

# MÉTODO FASTER

Metodología de ayuda para farmacéuticos que desempeñan su actividad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios.

**FASTER**  
(Farmacia Asistencial en Urgencias)

Versión 1  
Mayo 2008

Más información disponible en:  
<http://www.fasterweb.es>

## INDICE

Introducción	pág. 3
Autores	pág. 5
Estructura	pág. 6
Material y Anexos	pág. 15

## INTRODUCCIÓN:

El METODO FASTER se ha desarrollado como una herramienta de ayuda dirigida a farmacéuticos que desempeñan parte de su actividad asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

En un modelo sanitario como el español, los SUH son un ámbito asistencial de plena accesibilidad, donde no es necesaria la derivación de ningún otro nivel asistencial para que cualquier ciudadano pueda ser atendido y reconducido posteriormente al circuito asistencial adecuado en función del cuadro clínico que presente el paciente. Este hecho hace que los SUH sean un escenario muy utilizado como ámbito de estudio donde queda representada la mayoría de la población española.

Esta alta frecuentación lo convierte en un escenario diana para la búsqueda de la mejor asistencia sanitaria posible a un número muy importante de pacientes y por tanto los esfuerzos en torno a la mejor utilización de la medicación en los SUH sin duda redundará en la mejora de la calidad ofrecida a los pacientes, dado el importante peso que los errores de medicación, los resultados negativos de la farmacoterapia o los problemas relacionados con los medicamentos en general tienen en relación al conjunto de efectos indeseados de la asistencia sanitaria que hemos de conocer y evitar en aras a dar respuesta a las estrategias de seguridad de pacientes en los hospitales del país.

A pesar de esto, históricamente los farmacéuticos no han asumido un papel activo en su trabajo profesional con el resto del equipo de salud de los SUH y poder evitar así estos efectos indeseados debidos a la medicación o minimizar su efecto.

Para abordar la situación descrita, consideramos necesario trabajar con una metodología sistemática, ordenada, que permita el registro y la evaluación de la actividad y cuyos resultados sean cuantificables en resultados en salud

y reducción de costes directos relacionados con la medicación debidos a la racionalización de la terapéutica, para la consolidación de una actividad asistencial y sistemática de un farmacéutico en los SUH y la cuantificación del valor añadido que como profesionales clínicos podemos aportar.

El método FASTER, ha sido elaborado por el GRUPO FASTER, en el que se integran farmacéuticos que en su mayoría desarrollan parte de su actividad asistencial en los SUH.

Se trata de una metodología sistemática de trabajo, que ha sido previamente validada y a través de la cual se obtiene la información suficiente acerca del paciente, la medicación que utiliza y sus problemas de salud.

El MÉTODO FASTER consta de diferentes pasos, donde el análisis de la información obtenida permite definir las correspondientes intervenciones farmacéuticas, que conjuntamente con el clínico y/o el paciente, se decida hacer sobre conciliación de tratamientos, detección y prevención de resultados negativos asociados a la medicación, etc.



## **ESTRUCTURA**

El METODO FASTER consta de los siguientes pasos:

1. Revisión de la información clínica que se ha generado en el episodio actual en el SUH.
2. Obtención de la historia farmacoterapéutica mediante la entrevista clínica, informes de primaria y/o de residencias asistidas y/o informes de alta de episodios anteriores.
3. Conciliación de tratamientos.
4. Seguimiento farmacoterapéutico.

### **1. REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA QUE SE HA GENERADO EN EL EPISODIO ACTUAL EN EL SUH.**

El análisis de la prescripción médica con el objetivo de mejorar la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos está basado en el conocimiento del paciente y de la farmacoterapia.

La información clínica y demográfica del paciente que se ha generado en el episodio de urgencias, es fundamental y básica para el posterior análisis y seguimiento farmacoterapéutico.

La entrevista con el propio paciente (y/o cuidador) y con el equipo clínico que lo atiende nos ayudará a tener el conjunto mínimo de información necesaria para hacer un análisis correcto de la prescripción médica.

La información mínima necesaria que se ha de analizar se encuentra recogida en el Anexo I.

## **2. OBTENCION HISTORIA FARMACOTERAPEUTICA:**

A través de la entrevista clínica, informes de primaria y/o de residencias asistidas y/o informes de alta de episodios anteriores, el farmacéutico realizará la historia farmacoterapéutica.

La entrevista es el pilar de la comunicación con el paciente y por tanto es la herramienta básica que permite conocer los problemas de los pacientes y actuar sobre ellos. La entrevista clínica es un espacio donde coinciden elementos de relación humana y elementos técnicos; es un ejemplo claro de interacción humana, y es por ello que la efectividad de la acción técnica del sanitario se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar en la consulta (*"Todo conocimiento empieza con los sentimientos". Leonardo da Vinci*). En este sentido, las habilidades de comunicación son de gran relevancia. Muchas de las destrezas y habilidades de comunicación requieren entrenamiento y formación, puesto que el manejo de la información y de las emociones que se generan en una entrevista es tecnología punta.

