

Recomendaciones para el desarrollo de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (Sin Dispensación)

1. INTRODUCCIÓN:

La Consulta Externa de Atención Farmacéutica (CAF), dependiente del Servicio de Farmacia Hospitalario, surge con la finalidad de responder a las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que acuden a las consultas externas del hospital.

Como antecedente previo a esta actividad clínica, se han desarrollado las Unidades de Dispensación a Pacientes Externos de los servicios de Farmacia, en los que el farmacéutico durante el acto de la dispensación aporta valor añadido al proceso mediante programas específicos de atención farmacéutica. La dispensación de medicamentos a estos pacientes viene regulada por la Ley General de Sanidad de 1986 y por la fase V del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos (PROSEREME V) en 1991, la cual establece que los medicamentos de Uso Hospitalario deben ser prescritos por un médico adscrito a los Servicios de un Hospital y el Servicio de Farmacia Hospitalaria será el responsable de su dispensación.

La CAF es un segundo escalón en la atención a pacientes no ingresados. Al ser cada vez más evidente la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos^{1,2}, más notable el incremento constante del gasto farmacéutico y más clara la falta de coordinación real en política de medicamentos entre los diferentes niveles asistenciales, los Servicios de Farmacia se ven obligados a desarrollar actividades que contribuyan a paliar estos hechos.

Estudios recientes demuestran que alrededor de un 419% de los ingresos hospitalarios se deben a acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos, siendo esta la causa de muerte en aproximadamente el 1% de los pacientes. Se estima que entre un 25- 60% de ellos pueden ser prevenidos. Por otro lado, la inducción de la prescripción de Atención Especializada a Atención Primaria, estimada en alrededor de un 40%, se genera principalmente desde consultas externas, altas de hospitalización y urgencias.

Por todo ello, es necesario articular mecanismos que contribuyan a la adecuación de la prescripción médica en estos ámbitos asistenciales. Uno de estos mecanismos es el desarrollo de un programa de participación activa del Servicio de Farmacia en consultas externas, en coordinación con el equipo asistencial, con el objeto de prevenir o detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y promover su uso adecuado, siguiendo las directrices que establezcan las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del hospital y la Comisión de Uso Racional del Medicamento del Área. La CAF se presenta como una plataforma de actuación en el ámbito de consultas externas, aún cuando la dispensación de los medicamentos no se realice a través del Servicio de Farmacia del hospital.

La Atención Farmacéutica se contempla entre las funciones de los servicios de Farmacia en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Otras disposiciones legales tales como las leyes de ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas y la Ley General de Farmacia involucran al farmacéutico en la implantación de programas de atención farmacéutica que colaboren con el uso racional del medicamento. No obstante, ninguna de estas normativas determinan claramente las actuaciones a realizar. La primera y única que existe en España que define claramente objetivos, actividades y necesidades de la atención farmacéutica a pacientes externos es la Orden de Creación de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de 31 de julio de 2001 de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Esta orden, aunque no tiene vigencia en todo el territorio nacional, servirá de orientación en la puesta en marcha de una CAF.

2. OBJETIVO:

El objetivo principal de la CAF es servir de apoyo al proceso asistencial del paciente en el ámbito de las consultas externas en todo lo relacionado con el uso de medicamentos, con la finalidad de mejorar la eficiencia y la seguridad de los tratamientos farmacológicos en los pacientes externos.

Para ello, se proponen los siguientes objetivos secundarios:

- Desarrollar programas de Atención Farmacéutica³ que promuevan el uso racional de los medicamentos, mediante formación y educación a los pacientes en cuanto al manejo y actitud frente a su tratamiento farmacológico, así como información a los profesionales sanitarios sobre aspectos relacionados con la farmacoterapia.
- Desarrollar programas de educación sanitaria que garanticen el cumplimiento de los autocuidados no farmacológicos básicos para un óptimo resultado clínico.
- Impulsar la coordinación entre los dos niveles asistenciales, atención primaria y especializada, en cuanto a la política de medicamentos y programas de educación sanitaria
- Analizar el gasto farmacéutico extrahospitalario generado por los especialistas del hospital con la finalidad de desarrollar estrategias de mejora para optimizar la utilización de los recursos farmacoterapéuticos.

