



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN

**EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA FARMACIA  
CLÍNICA ACTUAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO**

P R E S E N T A :

**OSCAR DANIEL MARTÍNEZ ORTEGA**

ASESORA: M. F. C. MARIA EUGENIA R. POSADA  
GALARZA

CUAUTITLÁN IZCALLI, EDO. DE MEX. 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
DEPARTAMENTO DE EXÁMENES PROFESIONALES**

**ASUNTO: VOTO APROBATORIO**

**M. en C. JORGE ALFREDO CUÉLLAR ORDAZ  
DIRECTOR DE LA FES CUAUTITLÁN  
PRESENTE**

**ATN: M. EN A. ISMAEL HERNÁNDEZ MAURICIO  
Jefe del Departamento de Exámenes Profesionales  
de la FES Cuautitlán.**

Con base en el Reglamento General de Exámenes, y la Dirección de la Facultad, nos permitimos comunicar a usted que revisamos el: Trabajo de Tesis

**El papel del farmacéutico en la Farmacia Clínica Actual. Revisión bibliográfica.**

Que presenta el pasante: **Oscar Daniel Martínez Ortega**  
Con número de cuenta: 304264991 para obtener el Título de la carrera: Química Farmacéutico Biológica

Considerando que dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser discutido en el **EXAMEN PROFESIONAL** correspondiente, otorgamos nuestro **VOTO APROBATORIO**.

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
Cuautitlán Izcalli, Méx. a 11 de Mayo de 2016.

**PROFESORES QUE INTEGRAN EL JURADO**

	NOMBRE	FIRMA
<b>PRESIDENTE</b>	M.F.C. Ma. Eugenia R. Posada Galarza	
<b>VOCAL</b>	M.F.C. Cecilia Hernández Barba	
<b>SECRETARIO</b>	M.F.C. Beatriz de Jesús Maya Monroy	
<b>1er. SUPLENTE</b>	Q.F.B. Elisa Pedraza Vázquez	
<b>2do. SUPLENTE</b>	Q.F.B. Jonathan R. García Martínez	

NOTA: los sinodales suplentes están obligados a presentarse el día y hora del Examen Profesional (art. 127).

IHM/cga

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis Padres**

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias papá y mamá, por creer en mí, por todos los sacrificios que hicieron a lo largo de mi carrera, sé que fueron momentos difíciles pero gracias a sus deseos de heredarnos una buena educación salieron adelante. Gracias por toda su comprensión y paciencia siempre han estado ahí en todo momento apoyando y brindándome todo su amor de manera incondicional, por todo esto les agradezco de todo corazón, esto es un pequeño regalo de todo lo que han hecho por mí, este título es para ustedes, me siento orgulloso que por fin les entrego este título por cual luché y me esforcé teniendo como motivación y motor el gran amor que me han inculcado, se llega la meta que me había planteado y espero seguir cosechando logros los cuales siempre estarán dedicados a ustedes. Los admiro mucho, siempre los llevo en mi corazón y en mi mente que dios me los bendiga y me los cuide muchos años. Los amo.

### **A mi Esposa Selene**

Por darme todo su apoyo y amor así como su paciencia para concluir con una meta más así como todas las que nos faltan juntos, Gracias.

### **A mi Hija Daniela**

Mi niña adorada, por ser siempre mi inspiración, motivación y orgullo en la vida.

### **A mi Hermana**

Claudia por todo el apoyo brindado, por su comprensión y cariño en todos estos años de estar juntos, que siempre sigamos unidos, que siempre haya sonrisas y buenos deseos entre nosotros, que siempre exista ese deseo de estar en comunicación .Te quiero mucho.

### **A mis Amigos**

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Joel, Marcos, Vicente por haberme ayudado a realizar este trabajo.

### **A mi Asesora**

M en F.C. María Eugenia Posada, durante la realización de mi proyecto, usted ha sido mi mano derecha y quien me ha guiado en el complicado proceso. Es cierto, no ha sido nada fácil, ni mucho menos, sin embargo gracias a su ayuda, esto ha parecido un tanto menos complicado.

El resultado de mi tesis ha sido espectacular, mejor de lo que esperaba y una gran parte del desarrollo de ese excelente trabajo se lo debo a usted. Que dios lo bendiga.

## ÍNDICE

ÍNDICE -----	5
1.-INTRODUCCIÓN -----	8
JUSTIFICACIÓN -----	11
OBJETIVO GENERAL -----	11
OBJETIVO PARTICULAR -----	12
2.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FARMACIA -----	13
2.1.-La Historia de la Farmacia en México -----	13
3.-INICIO DE LA FARMACIA CLÍNICA -----	15
4.-FARMACIA CLÍNICA -----	17
4.1.-Aspectos Generales de la Farmacia Hospitalaria -----	17
4.2.-Área Administrativa -----	18
4.3.-Área Clínica -----	20
5.-INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA -----	21
5.1.-Responsabilidades del Profesional Farmacéutico en la Atención Farmacéutica -----	26
5.2.-Características de la Atención Farmacéutica -----	27
5.3.-Infraestructura para el Desarrollo de las Actividades de la Atención Farmacéutica -----	28
5.4.-Personal -----	28
5.5.-Metodología para la Implementación de las Actividades de la Atención Farmacéutica ---	29
5.6.-Aportación de la Atención Farmacéutica -----	31
5.7.-Diferencias y Analogías entre Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica -----	32
5.8.-Barreras para la Provisión de Atención Farmacéutica -----	34
6.-EL PROCESO EVOLUTIVO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA HASTA LA ACTUALIDAD-----	36
6.1.-Los Obstáculos del Cuidado Farmacéutico-----	37
6.2.-Construccionismo Social y su Contribución al Cuidado Farmacéutico -----	38
6.3.-Consideraciones Finales-----	40
7.-MÉTODO IASER PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA -----	41
8.-MÉTODO SOAP PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA -----	43
9.-EL PAPEL AMPLIADO DEL FARMACÉUTICO-----	46
9.1.-El valor de los Servicios Profesionales del Farmacéutico -----	46
9.2.-El Farmacéutico como miembro del equipo de Salud -----	48
9.3.-Estado Actual de la Práctica Farmacéutica -----	48

10.-ÁMBITO DE LA FARMACIA Y FUNCIONES DE LOS FARMACÉUTICOS -----	49
10.1.- Control de la Regulación y Gerencia de Medicamentos -----	49
10.2.- Farmacia de la Comunidad -----	52
11.-ANTECEDENTES DE LA FARMACOVIGILANCIA -----	55
12.-FARMACOVIGILANCIA -----	59
12.1.-Definición de Farmacovigilancia -----	59
12.2.-Objetivos de la Farmacovigilancia -----	60
12.3.-La Farmacovigilancia en México-----	61
12.4.-Programa permanente de Farmacovigilancia en México-----	63
12.5.-La Farmacovigilancia en la Reglamentación Farmacéutica -----	65
12.6.-La Farmacovigilancia en la Práctica Clínica Actual -----	66
12.7.-Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia -----	66
13.-ANÁLISIS -----	69
14.-CONCLUSIONES-----	70
15.-REFERENCIAS -----	71

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1.- El Farmacéutico en la Farmacia Clínica.....	16
Fig. 2.- Los Elementos que integran la Atención Farmacéutica.....	24
Fig. 3.- Esquema General del Proceso de Atención Farmacéutica.....	25
Fig. 4.- Ficha del Paciente o Historia de Medicación.....	30
Fig. 5.- Método SOAP.....	45
Fig. 6.- Farmacovigilancia.....	60
Fig. 7.- La Farmacovigilancia en la Reglamentación Farmacéutica.....	66

## ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1.- Diferencias y Analogías entre Farmacovigilancia.....	32
Tabla 2.- Clasificación de Dificultades (barreras) Principales.....	35



## 1.-INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la función de los Profesionales Farmacéuticos ha estado centrada en la preparación de medicamentos y demás insumos para la salud, sin embargo esta función ha experimentado un cambio importante en los últimos tiempos en México. (Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria., 2010). Hoy sus actividades son variadas y comprenden aspectos legales, practicas asistenciales, administrativas y de organización de la farmacia, así como de selección y adquisición de los medicamentos y demás insumos para la salud; y actividades relacionadas con la Atención Farmacéutica. Esta actividad es propia del Profesional Farmacéutico en el cual el paciente siempre debe ser el principal beneficiario.

Es importante resaltar que la Ley General de Salud señala al Responsable Sanitario como responsable en los casos en que resulten afectadas (por acción u omisión) la identidad, pureza, conservación, preparación, dosificación o fabricación de los medicamentos; asimismo en lo relacionado con los medicamentos controlados, cuyo manejo representa un alto riesgo, siendo requisito indispensable para ello la designación en los establecimientos de un Responsable Sanitario que sea un Profesional Farmacéutico.

Lo anterior implica que la responsabilidad abarca todas aquellas actividades que involucren la identidad, calidad, seguridad y pureza de los medicamentos y demás insumos para la salud.

El ejercicio profesional del Farmacéutico involucra diferentes actividades que se complementan entre si y tiene como objetivos prevenir, mantener o recuperar la salud del paciente, promoviendo el Uso Racional de los Medicamentos (URM). Para ello se requiere que el Profesional Farmacéutico cuente con la formación académica y profesional adecuada así como la actualización constante que le permite proporcionar una asistencia sanitaria integral. (Rodríguez Tellez, 2010).

El interés de los farmacéuticos por realizar actividades que beneficien directamente a los pacientes es tan antiguo como la profesión misma. Cabe mencionar que en la Ciudad de México, la población iba en aumento. Paralelo a la expansión urbana y demográfica, la demanda por los servicios de salud, también se incrementó. La gente consumía medicamentos de patente, ya sea por automedicación o prescritas por el médico. Las antiguas boticas o droguerías casi habían desaparecido y dieron paso a las modernas farmacias, atendidas en su mayoría por personal sin estudios profesionales en Farmacia.

En las últimas décadas del siglo XX la presencia del Farmacéutico fue nula en las farmacias, solo figuraba como responsable en aquellos establecimientos que venden medicamentos controlados y en algunas farmacias que intentaron recuperar el papel del farmacéutico dentro del esquema de dispensación de los medicamentos.

En este inicio del siglo XXI, la situación de las farmacias continúa con pequeños cambios; surgen cadenas de farmacias en donde la presencia del Profesional Farmacéutico durante toda la jornada ha enriquecido y profesionalizado la dispensación de medicamentos. Paradójicamente, esto mismo ha traído como consecuencia la desaparición o cierre de las pequeñas farmacias de la esquina del barrio. Por otra parte, en los últimos años grupos académicos interesados en el desarrollo de la Farmacia han crecido e impulsado en diversas instituciones de educación superior del país la carrera universitaria de Farmacia, con el objetivo de rescatar el perfil profesional del auténtico Farmacéutico, cuyo ejercicio profesional incidirá en el campo de la Farmacia Comunitaria y Hospitalaria.

Con la creación de nuevos y diversos medicamentos que se incorporen día con día al arsenal terapéutico para combatir las enfermedades que aquejan al ser humano, es necesario que el Profesional Farmacéutico recupere su papel protagónico en los establecimientos que distribuyen todo tipo de medicamentos y demás insumos para la salud. Su preparación profesional al frente de estos establecimientos garantiza un adecuado y eficaz control, almacenamiento, manejo y distribución de medicamentos, al mismo tiempo que brindara información veraz y confiable tanto al médico como al paciente cuando se lo requieran. La presencia del Farmacéutico en las farmacias debe ser necesaria para recuperar la función original

de estos establecimientos, y constituirse en verdadero profesional de la salud, capaz de evitar tragedias previniendo Interacciones Medicamentosas, Efectos Adversos de los Medicamentos o administración equivocada de los mismos. El nuevo siglo es de retos para la práctica de la Farmacia, la comunidad farmacéutica deberá afrontarlo con profesionalismo y serenidad en bien de la sociedad. (Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud, 2010).

## **JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad el papel del Farmacéutico en la Farmacia Clínica en México es muy poco conocido, por ello la realización de este trabajo con el fin de actualizar a los Farmacéuticos el rol que desempeña este, ya que hoy en día los Farmacéuticos son los responsables de asesorar a los pacientes sobre sus medicamentos, darles una mejor calidad de vida y brindar terapias más seguras. Y que se le reconozca también como parte del equipo de salud y así tengan un mayor conocimiento sobre su profesión.

## **OBJETIVO GENERAL**

Llevar a cabo una investigación documental sobre la evolución del profesional Farmacéutico y el papel que desempeña en la Farmacia Clínica Actual en los temas relacionados con ella, a través de una revisión bibliográfica, hemerográfica y electrónica para establecer o delimitar el rol que tiene actualmente en el equipo de salud.

### **OBJETIVO PARTICULAR**

1. Revisar en la literatura cómo ha evolucionado el uso seguro, efectivo de los medicamentos mediante una búsqueda electrónica de artículos para delimitar las funciones y actividades del Farmacéutico.
2. Proporcionar información objetiva y actualizada sobre la evolución y situación actual de la Atención Farmacéutica y la Farmacovigilancia en México y en otros países para reconocer el papel del Farmacéutico y su relación con otros profesionales de la salud.

## 2.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FARMACIA

El interés de los farmacéuticos por realizar actividades que beneficien directamente a los pacientes es tan antiguo como la profesión misma.

