

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. *Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Normativa SEPAR*. Arch Bronconeumol 2003;39:514-523.
2. Alonso Viteri S, Díaz-Maroto Muñoz JL, Almonacid Sánchez C, Cisneros Serrano C, Ramos Pinedo A y Jiménez Ruiz CA. *Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde atención primaria*. SEMERGEN 2000;26:399-407.
3. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, Moreno JA, de la Cruz Amorós E, Abengozar Muela R. *Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso*. Prev Tab 2002;4(3):147-155.
4. Badiola Villa C. *Revisión sobre el tratamiento con bupropión*. Prev Tab 2002;4(4):184-190.
5. Plan de Prevención y tratamiento del tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Noviembre de 2002.
6. Pardell H, Saltó E, Jançe M, Salleras L. *Impacto sanitario y económico del tabaquismo*. Prev Tab 2001;3(4):245-250.
7. De Granda Orive JI. *Tabaquismo. Breve guía de tratamiento*. JANO 2003;65(1480):57-58.
8. Blasco Oliete M, Sanz Cuesta T, Girbés Fontana M, Pascual Malanda M, Ortiz Valdepeñas J, García López L. *Efectividad de dos intervenciones sanitarias para conseguir el abandono del consumo de tabaco en embarazadas*. Aten Primaria 2004;33(5): 277-83.
9. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Guía de procedimiento para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. SEMERGEN 2001;27:413-414.
10. Cabezas Peña. *Novedades en la intervención sobre el consumo de tabaco desde la atención primaria*. Aten Primaria 2000;25:140-146.
11. Clemente Jiménez ML; Pérez Trullén A, Carreras Castellet JM. *Tratamiento farmacológico del tabaquismo*. FMC 1998;5:329-336.
12. Sampablo Lauro I, Angrill Paxeras J. *Actualización en el tratamiento del tabaquismo*. Arch Bronconeumol 2004;40:123-132.
13. Barrueco Ferrero M, Torrecilla García M, Hernández Mezquita MA. *Abordaje del tabaquismo. Tratamiento farmacológico de la dependencia nicotínica*. JANO 2001;60(1390):64-72.
14. Chamorro García L, Elices Urbano N, Tomás Vallés A. *Guía clínica sobre la dependencia a nicotina*. SEMERGEN 2002;28(9):484-488.
15. Prochazka J, DiClemente C. *Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change*. J Clin Psychol 1983;3:390-395.
16. Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker RC, Baker T, Whister W, Fagerström KO. *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire*. Br J Addict 1991;86:1119-1127.
17. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A, Jané C. *Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria*. Aten Primaria 2000;25:32-36.
18. Carreras Castellet JM, Quesada Laborda M, Maldonado Aróstegui B, Sánchez Agudo L. *Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo*. Prev Tab 2003;5(1):19-81.
19. Sampablo Lauro I, Carreras JM, Lores L, Quesada M, Coll F, Sánchez Agudo L. *Deshabitación tabáquica y bupropión: la ansiedad y la depresión como índices de eficacia terapéutica*. Arch Bronconeumol 2002;38(8):351-355.
20. Guía farmacológica Fisterra. Bupropión. Consulta 25/09/2004. <http://www.fisterra.com/medicamentos/ficha.asp?cid=152>.
21. Martín Cantera C, Ferrer Moret S. *Bupropión: un tratamiento no nicotínico para dejar de fumar*. FMC 2001;8:343-348.
22. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. *Usar bupropión durante un año no mejora la proporción de recaídas pero retrasa su aparición y se asocia con menos aumento de peso*. FMC 2002;9(6):449-470.

REVISIÓN RAZONADA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES POLIMEDICADOS: FIERABRÁS

Maciá Martínez, M.A. (Médico Especialista en Farmacología Clínica. Jefe Servicio de Uso Racional de Medicamentos. Área de Farmacia. SESCAM)

Lo que le ruego a vuestra merced es que se cure; que leva mucha sangre de esa oreja; que aquí traigo hilas y un poco de unguento blanco en las alforjas.