3. ESTRUCTURA:

La CAF se debe ubicar en un espacio diferenciado y disponer de los medios materiales y bibliográficos necesarios para el desarrollo de sus actividades. En función de la cartera de servicios de la consulta, se tendrá que valorar la necesidad de disponer de recursos adicionales a los expuestos a continuación.

3.1. Física

Se requiere un espacio físico diferenciado que constituya el área de trabajo y que disponga de sala de espera y consulta. Es recomendable, para facilitar la gestión de historias clínicas, el acceso de los pacientes y respetar el funcionamiento hospitalario, que la CAF esté situada en la zona de consultas externas del hospital.

La consulta deberá disponer de línea telefónica para facilitar la comunicación con los pacientes y de punto de red para poder conectar con los recursos informáticos hospitalarios.

La consulta debe estar integrada en el programa de citaciones del Servicio de Admisión del hospital, por lo que debe disponer de código propio. De esta forma será posible programar las visitas de los pacientes a la CAF así como disponer de una mejor información de la actividad asistencial de la consulta.

3.2. Material

Es recomendable disponer de los siguientes medios:

- Acceso a la historia clínica del paciente: es imprescindible para poder desarrollar la actividad clínica de la consulta en su totalidad.
- Sistema informático en conexión con la red del hospital para poder acceder a la información clínica disponible en la misma.
- Bases de datos de medicamentos (Micromedex Drug Desk, Medical Letter Interaction, Base de Datos del Consejo de Colegios Farmacéuticos ...), conexión a Internet y otros programas informáticos de interés como el Infowin.

- Libros de consulta sobre Farmacoterapia, Interacciones y Reacciones Adversas
- Aplicación informática para recogida de los datos y registro de la actividad
- Material didáctico para la educación sanitaria

3.3. Personal

La CAF será atendida por un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria cualificado para la actividad clínica. Es recomendable que al menos dos facultativos estén entrenados en las actividades de la CAF para asegurar la asistencia continuada. Estos profesionales deberán desarrollar las habilidades en comunicación indispensables para el trato con los pacientes.

4. ACTIVIDAD:

- General (horario, período, etc.).

La agenda de la consulta de Atención Farmacéutica se debe disponer de acuerdo a la actividad asistencial que se quiera ofertar y a las posibilidades del Servicio de Farmacia y del Hospital. Como referencia se puede considerar que un paciente polimedcado nuevo (primera consulta) requiere de 30 minutos a una hora y una revisión (consulta sucesiva) de 15 a 30 minutos.

Son factibles dos posibilidades: realizar la prestación en atención farmacéutica a demanda o programar las consultas. Cada una de ellas presenta ventajas e inconvenientes.

	<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
A demanda	Menor número de visitas del paciente al hospital Actuación farmacéutica previa a la utilización de los fármacos	No es posible valorar efectos adversos Poca experiencia del paciente con la medicación, no se ha planteado dudas
Programadas	Poco tiempo de espera del paciente Mejor valoración de la actuación y comprensión del paciente Mejor organización del trabajo del servicio de Farmacia	Intervención después del inicio de tratamiento

Es muy recomendable utilizar los recursos que tiene el hospital asignados a las consultas externas, de tal manera que se adapte la CAF al circuito de petición de interconsultas o pruebas que ya está establecido y así se faciliten los procesos tanto a los pacientes como al resto del personal hospitalario.

Es fundamental garantizar la confidencialidad de los datos y, siempre que sea posible, debe quedar registrada la actividad en la historia clínica del paciente. Sería aconsejable que el registro de las recomendaciones farmacéuticas fuesen autorizadas por el Comité de Historias Clínicas de cada centro.

- Asistencial.