- S. XIV Enrique III propone separación. Médico: diagnóstica y prescribe; Farmacéutico: prepara y dispensa; paciente o familiares: toman o administran medicamentos.
- 1580, Sevilla Hospital de Espíritu Santo médico, cirujano y boticario pasaban visita juntos.
- 1617, Miembros de la Sociedad de Boticarios de Gran Bretaña prescribían medicamentos con la misma atribución de los médicos generales.
- 1700, Italia los Farmacéuticos estaban incluidos en el colegio de médicos.
- A inicios del S. XX se distancia la farmacia de la medicina, queda fuera del equipo asistencial: Adquiere y dispensa.
- EE UU 1904, L. Wait Rising estableció el objetivo de la Farmacia Clínica.
- EE UU 1953, Gloria Frankle publica un artículo “Desarrollo de la Farmacia Clínica”.
- Sin embargo, es en los años 60 cuando en Estados Unidos comienza formalmente a hablarse de farmacia clínica.
- 1972, Frankle y Whitney publican “Perspectivas en Farmacia Clínica” establecen el centro CIM y centro de dosificación.
- 1980, Perú UNMSM crea la especialidad de farmacia Clínica. La esencia de su razón de ser una modalidad de ejercicio profesional farmacéutico dirigido a la utilización racional de los medicamentos por parte de los pacientes y a la toma de decisiones terapéuticas, en materia de medicamentos, por parte de los profesionales de la salud. (Guerra Tudela, 2013).

### 2.1.-La Historia de la Farmacia en México

El hombre primitivo de Mesoamérica resolvió de manera empírica y con su fe religiosa, los problemas de salud y las enfermedades que padeció. Entremezclaba lo religiosos y lo mágico en su afán por alcanzar la salud y el bienestar. Fue así que al asociar algunas hierbas en el ritual mágico religioso nació la Farmacia, no en el sentido estricto y científico, sino como una forma de curación y purificación.

Como una respuesta social a las nuevas enfermedades el hombre desarrollo procesos curativos diferentes. Las culturas del periodo Preclásico, concebían la enfermedad como un reflejo por desobediencia social en cuanto a deberes y lealtades religiosas, teniendo de ella una concepción mítico religiosa. Los descubrimientos arqueológicos confirman que estas culturas, conocían y tenían definidas algunas enfermedades. Aunque no se conoce los remedios utilizados, es posible identificar las huellas del incipiente Farmacéutico en Mesoamérica, quien en un principio pudo ser el hechicero mago que preparaba pocimas para curar, dañar o simplemente mezclar hierbas y plantas durante el ritual mágico practicado en el proceso curativo de los enfermos.

Durante los siglos I al VI de esta era, floreció la cultura Teotihuacana en Mesoamérica. Se desconoce si en la sociedad Teotihuacana había diferenciación alguna entre la Medicina y la Farmacia. Desde esa época resalta como elementos culturales el uso de plantas en la vida diaria y en la Medicina Teotihuacana.

Si bien la Farmacia entre los Mexicanos no era moderna, tampoco era salvaje. Existía un cúmulo de conocimientos sistematizados suficientes para construir una profesión con carácter y personalidades propios. Por tal motivo, el conjunto de aptitudes exigidas en la preparación de medicamentos, requerían de una formación específica y sistemática que colocaban al Panamacani en un nivel social diferente.

Los Panamacac sabían clasificar, conservar y renovar sus medicamentos ya que tenían formularios para su elaboración. La venta de medicinas y remedios se hacía en lugares específicos para ello: los Panamacoyan de las plazas o Tianguiztles. Usaban varias formas farmacéuticas: los zumos Pascatl, extraídos de hojas, raíces y flores frescas; las infusiones y conocimientos de las mismas partes, ya sea frescas o secas; jarabes, aceites, emulsiones de semillas, polvos, pastas, ungüentos y emplastos. (Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud, 2010).

### 3.-INICIO DE LA FARMACIA CLÍNICA

Podemos decir que los inicios de la Farmacia Clínica están relacionados con discusiones y análisis sobre la formación universitaria y su aplicación en el ejercicio profesional. Cuando los avances permitieron producir industrialmente los medicamentos:

Fue necesario introducir nuevas materias científicas en el curriculum de estudios de farmacia, para mejor formar a quienes tendrían que responsabilizarse de la elaboración de los medicamentos.

Ciencias Farmacéuticas

La introducción de estas materias científicas, muchas veces, afecto a otras materias que acercaban al farmacéutico al paciente:

Farmacia Galénica → Farmacia Industrial

Gran parte de los Farmacéuticos que recibían esa formación trabajaban en el medio asistencial (farmacia comercial, farmacia hospitalaria) donde gran parte de sus trabajadores consistía en la dispensación de productos industrialmente elaborados:

FRUSTRACION PROFESIONAL



Nace la discusión de como modificar el ejercicio profesional para permitir aplicar conocimientos adquiridos y participar en el equipo de salud, para beneficiar a los pacientes



FARMACIA CLINICA



Los Farmacéuticos Clínicos ofrecen a los pacientes en todos los establecimientos sanitarios. Ellos poseen un profundo conocimiento de los medicamentos que está integrado con una comprensión básica de la biomedicina, las ciencias farmacéuticas, socio-culturales, y clínica. Para lograr las metas terapéuticas, el farmacéutico clínico se aplica directrices basadas en pruebas terapéuticas, la evolución de las ciencias, las tecnologías emergentes, y los principios jurídicos pertinentes, éticos, sociales, culturales, económicos y profesionales. Por consiguiente, *los farmacéuticos clínicos pueden asumir la responsabilidad y la rendición de cuentas de la gestión de la terapia farmacológica* en los centros de atención directa de pacientes, en la práctica de forma independiente o en consulta y colaboración con otros profesionales de salud. Los investigadores clínicos farmacéuticos generan, difunden y aplican nuevos conocimientos que atribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida.

Dentro del sistema de atención a la salud, los farmacéuticos clínicos son expertos en el uso terapéutico de los medicamentos. Ellos rutinariamente proveen evaluaciones y recomendaciones de la terapia farmacológica a los pacientes y los profesionales de la salud. Los farmacéuticos clínicos son una fuente primaria de información científicamente válida y asesoramiento en relación con el uso seguro, apropiado, y la utilización rentable de los medicamentos. (Ruiz, 2015)



Fig. 1 El Farmacéutico en la Farmacia Clínica.[Fotografía] obtenida de:

<http://orbaneja.com/retos-farmaceutico/>

## **4.-FARMACIA CLÍNICA**

La Farmacia Clínica, es una disciplina de la salud, cuya responsabilidad es asegurar mediante la aplicación de conocimientos y funciones relacionadas con el cuidado de los pacientes, que el uso de los medicamentos sea seguro y apropiado, proporciona además, educación especializada y adiestramiento a los profesionales involucrados en su estudio y a la población en general. (Domecq Jeldrez, 1994).

La Farmacia Clínica, forma parte integral de la Farmacia Hospitalaria; que consiste en la evaluación, selección, almacenaje control y utilización de los medicamentos.

### **4.1.-Aspectos Generales de la Farmacia Hospitalaria**

En México el uso de los medicamentos en el ámbito hospitalario representa una gran oportunidad para los directivos en los hospitales del Sector Salud y privados, ya que actualmente se cuenta con diversas alternativas para mejorar notablemente los procesos asociados a su utilización, tanto desde el punto de vista terapéutico, como desde el punto de vista de gestión e integración de sistemas de salud eficientes y sustentables. Hasta ahora, la mayor parte de los esfuerzos realizados para garantizar el acceso a los medicamentos se han dirigido a bajar los costos de adquisición y mejorar los sistemas de distribución, sin embargo, ha quedado de lado un aspecto que tiene un impacto desde el punto de vista clínico, el hecho de que los medicamentos son estratégicos para la atención de los problemas de salud de los pacientes.

Esto representa un cambio y se vislumbra un largo y arduo camino hacia la modificación de la Farmacia Hospitalaria actual, hasta la creación e integración funcional de estructuras organizacionales destinadas a implementar y optimizar los procesos inherentes a la actividad farmacéutica hospitalaria, y promover la profesionalización de estas farmacias.

A nivel mundial se han elaborado modelos de farmacia de hospital, sobre las necesidades farmacéuticas de la población a través de la sección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades dirigidas al uso apropiado, seguro y costo-efectivo de los insumos para la salud, en beneficio de los pacientes atendidos en los hospitales.

Una de las actividades de la Farmacia Hospitalaria es la selección de los medicamentos para garantizar, en primer lugar, la seguridad del paciente a través de una farmacoterapia eficaz y en segundo, promover la sustentabilidad de los recursos asociados a los medicamentos de la institución.

La Farmacia Hospitalaria, comprende 2 áreas fundamentales que están relacionadas entre sí, dichas áreas son: Área Administrativa y el Área Clínica, esta última denominada Farmacia Clínica.

#### **4.2.-Área Administrativa**

Incluye la documentación, control de medicamentos, productiva aceptable y control de inventarios.

Como parte de sus funciones profesionales para la administración, organización y operación del almacén y/o la farmacia, el Profesional Farmacéutico deberá:

1. Implementar o autorizar políticas y Procedimientos Normalizados de Operación de todos los procesos relacionados a los insumos para la salud que se realicen en el establecimiento, actualizándolos periódicamente, de acuerdo a los lineamientos legales, institucionales, profesionales y con la descripción de puestos del personal profesional y no profesional.

2. Revisar y actualizar todos los documentos legales, de acuerdo al establecimiento y sus líneas de actividad, conforme a las disposiciones sanitarias publicadas por las autoridades federales y estatales, que se indican en los capítulos:

- Requisitos para la operación de farmacias que venden o suministran al público insumos para la salud.
- Requisitos para la operación de almacenes de depósito y distribución de insumos para la salud, adquiridos en plaza o territorio nacional.
- Requisitos para la operación de establecimientos que importan y distribuyen dispositivos médicos.
- Requisitos para la operación de establecimientos que importan y distribuyen medicamentos
- Manejo y conservación de los insumos para la salud.

3. Evaluar al personal que opera en el establecimiento y participar en la elaboración del perfil de los puestos que intervienen en el proceso de los medicamentos y demás insumos para la salud.

4. Supervisar que el establecimiento tenga los equipos necesarios para el almacenamiento y conservación de los insumos para la salud, conforme a las especificaciones técnicas señaladas:

- Requisitos para la operación de farmacias que venden o suministran al público insumos para la salud.
- Requisitos para la operación de almacenes de depósitos y distribuciones de insumos para la salud, adquiridos en plaza o territorio nacional.
- Requisitos para la operación de establecimientos que importan y distribuyen dispositivos médicos.
- Requisitos para la operación de establecimientos que importan y distribuyen medicamentos.
- Manejo y conservación de los insumos para la salud.

5. Supervisar que se implementen programas de seguridad e higiene de los insumos para la salud.
6. Evitar que se realicen actividades indebidas en los establecimientos.
7. Supervisar que todo el personal conozca los Procedimientos Normalizados de Operación (PNO) relacionados con su área y su actividad.
8. Atender las visitas de verificación realizadas por las autoridades sanitarias.
9. Conocer y aplicar la Ley General de Salud, el Reglamento de Insumos para la Salud y normas oficiales mexicanas que apliquen.
10. Revisar de manera constante la literatura reciente especializada en medicamentos y demás insumos para la salud. (Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud, 2010)

#### **4.3.-Área Clínica**

Que abarca la dispensación de medicamentos de manera adecuada y racional, la preparación de medicamentos (soluciones de pequeño volumen y formulación de medicamentos).

El principal objetivo de la farmacia clínica, es dar un servicio farmacéutico adecuado para brindar al paciente la mejoría de su enfermedad y buscar siempre el beneficio del paciente al menor costo, mediante servicios farmacéuticos integrales y profesionales.

Sin duda el Químico Farmacéutico Biólogo, representa una parte importante de la Farmacia Hospitalaria y su papel es cada vez de mayor relevancia. Entre las actividades propias del farmacéutico en esta área se encuentran:

1. La evaluación de medicamentos y terapias
2. Información a pacientes, médicos y enfermeras respecto a la importancia de un adecuado uso de los medicamentos
3. Monitoreo de medicamentos
4. Evaluación de pacientes con respecto a la utilidad de su terapia
5. Asistencia al paciente
6. Investigación, actualización y entrenamiento

En el sistema de farmacia hospitalaria y específicamente, en la rama de la farmacia clínica se tiene como aspectos importantes el desarrollo de los siguientes puntos:

1. Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria.
2. Preparación de mezclas intravenosas (Son preparaciones estériles destinadas a ser inyectadas, administradas por perfusión o implantadas en el cuerpo humano) y nutrición parenteral (es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa; cuando por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional).
3. Asesoramiento farmacológico a pacientes, médicos y enfermeras.
4. Farmacovigilancia.

(Domecq Jeldrez, 1994), (Dominguez & Bonal, 1992).

## **5.-INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Tradicionalmente el medico ha asumido la responsabilidad del tratamiento farmacológico de sus pacientes. Sin embargo la evolución y diversificación de los sistemas de atención para la salud en nuestro país, aunando a los variados estilos de vida del paciente hacen difícil, que este asuma por si solo esta tarea cada vez más compleja. Evidentemente el medico institucional y de la consulta privada, disponen de poco tiempo para los pacientes, por ende insuficiente para identificar los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), para prevenir y resolver los Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM) reales o

potenciales. La situación se complica más si tenemos en cuenta que es frecuente que los pacientes acudan a más de un médico, sin informar a cada uno de ellos cuales medicamentos tienen prescritos por los otros, multiplicándola posibilidad de PRM que favorezcan la presencia de RNM. No menos importante es el hecho del intenso crecimiento del arsenal farmacéutico, cuyo conocimiento puede quedar afuera del alcance de un solo profesional de salud.

Por otro lado el consumo irracional de medicamentos caracterizado por prácticas de automedicación, polifarmacia y falla de adhesión a la terapia se ha incrementado en México, en los últimos tiempos. El fenómeno se agrava si sumamos que no siempre que el paciente utiliza un medicamento el resultado es el óptimo, ya que puede presentar riesgos y en algunas ocasiones presentarse fallas en la farmacoterapia. Esto sucede cuando los medicamentos hacen daño (causen reacciones adversas o efectos tóxicos) y/o cuando no alcanzan el objetivo para el cual fueron prescritos (no son efectivos).