-Todo eso fuera bien excusado -respondió don Quijote- si a mi se me acordara de hacer una redoma del bálsamo de Fierabrás, que con sola una gota se ahorrarán tiempo y medicinas.

(Miguel de Cervantes. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, cap. X. Madrid, 1605).

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, la disponibilidad de fármacos eficaces en un creciente número de patologías, o la utilización de medicamentos en la prevención primaria o secundaria de diferentes enfermedades crónicas durante tiempo prolongado, son factores que contribuyen a encontrarnos con mucha frecuencia con pacientes a los que se les prescriben cuatro o cinco medicamentos de forma regular, sin contar con la adición de tratamientos para reagudizaciones de problemas crónicos, la administración ocasional de medicamentos para procesos agudos, o la automedicación con productos, suplementos dietéticos o plantas medicinales que escapan al control o conocimiento del médico. Esta situación es particularmente frecuente en los pacientes mayores de 64 años, de los que un 22% consumen habitualmente más de dos medicamentos (1).

Aunque, lógicamente la administración simultánea y de forma crónica a un paciente de diferentes medicamentos puede estar clínicamente justificada, no es menos cierto que cuanto mayor es el número de medicamentos que recibe un paciente, mayor es el riesgo de prescripciones inadecuadas con probables consecuencias negativas para su salud (2,3), algunas de las cuales se resumen en la Tabla 1. Además, diversos autores (4,5) han reconocido factores o situaciones en las que es más probable ese uso inadecuado (tabla 2).

El médico prescriptor, en la mayoría de las ocasiones el médico de atención primaria, se encuentra con frecuencia en la perspectiva de reconocer el problema, al encontrarse en la consulta con pacientes en los que se presenta la decisión de continuar o no con la prescripción de diferentes tratamientos, cuya necesidad y efectos adversos con demasiada frecuencia no ha habido ocasión de revisar con anterioridad. Además, la

creciente utilización de herramientas informáticas para la cumplimentación de la historia clínica y la prescripción de medicamentos, permiten examinar con efectividad la información de pacientes con mayor probabilidad de estar recibiendo tratamientos inadecuados.

Tabla 1. Consecuencias negativas del uso inadecuado de los medicamentos

- Procesos o problemas de salud insuficientemente tratados o prevenidos.
- Falta de eficacia preventiva o terapéutica de medicamentos correctamente indicados.
- Interacciones adversas entre medicamentos.
- Reacciones adversas de medicamentos.
- Utilización ineficiente de los recursos sanitarios.

Tabla 2: Situaciones con riesgo de prescripciones inadecuadas

- Mayor n.º de fármacos.
- Mayor n.º de prescriptores distintos.
- Mayor n.º de diagnósticos.
- Pacientes mayores.
- Paciente con una reacción adversa a un medicamento no reconocida como tal y tratada a su vez con otro medicamento.
- Pacientes con procesos crónicos en tratamiento que sufren otro problema de salud intercurrente.

Así pues, la cuestión fundamental sería reconocer qué medicamentos necesita realmente el paciente y decidir de forma razonada y crítica la prescripción de los mismos en las presentaciones, dosis, pautas y duración de los tratamientos que optimicen la relación beneficio-riesgo, dadas las condiciones fisiológicas y patológicas de cada paciente (6). Con el fin de facilitar esta relevante tarea, puede resultar útil la categorización y ordenación de los elementos a analizar (7). Así, la herramienta FIERABRÁS permite estructurar la revisión de la medicación del paciente en los siguientes 9 puntos relevantes:

- Fármaco
- Basado en la evidencia
- Indicación
- Recomendaciones del SESCOAM
- Efectividad
- Ahorro
- Riesgos
- Seguimiento
- Aceptado por el paciente

Todo ello se desarrolla, además, como un árbol de decisión razonado en el esquema que figura en el Anexo.