Es prioritario seleccionar los pacientes a los que se puede aportar mayor valor añadido a su farmacoterapia y ofertar unos criterios claros y definidos de derivación a la CAF. Son de interés para la CAF pacientes con alto riesgo de sufrir PRM y que pueden agruparse de la siguiente manera:

- Orientación por proceso asistencial (hipertenso, diabético) . Es interesante dirigir programas de Atención Farmacéutica a un determinado proceso patológico , ya que son pacientes con necesidades específicas dentro de su terapéutica , permite optimizar las medidas de coordinación asistencial y centrar el esfuerzo en una área de conocimiento específico y con un equipo clínico específico. Asimismo, permite posteriormente una valoración de resultados según criterios homogéneos (p.e. en el hipertenso alcanzar el objetivo terapéutico de normalización de la TA) .
- Factores de riesgo relacionados con el paciente relacionados con un incremento del riesgo de iatrogenia :
 - Alteraciones fisiopatológica que modifiquen la farmacocinética del medicamento
 - Comorbilidad , especialmente si esta genera polimedicación (8-10 especialidades diferentes y aquellos cuya polimedicación es el resultado de diversos prescriptores (policonsulta)^{4,5}).
 - Edad
 - Dificultades de comprensión (p.e. déficit cognitivos)
- Factores de riesgo relacionados con el medicamento :
 - Estrecho margen terapéutico ¹.
 - Complejidad en la forma de administración o dispositivos necesarios para su administración
- Otros:
 - Medicamento de reciente comercialización especialmente en lo referente a Farmacovigilancia .
 - Medicamentos con individualización posológica a través de la monitorización de niveles plasmáticos .

El diseño de programas de Atención Farmacéutica debe llevarse a cabo en consenso con el equipo médico que atiende a los pacientes, estableciendo unos objetivos comunes que permitan mejorar la utilización de los medicamentos y por lo tanto los resultados en el paciente.

Las revisiones de los pacientes se plantearán según el programa a desarrollar y las posibilidades de la CAF. No se debe olvidar los indicadores de calidad de las consultas hospitalarias que promueven pocas revisiones (el seguimiento debe realizarlo Atención Primaria) y poca lista de espera. En algunos casos, como los tratamientos crónicos, es recomendable revisar a los pacientes en consultas posteriores con la finalidad de garantizar la adherencia y de poder realizar un seguimiento farmacoterapéutico continuo o para poder evaluar la resolución de algunos PRM.

- Seguimiento del paciente y comunicación con el equipo asistencial.

Se distinguen tres etapas en el desarrollo de la consulta:

- 1º recogida de datos y valoración de las necesidades y actitudes del paciente;
- 2º análisis del perfil farmacoterapéutico y detección de posibles PRM.
- 3º diseño y desarrollo de un plan de actuación para la resolución de los mismos

1º Recogida de datos y valoración de las necesidades y actitudes del paciente hacia el tratamiento prescrito:

Los objetivos de esta fase son conocer el perfil farmacoterapéutico del paciente, así como determinar sus necesidades, expectativas y actitudes hacia el tratamiento prescrito. Para ello, se debe revisar detenidamente la historia clínica del paciente antes de tener la entrevista.

La revisión de la historia permite conocer los diagnósticos del paciente y los parámetros clínicos de interés terapéutico. Se localizarán las prescripciones médicas prestando especial interés a las más recientes para poder determinar el perfil farmacoterapéutico actual del paciente. Se valorarán las causas de interrupción de tratamientos anteriores y se registrarán las alergias especificadas en la historia clínica.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios de la historia clínica del paciente, tendrá lugar la entrevista con el mismo, lo que supone el inicio del contacto entre el farmacéutico y el paciente. Clásicamente se han diferenciado tres modos o formas distintas de abordar la realización de la entrevista clínica: libre, estructurada o dirigida y semi-estructurada o semi-dirigida. Este último modelo de entrevista es el más utilizado en el ámbito clínico, ya que permite un diálogo abierto entre las partes implicadas y el profesional además obtiene una información determinada. Este modelo permite al farmacéutico reconocer qué intereses y problemas tiene el usuario y obtener la información que necesita para:

