

# Clasificación de la gravedad de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en atención farmacéutica

Juan Gervás, Mercedes Pérez-Fernández, Íñigo Gorostiza,  
Flor Álvarez de Toledo, Teresa Eyaralar, Ana Dago

## Resumen

### Introducción

Una clasificación de los PRMs en atención farmacéutica no permite ni valorar las actividades que ha realizado el farmacéutico ni destinar los recursos necesarios para dicha actividad. Por tanto, es necesaria una clasificación de la gravedad de los PRMs.

### Objetivos

Se propone una clasificación de la gravedad de los PRMs que pueda ser empleada en la práctica diaria, tanto en el ámbito comunitario como en el hospitalario, además de servir para la docencia y la investigación.

## Propuesta

Con el fin de clasificar la gravedad de un problema relacionado con los medicamentos, proponemos cuatro parámetros genéricos, cada uno de ellos con seis posibles respuestas. 1. La valoración subjetiva del paciente sobre su estado de salud general. 2. El daño previsible para el paciente en los próximos seis meses si el farmacéutico no hiciera nada respecto a ese problema relacionado con el medicamento. 3. La efectividad de la intervención del farmacéutico en ese problema relacionado con el medicamento. 4. El daño causado, o no evitado, por ese problema relacionado con el medicamento, durante la semana previa.

## Conclusión

Hemos desarrollado una clasificación sobre la gravedad de los problemas relacionados con los medicamentos, que permite clasificar desde ninguna hasta la máxima severidad. Unos pocos ejemplos permiten a los lectores la comprensión de la clasificación.

### Autores:

Juan Gervás MD, PhD. Médico General, Red Española de Atención Primaria. Miembro del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (World Organization of General Practitioners/ Family Physician).

Mercedes Pérez Fernández. Médico General, Red Española de Atención Primaria.

Íñigo Gorostiza. Farmacéutico Comunitario, Red Española de Atención Primaria.

Flor Álvarez de Toledo. Farmacéutico Comunitario, Red Española de Atención Primaria.

Teresa Eyaralar. Farmacéutico Comunitario, Red Española de Atención Primaria.

Ana Dago. Farmacéutico Comunitario, Red Española de Atención Primaria.

### Dirección de correspondencia:

Travesía de la Playa, 3  
28730 Buitrago del Lozoya (Madrid).  
Teléf.: +34918680182. Fax +34918681451  
E-mail jgervasc@meditex.es

### Fuentes de financiación:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses. No se ha utilizado ninguna beca o fondos externos para elaborar este artículo.

### Palabras clave:

atención farmacéutica/*pharmaceutical care*; problema relacionados con los medicamentos/*drug related problem*; gravedad/*severity*; clasificación/*classification*.

## ABSTRACT

---

### Introduction

*A classification of drug related problems in pharmaceutical care does not allow either to assess pharmacist's activities or allocate proper resources to such activity. A severity classification is necessary.*

### Objectives

*A classification of the severity of drug related problems is proposed to be used in the everyday practice, both community and hospital and also for teaching and research.*

### Proposal

*to classify the severity of a drug related problem we propose four generic parameters, with six answers each.*

- 1. Patient subjective assessment on his global health status.*
- 2. Foreseeable harm for the patient in the following six months if pharmacist does nothing about the drug related problem.*
- 3. Effectiveness of pharmacist's intervention on the drug related problem.*
- 4. Harm caused by the drug related problem, or not avoided, during the previous week.*

### Conclusion

*we developed a classification of severity of drug related problems, which allows to classify from none to maximum severity. A few examples help readers to understand the classification.*

## Introducción

---

Los farmacéuticos realizan múltiples tareas, entre las que destaca lo que se ha venido en llamar Atención Farmacéutica, en la que el objetivo es identificar las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos y tratar de resolverlas (1). Aunque hay dificultades para demostrar la eficacia de la Atención Farmacéutica (2), una parte de la misma sirve en la actualidad para centrar la actividad del farmacéutico en torno al medicamento; es la identificación y resolución de los "Problemas Relacionados con los Medicamentos" (PRM). Para profundizar en el estudio de los PRM se han propuesto distintas clasificaciones que facilitan el trabajo clínico del farmacéutico y la docencia e investigación en torno a los mismos (1, 3-7).

No existe, sin embargo, una clasificación de la gravedad de los PRM, que: a) ayude a valorar la importancia del PRM para la vida del paciente, b) facilite la comparación adecuada de los PRM identificados, c) permita una ponderación de la efectividad de la intervención del farmacéutico, y d) permita pronosticar el probable resultado clínico en salud del paciente que sufre el PRM.