FÁRMACO

Revisión de todos los medicamentos y otros productos que toma actualmente el paciente

¿Qué redoma y que bálsamo es ese? –Dijo Sancho Panza. –Es un bálsamo –respondió don Quijote– de quien tengo la receta en la memoria, con el cual no hay que tener temor a la muerte, ni hay pensar morir de herida alguna.
(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. X)

El punto inicial de la revisión es listar todos los productos con actividad farmacológica que recibe actualmente el paciente. Esto incluye no sólo los medicamentos objeto de prescripción médica, sino también otros productos (medicamentos o no) que el paciente utilice con diferentes fines y que pueden no estar reflejados en la historia del paciente: anticonceptivos, analgésicos tomados de forma habitual, productos adelgazantes, plantas medicinales, etc.

Así pues, la revisión del tratamiento farmacológico se realizará para cada uno de los productos que tome asiduamente el paciente. Además, deberán tenerse en perspectiva tanto las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales actuales del

paciente como los problemas de salud diagnosticados y que, por tanto, podrían ser objeto de tratamiento (8).

INDICACIÓN

¿Tiene actualmente el paciente un problema de salud para el que esté indicado el medicamento?

El ventero le proveyó de cuanto quiso, y Sancho se lo llevó a don Quijote, que estaba con las manos en la cabeza, quejándose del dolor del candilazo, que no le había hecho más mal que levantarle dos chichones algo crecidos, y lo que él pensaba que era sangre no era sino sudor que sudaba con la congoja de la pasada tormenta
(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XVII)

Los medicamentos son lógicamente administrados con un objetivo, ya sea éste preventivo (profilaxis primaria o secundaria) o terapéutico. A su vez, el tratamiento podrá incidir sobre la etiología (un antiinfeccioso, por ejemplo), la fisiopatología (un antihipertensivo) o los síntomas (un antiinflamatorio). Pero la indicación deberá poder identificarse en todos los casos (9). La falta de indicación o necesidad de un tratamiento farmacológico puede estar relacionada, entre otras, por las siguientes circunstancias:

- No se encuentra en el momento actual un objetivo preventivo o terapéutico que haga necesaria la administración del medicamento.
- El diagnóstico que fue motivo del tratamiento se ha constatado ahora como erróneo o insuficientemente comprobado.
- En las circunstancias actuales, el tratamiento con medidas no farmacológicas es más adecuado (o suficiente) para el paciente.
- El paciente ha prolongado la duración del tratamiento una vez que el problema de salud se ha resuelto y/o ya no beneficia al paciente su continuación.

EFFECTIVIDAD

¿Está siendo efectivo el tratamiento para el objetivo terapéutico planteado?

(...) quiso él mismo hacer luego la experiencia de la virtud de aquel precioso bálsamo que él se imaginaba, y así, se bebió, de lo que no pudo caber en la alcuza y quedaba en la olla donde se había cocido, casi media azumbre; y apenas lo acabó de beber, cuando comenzó a vomitar, de manera que no le quedó otra cosa en el estómago; y con las ansias y agitación del vómito le dio un sudor copiosísimo, por lo cual mandó que lo arropasen y lo dejasen solo. Hicieronlo así, y quedose dormido más de tres horas, al cabo de las cuales despertó y se sintió aliviadísimo del cuerpo, y en tal manera mejor de su quebrantamiento, que se tuvo por sano; y verdaderamente creyó que había acertado con el bálsamo de Fierabrás (...).
(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XVII)

El modo de valorar la efectividad de un medicamento en un paciente concreto será, en unos casos, solamente clínico (eficacia analgésica, control del asma, resolución de una gastroenteritis aguda), y en otros requerirá también la monitorización mediante pruebas analíticas (glucemia o hemoglobina glucosilada con antiadiabéticos, tiempo de protrombina con anticoagulantes orales) de imagen (resolución de un neumonía), farmacocinéticas (digoxinemia), etc.