- completar el perfil farmacoterapéutico actual del paciente. Es recomendable que el paciente acuda a la consulta con todos sus medicamentos (los envases, los prospectos o el cartón), de forma que se pueda contrastar fácilmente la prescripción con la actuación del paciente. Se debe interrogar al paciente por cada uno de los medicamentos prescritos, investigando otros fármacos que pudiera estar tomando bien prescritos por médicos no relacionados con nuestro centro o bien como automedicación, preguntando además por aquellos utilizados esporádicamente (antiácidos, laxantes, analgésicos, hipnóticos...) y por otros productos de medicina alternativa que el paciente utilice.
- valorar los conocimientos y las actitudes que tiene el paciente sobre su tratamiento: capacidad de comprensión de las pautas del mismo, de las causas y consecuencias de su actitud, de la motivación, de los prejuicios...
- estudiar los hábitos de comportamiento y medidas nutricionales que puedan afectar a su patología

2º: Análisis del perfil farmacoterapéutico y detección de posibles PRM:

A lo largo de la entrevista, el farmacéutico debe de identificar algunos de los posibles problemas, potenciales o reales, relacionados con la medicación. Para poder realizar un análisis más profundo de los PRM es necesario consultar fuentes bibliográficas y es especialmente interesante disponer de herramientas informáticas rápidas y actualizadas que permitan procesar toda la información del paciente de forma global.

Para la revisión de interacciones existen algunas como la aplicación Drug-Reax[®] System de Micromedex Thomson Healthcare, The Medical Letter Drug Interactions Program o la aplicación de interacciones que incluye la Base de Datos del Medicamento y Parafarmacia (BOT) del Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacias. El Lexicom también puede ser una herramienta apropiada para la detección de PRM. Es importante definir los aspectos relacionados con los medicamentos que se van a revisar y sistematizar el análisis.

3º: Diseño y desarrollo de un plan de actuación para la resolución de los PRM detectados:

El plan de actuación puede requerir una intervención farmacéutica dirigida al paciente y/o al médico prescriptor⁶. Se considera intervención farmacéutica todo aquel PRM detectado al que el farmacéutico propone un plan de resolución.

- Intervención dirigida al paciente:

Para resolver los PRM detectados es indispensable proporcionar al paciente una información individualizada sobre su tratamiento en el contexto de una educación sanitaria específica y clara. Toda la información debe proporcionarse tanto de forma oral como escrita para que el paciente pueda consultar ante cualquier duda.

Es recomendable contrastar que la prescripción médica coincide con los medicamentos que el paciente está tomando. Es de gran ayuda disponer de un programa informático que permita obtener el mapa horario informatizado y gráficamente expresado.

La adherencia al tratamiento constituye un problema de eficacia de los tratamientos farmacológicos, por lo que las actuaciones dirigidas a su mejora son de especial importancia.

Antes de finalizar la entrevista el farmacéutico debe asegurarse de que el paciente ha entendido todo lo que se le ha explicado, y debe ofrecerse para resolver futuras dudas o problemas que puedan surgir relacionados con el tratamiento.

- Intervención dirigida al médico prescriptor:

Se debe informar al médico prescriptor de aquellos PRM que requieren una modificación en la toma de decisiones⁷. Esta información debe ir acompañada de una propuesta de resolución, y realizarse siempre de forma escrita y, en los casos urgentes, además de forma oral.

Sólo es preciso notificar aquellas interacciones o RAM que tengan importantes repercusiones clínicas en el paciente estudiado, y especialmente, aquellas que, para evitar una complicación más grave, requieran algún seguimiento específico.

La no adherencia al tratamiento puede motivar una valoración errónea por parte del médico de la eficacia del fármaco, y conllevar un aumento en la dosis o la asociación de otros fármacos, que puede aumentar el riesgo de efectos adversos. Por eso, es conveniente informar al médico sobre la tasa de adherencia al tratamiento de los pacientes así como del análisis de las posibles causas de incumplimiento.

- Información.

Esta actividad clínica además permite detectar desviaciones en la utilización de medicamentos, y para colaborar en el uso racional se puede aportar información objetiva y validada sobre estos temas a los médicos prescriptores.

- Docencia.

El farmacéutico de la CAF debe participar en la docencia de farmacéuticos residentes y otros farmacéuticos con el fin de mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desarrollo de las actividades clínicas.