La mayoría de las fallas en la farmacoterapia se atribuyen a mala utilización de los medicamentos, lo que daña la salud y provoca pérdidas en la economía del paciente. La Atención Farmacéutica (AF) proporciona una solución para estos problemas de salud pública, y la implementación a nivel hospitalario y ambulatorio otorga un beneficio directo al paciente ya que el Profesional Farmacéutico es responsable directo ante las necesidades relacionadas con su medicación.

La AF, engloba todas las actividades que realiza el Profesional Farmacéutico orientadas al paciente con el propósito de conseguir el máximo beneficio posible en términos de salud mediante un mejor control y seguimiento de la farmacoterapia. El objetivo principal es identificar, prevenir y resolver las desviaciones que provocan que no se alcancen los objetivos terapéuticos, evaluando los problemas de salud de los pacientes desde la perspectiva de necesidad, efectividad y seguridad de sus medicamentos. (Juan López, 2015).

La AF facilita el logro de los resultados esperados en la farmacoterapia y minimiza la aparición de los no deseados, lo que se ve reflejado en un impacto positivo, debido a que:

- Elimina farmacoterapia innecesaria.
- Logra la efectividad de los tratamientos.
- Minimiza reacciones adversas y toxicidad.
- Evita costos por consultas de urgencias y hospitalización.
- Disminuye consultas médicas.
- Facilita y mejora la relación con el paciente, lo que contribuye a mejorar la adherencia y persistencia a su tratamiento.

La AF no sólo se centra en la farmacoterapia del paciente, sino que se ocupa también de las labores de prevención y educación para la salud junto con el resto del equipo sanitario. Las actividades de la AF se agrupan en el ámbito clínico por estar orientadas a la asistencia del paciente para el uso correcto de los medicamentos. Requiere la participación activa del Profesional Farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y otros profesionales de la salud para mejorar la calidad de vida del paciente. En resumen la AF se define como:

*Atención Farmacéutica (AF). Práctica farmacéutica que implica la relación directa entre el Profesional Farmacéutico y el paciente (o persona que lo asiste), con el propósito de identificar, resolver y prevenir cualquier problema relacionado con el uso de medicamentos, contribuyendo así, a su educación para la salud y fomentando el uso racional de los medicamentos, en beneficio de la salud del paciente y población. (Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud, 2010).*



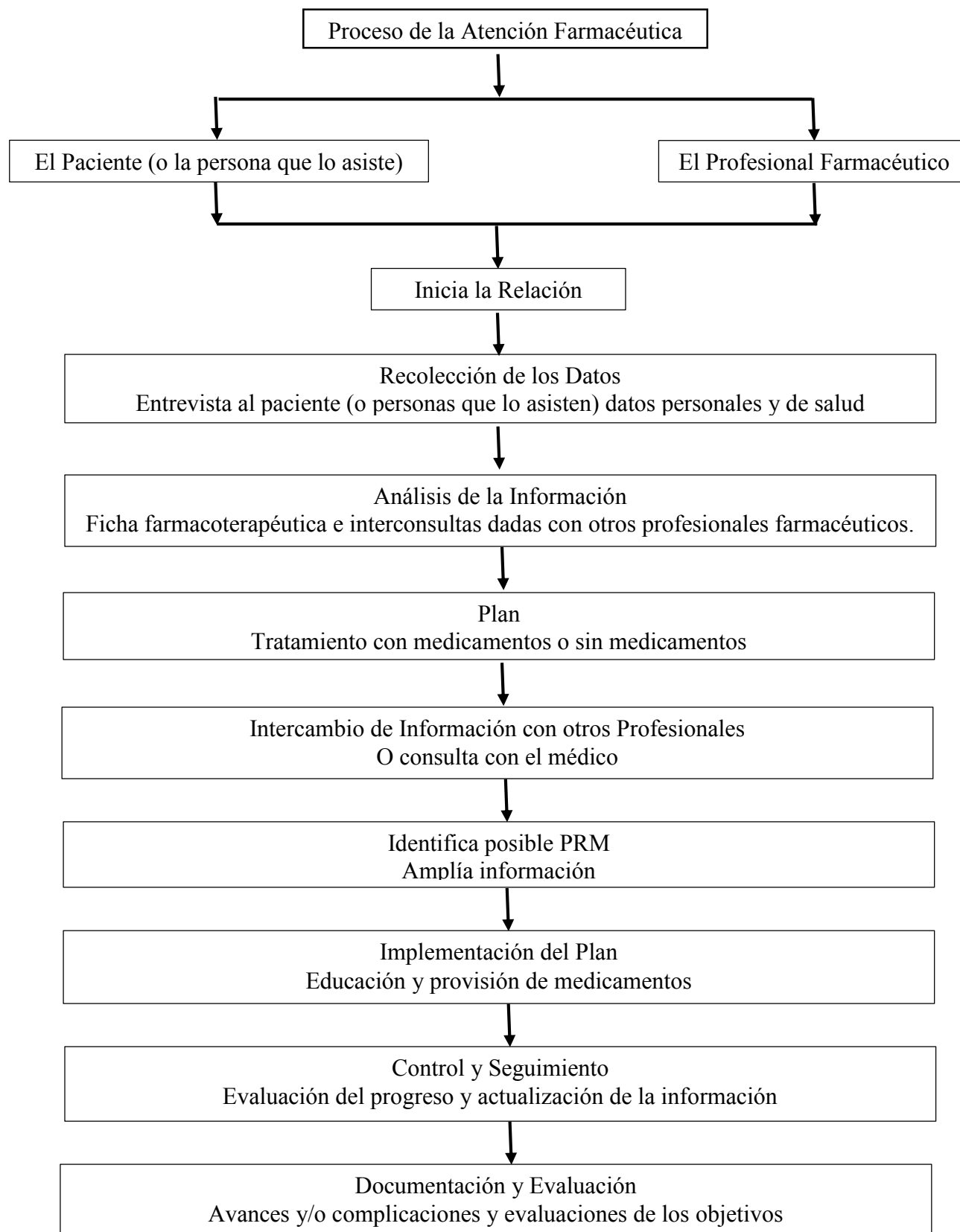
Los elementos que integran la AF son los siguientes:

1. Dispensación.
2. Consulta o indicación farmacéutica.
3. Seguimiento farmacoterapéutico.
4. Educación para la salud.



Fig. 2 Los elementos que integran la AF [Imagen] obtenida de:  
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/main.asp?seccion=30>

Figura 3. Proceso de AF [Diagrama] adaptado del (Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud, 2010)



## **5.1.-Responsabilidades del Profesional Farmacéutico en la Atención Farmacéutica**

Sin perjuicio de otros servicios farmacéuticos profesionales en las farmacias, hay cuatro que son esenciales en la AF:

- 5.1.1. Dispensación. Acto profesional cuyos objetivos son la entrega de insumos para la salud en las condiciones óptimas y de acuerdo con la normatividad vigente y la protección del paciente frente a la posible aparición de PRM. Además implica la información al paciente sobre la medicación que va a utilizar, la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos y tomar decisiones benéficas para el paciente.
- 5.1.2. Consulta o indicación farmacéutica. Es el servicio profesional por el que el Profesional Farmacéutico se responsabiliza de la selección de un medicamento que no necesita receta médica, con el objetivo de aliviar un síntoma a instancias del paciente, o su derivación al médico cuando el problema de salud necesite de su actuación.
- 5.1.3. Seguimiento farmacoterapéutico. Servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse 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. Con este servicio se busca alcanzar la máxima efectividad y seguridad de los medicamentos que el paciente va a utilizar o ya está utilizando.

- 5.1.4. Educación para la salud. Proporciona a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente. Lo anterior, se lleva a cabo orientado y capacitando a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, uso adecuados de los servicios de salud, entre otros.

## **5.2.-Características de la Atención Farmacéutica**

- 5.2.1. Debe adecuarse a las necesidades del paciente.
- 5.2.2. La relación entre el Farmacéutico y el paciente debe ser cordial y respetuosa.
- 5.2.3. La información obtenida del paciente debe ser manejada en forma confidencial.
- 5.2.4. El Profesional Farmacéutico no debe modificar el esquema farmacoterapéutico prescrito por el medico sin contar con su aprobación.
- 5.2.5. La información proporcionada por el Profesional Farmacéutico debe ser actualizada y provenir de fuentes científicas reconocidas.
- 5.2.6. El Profesional Farmacéutico aporta los conocimientos que coadyuvan a resultados óptimos con el uso de la medicación, en la implementación y control del plan farmacoterapéutico prescrito por el médico, con el fin de mejorar la salud y calidad del paciente.
- 5.2.7. El Profesional Farmacéutico debe documentar la atención brindada y responsabilizarse por sus intervenciones en la farmacoterapia del paciente.

### **5.3.-Infraestructura para el Desarrollo de las Actividades de la Atención Farmacéutica**

La farmacia donde se proporcione la AF, debe contar con un espacio destinado a prestar este servicio acorde con el alcance, reuniendo los siguientes requisitos:

- 5.3.1. Espacio para la atención personalizada.
- 5.3.2. Sistema de registro, procesamiento y resguardo de la información.
- 5.3.3. Archivero para resguardo exclusivo de las fichas farmacoterapéutica de cada paciente.
- 5.3.4. Referencias bibliográficas.
- 5.3.5. Teléfono, fax, computadora.
- 5.3.6. Se recomienda implementar la AF de manera paulatina, para lo cual se deben promover cambios en la farmacia, en el mobiliario y en las funciones del personal, con el propósito que el Profesional Farmacéutico cuente con las condiciones necesarias para orientar al paciente.

### **5.4.-Personal**

Profesional Farmacéutico con experiencia en AF y técnicas de comunicación, capacitado mediante cursos, con conocimientos actualizados de farmacología, farmacoterapéutica, farmacia, toxicología, entre otros.

### **5.5.-Metodología para la Implementación de las Actividades de la Atención Farmacéutica**

- 5.5.1. Identificar a la población que se va a atender. El número y tipo de pacientes de acuerdo a sus necesidades y disposición para recibir el servicio, la capacidad y experiencia del Profesional Farmacéutico y la infraestructura disponible para otorgarlo.
- 5.5.2. Diagnóstico. Elaborar el diagnóstico situacional de los padecimientos de la población que acude a la farmacia.
- 5.5.3. Selección. Seleccionar al grupo de pacientes de acuerdo a su patología.
- 5.5.4. Información. Enterar al paciente (o persona que lo asiste) acerca de los beneficios de integrarse a la AF y la importancia de continuar el programa una vez iniciado éste.
- 5.5.5. Entrevista con el paciente (o persona que lo asiste). El Profesional Farmacéutico entrevista al paciente (o persona que lo asiste) para obtener sus datos personales y su estado de salud procediendo a elaborar un perfil farmacoterapéutico, indicando: nacionalidad, edad, sexo; antecedentes patológicos (enfermedades) y no patológicos; hábitos de higiene, alimenticios, consumo de alcohol, café y tabaco, otros medicamentos (además del indicado) para el padecimiento actual, cualquier otro padecimiento o automedicación esporádica. Vitaminas, suplementos alimenticios, remedios herbolarios, plantas medicinales y cremas que utilizan con el objeto de identificar posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas (figura 4).

Figura 4. Ficha del paciente o historia de medicación [Imagen] adaptada de: (Martínez-Olmos & Baena, 2001).

PACIENTE:							FECHA:									
SEXO:		EDAD:		IMC:		Alergias:										
ESTADO DE SITUACIÓN								EVALUACIÓN			I.F					
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS												
Problemas de Salud	Desde	Controlado	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sospecha De PRM	(fecha)				
OBSERVACIONES:								PARÁMETROS								

- 5.5.6. Identificación y prevención de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). El Profesional farmacéutico evalúa la información proporcionada por el paciente, la incluida en la prescripción y la de su perfil farmacoterapéutico, para determinar problemas reales o potenciales relacionados con el uso de los medicamentos, apoyándose en fuentes de información electrónicas o bibliográficas actualizadas e intercambio de información con otros profesionales de la salud para determinar el plan de AF.

5.5.7. Diseño de un programa de AF. Establecer un plan de acción o modificar el plan actual de AF, realizando las siguientes actividades:

- Orientar acerca del tratamiento prescrito por el médico
- Recomendar un tratamiento farmacológico con medicamentos de venta libre (Consulta o indicación farmacéutica).
- Informar la importancia de la adherencia terapéutica.
- Identificar y orientar acerca de los tratamientos no farmacológicos (dietas, ejercicios físicos, cambios de estilo de vida, entre otros).
- Asegurar el manejo correcto de los medicamentos prescritos a los pacientes con polifarmacia.

## **5.6.-Aportación de la Atención Farmacéutica**

Hasta ahora, el medico cuenta, como elementos calificados inherentes a su metodología diagnostica, con un conjunto de profesionales que realizan exploraciones complementarias (diagnóstico por la imagen) y pruebas complementarias (pruebas de laboratorio clínico), pero no, hasta la configuración de la Atención Farmacéutica, con un profesional, especialista del medicamento, dedicado al seguimiento de la farmacoterapia que el medico prescribe, capacitado para asesorar e intervenir en la prevención, detección y resolución de los problemas relacionados con la medicación y garantizar, por tanto, la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos, en el contexto global de las necesidades terapéuticas del paciente, que son los objetivos básicos de la Atención Farmacéutica (Seguimiento Farmacoterapéutico), su razón de ser y su aportación imprescindible al sistema sanitario.



La Atención Farmacéutica aporta también una nueva manera, cada vez más frecuente, de identificar a la oficina de farmacia tradicional y a los farmacéuticos de oficina de farmacia: Farmacia comunitarias y farmacéuticos comunitarios, respectivamente. La idea es que los farmacéuticos comunitarios (oficina de farmacia) presten servicios sanitarios farmacéuticos en una comunidad, es decir, en la zona básica de salud correspondiente, donde se encuentra la oficina de farmacia (Farmacia Comunitaria).