La importancia de establecer un objetivo terapéutico (10), aun cuando éste sea sólo un marcador indirecto (por ejemplo, la hipercolesterolemia) del problema de salud que se pretende prevenir (la enfermedad cardiovascular), es crucial para detectar las situaciones de falta de efectividad del tratamiento y preguntarse entonces por sus posibles causas (adherencia al tratamiento, farmacocinéticas, farmacodinámicas).

RIESGOS

¿Se ha producido o existe riesgo de reacción adversa que debe controlarse o prevenirse?

En esto hizo su operación el brebaje, y comenzó el pobre escudero a desaguarse por entrambas canales, con tanta priesa, que la este-

ra de enea, sobre quien se había vuelto a echar, ni la manta de anjeo con que se cubría, fueron más de provecho. Sudaba y trasudaba con tales parasismos y accidentes, que no solamente él sino todos pensaron que se le acababa la vida.

(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XVII)

El primer aspecto a valorar es si el medicamento analizado, ya sea por las características del paciente (contraindicación, precaución) o en relación con otros medicamentos o productos que recibe el paciente (duplicación, interacciones), implica para éste un riesgo inaceptable de reacciones adversas. Este riesgo podría minimizarse con la eventual modificación del tratamiento (dosis, fármaco de similar eficacia), que en definitiva impliquen una mejor relación beneficio-riesgo del tratamiento farmacológico.

El segundo aspecto a plantearse es si determinados síntomas o signos que presenta el paciente actualmente, podrían explicarse como efectos adversos del medicamento en cuestión. Es frecuente la situación (particularmente, en pacientes ancianos, más susceptibles a determinados efectos adversos) de que los efectos adversos (sequedad de boca, retención urinaria, disminución del peristaltismo intestinal, ansiedad, visión borrosa) de un medicamento (efectos anticolinérgicos de anti-depresivos, antipsicóticos, antihistamínicos) son confundidos con nuevos problemas de salud (prostatismo, insomnio, estreñimiento) y son tratados a su vez con medicamentos (11).

Finalmente, deberá realizarse la notificación al Centro Regional de Farmacovigilancia de las sospechas de reacción adversa a un medicamento, particularmente cuando se trata de un efecto adverso grave, o inesperado (no descrito en la ficha técnica), así como todas las reacciones con medicamentos de reciente comercialización. Esta actividad facultará la toma de medidas por las autoridades sanitarias, con la finalidad de prevenir riesgos similares en futuros pacientes (12,13).

ACEPTADO POR EL PACIENTE

¿Hay adherencia al tratamiento y el medicamento es adecuado y conveniente dadas las características del paciente?

Es, pues, el caso que el estómago del pobre Sancho no debía de ser tan delicado como el de su amo, y así, primero que vomitase, le dieron tantas ansias y bascas, con tantos trasudores y desmayos, que él pensó bien y verdaderamente que era llegada su última hora; y viéndose tan afligido y congojado, maldecía el bálsamo y el ladrón que se lo había dado. Viéndole así don Quijote le dijo:

-Yo creo, Sancho, que todo este mal te viene de no ser armado caballero, porque tengo para mí que este licor no debe de aprovechar a los que no lo son.

-Si eso sabía vuestra merced -replicó Sancho-, ¡mal haya yo y toda mi parentela!, ¿para qué consintió que lo gustase?

(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XVII)

En primer lugar, la adherencia al tratamiento por parte del paciente deberá abordarse mediante una pregunta abierta y cordial (que no sitúe al paciente a la defensiva), que permita reconocer errores del paciente, o de las personas que están a su cuidado, en el objetivo, la posología o la duración del tratamiento. También permitirá revelar posibles inadecuaciones entre las características del paciente y las del medicamento (horarios en las tomas, dificultad en la deglución, instrucciones complejas).

En otros casos, una actualización de la explicación de los objetivos del tratamiento y de las características del medicamento que son relevantes para el paciente, pueden servir para evitar situaciones de falta de adherencia.

En fin, se trata de evitar que un tratamiento no adecuado (por sí mismo o por una explicación insuficiente del mismo) a las características del paciente pueda determinar su falta de efectividad.