- Investigación.

El farmacéutico de la CAF debe participar y desarrollar estudios de investigación enfocados a la obtención de conocimientos relevantes para mejorar la utilización de medicamentos y su impacto clínico en los pacientes, así como investigación sobre los resultados clínicos y económicos de nuestra actividad.

- Gestión.

Actualmente, el análisis del gasto farmacoterapéutico extrahospitalario generado por los especialistas del hospital es una función que está siendo encomendada al farmacéutico de consultas externas, ya que constituye una herramienta de análisis de la prescripción y sirve de base para desarrollar estrategias que contribuyan a su mejora. Potenciar la prescripción médica en receta oficial en los ámbitos hospitalarios de inducción a atención primaria (altas, urgencias y consultas externas) y desarrollar propuestas de mejora en coordinación con atención primaria que incluyan protocolización de tratamientos para patologías compartidas por ambos niveles asistenciales, permite colaborar en la selección de medicamentos de una manera más efectiva.

5. REGISTROS:

- Historia Farmacoterapéutica

Se recomienda que la historia

- Datos del paciente.
- Centro de Salud al que pertenece
- Datos del médico que deriva al paciente
- Motivo derivación
- Alergias
- Hábitos o estilo de vida
- Tratamiento Farmacoterapéutico diferenciando medicación actual (posología, vía admón., fecha inicio, fecha fin , responsable prescripción , etc) y la esporádica.

- Archivos

Todos los datos obtenidos en cada una de las tres etapas del desarrollo de una consulta deben quedar registrados adecuadamente formando la Historia Farmacoterapéutica del paciente, que deberá ser parte integrante de su Historia Clínica. Siempre que sea posible, se utilizará una herramienta informática que facilitará el análisis del proceso de atención farmacéutica y la comunicación con los profesionales sanitarios. Es fundamental garantizar la confidencialidad de los datos y, siempre que sea posible, debe quedar registrada la actividad en la historia clínica del paciente.

En la historia farmacoterapéutica de cada paciente deben quedar registradas las intervenciones y los resultados clínicos derivados^{6,7,8}. Además, es conveniente clasificarlas según tipo de PRM detectado, impacto clínico y económico, para poder realizar estudios de calidad y eficacia del programa de atención farmacéutica. Para clasificar los PRM se puede utilizar la clasificación de Hepler y Strand⁹ o la de la Metodología Dader¹⁰. En cuanto a la valoración clínica o económica de las intervenciones actualmente no existe consenso sobre cómo realizarla. Es recomendable registrar estos datos de manera informática para una mejor explotación.

- **Informes** : informes que se deben generar y periodicidad.

➤ Actividad asistencial:

Es necesario monitorizar de manera periódica, al menos anualmente, la actividad de la consulta así como la calidad tanto de los procesos realizados como de sus resultados. A continuación se proponen unos indicadores que tienen como objetivo valorar estos aspectos:

- Índices de actividad: Por ejemplo,

- Media de pacientes atendidos / mes
- Porcentaje de pacientes con consultas sucesivas

- Indicadores de calidad ¹¹: Por ejemplo,

- Número de intervenciones farmacéuticas / paciente atendido
- Número de intervenciones farmacéuticas en coordinación con otros niveles asistenciales.
- Porcentaje pacientes sin intervenciones farmacéuticas / total pacientes atendidos
- Porcentaje de las intervenciones farmacéuticas según el tipo de PRM detectado
- Porcentaje de las intervenciones farmacéuticas según el impacto clínico que supongan en el paciente.
- Porcentaje de las intervenciones farmacéuticas según el impacto económico que supongan al sistema sanitario.
- Porcentaje Intervenciones farmacéuticas aceptadas / intervenciones totales
- Porcentaje PRM resueltos / PRM detectados
- Porcentaje PRM resueltos / intervenciones aceptadas.

La monitorización de estos parámetros es útil para poder analizar la evolución de la actividad de la consulta, pero, para conocer de forma real los beneficios clínicos de los programas de Atención Farmacéutica, se deben llevar a cabo estudios que midan las oscilaciones de las variables clínicas o de la morbi-mortalidad asociada a medicamentos derivada de las intervenciones farmacéuticas.