### **5.7.-Diferencias y Analogías entre Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica**

Algunos autores, encabezados por Hepler y Strand, consideran que la Farmacia Clínica ha representado una etapa decisiva de la Farmacia en su evolución hacia la Atención Farmacéutica. La principal diferencia entre ambas concepciones estriba en el beneficiario de las actuaciones profesionales. En la Farmacia Clínica el receptor natural primario es el médico, que recibe del Farmacéutico Clínico información, documentación y conocimiento sobre el uso apropiado de los medicamentos, sin embargo desde la perspectiva de la Atención Farmacéutica, el paciente es el principal beneficiario de las actuaciones y decisiones del farmacéutico. De acuerdo con las directrices publicadas por J. Bonal y J. García (2002), las diferencias y semejanzas pormenorizadas entre Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica se exponen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Diferencias y Analogías entre Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica

adaptada de: (Herrera Carranza , 2003).

Farmacia Clínica	Atención Farmacéutica
	Utilizar las habilidades y la autoridad profesional para establecer una relación de colaboración con el paciente y con otros profesionales sanitarios que lo atiendan.

<p>Evaluar la literatura científica para resolver cuestiones relacionadas con el diseño del plan terapéutico del paciente.</p>	<p>Evaluar la literatura científica para resolver cuestiones relacionadas con el diseño del plan terapéutico del paciente.</p>
<p>Obtener la información que el farmacéutico requiere para prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos y hacer las recomendaciones terapéuticas correspondientes.</p>	<p>Obtener la información que el farmacéutico requiere para prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos y hacer las recomendaciones terapéuticas correspondientes</p>
<p>Detectar problemas farmacoterapéutico.</p>	<p>Detectar problemas farmacoterapéutico.</p>
<p>En caso de detectar problemas farmacoterapéutico, especificar los objetivos que se persiguen en lo relativo a la patología, a los fármacos y al propio paciente.</p>	<p>En caso de detectar problemas farmacoterapéutico, desarrollar con el paciente o sus cuidadores los objetivos que se persiguen en lo relativo a la patología, a los fármacos y al propio paciente.</p>
<p>Diseñar o modificar un régimen preestablecido para conseguir los objetivos planteados, teniendo en cuenta principios farmacoterapéutico.</p>	<p>Diseñar o modificar un régimen preestablecido para conseguir los objetivos planteados, teniendo en cuenta principios farmacoterapéutico.</p>
<p>Diseñar planes de seguimientos que evalúen el avance de los objetivos farmacoterapéutico planteados.</p>	<p>En colaboración con el paciente o los cuidadores, diseñar planes de seguimientos que evalúen el avance de los objetivos farmacoterapéutico planteados.</p>
<p>Realizar recomendaciones sobre el régimen propuesto así como del correspondiente plan de seguimiento a los médicos prescriptores de manera lógica y sistemática, para garantizar su aceptación por parte del prescriptor.</p>	<p>Confirmar el plan propuesto por el farmacéutico para el paciente, con los correspondientes miembros del equipo asistencial implicados en la asistencia al paciente.</p>
<p>Implementar un régimen, determinando la vía y los dispositivos de administración más</p>	<p>Implementar un régimen, determinando la vía y los dispositivos de administración más</p>

adecuados y solicitando (o llevando a cabo) las pruebas de laboratorio protocolizadas.	adecuados y solicitando (o llevando a cabo) las pruebas de laboratorio protocolizadas.
Modificar, si es necesario, el plan terapéutico en base a los datos del seguimiento.	Modificar, si es necesario, el plan terapéutico en base a los datos del seguimiento.
	Si es necesario, utilizar literatura biomédica basada en la evidencia científica para defender las decisiones adoptadas en el paciente.
	Responsabilizarse de los resultados del tratamiento del paciente, persiguiendo su salud y bienestar.
	Utilizar técnicas efectivas de educación para proporcionar información a los pacientes y a sus cuidadores sobre la farmacoterapia, los efectos adversos, el cumplimiento, la utilización, manipulación y administración adecuados de los medicamentos.

### **5.8.-Barreras para la Provisión de Atención Farmacéutica**

Los modelos diseñados para la provisión de Atención Farmacéutica han de adaptarse a los ámbitos donde se desea aplicar, ya que las barreras u obstáculos para su provisión pueden variar entre los mismos. Por ello examinar e identificar las causas que pueden impedir la aplicación de un modelo determinado de Atención Farmacéutica, Es una etapa necesaria para establecer estrategias que permitan superarlas. En general, las dificultades para el desarrollo de programas de Atención Farmacéuticas pueden clasificarse en cinco tipos: relacionadas con los recursos, con el sistema de salud educacional, legal y profesional o administrativas. (Jimenez Torres, 1999).

Tabla 2. Clasificación de Dificultades (barreras) Principales Adaptada de: (Herrera Carranza , 2003).

Niveles	Elementos
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Personal entrenado y especializado.</li> <li>➤ Asignación de tiempo y financiamiento adecuado.</li> <li>➤ Tecnología para documentar y recuperar la información.</li> </ul>
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprensión del concepto de cuidado farmacéutico.</li> <li>➤ Formación de educadores.</li> <li>➤ Disponibilidad de modelos de provisión de cuidado.</li> </ul>
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coordinación admisión-alta de pacientes.</li> <li>➤ Organización del servicio de farmacia.</li> <li>➤ Sistemas de salud diferentes</li> </ul>
Profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades centralizadas.</li> <li>➤ Asunción de responsabilidad.</li> </ul>
Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presión administrativa.</li> </ul>

## **6.-EL PROCESO EVOLUTIVO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA HASTA LA ACTUALIDAD**

En los años ochenta apareció un nuevo modelo de Servicios Farmacéuticos, con objetivos orientados a ofrecer una dirección y extender el trabajo profesional farmacéutico hacia una filosofía de práctica que está profesionalmente comprometida con el cuidado del paciente. En 1990 esta discusión se solidificó con la publicación del artículo “Oportunidades y responsabilidades en el cuidado farmacéutico”, en el que (Hepler & Strand, 1990) definieron el cuidado farmacéutico como: “la provisión responsable de terapias farmacológicas con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Las discusiones acerca de esta nueva práctica profesional culminaron con la publicación de una propuesta consensuada para el cuidado farmacéutico, en la que se pusieron juntos un número de conceptos compatibles con el fin de consolidar esta práctica. De acuerdo con este documento, el cuidado farmacéutico debe ser desarrollado en el contexto de la asistencia farmacéutica, mirando a la integridad total del cuidado de la salud.

Bajo esta nueva práctica el foco del cuidado se ha desplazado desde la medicación al paciente. Este cambio exige grandes retos y los farmacéuticos se encaran a numerosos obstáculos cuando ven que el cuidado farmacéutico es el principal elemento de su vida profesional.

Como la propuesta del cuidado farmacéutico implica la práctica social, es exactamente en la construcción de esas relaciones (terapéuticas y humanas) que los farmacéuticos encuentran sus mayores retos. A pesar de los diferentes avances en los planes de estudio curriculares de los cursos de farmacia, aún encontramos lagunas en la educación humanística de los farmacéuticos. Por lo tanto, los profesionales tienen que estar buscando constantemente el desarrollo de tales habilidades de la práctica social y no de la individual.

## **6.1.-Los Obstáculos del Cuidado Farmacéutico**

Los Farmacéuticos aún configuran su rol social y profesional centrado en las medicinas. En el transcurso del dar-cuidado la importancia dirigida a asuntos técnicos y administrativos es primordial para el desarrollo de los Farmacéuticos más comprometidos con los medicamentos que con los pacientes.

Además, a pesar del actual reconocimiento y preminencia que el cuidado farmacéutico recibe, y que el paradigma cambia, en la práctica aún requiere alguna planificación. El punto muerto de partida se encuentra en la propia educación del profesional. El currículo actual farmacéutico y el mercado por sí mismo no están preparados para este nuevo patrón clínico y humanístico.

La práctica clínica farmacéutica no destaca por centrarse en la asistencia farmacoterapéutica, la prevención o el dar-cuidado. Y recibe poco reconocimiento profesional en su campo, ni de la comunidad del cuidado de la salud, ni de la sociedad en general. (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde., 2002).

Los farmacéuticos se consideran a sí mismos con falta de experiencia y poco estimulados a desarrollar este enfoque. (Oliveira et al, 2005). De acuerdo con Araújo, los farmacéuticos son conscientes de su (re)posicionamiento como profesionales de la salud y de la redefinición de los objetos con que trabajan. Sin embargo, se ha observado que aun así hay un gran acuerdo de intenciones y pequeñas prácticas muy apreciables. A pesar de la situación, aún incipiente, del cuidado farmacéutico en Brasil, se han hecho grandes avances. Pero aún hay mucho por hacer. (Araújo & freitas, 2006).

Una de las barreras principales es el énfasis positivista en el conocimiento y en los procesos de salud enfermedad que mantienen algunos farmacéuticos (Williams, 2007). El contexto ideal para el cuidado farmacéutico exige un entorno sustentado en el conocimiento compartido y el compromiso con la solidaridad (Cipolle, Strand, & Morley, 2006). El enfoque propuesto no anticipa un conocimiento altamente especializado sino una práctica social. En este

sentido, nadie sabe más o menos que ningún otro. Al encararse con esta verdad, ni el farmacéutico ni el paciente deberían temer las nuevas posibilidades ya que ninguna de ellas será construida en el conocimiento que poseen los demás. El conocimiento debe de emerger desde la relación profesional-paciente basada en las contribuciones que hace cada uno.

Los Farmacéuticos tienen que repensar su conocimiento y sus prácticas con el objetivo de redescubrirse profesionalmente. El concepto de cuidado Farmacéutico debe expandirse más allá de una mera relación de intercambio con beneficios mutuos en la cual el paciente delega la autoridad en el farmacéutico y este provee competencia y compromiso al usuario, sino que más bien provee cuidado de la salud basado en el “espacio relacional” construido entre los dos.

## **6.2.-Construccionismo Social y su Contribución al Cuidado Farmacéutico**

En términos de producción de conocimiento, la propuesta del construccionismo es producir constructos teóricos que den soporte a la coordinación de las acciones humanas, basada en valores y convenciones socialmente legitimados, así como en promover diferentes críticas a las convenciones sociales, en ambos casos a través de la crítica de la práctica científica o de otras prácticas culturales, o incluso promoviendo un criticismo que conduzca a una ruptura general con lo convencional. Así, el construccionismo social nos invita a intentar nuevas posibilidades de interacción social y enfatiza la responsabilidad relacional de los investigadores, cuestionando su retórica sobre la “verdad”, y la autoridad que ostentan. (McNamee & Gergen, *Relational responsibility. Resources for sustainable dialogue*, 1999) (Rasera & Japur, *Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia.*, 2005).

La aparición del construccionismo social tuvo lugar en 1973 con la publicación del artículo “La Psicología social como historia” de Kenneth Gergen (Rasera & Japur, *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo.*, 2007). La creación de este movimiento se confirma en las críticas a los enfoques científicos dominantes, junto con una concepción alternativa de los presupuestos a través de los que los individuos alcanzan el conocimiento (Rasera & Japur, *Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia.*, 2005). La perspectiva construcionista social visualiza el

conocimiento y la actividad investigadora en sí como una práctica social, un producto de la historia y del diálogo, centrado en el lenguaje y en sus procesos relacionados (Camargo-Borges & Japur, 2005).

Rasera y Japur (2005) informan de la gran dificultad en determinar un grupo especial de ideas que postulen todas las premisas construccionistas, aunque los autores describen un consenso ideológico encontrado alrededor de cuatro descripciones centrales presentadas a continuación:

- La especificidad cultural e histórica de las maneras de conocer el mundo.
- La prioridad de las relaciones humanas en la producción y sustentabilidad del conocimiento.
- La interconexión entre conocimiento y acción.
- La valoración de una postura crítica y reflexiva (Rasera & Japur, Grupo como construção social: aproximações entre construccionismo social e terapia de grupo., 2007).

Estas descripciones construccionistas tienen un número de implicaciones, algunas de las cuales podemos destacar aquí: el anti-esencialismo, el anti-realismo, el lenguaje como forma de expresión social, el foco en la interacción y en las prácticas sociales, y el foco en los procesos. La investigación construccionista no describe lo que son las cosas, sino el proceso a través del que son construidas. Acordando privilegiar las interacciones sociales, el conocimiento es generado a través de procesos sociales que construyen nuevas realidades.

Así, el construccionismo social no parte solo de una teoría que propone técnicas o métodos para su aplicación práctica, sino de algo más cercano a la práctica relacional, una forma de crear concepciones del mundo que son construidas a través del diálogo. Para (McNamee, 2004), el construccionismo propone prácticas terapéuticas específicas enfocadas no al individuo, sino a la creación de entornos relacionales. Teniendo esto en cuenta, la articulación



y la práctica de la teoría construccionista del cuidado son más una invitación al diálogo que una declaración de cómo deben de ser las cosas.

Nos enfrentamos con el peso y la importancia de las relaciones sociales. Hemos observado en la práctica del cuidado farmacéutico que no es suficiente ofrecer solo un servicio con buena calidad técnica orientado a satisfacer requisitos numéricos y alcanzar algunos resultados deseados. El reto, entonces, es mayor de lo esperado: no solo el avance en el cuidado, desde el centrado-en-el medicamento al centrado-en-el-cliente, sino también la consolidación de un mutuo e integrador trabajo relacional farmacéutico-cliente que se corresponda con especificaciones sociales y culturales.

Para el construccionismo social la producción de significado se asienta en diferentes prácticas sociales en las que las personas toman parte. Y estas prácticas son sustentadas por relaciones concretas que las personas experimentan a lo largo del tiempo (Camargo-Borges & Japur, 2005). Por lo tanto, la relación farmacéutico-cliente debe luchar por la equiparación y co-construcción. El conocimiento “puesto sobre la mesa” por los farmacéuticos no es jerárquicamente superior al que trae el paciente. El primero no impone su conocimiento superior sobre el último, sino que simplemente adopta diferentes formas de ser, de ver la salud y los medicamentos, y de describir situaciones; ajustando su poderosa relación jerárquica conduce a visiones distorsionadas entre el farmacéutico y los pacientes. No es una cuestión de negar las diferencias y especificidades del conocimiento de cada uno, sino de tener en cuenta el entorno relacional en el que su conocimiento se convierte en acción.