BASADO EN LA EVIDENCIA

¿Se adapta el tratamiento a las actuales guías y evidencias científicas, de modo que se sustente una rela-

ción beneficio-riesgo favorable en relación con las alternativas?

-¡Señor don Quijote! ¡Ah, Señor don Quijote!

-¿Qué quieres, Sancho hermano? -Respondió don Quijote con el mismo tono afeminado y doliente que Sancho.

-Querría, si fuese posible -respondió Sancho Panza-, que vuestra merced me diese dos tragos de aquella bebida del feo Blas, si es que la tiene vuestra merced aquí a mano. Quizá sea de provecho para los quebrantamientos de huesos como lo es para las heridas.

(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XIV)

Es común plantear que, puesto que la medicina es una disciplina científica, y que el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad es esencial para la aplicación del tratamiento efectivo, sería suficiente para sustentar el uso de un medicamento en determinada dolencia su papel corrector de los procesos fisiopatológicos de la misma. Si bien esto puede haber sido prueba suficiente en los albores de la farmacoterapia científica (el papel de la insulina en el coma diabético, o de la penicilina en infecciones graves no ha requerido de pruebas clínicas formales de su efectividad), no lo es para la gran mayoría de los retos de la terapéutica actual (14).

Así, resulta necesario que todo medicamento que se proponga un lugar en la terapéutica actual aporte, además, las pruebas (evidencias) científicas de su eficacia clínica, en concreto los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, cuyo objetivo y diseño sean los idóneos para establecer las ventajas del mismo en relación con las alternativas disponibles.

El modo habitual mediante el que el médico prescriptor se actualiza e incorpora la nuevas evidencias sobre la eficacia (o no) de los medicamentos a su práctica asistencial, son las Guías de Práctica Clínica. Éstas, para cumplir con este objetivo deberán cumplir con una serie de requisitos (15):

- Estar actualizadas.
- Las recomendaciones deben ofrecer orientaciones prácticas e inequívocas sobre un problema de salud específico.
- Informar sobre la consistencia de las recomendaciones que se ofrecen en virtud de la calidad y relevancia de los estudios (evidencias científicas) en las que se basan, que con frecuencia se expresan como grados o niveles de recomendación.
- Reconocer el grado de incertidumbre de los resultados de la intervención farmacológica en pacientes determinados, que podría ocurrir debido a la variabilidad de las estimaciones que sobre estos parámetros ofrecen los estudios clínicos correspondientes.
- Existir coincidencia entre los planteamientos y objetivos de la Guía (ámbito asistencial, tipo de servicio sanitario) y los de los propios.
- Ser aplicables las recomendaciones a las condiciones y características de los pacientes sobre las que se propone su aplicación.

RECOMENDACIONES DEL SESCAM

¿Está el medicamento recomendado en un Programa Asistencial y en la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM?

Levántate, Sancho, si puedes, y llama al alcaide desta fortaleza, y procura que se me dé un poco de aceite, vino, sal y romero para hacer el salúfifero bálsamo; que en verdad que creo que lo he bien menester ahora, por que se me va mucha sangre de la herida que esta fantasma me ha dado.

(Miguel de Cervantes. *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, cap. XVII)

En una gran mayoría de situaciones clínicas en las que el médico decide prescribir un medicamento, existe la posibilidad de optar por diferentes principios activos, de entre los autorizados y con pruebas científicas de su eficacia para esa indicación. Así, entre las herramientas puestas en marcha por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para favorecer una terapéutica racional y una prescripción de calidad, se incluye

la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM para Prescripción en Receta (16), que constituye una selección de los principios activos que deberían formar parte de las estrategias terapéuticas de primera elección para los problemas de salud más prevalentes y que, por tanto, cubrirían la mayor parte de las necesidades de atención farmacoterapéutica de la salud de la población de Castilla-La Mancha.