La entrevista clínica semiestructurada comprende varias fases:

- fase exploratoria, en la que se intenta conocer cual es la situación del paciente. En esta fase se utilizan técnicas que permitan el vaciado de información
- fase resolutive, empleando técnicas para informar y negociar con el paciente de la forma más adecuada
- cierre de la entrevista

Bases de la entrevista clínica:

1.-Cuál es honestamente el objetivo: Qué quiero conseguir con la entrevista. La respuesta a esta pregunta adecuará los contenidos, las formas y la comunicación.

2.- Acoger: Llamar al paciente por su nombre, acompañar con gestos y palabras que aporten calidez y apoyo, como una sonrisa o una pose amable. Es importante el paralenguaje (tono), el contacto visual, el

movimiento, la posición, los gestos y la expresión facial (comunicación no verbal).

3.- Preguntar: La clave de la entrevista es hablar poco y escuchar mucho. Las preguntas son esenciales para obtener información concreta, hacer pensar al paciente, facilitar su participación y protagonismo o reconducir el hilo de una entrevista. Inicialmente se emplearán preguntas abiertas, aunque para determinada información también pueden ser útiles las cerradas. Hay que evitar preguntas que condicionen las respuestas, o varias preguntas seguidas sin esperar a recibir respuesta.

4.- Escuchar activamente: Ésta es la parte más importante de la entrevista clínica, puesto que quien escucha obtiene historias.

5.- Empatizar activamente: Empatizar no significa estar de acuerdo con la conducta u opinión del paciente, se trata de ponerse en el lugar del otro, siempre teniendo presente que las emociones son del que las siente, no del que las observa. La empatía se desarrolla a través de la paciencia. La empatía global o no concreta no sirve. No es lo mismo la empatía que la simpatía.

6.- Resumir/ Sintetizar: Es importante ir dando puntos de anclaje que permitan seguir el hilo conductor y asimilar los mensajes.

7.- Retroalimentar: Para verificar si el paciente ha entendido algo distinto a lo que nosotros queremos comunicar. Autoconvencimiento auditivo: se asimila mejor un mensaje, se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma.

Toda entrevista comprende tres puntos:

a.- Establecimiento de una relación interpersonal (letra y música). Ley del "eco emocional": recibirá de sus pacientes lo que Vd da en la consulta. Si da sonrisas recibirá sonrisas, si da hostilidad recibirá hostilidad.

b.- Tareas o procesos destinados a " detectar mala adherencia", " cómo se toma los medicamentos", "efectos adversos", "consumo de sustancias", "prácticas de riesgo"... Simplemente "saber", conocer de qué se parte, qué se tiene,... Como técnicas de apoyo se aconsejan una muy baja reactividad, silencios funcionales, clarificaciones, frases por repetición y altas dosis de empatía.

c.- Propuesta y pacto del plan educativo y terapéutico. Comunicar es compartir, negociar y también arriesgar. Es importante transmitir la información relevante con frases cortas, vocabulario neutro (evitando palabras de elevado contenido emocional) y dicción y explicación claras.

#### Principales errores en la entrevista clínica

1.- NO tener claro el objetivo de la entrevista; Una buena entrevista clínica empieza con un buen dominio del entorno y la lectura de los datos previos del paciente. Integrar toda la información posible y ya disponible es la mitad del camino.

2.- Filtros mentales y etiquetas: Deben olvidarse los apodos; "el pesado", "la ansiosa", "la maruja", el "hipocondríaco" el " toxicómano"... Hay que quitarse los filtros mentales y realizar una tabla de gimnasia emocional. La actitud del profesional de la salud es importante, hay que actuar con honestidad y sensibilidad<sup>1</sup>. Por ejemplo, en el caso de un paciente incumplidor, no debe interpretarse la falta de cumplimiento como una falta de confianza hacia la valía del profesional, sino como una falta de motivación del paciente.

3.- Realizar pulsos con el paciente. No deben abordarse todas las discrepancias en la entrevista, sólo aquellas que afecten directamente a su objetivo. No se trata de tener o no razón, hay que ser flexible y empático. El abordaje diligente de las discrepancias afianza la relación terapéutica, el abordaje punitivo o coercitivo de las discrepancias genera reactancia en el paciente, y rompe cualquier posibilidad de acuerdo. No rebata todas las " cositas" de un plumazo.

4.- Los agobios: Éste es un requisito especialmente importante, no sólo por el tiempo de contacto con el paciente (cantidad) sino por el tiempo

que empleamos en comunicarnos con el mismo (calidad). El conocimiento entre dos personas es la base de la confianza en la que deben moverse los interlocutores para que el mensaje sea el adecuado y para que éste sea percibido como tal. Organícese, tenga una agenda realista, una media de 15 minutos por paciente suele ser suficiente.