### **6.3.-Consideraciones Finales**

Tomando esta narración como una estrategia para crear un espacio relacional en el cuidado farmacéutico, proponemos escapar de una especie de opresión e ir a la búsqueda de contradicciones y reflexiones saludables.

La construcción de significado para esta nueva práctica profesional exige un nuevo orden. El énfasis se hace no sólo en introducir cambios, sino principalmente en crear espacio para el diálogo.

Para este fin, es necesario que haya una relación que transforme, una relación en la que nuevas comprensiones son negociadas, así como nuevas premisas para los farmacéuticos, los pacientes, y el cuidado farmacéutico en general.

## **7.-MÉTODO IASER PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

La identificación de pacientes que potencialmente ofrecen la oportunidad de mejora en su tratamiento farmacoterapéutico, mediante la prevención, detección, identificación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), presenta amplia variabilidad en su metodología; incluso en entornos clínicos especializados y muy próximos entre sí, se utilizan formas de trabajo no asimilables a ninguno de los modelos de calidad existentes. (Adachi & Lodolce, 2005) (Jiménez Torres, Font Noguera, & Climente Martí, 2003).

Las consecuencias de utilizar “cuasi modelos” o modelos no robustos para el ejercicio de la Atención Farmacéutica, es la limitación del análisis de calidad de los resultados y la comparación, interna o externa, de series temporales. Por éstos y otros motivos, las publicaciones existentes con independencia del tamaño poblacional de las series de casos incluidas, presentan baja potencia estadística y dificultades de someter los datos a técnicas de sensibilidad y a meta-análisis, que ganarían credibilidad científica para facilitar su generalización en la práctica clínica.

El camino hacia la excelencia que representan los programas de Atención Farmacéutica, se encuentran con la ausencia de indicadores que informen de los cambios en el grado de cumplimiento de los estándares de calidad que introducen estos programas. Ambas situaciones, explicarían el retraso en la aceptación universal, por los diferentes profesionales sanitarios, e incluso por los especialistas de Farmacia Hospitalaria, de los programas de Atención Farmacéutica, añorando la Farmacia Clínica quizás por ser una etapa de la Farmacia aún no superada.

Los programas de Atención Farmacéutica deben estar soportados por métodos o sistemas que permitan, de un modo general, dar respuesta a los siguientes aspectos:

- a) identificación temprana de pacientes que se beneficiarían con su implantación,
- b) registrar las categorías y las causas que originan los problemas relacionados con los medicamentos y su documentación,
- c) generar alertas para identificar los fallos del sistema
- d) evaluar la utilidad clínica de los procesos asistenciales clave en curso
- e) facilitar la propuesta de mejoras en la calidad de la gestión farmacoterapéutica

La implantación de estos elementos permite explotar la información registrada para prevenir, identificar y resolver PRM, como cualquier problema de salud en la población, evaluar su frecuencia, su gravedad, la probabilidad de alcanzar al paciente y el coste sanitario y social; también, permite establecer la efectividad e inocuidad de las actuaciones farmacéuticas.

El Método Iaser es una aproximación normalizada que facilita la aplicación de los criterios de calidad que sustentan la práctica de la Atención Farmacéutica, particularmente en el entorno especializado de los hospitales, pero generalizable a la Atención Primaria y la Atención Socio sanitaria. (Criterios de Calidad para la acreditación de los servicios de farmacia de hospital. , 2005).

Para el diseño del Método Iaser se ha considerado desde el efecto a la causa, de forma prospectiva, por lo que es una herramienta compatible con los estudios de cohorte al utilizar, como criterio básico para la identificación (selección) de los pacientes, la presencia o no de PRM o PRPS en los mismos; es decir, este método permite la investigación de resultados, en las relaciones efecto-causa, tanto en pacientes individuales como en grupos de pacientes que al inicio de tratamiento, al ingreso en un centro, etc, no estaban expuestos a un determinado PRM o PRPS, pero que se les presenta y existe la necesidad de explicar la causa de los mismos y sus riesgos relativos.

## **8.-MÉTODO SOAP PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Es una metodología lógica para documentar la atención que se le está prestando al paciente, que a diferencia de los demás métodos utilizados anteriormente, permite una mayor o total comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, ya sean médicos especialistas u otro tipo de profesionales del área de la salud; y todo esto a lo largo de los diferentes procesos patológicos que puede tener un paciente. Este método concentra toda la información alrededor de la necesidad y quejas del paciente, lo cual facilita que se pueda elaborar una hipótesis del diagnóstico o confirmar el diagnóstico; la información consiste en signos y síntomas, y se tiene en cuenta el entorno del paciente en todas las áreas, para así hacer una aproximación diagnóstica.

### Ventajas

1. Toma en cuenta los problemas biológicos, psicológicos y sociales.
2. Exige una comprensión cabal de la situación del paciente para poder identificar sus problemas.
3. Mejora la lógica del razonamiento clínico.
4. Facilita la recolección de datos para los trabajos de investigación.
5. Permite evaluar la atención médica.
6. Impulsa al estudiante y al médico a obtener datos del paciente con minuciosidad, veracidad y precisión, a desarrollar su capacidad de análisis y síntesis para identificar problemas, y a llevar a cabo planes de acción con eficiencia.
7. Hace factible el trabajo interdisciplinario. (Friedsam & Rieselbach, 2008).

El formato de nota SOAP, es un método de documentación que facilita la adecuada comunicación entre todos los entes involucrados en el cuidado del recién nacido pues contiene de forma organizada la evolución, problemas y planes del paciente.

Los cuatro componentes de una nota de SOAP son: el subjetivo, el objetivo, el análisis, y el plan. Hay que tener en cuenta que el enfoque de cada componente de una nota SOAP varía en función de la especialidad; por ejemplo, una nota de SOAP quirúrgica por lo general será mucho más breve que una nota de SOAP de neonatología. A continuación se presenta una definición amplia de los componentes del formato. (Castro & Gamez) (Reznich, Wagner, & Noel, 2010)

**Datos subjetivos:** en éste ítem se describe de forma narrativa la condición actual del neonato en las propias palabras de la madre o acompañante; además se incluyen la edad de la madre, el número de gravideces, la planeación del embarazo, la residencia de los padres, su hemoclasificación, profesión y estado civil con el fin de identificar posibles factores de riesgos a nivel socio familiar. Por otro lado se registran datos relevantes concernientes a la gestación, parto y post-parto, como el número de controles prenatales, ecografías y sus hallazgos, exámenes de ITS, enfermedades que afecten al feto o induzcan nacimiento prematuro, APGAR, TSH y vacunación neonatal.

**Datos Objetivos:** en esta sección se compila los hallazgos a partir de la exploración física y los resultados de las pruebas y procedimientos diagnósticos; se incluyen la antropometría, los signos vitales, la apariencia general y los hallazgos del examen físico.

**Análisis:** en éste ítem se hace un resumen de la historia clínica del recién nacido que debe incluir los datos importantes de la anamnesis a los padres o cuidadores y los hallazgos positivos del examen físico, además de una lista de los diagnósticos probables y diferenciales, así pues los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para evaluar y analizar el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia para así identificar los factores de riesgos biológicos, socio-familiares y además determinar cuál es el plan a seguir.

Plan: por último, una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos, en el plan se describen las conductas que se tomarán según los diagnósticos descritos en el análisis. Se puede incluir laboratorio, pruebas de imágenes, medicamentos, indicaciones, procedimientos a realizar y seguimiento.

Si se decide dar de alta a un neonato, se debe incluir además recomendaciones de alimentación, puericultura, signos de alarma, cuidados del ombligo, estimulación, inscripción al programa de crecimiento y desarrollo y revisión a las 48 horas por consulta externa.



Fig. 5 Método SOAP [Fotografía] obtenida de: <http://slideplayer.es/slide/1105371/>

## **9.-EL PAPEL AMPLIADO DEL FARMACÉUTICO**

Los farmacéuticos, como expertos en medicamentos, han sido siempre conocidos como una fuente accesible y de confianza para el consejo y la farmacoterapia. Hoy, su contribución a la asistencia sanitaria se está transformando en nuevas facetas de ayuda a los pacientes en la utilización de medicamentos y como parte en la toma de decisiones clínicas mediante una variedad de especializaciones. Las farmacias comunitarias están abiertas todo el día, son cómodas para que la mayor parte de los pacientes accedan y no hay necesidad de una cita previa para ver al farmacéutico. Todo esto hace de las farmacias comunitarias el primer sitio natural de solicitud de ayuda para dolencias comunes. El autocuidado de las dolencias comunes está siendo más popular a medida que aumenta la variedad de medicamentos seguros y efectivos disponibles en la farmacia, sin necesidad de la prescripción de un médico. Los Farmacéuticos tienen experiencia para aconsejar tanto en la elección de medicamentos, como en su uso seguro y efectivo. Una elección correcta en el autocuidado puede impedir la evolución de algunas enfermedades o ayudar a que otras se resuelvan más rápidamente. (Tromp, 2006)

### **9.1.-El valor de los Servicios Profesionales del Farmacéutico**

Debido a su impacto sobre el estado de la salud de los pacientes individuales, la atención farmacéutica mejora la calidad y el coste-efectividad de los sistemas de asistencia sanitaria.

Las mejoras que se producen a un nivel micro afectan a la situación global en un nivel macro, es decir, el beneficio de las comunidades cuando los individuos, que forman parte de ellas, gozan de una mejor salud. En última instancia, la población también se beneficiará al producirse amplias mejoras en el sistema.

Los Servicios Farmacéuticos y su implicación en el cuidado centrado en el paciente se han asociado con una mejora en los resultados de salud y económicos, una reducción en los efectos adversos relacionados con medicamentos, una mejora en la calidad de vida, y una reducción de la morbilidad y de la mortalidad. Estos logros se han alcanzado mediante una expansión gradual de los papeles tradicionales y, en algunos casos, mediante la aparición de programas para la gestión de la farmacoterapia. No obstante, sigue estando en gran parte sin

aprovechar el potencial por el que los farmacéuticos efectúen mejoras importantes en la salud pública. (Strand et al, 2004) (Berenguer et al, 2004)

Una reciente revisión investigó la eficacia de los servicios profesionales del farmacéutico en términos de resultados del consumidor y, donde era posible, de ventajas económicas. Los resultados clave subrayan el valor de un rango de servicios, que incluyen la continuidad del cuidado al alta hospitalaria y la educación a los consumidores y a los profesionales de la salud. En conjunto, esta revisión demuestra que hay una evidencia considerable y de alta calidad para apoyar el valor de los servicios profesionales de la farmacia en la mejora de los resultados de los pacientes o en el uso de los medicamentos en el entorno de la comunidad. Por otra parte, un estudio australiano sobre el impacto económico del incremento de las tarifas por intervención clínica en farmacia comunitaria constató que los farmacéuticos capacitados y remunerados adecuadamente generaron ahorros (en la asistencia sanitaria, medicamentos y coste de la práctica farmacéutica) seis veces mayores que las de un grupo de control que no había tenido acceso a la misma capacitación o remuneración. Se estimó que los farmacéuticos capacitados y remunerados adecuadamente ahorrarían al sistema de asistencia sanitaria 15 millones de dólares australianos (aproximadamente 100 millones de dólares, US\$) en un año. (Bemrimoj et al, 2000)

Un nivel adecuado de remuneración para los farmacéuticos es la clave para asegurar que se muevan hacia una buena práctica de la farmacia, y en particular hacia la atención farmacéutica. Sin embargo, los esfuerzos para asegurar que los farmacéuticos estén adecuadamente recompensados requerirán una documentación efectiva de que lo que hacen realmente mejora los resultados, así como el acuerdo con los proveedores de servicios de que lo que ellos hacen tiene un valor económico.



## **9.2.-El Farmacéutico como miembro del equipo de Salud**

El equipo de Salud está compuesto por el paciente y todos los profesionales de asistencia sanitaria que tienen responsabilidad en el cuidado del paciente. Este equipo necesita estar bien definido y necesita buscar activamente colaboración. Los Farmacéuticos tienen que jugar un papel importante en este equipo. Necesitarán adaptar su conocimiento, habilidades y actitudes a este nuevo papel, que integra la ciencia farmacéutica tradicional con aspectos clínicos del cuidado del paciente, habilidades clínicas, habilidades de gestión y de comunicación, colaboración activa con los equipos médicos y solucionar problemas relacionados con los medicamentos.

Si van a ser reconocidos como miembros de pleno derecho del equipo de salud, los farmacéuticos necesitarán adoptar actitudes esenciales requeridas por los profesionales de la salud que trabajan en esta área: visibilidad, responsabilidad, accesibilidad a una práctica que tiene como objetivo la población en general, obligación de confidencialidad y orientación al paciente. Los Farmacéuticos necesitarán ser competentes y poseer visión y voz para integrarse completamente en el equipo de salud.

## **9.3.-Estado Actual de la Práctica Farmacéutica**

El papel del Farmacéutico toma diferentes formas en las diversas partes del mundo. La implicación del farmacéutico en los productos farmacéuticos puede ser en la investigación y desarrollo, formulación, fabricación, garantía de calidad, legislación, comercialización, distribución, almacenamiento, provisión, gestión de la información, dispensación, monitorización o educación. Las actividades de provisión y gestión de la información se han denominado "servicios farmacéuticos" y continúan constituyendo los fundamentos de la farmacia práctica.