Además, en el ámbito del Servicio de Salud, se han desarrollado Programas Asistenciales que, desde un planteamiento asistencial más global, establecen las pautas diagnósticas, preventivas, terapéuticas y de seguimiento de los problemas de salud más prevalentes. El seguimiento de las directrices farmacoterapéuticas que contienen es una garantía de la calidad de la asistencia, acorde con los objetivos y líneas de actuación trazados por el Plan de Salud de Castilla-La Mancha (17).

AHORRO

¿Es posible un ahorro en los costes del tratamiento utilizando otra especialidad más eficiente del mismo medicamento?

¿Es posible una simplificación del tratamiento que favorezca una mejor aceptación por el paciente, mediante un cambio del preparado, de la posología, etc.?

-Si eso hay -dijo Panza, yo renuncio desde aquí al gobierno de la prometida insula, y no quiero otra cosa, en pago de mis muchos y buenos servicios, sino que vuestra merced me de la receta de ese estremado licor; que para mi tengo que valdrá la onza adondequiera más de a dos reales, y no he menester yo más que pasar esta vida honrada y descansadamente. Pero es de saber agora si tiene mucha costa el hacelle.

(Miguel de Cervantes. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, cap. X)

El ahorro en los costes de la asistencia sanitaria, entendida en términos de eficiencia (obtención de los resultados propuestos al menor coste posible) es un objetivo básico de las organizaciones sanitarias responsables de proporcionar la atención sanitaria a los ciudadanos. En este contexto, la prestación farmacéutica representa ya casi un 25% de los costes de la atención sanitaria.

Los requisitos de calidad de los medicamentos en España que avalan las autoridades sanitarias en el momento de la autorización de su comercialización, y la disponibilidad, por tanto, de diferentes marcas comerciales, incluyendo Especialidades Farmacéuticas Genéricas, con la misma composición de principio activo, permiten al médico elegir las especialidades farmacéuticas de un mismo fármaco con menor coste para el paciente y para el Servicio de Salud. En este sentido, el SESCAM mantiene actualizado a disposición de los profesionales el Listado de Medicamentos más Eficientes (18).

Además de lo anterior, la selección de una forma farmacéutica y pauta de tratamiento adaptada a las necesidades del paciente, que implique una simplificación del tratamiento, ofrecerá una mayor probabilidad de adherencia y posibilitará un ahorro en los costes del mismo.

SEGUIMIENTO

Programar controles posteriores con el fin de supervisar la efectividad, seguridad, o adherencia (dosis, duración) del tratamiento

Y así, cuando yo le haga y te le dé, no tienes más que hacer sino que, cuando vieres que en alguna batalla me han partido por medio del cuerpo (como muchas veces suele acontecer), bonitamente la parte del cuerpo que hubiere caído al suelo, y con mucha hostiliza, antes que la sangre se yele, la pondrás sobre la otra mitad que quedare en la silla, advirtiéndole de encajallo igualmente y al justo. Luego me darás a beber solo dos tragos del bálsamo que he dicho y vérsame quedar más sano que una manzana.

(Miguel de Cervantes. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha, cap. X)