La simple clasificación de los PRM identificados no permite valorar la actividad del farmacéutico ni asignar recursos adecuados a dicha actividad, pues es necesario conocer la gravedad de los PRM, que puede depender de la edad y condiciones socio-económicas de la población, además del área y ámbito de práctica diferentes.

En este texto se hace una propuesta de clasificación de la gravedad de los PRM, para su utilización en la práctica diaria, comunitaria y hospitalaria, y para su empleo en docencia e investigación. Puesto que parte de miembros de la Red Española de Atención Primaria (REAP), una asociación científica de médicos generales y farmacéuticos comunitarios a los que les une su interés por la investigación, denominamos a la clasificación propuesta, Clasificación de Gravedad de PRMs de la REAP (ReSeDrug).

## Definiciones

---

Hemos utilizado preferentemente definiciones que han sido desarrolladas por el Comité Internacional de Clasificaciones de la WONCA (WICC) (8, 9), o bien que son propias de la Atención Farmacéutica (1), adaptándolas a las necesidades de la clasificación de la gravedad de los PRM.

- **PRM:** problema de salud relacionado con la farmacoterapia que interfiere o puede interferir con los resultados esperados en el paciente
- **Encuentro:** cualquier interacción entre un paciente y uno o más profesionales sanitarios. *Encuentro directo:* un encuentro en el que hay una interacción cara a cara entre un paciente y un profesional sanitario. *Encuentro indirecto:* un encuentro en el que no hay una interacción cara a cara entre un paciente y un profesional sanitario (interacción telefónica, escrita, a través de terceros, otros).
- **Episodio de atención:** el período comprendido entre la primera presentación del paciente con un problema de salud o malestar ante un profesional sanitario hasta que finaliza el último encuentro sobre el mismo problema. *Episodio de problema de salud:* el período en el que un problema de salud existe desde su inicio hasta su resolución, o muerte del paciente.
- **Problema de salud:** una valoración realizada por el proveedor sanitario sobre algo que preocupa al paciente, al profesional (en relación con la salud del paciente) o a ambos. Esto es, cualquier queja, observación o evento que el paciente o el profesional sanitario perciben como una desviación de la normalidad, y que ha afectado, afecta o puede afectar a la capacidad funcional del paciente (10). Un problema crónico es un problema de salud de una duración de seis meses o más.

- **Resultado (outcome):** el cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la atención sanitaria (11). Es el cambio medible a lo largo del curso natural de un problema de salud, o tras una intervención para prevenir, manejar, o solucionar un problema de salud.
- **Gravedad:** el grado con el que un problema impacta en la salud de las personas, individual o colectivamente.

### Codificación de la Gravedad de un PRM

Identificar un problema de salud relacionado con un medicamento (un PRM) según una clasificación determinada es poner una etiqueta. Poner una etiqueta implica, o debería implicar, un pronóstico y una probable respuesta a la intervención del profesional. Cuando se etiqueta al paciente se está haciendo, o se debería estar haciendo, una valoración de una situación que es importante por lo que significa, o ha podido significar, para el futuro del paciente. Así pues, clasificar o etiquetar un PRM conlleva, o debería conllevar, una predicción acerca del pronóstico y la posible respuesta al tratamiento, es decir, un resultado (*outcome*). Este ejercicio de predicción depende del buen juicio del profesional; es decir, de su formación y de su experiencia. Por tanto, conviene hacer explícito el valor de predicción mediante la clasificación directa de la gravedad del PRM.

Proponemos clasificar la gravedad de un PRM, es decir, su impacto cierto o probable sobre la salud global del paciente, según cuatro parámetros, que en parte se basan también en el trabajo del WICC (DUSOI/WONCA) (12, 13):

#### 1. Valoración subjetiva del paciente de su estado de salud global.

Con seis respuestas posibles acerca de su salud, en comparación con personas de su edad y situación:

- excelente [0],
- muy buena [1],
- buena [2],
- regular [3],
- mala [4],
- muy mala [5].

Esta valoración la hace el propio paciente al responder a la pregunta: *en general, comparándose con personas de su edad y situación, ¿diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala o muy mala?* Esta valoración subjetiva global tiene un gran poder predictivo respecto al futuro sanitario de la persona (estado de salud en el futuro y uso de servicios), y resume toda la patología y uso de médicos y de medicamentos del paciente (14). La pregunta se hace al paciente en un encuentro directo, o telefónico; o a una tercera persona, cuando el paciente está presente por delegación, o no tiene capacidad para responder (por ejemplo, bebé, minusválido mental o inconsciente).