5.- Mensajes poco claros, palabras técnicas: Si se es empático no sólo se es capaz de saber lo que el paciente necesita de nosotros sino también cómo hemos de dárselo. Inevitablemente, sólo si nos ponemos en el lugar del otro le podremos informar sobre el plan terapéutico a seguir en un lenguaje plano, coloquial y asequible, ajustado a sus circunstancias, siendo útil el empleo de ejemplificaciones (presión arterial = “fuerza con que el agua sale de un grifo”). Evitar la falta de concreción: hay que ser claro y concreto en lo que proponemos - “utilice preservativo en todas sus relaciones sexuales” en vez de “utilice métodos de barrera”. Evitar ser repetitivo: antes de dar información sobre un medicamento, hay que tratar de averiguar qué sabe el paciente del mismo.

6.- Inflexibilidad: La responsabilidad última de la conducta del paciente es del propio paciente. Siempre tiene que quedar clara esta responsabilidad y el principio de autonomía. Flexibilice los planes terapéuticos, adaptándolos a las condiciones objetivas de cada paciente.

7.- Frialdad: sea cálido, acompañe al paciente. Ser enfermo es en primera persona y ser científico es en tercera persona; es una cuestión de implicación y relojes diferentes. Hay que acercarse a las realidades individuales, buscando la complicidad. Evite el término racional. Estamos sobrados de ciencia y faltos de sabiduría.

### **Conclusión:**

Explora, no des nada por supuesto. Déjale al otro la posibilidad de no adecuarse... a tus premisas y a tus prejuicios... Descubrirás maravillas.

J. Barbero<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <sup>1</sup> Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. Arch Internal Med 2001; 161:868-874



### **3. CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTOS EN URGENCIAS**

La conciliación del tratamiento farmacológico en los SUH, es el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente, previa al punto de transición asistencial para compararla con la prescrita durante el episodio de urgencias, en los traslados o al alta.

La conciliación de tratamientos se debe hacer en los puntos de transición asistencial. En los SUH se producen al menos dos transiciones; al ingreso (el paciente proviene del medio ambulatorio) y al alta, bien sea a una unidad de hospitalización o al medio ambulatorio.

Según los modelos establecidos en los diferentes hospitales, el responsable de recoger la historia farmacoterapéutica del paciente puede ser el médico que atiende por primera vez en el servicio de urgencias, enfermería o la persona que hace la admisión del paciente en el triaje.

En muchos casos, no está definido quien es el responsable y no existe un modelo estandarizado de recogida de tratamiento. Como consecuencia de esta falta de estandarización, junto con las características propias de estos servicios, la historia farmacoterapéutica recogida en los informes de urgencias no siempre es completa.

El primer paso del proceso de conciliación es la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente mediante la entrevista clínica al enfermo y/o cuidador y el análisis de la información recogida en el episodio actual. La entrevista al paciente, o en caso necesario al cuidador y la recogida de información, se realizará siguiendo las pautas expresadas en el Anexo II

En caso de detectar discrepancias entre la medicación que el paciente toma de forma ambulatoria y la prescripción en el servicio de urgencias, se deberá distinguir si son intencionadas o no según la situación clínica del enfermo.

Las discrepancias sin justificación aparente se comunicarán al equipo clínico personalmente y se dejará constancia escrita mediante el Anexo III.

Las discrepancias encontradas se clasificarán de acuerdo con las siguientes definiciones:

**Omisión de medicación:** El paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación explícita o clínica para omitirlo.

**Comisión de medicación:** El paciente tiene prescrita medicación domiciliaria no necesaria en el momento actual o recibe una medicación que por error se ha considerado domiciliaria.

**Prescripción incompleta:**

La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración

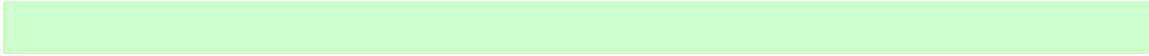
**Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento:** Se modifica la dosis, vía o frecuencia que el paciente tomaba no justificada por la situación clínica.

En el proceso de conciliación de medicación pueden detectarse otras situaciones que requieran de intervención farmacéutica tales como: duplicidad terapéutica e interacciones (entre la medicación domiciliaria y la medicación prescrita en el SUH).

**4. SEGUIMIENTO DE LA FARMACOTERAPIA (detección y prevención de PRM, RNM, errores de medicación).**

Es el proceso mediante el cual se evalúa si el tratamiento prescrito en el SUH es el más efectivo, seguro y eficiente de acuerdo con las características clínicas y fisiológicas del paciente.

Si se detectan situaciones susceptibles de mejora se comunicarán personalmente al equipo clínico y se dejará constancia en la historia clínica mediante el anexo III



## ANEXOS

**ANEXO I:** HOJA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL ANALISIS DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL SUH. [Pulse aquí](#)

**ANEXO II:** RECOGIDA DATOS HISTORIA FARMACOTERAPEUTICA – ENTREVISTA AL PACIENTE. [Pulse aquí](#)

**ANEXO III:** HOJA DE COMUNICACIÓN DIRIGIDA AL MEDICO DE URGENCIAS. [Pulse aquí](#)

---