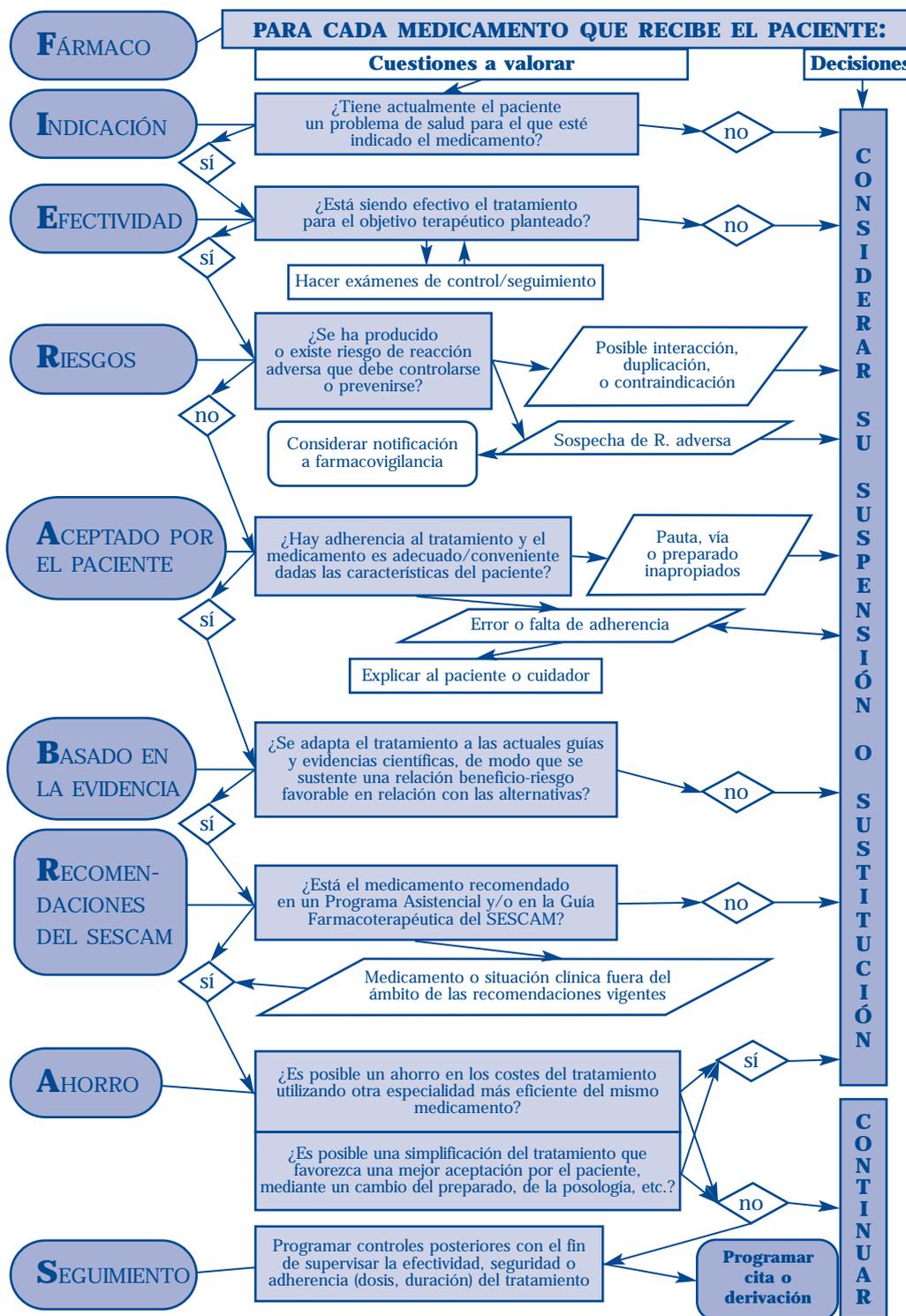
Cada medicamento puede requerir un seguimiento o monitorización diferente de su efectividad y de su seguridad. Además, en ocasiones resulta necesario anticipar las actuaciones para garantizar la adherencia al tratamiento.

Las particularidades de este control, ya sea clínico, analítico, mediante pruebas complementarias, o a través de un seguimiento por determinado especialista, depende de las características del paciente, del proceso en tratamiento (agudo, crónico), y de los objetivos del mismo (preventivo, curativo, control de la enfermedad). Así pues, la última acción del médico no debería ser en la mayoría de los casos la expedición de la correspondiente receta, sino la programación, de acuerdo con el paciente y sus familiares, de las oportunas actuaciones y citaciones que permitan vigilar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados.