Los farmacéuticos ejercen en una amplia variedad de entornos. Éstos incluyen Farmacia Comunitaria (venta al por menor y otros entornos de la asistencia sanitaria), farmacia hospitalaria (en todos los tipos de hospital, desde pequeños hospitales locales a grandes hospitales con docencia), Industria Farmacéutica y formación universitaria. Además, los Farmacéuticos están implicados en la administración de servicios de salud, en la investigación, en salud internacional y en organizaciones no gubernamentales (ONG).

## **10.-ÁMBITO DE LA FARMACIA Y FUNCIONES DE LOS FARMACÉUTICOS**

Con el desarrollo de medicamentos sintéticos específicos y potentes, el centro de la responsabilidad del farmacéutico se ha desplazado mucho hacia la aplicación de los conocimientos científicos sobre el uso apropiado de los medicamentos modernos y la protección del público contra los peligros inherentes a su uso.

Los Servicios de los Farmacéuticos se contratan para el control de la reglamentación y la gestión de los medicamentos, para atender la farmacia hospitalaria, industrial y de la comunidad, para actividades académicas, capacitación de otros trabajadores de la salud e investigación. En todos estos campos, su fin es garantizar una farmacoterapia óptima, tanto contribuyendo a la preparación, distribución y control de medicamentos y productos afines, como ofreciendo información y asesoramiento a quienes recetan o usan productos farmacéuticos.

### **10.1.- Control de la Regulación y Gerencia de Medicamentos**

#### **10.1.1. Políticas de Salud y Medicamentos**

Cada ministerio de salud tiene una sección que se ocupa de los asuntos farmacéuticos. En vista de la importancia de los medicamentos en los servicios de salud pública y de la pericia que al respecto existe dentro de la sección farmacéutica, es importante que esa sección reciba la misma consideración que otros departamentos del ministerio. Los farmacéuticos que trabajan en la Administración participan en la formulación de políticas de salud y de medicamentos, particularmente las relativas a selección, compra y distribución de estos últimos. Además, sirven

de fuente de información para los profesionales de la atención de salud y el público e incluso participan en la preparación de farmacopeas y otros documentos oficiales. Cooperan así mismo con los educadores y el cuerpo profesional de farmacéuticos para establecer y modificar los planes de estudio de las facultades de farmacia y los programas de educación continua. En algunos países, los farmacéuticos cumplen funciones destacadas en el control de la salud ambiental y de la calidad de los alimentos, cosméticos y dispositivos médicos.

Los farmacéuticos no realizan esas funciones en todos los países. Un requisito previo para su adopción generalizada es la participación de los farmacéuticos con la experiencia adecuada en el establecimiento y ejecución de la política nacional de salud, que proporciona el marco para las políticas relacionadas con los medicamentos y la farmacia. En vista de sus conocimientos teóricos y prácticos especiales, se debe asignar a los farmacéuticos de más alto grado, la responsabilidad de establecer y ejecutar la política en materia de medicamentos y personal farmacéutico y de redactar y formular las leyes. Dichos farmacéuticos deben tener, preferentemente, formación de posgrado y los debidos conocimientos de salud pública.

En algunos países, el suministro o despacho de medicamentos potentes y productos relacionados no son exclusivos de los farmacéuticos ni requieren la supervisión o control de un farmacéutico. No obstante para la seguridad del público, esas funciones deben ser realizadas o supervisadas por farmacéuticos para garantizar el suministro de medicamentos apropiados de calidad aceptable.

En ciertos países, la gestión de la compra y suministro de medicamentos, así como el control, registro y fiscalización de medicamentos se realizan sin observancia satisfactoria de las normas establecidas. Para formular normas aceptables, es preciso que los altos cargos sean ocupados por farmacéuticos con la debida formación de posgrado; y tales normas deben venir avaladas por una amplia legislación farmacéutica y por su fiscalización efectiva.

### 10.1.2. Gerencia

Los Farmacéuticos del sector público están encargados de la gerencia de los medicamentos, que incluye selección de los medicamentos esenciales, determinación de las necesidades en medicamentos, compra, distribución y uso racional de medicamentos, así como diseño y empleo de sistemas de información. También acopian y cotejan los datos que requieren las instituciones públicas nacionales y los organismos internacionales, como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

### 10.1.3. Administración

En algunos países, las licitaciones para la importación y suministro de medicamentos se adjudican a empresas no farmacéuticas. En la gestión de esas empresas no pueden aplicarse normas profesionales y sólo está influida por consideraciones comerciales. Los procedimientos para solicitar y aceptar licitaciones y adjudicar los contratos respectivos para el suministro de productos farmacéuticos deben ser distintos de los establecidos para licitaciones comerciales no profesionales, y deben estar a cargo de farmacéuticos.

### 10.1.4. Política Educativa

Los Farmacéuticos cooperan con los educadores para establecer y poner en práctica políticas relacionadas con la educación de pregrado y continua, capacitación en servicio y otros aspectos del desarrollo de los recursos humanos.

### 10.1.5. Órganos de Reglamentación y Fiscalización

Los Farmacéuticos son empleados por órganos de reglamentación interesados en la aprobación, registro y control de la calidad de medicamentos, cosméticos y dispositivos médicos, y por órganos de fiscalización, incluyendo aduanas, encargados de vigilar la distribución de medicamentos por canales lícitos e ilícitos y, además, como inspectores de la producción, importación, distribución y venta de los mismos.

#### 10.1.6. Autoridades de Registro Profesional

Los Farmacéuticos trabajan en puestos destacados de varias instituciones, como consejos de farmacia, que establecen los criterios para el registro de farmacéuticos o los requisitos para autorización del ejercicio, se encargan del registro de farmacias y farmacéuticos y vigilan el trabajo realizado en las farmacias y la conducta profesional de los farmacéuticos.

#### 10.1.7. Organismos internacionales y profesionales

Los Farmacéuticos empleados en esas instituciones realizan varias funciones técnicas y administrativas en órganos profesionales y en organizaciones farmacéuticas relacionadas con la salud, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas, la Interpol, los comités nacionales de la farmacopea y varias sociedades farmacéuticas.

### **10.2.- Farmacia de la Comunidad**

Los Farmacéuticos de la comunidad son los profesionales de salud más accesibles para el público. Despachan medicamentos de acuerdo con la receta médica y, cuando la ley lo permite, los venden libremente. Además de asegurarse de tener suficientes existencias de productos apropiados, sus actividades profesionales incluyen la orientación de los pacientes cuando compran medicamentos recetados u otros, información farmacológica a los profesionales de salud, los pacientes y el público en general, y participación en programas de promoción de la salud. Mantienen vínculos con otros profesionales en el campo de la atención primaria de salud.

Hoy día, en la medicina se usa una amplia gama de productos nuevos y análogos, incluyendo productos biológicos de alta tecnología y radiofarmacéuticos. También hay un grupo heterogéneo de dispositivos médicos que incluye productos análogos a los medicamentos, algunos de los cuales exigen conocimientos especializados con respecto a su uso y riesgos (por ejemplo, vendajes, productos para el tratamiento de heridas, etc.)

Los Farmacéuticos han asumido progresivamente la tarea adicional de garantizar la calidad de los productos que despachan.

Las principales actividades de las farmacias de la comunidad se describen a continuación:

#### 10.2.1. Despacho de Recetas

El Farmacéutico verifica la legalidad, inocuidad y conveniencia de la receta, examina el perfil medicamentoso del paciente antes de despacharla (cuando la farmacia mantiene esos registros), se asegura de dispensar la cantidad exacta del medicamento y decide si se puede dar un medicamento directamente al paciente, con la debida orientación. En muchos países, el farmacéutico de la comunidad está en condiciones idóneas para saber qué medicamentos ha usado o usa el paciente y, por tanto, puede dar consejos esenciales al médico que los receta.

#### 10.2.2. Atención de los Pacientes o Farmacia Clínica

El Farmacéutico trata de acopiar y sistematizar información sobre los antecedentes del uso de medicamentos por parte del paciente, le aclara a éste el régimen de dosificación y el método de administración indicados y le aconseja qué precauciones debe tomar con respecto al medicamento y, en algunos países, vigila y evalúa la reacción terapéutica.

#### 10.2.3. Vigilancia del Empleo de Medicamentos

El Farmacéutico puede participar en estudios para vigilar el empleo de medicamentos, como proyectos de investigación práctica y programas de análisis de recetas para observar las reacciones adversas a los mismos.

#### 10.2.4. Preparación Extemporánea y Fabricación de Medicamentos en pequeña escala

En todas partes los Farmacéuticos siguen preparando medicamentos en la farmacia. Eso les permite adaptar la fórmula de un producto a las necesidades de un determinado paciente. Es posible que los nuevos descubrimientos en materia de productos farmacéuticos y sistemas asistenciales exijan preparaciones adaptadas a las necesidades de cada persona y, por ende, aumenten la necesidad del farmacéutico de seguir preparando fórmulas en la farmacia. En

algunos países desarrollados y en desarrollo, los farmacéuticos participan en la fabricación de productos en pequeña escala, que debe hacerse de acuerdo con las pautas de las prácticas adecuadas de fabricación y distribución.

#### 10.2.5. Medicamentos Tradicionales y Alternativos

En algunos países, los Farmacéuticos despachan medicamentos tradicionales y homeopáticos.

#### 10.2.6. Tratamiento de los Síntomas de Afecciones Leves

El Farmacéutico aconseja al público la forma de tratar varios síntomas y, cuando así lo exige el caso, refiere a la persona a un médico. Si los síntomas están relacionados con una afección leve, el farmacéutico puede recomendar un medicamento de venta libre y recomendar se consulte al médico si los síntomas persisten más de unos días. Por otra parte, puede aconsejar a la persona sin que sea necesario dispensar ningún medicamento.

#### 10.2.7. Información a los Profesionales de Salud y al Público

El Farmacéutico puede recetar y guardar información sobre todos los medicamentos, en particular los recién introducidos en el mercado, suministrar la información necesaria a otros profesionales de salud y a los pacientes y emplearla para promover el uso racional de medicamentos por medio de los consejos y explicaciones que da a los médicos y al público en general.

#### 10.2.8. Promoción de la Salud

El Farmacéutico puede participar en campañas locales y nacionales de promoción de la salud, centradas en una amplia gama de temas afines, particularmente relacionados con el uso de medicamentos (por ejemplo, uso racional, uso indebido del alcohol y el tabaco, abstención del uso de medicamentos durante el embarazo, uso indebido de disolventes orgánicos, prevención del envenenamiento) u otros problemas de salud (enfermedades diarreicas, tuberculosis, lepra, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y SIDA), y planificación familiar.

También interviene en la educación de grupos comunitarios locales relacionada con la promoción de la salud y en campañas de prevención de las enfermedades, como el Programa Ampliado de Inmunización, y los programas de control del paludismo y la ceguera.

#### 10.2.9. Servicios Domiciliarios

En varios países, el Farmacéutico presta servicios de asesoramiento y entrega de medicamentos a residencias para ancianos y a otros pacientes que deben recibir atención prolongada. En algunos países, se ha procedido a formular políticas en virtud de las cuales los farmacéuticos visitan a ciertos pacientes que no pueden salir de su hogar, para darles la misma orientación que habrían recibido en la farmacia. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1988).

### **11.-ANTECEDENTES DE LA FARMACOVIGILANCIA**

La primera experiencia documentada sobre problemas relacionados con los medicamentos fue a finales del siglo XIX en 1864, cuando se describen 109 muertes súbitas asociadas al uso del anestésico cloroformo, creándose en 1867 un comité en el Reino Unido para el estudio de este suceso.

En el siglo XX la primera advertencia seria sobre los riesgos de los medicamentos tienen lugar en los Estados Unidos en 1937, cuando un elixir de sulfonamida produce la muerte de 107 personas, en su mayoría niños, debido al dietilenglicol que se utilizaba como excipiente en su preparación. A partir de entonces se dictan leyes que obligan a supervisar la seguridad de los medicamentos antes de su comercialización, para lo cual se crea la Food and Drug Administration (FDA) la primera agencia reguladora de medicamentos que aparece en el mundo.



La aparición epidémica de un problema congénito causado por la talidomida a principios de los años 60 en Europa, por el cual nacieron en todo el mundo más de 10.000 niños malformados, la mitad de los cuales murieron por malformaciones incompatibles con la vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un programa de promoción de la seguridad y eficacia de los medicamentos: Vigilancia Farmacéutica Internacional en 1968, con la idea de aglutinar los datos existentes sobre las reacciones adversas a los medicamentos. En un principio se trataba de un proyecto piloto implantado en 10 países que disponían de un sistema de notificación de reacciones adversas. Desde entonces la red se ha ampliado considerablemente, a medida que países de todo el mundo se iban dotando de centros nacionales de Farmacovigilancia para registrar las reacciones adversas a los medicamentos. Hoy son 86 los países que participan en el programa, coordinado por la OMS y su Centro Colaborador de Uppsala. Este último se ocupa del mantenimiento de Vigibase, de datos mundial sobre reacciones adversas a los medicamentos en la que constan ya más de tres millones de notificaciones.

Desde mediados de los noventa la Farmacovigilancia ha tomado un interesante impulso en la región de las Américas, a la fecha un total 17 países de América Latina participan en el programa del centro de monitorización, la mayoría de países latinoamericanos se vincularon en el transcurso de las últimas dos décadas.