Sería recomendable disponer de un sistema de mejora continua de la calidad, que estaría centrado fundamentalmente en la valoración de la "satisfacción del usuario" a través de encuestas.

➤ Monitorización del gasto farmacéutico:

En cuanto al análisis del gasto farmacéutico extrahospitalario generado por los especialistas del hospital, el seguimiento presupuestario se utiliza como monitorización de las estrategias desarrolladas por lo que es adecuado definir índices e indicadores como los siguientes:

Indices cuantitativos:

- consumo por servicio médico o unidad funcional
- consumo por APG

Indicadores de calidad:

- Porcentaje de adherencia de la prescripción a la Guía Farmacoterapéutica o a protocolos específicos
- Porcentaje de prescripción de principios activos de reciente comercialización. (menos de 1 año).
- Porcentaje de genéricos prescritos
- Porcentaje de prescripción de medicamentos de baja utilidad terapéutica

6. ASIGNACIÓN DE FUNCIONES:

Farmacéutico.

El farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria responsable de la CAF asumirá las siguientes funciones:

- organizar el funcionamiento de la CAF

- elaborar los procedimientos normalizados de trabajo que sirvan como directrices de las actividades realizadas y aseguren la calidad de los procesos
- Revisar y validar cada prescripción
- Implantar y desarrollar las actividades de Atención Farmacéutica
- Desarrollar e implantar programas que permitan una coordinación en política de medicamentos con Atención Primaria
- Analizar el gasto farmacoterapéutico extrahospitalario originado por la prescripción de Atención Especializada y proponer estrategias de mejora
- Realizar labores de docencia e investigación en el ámbito de pacientes externos

Personal de apoyo (enfermería o auxiliar)

Es recomendable el apoyo de personal auxiliar de enfermería para las labores de gestión de pacientes y de historias clínicas aunque no tiene por qué pertenecer al servicio de Farmacia y puede ser personal asignado a consultas externas del hospital.

Se podrá considerar la colaboración de un diplomado universitario en enfermería para las labores de educación de los pacientes en la administración de formas farmacéuticas especiales (dispositivos de administración subcutánea, inhaladores ...).

© Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Junio 2002

Comisión de Normas y Procedimientos de la SEFH

Dra Gemma Baldominos. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Dra. Isabel Castillo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Helpler CD. Pharmaceutical care in the older patient. Hospital Pharmacy Europe 2002; 6: 55-57.
- ² Martín MT, Codina C, Tuset M, Carne X, Nogue S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc) 2002; 118 (6): 205-10
- ³ Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid 2001
- ⁴ Helpler CD. Pharmaceutical care in the older patient. Hospital Pharmacy Europe 2002; 6: 55-57.
- ⁵ Jameson JP, VanNoord GR. Pharmacotherapy consultation on polypharmacy patients in ambulatory care. Ann Pharmacother 2001; 35: 835-40 (ref 4)
- ⁶ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines: minimum standard for pharmaceutical services in ambulatory care. Disponible en: URL: <http://www.asph.org/bestpractices/guidelines.html>. Citado 30 may 2002.
- ⁷ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines for obtaining authorization for documenting pharmaceutical care in patient medical records. Disponible en: URL: <http://www.asph.org/bestpractices/guidelines.html>. Citado 30 may 2002.
- ⁸ American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on the provision of medication information by pharmacists. Disponible en: URL: <http://www.asph.org/bestpractices/guidelines.html>. Citado 30 may 2002.
- ⁹ Hepler and Strand. Opportunities and responsibilities. Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-543
- ¹⁰ Anon. 2º Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Pharm Care Esp 2003; 1(2): 107-112
- ¹¹ E. Gonzalez-Haba Peña, M.J. Alcaraz Tomás, C. Pérez Sanz, B. Calderón Hernanz, G. Baldominos Utrilla, R. Santolaya. Mejora de calidad de un programa de atención farmacéutica a pacientes VIH. XLVI Congreso Nacional de la SEPH, Valencia, 2001