#### 2. Daño esperable durante los próximos seis meses si el farmacéutico no hiciera nada respecto al PRM.

Con seis respuestas posibles acerca del pronóstico sin intervención, según el buen juicio del profesional:

- sin cambios** en la salud (sin alteración de la vida diaria, en el paciente no hospitalizado) [0],
- disminución leve** de la salud (con restricción leve de la vida diaria, que no le impide cumplir las obligaciones laborales, o similares, en el paciente no hospitalizado) [1],
- disminución moderada** de la salud (con restricción de la vida diaria que le impide cumplir las obligaciones laborales, o similares, en el paciente no hospitalizado) [2],
- disminución grave** de la salud (con restricción de la vida diaria que le obliga a estar recluido a domicilio, en el paciente no hospitalizado) [3],
- disminución muy grave** de la salud (con restricción de la vida diaria que exige la ayuda de un tercero) [4],
- muerte** [5].

Ésta es una valoración realizada por el profesional, una predicción acerca de la evolución sin su intervención, antes de que la situación se vuelva crónica. Pero no implica cronicidad; es decir, es suficiente que se prevea la situación a lo largo del episodio del problema de salud, en algún momento durante los próximos seis meses, con independencia de cuánto dure.

#### 3. Efectividad de la intervención del farmacéutico sobre el PRM (respuesta esperable a la intervención).

Con seis respuestas posibles acerca de la probable respuesta a la intervención del farmacéutico, según el buen juicio del profesional:

- el farmacéutico confirma un PRM que ha resuelto ya el propio paciente [0],
- el farmacéutico resuelve el PRM en el acto, bien por sí mismo o bien tomando contacto con el médico prescriptor [1],
- para resolver el PRM el paciente debe ser evaluado de nuevo por un médico [2],
- la resolución del PRM exige atención urgente, que probablemente no conllevará ingreso hospitalario [3],
- la resolución del PRM exige atención urgente, que probablemente conllevará ingreso hospitalario [4],
- el daño provocado por el PRM es irreparable [5].

Excepto en los casos que se incluyan en las dos primeras respuestas, de nuevo el farmacéutico hace una valoración y predice un posible curso de los hechos. El que recomiende atención urgente no significa que se logre, por fallo del paciente o del sistema sanitario, pero eso no cambia su apreciación. Si el paciente está ingresado en un hospital, se valora en teoría si tras la atención urgente sería necesario el ingreso por el PRM que se clasifica.

4. **Daños causados, o no evitados, durante la semana previa por el PRM.** Con seis respuestas posibles según los síntomas (subjetivos, según el paciente) y los signos (objetivos, observables, directa o indirectamente, por el profesional) sufridos por el paciente en conexión con el problema de salud relacionado con el PRM:

- a) **ninguno** [0],
- b) con signos/síntomas **menores**, que sólo el profesional aprecia como tales [1],
- c) con signos/síntomas **ligeros** apreciados por el paciente y/o el profesional [2],
- d) con signos/síntomas **moderados** apreciados por el paciente y/o el profesional [3],
- e) con signos/síntomas **intensos** apreciados por el paciente y/o el profesional [4],
- f) con signos/síntomas **extremos** apreciados por el paciente y el profesional [5].

La valoración la hace el farmacéutico, según lo que le describa y observe en el paciente. Se tiene en cuenta la intensidad, duración, incomodidad y repercusión en la vida del paciente. En el paciente ambulatorio, ligero es un signo/síntoma que permite hacer vida normal; moderado es un signo/síntoma que modifica la vida del paciente pero no le impide realizar sus obligaciones laborales o similares; intensos son los signos/síntomas que impiden realizar las obligaciones laborales o similares; extremos son los signos/síntomas que obligan a reposo en el domicilio.

#### **Clasificación de la gravedad del PRM (ReSeDrug)**

La gravedad de un PRM se determina según la codificación ReSeDrug, mediante el sumatorio de la puntuación de los cuatro parámetros considerados. El valor mínimo es cero [0], y el máximo veinte [20].

1. PRM de gravedad nula: puntuación: **0**
2. PRM de gravedad menor: puntuación entre **1 y 5**
3. PRM de gravedad moderada: puntuación entre **6 y 10**.
4. PRM de gravedad intensa: puntuación entre **11 y 15**.
5. PRM de gravedad máxima: puntuación entre **16 y 20**.