REFERENCIAS

1. Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2002. Consejería de Sanidad, JCCM. Ed: FISCAM, 2003.
2. MT Martín, C. Codina, M. Tuset et al. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc) 2002; 118(6): 205-10.
3. C. Lacasa, C. Humet y R. Cot. Errores de Medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. EASO, 2001.
4. E. Arbas, R. Garzón, A. Suárez et al. Consumo de Medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten Primaria 1998; 22:165-170.
5. Prescription Practices and Regulatory Agencies. Chapter 1. In: AMA Drug Evaluations. Drug Evaluation Annual 1995. American Medical Association.
6. J. Avorn. Improving drug use in elderly patients. Getting to the next level. JAMA 2001; 286:2866-8.
7. T. Lewis. Using the NO TEARS tool for medication review. BMJ 2004; 329:434.
8. Donna M. Fick, RN; James W. Cooper et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724.
9. SB Soumerai, S Majumdar, HL Lipton. Evaluating and improving physician prescribing. In Pharmacoeconomics, 3rd edition. Edited by B.L. Strom. 2000 John Wiley & Sons, Ltd.
10. Guía de la Buena Prescripción. Organización Mundial de la Salud, Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, 1998.
11. Mintzer J and Burns A. Anticholinergic side-effects of drugs in elderly people, J R Soc Med 2000; 93: 457-62.
12. Bruno HCh Stricker, Bruce M Psaty. Detection, verification, and quantification of adverse drug reactions. BMJ 2004;329:44-7.
13. M. Pirmohamed, J. Darbyshire. Collecting and sharing information about harms: appropriate strategies to communicate this information are essential. BMJ 2004;329: 6-7
14. Jenny Doust and Chris Del Mar. Why do doctors use treatments that do not work? BMJ, Feb 2004; 328: 474 - 475.
15. M. C. Wilson; R. S. Hayward; S. R. Tunis; E. B. Bass; G. Guyatt. Users' guides to the Medical Literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. B. what are the recommendations and will they help you in caring for your patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, Nov 1995; 274: 1630 - 1632.
16. Guía Farmacoterapéutica del SESCAM para Prescripción en Receta, feb. 2004. En URL: <http://sescam.jccm.es/web/farmacia/boletines/Guia-farmacoterapeutica.pdf> (acceso: 13/10/04).
17. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010. En URL: <http://sescam.jccm.es/web/home/home.jsp?main=/home/plansalud/H-Introduccion.html> (acceso: 13/10/04).
18. Listado de Medicamentos más Eficientes, SESCAM, Mar 2004. En URL: http://sescam.jccm.es/web/farmacia/bmedicamentoseficientes/GUIA_DE_MEDICAMENTOS_EFICIENTES.pdf (acceso: 13/10/04).

ANEXO
GUÍA PARA LA REVISIÓN RAZONADA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: FIERABRÁS



Comité de Redacción:

Arroyo Pineda V, Fernández-Corada Sánchez A, Horta Hernández A, Macía Martínez MA, Martínez Cruz S, Montero Fernández M.º J, Pérez Rodríguez I, Rubio Salvador A R, Jiménez de Andrés E.

Consejo Editorial:

Área de Farmacia del SESCAM; Comisiones del Uso Racional del Medicamento de las Gerencias de Atención Primaria de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina, Toledo y Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Complejo Hospitalario de Albacete, Hospital Comarcal de Hellín, Complejo Hospitalario de Ciudad Real, Hospital La Mancha Centro, Hospital Virgen de Altagracia, Hospital Gutiérrez Ortega, Hospital Santa Bárbara, Hospital Virgen de la Luz, Hospital General Universitario de Guadalajara, Hospital Virgen de la Salud de Toledo, Hospital Nacional de Paraplégicos, Hospital Virgen del Valle y Hospital Ntra. Sra. del Prado.



Edita SESCAM - Área de Farmacia.

Dirección de correo: Eduardo Jiménez de Andrés. Secretaría Comité de Redacción. Área de Farmacia SESCAM.

C/Huérfanos Cristinos 5. Toledo 45005. Teléfono: 925/27.43.90 Fax: 925/27.41.44 e-mail: burm@sescam.jccm.es

I.S.S.N.: 1576-2408

D.L.: M-31461-2004

NIPO: 352-00-029-6