En México, la Farmacovigilancia inicia oficialmente en 1995, cuando la autoridad sanitaria (Secretaría de Salud), como parte de las Reformas del Sector Salud 1995–2000, implementa dentro del programa de control y vigilancia de medicamentos, el Programa Permanente de Farmacovigilancia, que para dar cumplimiento a las actividades de la misma instituye la creación del Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) como unidad coordinadora y el establecimiento de Centros en cada entidad federativa, con el objetivo de fortalecer la racionalización y optimización de la terapéutica mexicana, y así poder detectar oportunamente, problemas potenciales relacionados con los mismos, quedando la COFEPRIS como órgano rector del programa permanente. Así, la Farmacovigilancia es una actividad de responsabilidad compartida entre todos los agentes que utilizan el medicamento y se rige por la NOM- 220-SSA1-2002, Instalación y Operación de la Farmacovigilancia, Diario Oficial de la

Federación 15-Nov-2004 establece que es responsabilidad ética de todos los profesionales del cuidado de la salud, Instituciones de Salud públicas o privadas, de la industria farmacéutica, investigadores y unidades de investigación, etc., deben de contribuir de forma activa en las tareas de Farmacovigilancia en México en beneficio de toda la población, sancionando a los individuos o entidades responsables que no cumplan reportando las Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) en tiempo y forma. Además comenta que para contribuir óptimamente al cumplimiento de las actividades de FV, hay que considerar como un factor clave la difusión y fomento de la misma, así como el entrenamiento y capacitación de todo el personal que sea necesario.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2006 se expide la Norma que establece las disposiciones para la operación del Sistema institucional de Farmacovigilancia de insumos para la salud en la cual menciona que la Dirección de Prestaciones Médicas es la responsable de los criterios y políticas en materia de Farmacovigilancia y estará ubicado este Centro Institucional de Farmacovigilancia en las jefaturas de Prestaciones Médicas y Unidades de Alta Especialidad en un Comité de Farmacia y Terapéutica Médica ubicado en cada Unidad médica de los tres niveles de atención para coordinar las acciones de Farmacovigilancia en la Unidad, este podrá elaborar documentos técnicos que faciliten e incrementen la participación del personal para la atención de la salud y derechohabientes en la notificación RAM y deberá de evaluar la evaluación preliminar de notificaciones y su clasificación a través de la aplicación del algoritmo de naranjo.

Los efectos adversos graves o letales se deberán de informar de manera inmediata vía electrónica o telefónica a Centro Institucional de FV y las RAM leves a moderadas dentro de los 60 días después de su identificación, requisitando en el SIFAVI el Informe de Sospechas de Reacciones Adversas Medicamentosas.

Todos los medicamentos tienen la capacidad de causar efectos nocivos en el organismo; si bien algunos de estos, se detectan en el desarrollo de los estudios preclínicos, otros efectos no deseados, sólo se hacen aparentes cuando el medicamento se administra a un gran número de

pacientes por un periodo prolongado de tiempo, es por eso que la detección oportuna y la evaluación de las reacciones adversas de los medicamentos, es cada vez más importante.

El origen de la preocupación por las consecuencias sociales del uso de los medicamentos, es sin duda tan antiguo como los propios medicamentos. El enfoque epidemiológico para estudiar algunas de las consecuencias sociales, supone el recurso a un método del que se dispone desde hace poco tiempo en el país, que es la Farmacoepidemiología. Esta línea de investigación tiene dos ramas de estudios que son:

1) los estudios de utilización de medicamentos.

2) los estudios de Farmacovigilancia consistiendo su principal objetivo determinar los riesgos que implica el uso de los medicamentos en los seres humanos, así como establecer la gravedad y significancia clínica de éstos, con la finalidad de prevenirlos o minimizarlos, realizando estas actividades a nivel de la industria farmacéutica ambulatoria y hospitalaria.

La Farmacovigilancia Hospitalaria tiene utilidad inmensa y alto valor ya que puede conducir a acciones con impacto en la seguridad del paciente y a ayudar a prevenir riesgos asociados a medicamentos; para la implementación de esta se inicia con el fomento y difusión de la Farmacovigilancia y la capacitación del personal de salud para la notificación voluntaria de RAM que se presenten por el uso, abuso, mal uso, sobredosis y falta de eficacia, uso preventivo, diagnóstico y/o terapéutico de los medicamentos; en nuestro país se realiza con el formato de reporte de Sospecha de Reacción Adversa (SRA) / Evento Adverso espontáneo (EAs) que establece la NOM- 220-SSA1-2002, Instalación y Operación de la Farmacovigilancia, que incluye los datos de identificación del paciente, datos de sospecha de la reacción adversa (inicio de la reacción, datos de exploración y de laboratorio); Consecuencias del Evento, Información sobre el medicamento sospechoso, Farmacoterapia concomitante, Datos importantes de la historia clínica, Procedencia de la información (datos del informante).

Las personas encargadas de las acciones de Farmacovigilancia, médicos, enfermeras, farmacéuticos y los técnicos, quienes deben estar en la búsqueda permanente e investigación de las RAM, y quienes deben de estar en la búsqueda permanente e intencionada de las mismas y

reportarlas aunque no tengan una relación evidente de causa-efecto, y no importando que se hubieran presentado al inicio, durante o al término de la administración de un medicamento, estas actividades las realizara el farmacéutico si el hospital cuenta con Servicios Farmacéuticos, pero cuando no se tiene este, se puede elegir un comité o una unidad Operativa que recolecte la información y documente las sospechas de RAM. Siendo una principal limitante la infranotificación que se presenta más en Latinoamérica como en México que es mucho menor el número de reportes que Cuba incluso aunque este tiene una población menor, teniendo mayor participación en EUA, países europeos y asiáticos.

## **12.-FARMACOVIGILANCIA**

La Farmacovigilancia es la herramienta utilizada por los países de alta vigilancia sanitaria, para el control de los medicamentos. (Foppiano, 2001)

### **12.1.-Definición de Farmacovigilancia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año del 2002 la definió de la siguiente forma:

“La Farmacovigilancia es la ciencia que se encarga de recopilar, monitorear, investigar, valorar la casualidad y evaluar la información que proporcionan tanto los profesionales de la salud como los pacientes acerca de los efectos adversos de los medicamentos, productos biológicos y herbolarios, así como aquellos empleados en medicina tradicional, buscando identificar información nueva relacionada con las reacciones adversas y prevenir el daño en los pacientes.”

La Farmacovigilancia es necesaria en cada país, ya que hay diferencias entre países (y aun entre regiones en algunos países) en la manifestación de reacciones adversas a medicamentos y otros problemas relacionados con los medicamentos. Todo esto puede ser debido a diferencias en:

- ✓ La producción de medicamentos.
- ✓ La distribución y el uso (por ejemplo, indicaciones, dosis, disponibilidad).
- ✓ La genética, la dieta, las tradiciones de la población.
- ✓ La calidad y composición (excipientes) de los productos farmacéuticos fabricados localmente.
- ✓ El uso de medicamentos no-ortodoxos (por ejemplo, plantas medicinales) que pueden presentar problemas toxicológicos, cuando se usan o en combinación con otros medicamento. (OMS, Vigilancia de la seguridad de los medicamentos. Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un centro de farmacovigilancia., 2001)



Fig. 6 Farmacovigilancia [Fotografía] obtenida de:

<https://www.silanes.com.mx/definicion-de-farmacovigilancia.html>

## **12.2.-Objetivos de la Farmacovigilancia**

Los principales objetivos de la Farmacovigilancia son:

1. Detectar tempranamente las reacciones adversas e interacciones desconocidas hasta el momento.
2. Detectar aumentos en la frecuencia de reacciones adversas (conocidas).

3. Identificar los factores de riesgo y los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas.
4. Estimar los aspectos cuantitativos de la relación riesgo/beneficio y difusión de la información necesaria para mejorar la regulación y prescripción de medicamentos.
5. El uso racional y seguro de los medicamentos.
6. La evaluación y comunicación de los riesgos y beneficios de los medicamentos comercializados.
7. La educación y la información a los pacientes. (OMS, Vigilancia de la seguridad de los medicamentos. Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un centro de farmacovigilancia., 2001) (Debesa García & Llovet Alcalde, 2000).

### **12.3.-La Farmacovigilancia en México**

La Organización Mundial de la Salud estima que actualmente recibe 200 mil reportes por año, lo que representa más de 200 por millón de habitantes, sin embargo, se considera como un buen nivel de reportes, 100 por millón de habitantes. Utilizando esta última cifra y aplicada a México, se estimara que deberíamos tener anualmente 10 mil sospechas de reacciones adversas. En lo referente a los reportes por los médicos, existe consenso en que deben ser 150 por cada 1000 médicos. Con base en lo anterior expuesto y considerando que en la base de datos de la Secretaria de Salud, se tiene un total acumulado durante el periodo de 1997 a 2003, de 970 reportes puede inferirse que en nuestro país aún no se alcanza las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, lo que obedece principalmente al reciente establecimiento del programa.

En México, hasta hace pocos años la vigilancia sanitaria de los medicamentos no incluía a la Farmacovigilancia. Ahora es considerada una responsabilidad gubernamental, hecho plasmado en el programa de reformas al sector salud 1995 a 2000, con las modificaciones del artículo 58, fracción V bis, de la Ley General de la Salud, el cual refiere la obligación de informar a las autoridades sanitarias acerca de los efectos secundarios por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud; y al reglamento de Insumos para la Salud, sección quinta, artículo 38, donde se hace referencia a que las reacciones adversas de los medicamentos u otros insumos durante la comercialización o uso de estos, las notificaciones por los profesionales de la salud, las publicadas en la literatura científica y las informadas por organismos sanitarios internacionales, deberán hacerse del conocimiento inmediato de la Secretaría por el titular del registro, por los distribuidores o por los comercializadores de los fármacos.

Operativamente, la instancia en la que recae la responsabilidad de dar seguimiento a los anteriores comunicados es la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) dependiente de la Secretaría de Salud.

A partir del 2001 el Centro Nacional de Farmacovigilancia forma parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), cuya finalidad es, desde luego, recibir informes sobre la detección de sospechas de Reacciones Adversas de los Medicamentos, vacunas y dispositivos médicos, por parte de los profesionales de la salud y de los laboratorios productores, evaluarlas, valorarlas y retroalimentar la información.

Por todo lo anterior y a pesar de las dificultades mencionadas, se estableció en nuestro país un Programa Permanente de Farmacovigilancia para evaluar el producto una vez que ha salido al mercado, compensar las limitaciones mencionadas y proporcionar un mecanismo activo para confirmar, en lo posible, la eficacia y seguridad de los medicamentos. (García-Rosa & Haro-García, 2002), (Gracia-Vigil et al, 2005), (Higuera Ramírez, 2000)

#### **12.4.-Programa permanente de Farmacovigilancia en México**

El programa permanente de Farmacovigilancia en México está integrada por:

1. Centro Nacional
2. Centros estatales
3. Centros Institucionales
4. Comité Técnico Científico

En México las funciones del Centro Nacional de Farmacovigilancia son las siguientes:

1. Planificar, coordinar, evaluar y desarrollar el programa permanente de Farmacovigilancia.
2. Actuar como Centro Nacional de referencia en materia de Farmacovigilancia.
3. Recibir, valorar, procesar y emitir la información sobre las sospechas de reacciones adversas de los medicamentos.
4. Emitir la información sobre reacciones adversas al Centro Nacional de la Organización Mundial de la Salud para vigilancia de los medicamentos.
5. Crear estadísticas nacionales.
6. Analizar y evaluar la información nacional e internacional acerca de reacciones adversas, y proporcionarla a las autoridades regulatorias para toma de decisiones.
7. Coordinar estudios de farmacoepidemiológicos destinados a evaluar la seguridad de los medicamentos.



Los Centros Estatales e Instituciones de Farmacovigilancia en México tienen las siguientes funciones básicas:

1. Enviar las notificaciones recibidas en su Entidad Federativa o Centros Institucionales, al Centro Nacional de Farmacovigilancia.
2. Distribuir los formatos a los profesionales de la salud de su estado o institución.
3. Fomentar la notificación en la entidad federativa y en las instituciones pertenecientes a ella.
4. Promover la participación de las instituciones de salud, públicas y privadas.

Los Centros Institucionales de Farmacovigilancia son:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- El Hospital Juárez de México
- La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
- El Hospital General de México
- El Centro de Información de Reacciones Adversas a los Medicamentos (CIRAM)
- Instituto Jalisciense de Alivio para el Dolor y Cuidados Paliativos (PALIA)

El Comité Técnico Científico de Farmacovigilancia está formado por expertos en farmacología clínica de diferentes instituciones del sector salud, público y privado y tiene como función: Analizar y emitir su recomendación acerca de los informes enviados por el Centro Nacional de Farmacovigilancia, en referencia a la evaluación sobre las señales de reacciones adversas graves.

### **12.5.-La Farmacovigilancia en la Reglamentación Farmacéutica**

El uso de medicamentos ineficaces, nocivo o de mala calidad puede acarrear fracasos terapéuticos, agravamiento de las enfermedades, farmacorresistencia y, en ocasiones la muerte de los pacientes. Además, merma la confianza en los sistemas sanitarios, los profesionales de la salud y los fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos. El dinero gastado en medicamentos ineficaces o de mala calidad es dinero desperdiciado, ya sea por los consumidores o por las administraciones públicas. Estas deben crear unos sólidos organismos nacionales que reglamenten eficazmente la fabricación, el comercio y el uso de los medicamentos a fin de proteger y promover la salud pública.

Principales razones para regular los medicamentos:

- Existe una asimetría de información entre los que fabrican y venden medicamentos y los pacientes y consumidores, que no disponen de los medios para efectuar evaluaciones independientes de la calidad, la seguridad o la eficacia de aquellos.
- Los pacientes desesperados pueden comprar medicamentos ineficientes e incluso tóxicos.
- El uso incorrecto de medicamentos, por ejemplo, de los antibióticos, puede tener graves consecuencias para la salud individual y pública.
- Una vez que se recetan los medicamentos a los pacientes, intervienen en el proceso otros agentes como los dispensadores y los vendedores de productos farmacéuticos. Se necesita una reglamentación para garantizar que estas interacciones no perjudiquen a los resultados de los tratamientos.