#### **Registro de la gravedad**

El código de gravedad puede añadirse como una extensión del código del PRM. El registro de la gravedad de un PRM se hace anotando:

- a) el **código de la gravedad**,
- b) la **puntuación de cada uno de los parámetros**, entre paréntesis, en su orden (salud global, daño esperable sin intervención, efectividad de la intervención y daños causados/ no evitados), y
- c) las **condiciones referentes al encuentro**, muy importantes para saber a quién se ha entrevistado, entre corchetes [encuentro directo, telefónico, por tercera persona (por delegación, por escrito, otro), referido a feto, infante, minusválido psíquico, o inconsciente].

#### **Ejemplos**

Es previsible que pueda existir cierta variabilidad entre las puntuaciones del ReSeDrug, pues la clasificación se basa casi exclusivamente en el juicio individual del profesional, lo que por sí mismo es fuente de variación. Debería ser aceptable, pues, que exista cierto grado de variabilidad en la práctica clínica diaria, y algunos ejemplos pueden ayudar a aminorarla.

Se incluyen ocho ejemplos de situaciones prácticas en que se da la información necesaria para proceder a clasificar la gravedad:

1. Un PRM en el que no se dispensa warfarina 3 mg, como indica la receta, pues el paciente toma warfarina 1 mg, y el farmacéutico lo advierte, y lo resuelve en el momento en el que acude la hija del paciente a por los medicamentos, tras llamar por teléfono al médico prescriptor. Otros datos: salud global, 3; daño esperable sin intervención, 4; efectividad de la intervención, 1; daños causados/no evitados, 0. *Es un PRM de gravedad moderada, 3, con ocho puntos en total.*

**Registro: 3 (3, 4, 1, 0) [tercera persona, delegación].** Es un PRM de prevención.

2. Un PRM en un paciente ingresado en un hospital por un cuadro sugerente de metástasis óseas de un cáncer de próstata, al que el médico ha prescrito morfina, lo que le provoca una retención urinaria muy dolorosa, que obliga a poner sonda uretral y a consultar con el médico, y con el farmacéutico, por las interacciones. Otros datos: salud global, 4; daño esperable, 3; efectividad de la intervención, 3; daños causados/no evitados, 4. *Es un PRM de gravedad intensa, 4, con catorce puntos en total.*

