / PREOCUPACIONES DE SALUD

Problemas / Preocupaciones de Salud	Inicio	Controlado
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Edad	Talla Peso

Información subjetiva acerca de los problemas de salud

Terapias no farmacológicas actuales (¿cuáles y para qué?):
Hallazgos en la H.C.:

Parámetros/Exámenes de Laboratorio		
Fecha	Parámetro	Valor Ref.

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS	
QUIRÚRGICOS	
FAMILIARES	
TÓXICO-ALÉRGICOS	Cigarrillo <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Otros:
RAM	
VACUNAS	

BOLSA DE MEDICAMENTOS

1	MEDICAMENTO:	Lab.:
¿Lo utiliza?	Prescrito <input type="checkbox"/>	¿Por quién? ¿Automedicado? <input type="checkbox"/>
¿Para qué?	¿Desde cuándo?	
¿Cuánto?	¿Hasta cuándo?	
¿Cómo?	¿Con qué?	
¿Algo extraño?		
Cumple: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>		Conoce: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>

2	MEDICAMENTO:	Lab.:
¿Lo utiliza?	Prescrito <input type="checkbox"/>	¿Por quién? ¿Automedicado? <input type="checkbox"/>
¿Para qué?	¿Desde cuándo?	
¿Cuánto?	¿Hasta cuándo?	
¿Cómo?	¿Con qué?	
¿Algo extraño?		
Cumple: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>		Conoce: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>

3	MEDICAMENTO:	Lab.:
¿Lo utiliza?	Prescrito <input type="checkbox"/>	¿Por quién? ¿Automedicado? <input type="checkbox"/>
¿Para qué?	¿Desde cuándo?	
¿Cuánto?	¿Hasta cuándo?	
¿Cómo?	¿Con qué?	
¿Algo extraño?		
Cumple: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>		Conoce: Poco <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/>

MEDICACIÓN ANTERIOR

MEDICAMENTO	¿Para qué lo utilizaba?	¿Algo extraño durante su uso?
Observaciones:		

OTROS PRODUCTOS MEDICINALES

Producto	¿Utiliza?	¿Cuál(es)?	Laboratorio	Cantidad/Frecuencia
Vitaminas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Minerales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
P. Naturales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
P. Homeopáticos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Observaciones:

REPASO

Pelo <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Oídos <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/> Boca (llagas, sequedad...) <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos (dedos, uñas) <input type="checkbox"/> Brazos y músculos <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Digestivo (hábitos digestivos) <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Período menstrual <input type="checkbox"/> Embarazo actualmente <input type="checkbox"/> Riñón (orina) <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies (dedos, uñas) <input type="checkbox"/> Psicológico (epilepsia, depresión...) <input type="checkbox"/> Músculo esquelético (dolor de espalda, gota, tendinitis) <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/>

Descripción:

HORA FINALIZACIÓN: _____

FARMACÉUTICO: _____