Fig. 7 La Farmacovigilancia en la Reglamentación Farmacéutica [Fotografía] obtenida de: <http://quimicaem.comunidadviable.cl/tag/farmacologia>

### **12.6.-La Farmacovigilancia en la Práctica Clínica Actual**

El control de la seguridad de los medicamentos de uso corriente debería ser parte integrante de la práctica clínica. La medida en que el personal clínico está informado de los principios de la Farmacovigilancia y ejerce su labor de acuerdo con ellos tiene gran incidencia en la calidad de la atención sanitaria. La formación teórica y práctica del personal de salud sobre seguridad de los medicamentos; el intercambio de información entre centros nacionales de Farmacovigilancia; la coordinación de esos intercambios y la existencia de vasos comunicantes entre la experiencia clínica en este terreno y la investigación y la política sanitaria son otros tantos elementos que reanudan en una mejor atención al paciente. En este sentido, la circulación y el intercambio sistemático de información colocan a los programas nacionales de Farmacovigilancia en una posición idónea para descubrir fisuras en nuestro conocimiento de las enfermedades inducidas por medicamentos. (OMS, The importance of pharmacovigilance. Safety Monitoring of medicinal products., 2002).

### **12.7.-Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia**

La Farmacovigilancia depende fundamentalmente de los profesionistas encargados de la salud, tales como médicos, enfermeras, farmacéuticos, dentistas e incluso pacientes, pero principalmente se requiere de la participación del médico, ya que es el profesional que interactúa de forma directa con el paciente, por lo cual es importante que tenga un conocimiento íntegro acerca del programa de Farmacovigilancia. Dentro del programa de Farmacovigilancia el

farmacéutico es un elemento esencial en el manejo de datos de R.A.M. así como también es de gran importancia su colaboración de Atención Farmacéutica, por lo que en la actualidad es indispensable contar con profesionistas farmacéuticos capacitados dentro de estas áreas que van surgiendo.

La utilización masiva de medicamentos es una de las causas del aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, pero conlleva riesgos colaterales. La mayoría de los fallos de la farmacoterapia se pueden atribuir a una mala utilización de los medicamentos por parte de los pacientes. La solución para este importante problema es la implementación de la Atención Farmacéutica, con objeto de asegurar una farmacoterapia efectiva y segura para todos los pacientes. La Atención Farmacéutica es la respuesta sanitaria a la necesidad social de ayudar a los pacientes para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos. (Faust, 2000)

El medicamento y el farmacéutico juegan un papel en la eficacia de los servicios sanitarios para resolver problemas de salud; la Atención Farmacéutica entendida como un método sistemático para la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) se configura con enorme trascendencia para obtener respuestas sobre los elementos que condicionan la aparición de los diversos PRM y la afectación de su eficacia terapéutica, aportando indicaciones que harán posible conseguir minimizar sus consecuencias.

Pero la importante disponibilidad de numerosas técnicas diagnósticas, preventivas y terapéuticas, (muchas de ellas de una alta eficacia probada), sitúa a los servicios de salud ante un reto de enorme importancia como es el de evaluar la eficacia de sus actuaciones en la mejora de la salud de las personas y de las poblaciones y eventualmente, elaborar estrategias que la mejoren de manera continua y paulatina. El desarrollo de la medicina basada en la evidencia es por tanto una estrategia válida en este contexto y es un planteamiento que a finales de los años noventa, ha sido impulsada y ha tomado una relevancia digna de ser reseñada.

La Atención Farmacéutica, al disponer de una metodología sistemática para el seguimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes y obtener así respuestas sobre los elementos que condicionan la aparición de los diversos problemas relacionados con los medicamentos y la afectación de su eficacia terapéutica, pueden proponer respuestas que permitan conseguir obtener el mejor y mayor beneficio de la terapéutica en cada paciente concreto.

Finalmente hay que destacar que la Atención Farmacéutica es algo radicalmente distinto de la práctica farmacéutica corriente y que debe ser la misión profesional del Farmacéutico asistencial del futuro. En Atención Farmacéutica la misión del Farmacéutico asistencial, se desplaza desde el proceso de dispensar medicamentos al de la atención al paciente. Esto significa que en primer lugar el Farmacéutico debe de cambiar de mentalidad, para a continuación esforzarse en adquirir conocimientos específicos que le permitan ejercer esta labor. Es importante señalar a modo de resumen, que este concepto de Atención Farmacéutica es el que se viene desarrollando durante los últimos 10 años en la mayoría de los países avanzados y está siendo percibido como la respuesta sanitaria a una necesidad social, tal como es la de ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de su farmacoterapia. (García Cebrián, 2002) (Martínez-Olmos & Baena, 2001)

### **13.-ANALISIS**

La Atención Farmacéutica es un proceso cooperativo para la provisión responsable de la terapia farmacológica a un paciente de manera individualizada ya que busca prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos para tratar de alcanzar los resultados de salud que se esperan y mantener o mejorar la calidad de vida del paciente. Es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarcando una variedad de servicios y de funciones algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales que son determinados y proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individualmente, sin Atención Farmacéutica individual ningún sistema puede eficazmente gestionar la farmacoterapia y controlar la enfermedad relacionada con el medicamento, esto evidencia que los pacientes necesitan los servicios de los farmacéuticos al tiempo que están recibiendo asistencia, por lo que es de vital importancia que el profesional farmacéutico esté actualizado al respecto para poner sus conocimientos en función del paciente.

Los farmacéuticos de manera general deben procurar una correcta asistencia farmacéutica mediante la gestión de la formación e información de medicamentos, e implementar las actuaciones para potenciar su correcto uso y estar siempre actualizados pues esta es la única forma de tener los conocimientos necesarios para brindar una atención de excelencia.

## 14.-CONCLUSIONES

1) Se realizó una investigación biblio-hemerografica y electrónica sobre el Papel del Farmacéutico en la Farmacia Clínica, la cual el Farmacéutico es el profesional mejor calificado para ser el director técnico en la Distribución Farmacéutica, ya que es muy importante su correspondiente formación en buenas prácticas para un almacenamiento y una distribución adecuada de los medicamentos.

2) A través de la revisión se tiene que el Papel del Farmacéutico se desarrolló rápidamente para cubrir las necesidades de los sistemas sanitarios prestado por los Farmacéuticos, quienes reconocen que goza de la misma importancia aconsejar a otros profesionales de la salud sobre el uso seguro y racional de fármacos como aceptar la responsabilidad de garantizar que los medicamentos sean empleados con seguridad y eficacia por aquellos a quienes son dispensados, para alcanzar los máximos beneficios terapéuticos derivados del tratamiento.

3) Se cumplió el objetivo de realizar la investigación documental sobre el papel de farmacéutico en la farmacia clínica obteniéndose un panorama concreto y actual de cómo se lleva a cabo hoy en día y la importancia que este tema adquiere cada vez más en todo el mundo.

## 15.-REFERENCIAS

- 1.-Adachi, W., & Lodolce, A. E. (2005). *Use of failure mode and effects analysis in improving the safety of I.V. drug administration*. Am J HealthSyst Pharm.
- 2.-Araújo, A. L., & freitas, O. (2006). Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. . *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 137-146.
- 3.-Bemrimoj, S. I., Langford, J. H., Berry, G., Collins, D., Lauchlan, R., Stewart, K., . . . Dubsón, M. (2000). Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. A randomised trial of the effect of education and a professional allowance. *Pharmacoeconomics*, 459-468.
- 4.-Berenguer, B., La Casa, C., de la Matta, M. J., & Martín-Calero, M. J. (2004). *Pharmaceutical care: past, present and future*. Curr Pharm Des.
- 5.-Camargo-Borges, C., & Japur, M. (2005). *Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de saúde da Família*. Interface-Comunic Saúde.
- 6.-Castro, I., & Gamez, M. (s.f.). *Historia Clínica. Farmacia hospitalaria*. España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Obtenido de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fttomo1/cap22.pdf>
- 7.-Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2006). *O exercício do cuidador farmacêutico*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia.
- 8.-*Criterios de Calidad para la acreditación de los servicios de farmacia de hospital*. . (2005). España: Valencia: Conselleria de Sanitat.
- 9.-Debesa García, F., & Llovet Alcalde, S. (2000). La farmacovigilancia, una reflexión 23 años después. *RESUMED*, 216-224.
- 10.-Domecq Jeldrez, C. (1994). *Farmacia Clínica*. Publicaciones de la Universidad de Chile.
- 11.-Dominguez, A., & Bonal, J. (1992). *Farmacia Hospitalaria*. España: Medica Internacional.
- 12.-Faust, M. J. (2000). *Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social*. Ars Pharmaceutica.
- 13.-Foppiano, M. (2001). *Farmacovigilancia, una herramienta para la toma de decisiones*. *Boletín para profesionales*.
- 14.-Friedsam, D., & Rieselbach, R. (2008). *The ailing health care system: SOAP note for physician leadership*. Obtenido de Wisconsin Medical Journal.: [https://www.wisconsinmedicalsociety.org/\\_WMS/publications/wmj/pdf/107/8363.pdf](https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/107/8363.pdf)



- 15.-García Cebrián, F. (2002). *Vacuna antigripal y atención Farmacéutica. Vacunas* .
- 16.-García-Rosa, R., & Haro-García, L. (2002). Consideraciones generales sobre la farmacovigilancia. *Rev Med IMSS*, 173-179.
- 17.-Gracia-Vigil, J. L., Giral Barnes, C., Hernandez-Santillan, D., & Rodriguez-Betancourt, J. L. (2005). Farmacovigilancia III. La experiencia internacional. *Rev Med IMSS*, 131-140.
- 18.-Guerra Tudela, D. C. (17 de Mayo de 2013). *Farmacia Clinica*. Recuperado el 17 de Febrero de 2016, de SlideShare: <http://es.slideshare.net/NemoPumashoncoChvez/farmacia-clinica-17300147>
- 19.-Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. Am. J. Hosp. Pharm.,
- 20.-Herrera Carranza , J. (2003). *Manual de Farmacia Clinica y Atención Farmacéutica*. España: Elsevier.
- 21.-Higuera Ramírez, F. J. (2000). Farmacovigilancia ¿Un reto, una necesidad, un trabajo más, una nueva actitud? *Rev Mex Cardiol*, 295,296.
- 22.-Jiménez Torres, N. V., Font Noguera, I., & Climente Martí, M. (2003). *Problemas farmacoterapéuticos. Guía para su prevención y resolución*. Valencia: Hospital Universitario Dr. Peset.
- 23.-Jimenez Torres, V. (1999). *Mezclas Intravenosas y Nutrición Artificial*. España: Convaser.
- 24.-Juan López, M. (2015). *Sistema Integral de Capacitación en Dispensación: Manual del participante*. México: COFEPRIS. Recuperado el 23 de 02 de 2016
- 25.-Martínez-Olmos, J., & Baena, M. I. (2001). *La Atención Farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad y basada en la evidencia científica*. . 39-52: Ars Pharmaceutica.
- 26.-McNamee, S. (2004). *Social construction as practical theory - Lessons for practice and reflection in psychotherapy*. . New York: In D. Pare, G. Lerner, Critical knowledge and practice in psychotherapy.
- 27.-McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational responsibility. Resources for sustainable dialogue*. London.
- 28.-*Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria*. (2010). México: Secretaria de Salud.
- Naranjo, C., & Bustos, U. (1991). *Reacciones adversas a medicamentos*. Chile: Organización Panamericana de la Salud.

- 29.-Oliveira, R. L., Oyakawa, C. N., Miguel, M. D., Zanin, S. M., & Montrucchio, D. P. (2005). Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 409-413.
- 30.-OMS. (2001). Vigilancia de la seguridad de los medicamentos. Guía para la instalación y puesta en funcionamiento de un centro de farmacovigilancia. *The Uppsala Monitoring Centre*, 4-21.
- 31.-OMS. (2002). The importance of pharmacovigilance. Safety Monitoring of medicinal products. *The Uppsala Monitoring Centre*, 15-32.
- 32.-Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. (2002). *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*.
- 33.-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (16 de 12 de 1988). *El Papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*. Recuperado el 20 de 03 de 2016, de Programa de Acción de Medicamentos Esenciales y Unidad Farmacéutica: [http://www.colfar.com/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&download=161:documento-5-informe-de-nueva-delhi-1988-oms&id=12:taller-buenas-practicas-en-farmacia&Itemid=217](http://www.colfar.com/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=161:documento-5-informe-de-nueva-delhi-1988-oms&id=12:taller-buenas-practicas-en-farmacia&Itemid=217).
- 34.-Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). *Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia*.
- 35.-Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo.
- 36.-Reznich, C. B., Wagner, D. P., & Noel, M. N. (16 de 02 de 2010). *A repurposed tool: the Programme Evaluation SOAP Note*. Recuperado el 03 de 03 de 2016, de ASME. Medical Education.: DOI: 10.1111/j.1365-2923.2009.03600.x
- 37.-Rodríguez Tellez, D. E. (2010). El Rol del farmacéutico en Hospital. *Respsyn*, 6,7.
- 38.-Ruiz, I. (15 de 01 de 2015). *FARMACIA CLÍNICA: Objetivos, Métodos, Desarrollo*. Recuperado el 8 de 02 de 2016, de documents.mx: <http://documents.mx/documents/farmacia-clinica-objetivos-metodos-desarrollo-prof-ines-ruiz-depto-ciencias-y-tecnologia-farmaceuticas-fac-ciencias-quimicas-y-farmaceuticas-universidad.html>
- 39.-Strand, L. M., Cipolle, R. J., Morley, P. C., & Frankes, M. J. (2004). *The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience*. *Curr Pharm Des*.
- 40.-*Suplemento para Establecimientos dedicados a la venta y suministro de Medicamentos y demás insumos para la Salud* (4 ed.). (2010). México, D.F.: Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

- 41.-Tromp, D. (2006). *Desarrollo de la Practica Clinica centrada en la Atención al Paciente*. Recuperado el 14 de 03 de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.fip.org/files/fip/.../DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>
- 42.-WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring. . (2002). *Sweden: The Uppsala Monitoring Centre*, 10-13.
- 43.-Williams, K. F. (2007). *Re-examining “professionalism” in pharmacy: a South African perspective*. *Social Science & Medicine*.