**Registro: 4 (4, 2, 3, 4) [encuentro directo].** Es un PRM de tratamiento.

3. Un PRM en un paciente anciano, recluso a domicilio por insuficiencia cardiaca, que vive solo, cuya cuidadora profesional va a la farmacia a por digoxina, que "se le ha acabado muy pronto, porque está tomando dos al día, desde hace unos veinte días". Además, dice que lo ve mucho peor, con náuseas, algún vómito y atontamiento. La farmacéutica le recomienda que dé aviso urgente, pues puede estar tomando más digoxina de la necesaria. Otros datos: salud global, 5; daño esperable, 5; efectividad de la intervención, 4; daños causados/no evitados, 4. *Es un PRM de gravedad extrema, 5, con dieciocho puntos en total.*  
**Registro: 5 (5, 5, 4, 4) [tercera persona, delegación].**  
 Es un PRM de tratamiento.
4. Un PRM en una joven que acude a la farmacia porque ha estado en Urgencias del hospital, por un esguince de tobillo, le han escayolado y le han recetado un medicamento que lleva diclofenaco y misoprostol. El farmacéutico le pregunta si puede estar embarazada, y ella responde afirmativamente, "de dieciséis semanas", por lo que le recomienda que acuda a su médico de cabecera, pues el misoprostol puede hacerle abortar, y no le dispensa el medicamento. Otros datos, referidos al feto: salud global, 0; daño esperable, 5; efectividad de la intervención, 2; daños causados/no evitados, 0. *Es un PRM de gravedad moderada, 3, con siete puntos en total.*  
**Registro: 3 (0, 5, 2, 0) [encuentro directo, feto].**  
 Es un PRM de prevención. Se cataloga como encuentro directo y se anota "feto", para dejar claro que no se refiere a la embarazada.
5. Un PRM en el que una paciente en edad fértil, en tratamiento con anticonceptivos orales, ha estado tomando ampicilina por una infección, y acude con una receta para seguir con el antibiótico. Está a mitad del ciclo menstrual, y ha tenido una relación heterosexual completa sin otro método adicional de control. Se le aconseja que vea de nuevo al médico prescriptor y que utilice un segundo método anticonceptivo de barrera, además de advertirle de un posible embarazo, por la interacción. La paciente se intranquiliza y habla de abortar en el caso de embarazo; el farmacéutico le comenta la baja probabilidad de embarazo [de un 8% si hubiera habido fallo (15)]. Otros datos: salud global, 0; daño esperable, 3; efectividad de la intervención, 2; daños causados/no evitados, 0. *Es un PRM de gravedad menor, 2, con cuatro puntos en total.*  
**Registro: 2 (0, 2, 2, 0) [encuentro directo].**  
 Es un PRM de gran incertidumbre que oscila entre paciente embarazada, lo que le llevaría a abortar, y la preocupación intensa por el embarazo (tal y como se ha clasificado en el ejemplo). El farmacéutico puede esperar a que finalice el ciclo menstrual para valorar la gravedad, ya que se trata de unos días.
- Puede considerarse un PRM de prevención, si no ha habido embarazo y el segundo método anticonceptivo lo evita a lo largo del final del ciclo, o de tratamiento, si el embarazo ya se ha producido al determinar el PRM.
6. Un PRM en el que una madre va con su hijo de tres años a Urgencias, tras haberle dado dos botes de un jarabe para la tos, que le recomendó su pediatra por teléfono hace unas dos semanas, y que no le han hecho nada. El niño lleva enfermo más de dos semanas y a la madre le llama la atención que respira mal, "como si tuviera asma, igual que el hijo de mi vecina", con tiraje visible y sibilancias audibles. En Urgencias se instauro tratamiento con inhaladores de rescate y de corticoides, tras confirmar el diagnóstico de asma. Otros datos: salud global, 3; daño esperable, 3; efectividad de la intervención, 3; daños causados/ no evitados, 4. *Es un PRM de gravedad intensa, 4, con trece puntos en total.*  
**Registro: 4 (3,4,3,4) [encuentro directo, infante].**  
 Es un PRM de tratamiento. Se cataloga como "infante" pues la información la da la madre.
7. Un PRM en un paciente que es atendido por la noche en Urgencias de un hospital por un catarro (es trabajador, y cuando puede ir a su médico ya no tiene consulta). El médico que le ha atendido le recomienda ácido acetilsalicílico, y al ir con el informe a una farmacia de guardia, el farmacéutico le pregunta si es alérgico a la aspirina, a lo que responde afirmativamente, "me han dicho que me puedo morir si la vuelvo a tomar; la última vez me tuvieron que ingresar". El paciente compra paracetamol, lo que toma siempre para los catarros. Otros datos: salud global 1; daño esperable, 5; efectividad de la intervención, 1; daños causados/no evitados, 0. *Es un PRM de gravedad moderada, 3, con siete puntos en total.*  
**Registro: 3 (1, 5, 1, 0) [encuentro directo].**  
 Es un PRM de prevención.
8. Un PRM en una adolescente que va a una farmacia a por ibuprofeno, para la dismenorrea, que el médico le ha recetado (le toca la regla en un par de semanas). Al ver el envase se desconcierta, lo reconoce como un medicamento que le cayó muy mal en otra ocasión, no sabe qué hacer y al final lo rechaza ("no me duele tanto", dice antes de irse de la farmacia). Otros datos: salud global, 0; daño esperable, 0; efectividad de la intervención, 0; daños causados/ no evitados, 0. Es un PRM de gravedad nula, 1, con cero puntos en total.  
**Registro: 1 (0, 0, 0, 0) [encuentro directo].** Es un PRM de prevención. En este PRM el farmacéutico acepta la preocupación de la paciente sobre la probable anomalía de reacción al medicamento y determina un PRM definido por el paciente.

9. Un PRM en un paciente varón que acude a la farmacia con una receta de ácido fólico que "llevamos dos meses tomando mi esposa y yo, pues queremos que se embarace". El farmacéutico muestra su asombro, pues es medicamento recomendado en la mujer, en el periodo peri-concepcional, y toma contacto telefónico con el médico, de forma que queda claro que el paciente lo está tomando incorrectamente, ya que la prescripción es para su esposa. Otros datos: salud global, 0; daño esperable, 0; efectividad de la intervención, 1; daños causados/no evitados, 0. *Es un PRM de gravedad menor, 2, con un punto en total.*

**Registro 2 (0, 0, 1, 0) [encuentro directo].** Es un PRM de prevención. El farmacéutico interviene para evitar el uso de un medicamento innecesario.

### Comentarios

El problema de salud es una valoración hecha por el proveedor sanitario, de tal forma que el profesional es el que determina la existencia del problema, lo define y lo registra. Pero muchas veces es el paciente el que plantea su situación como un problema de salud, y el profesional lo acepta y registra como tal. Por ejemplo, una mujer recibe el resultado positivo de embarazo y manifiesta que no desea dicho embarazo, lo que es un verdadero problema de salud que el profesional debe considerar tal cual. Sirva de muestra, también, el ejemplo número 8, en el que la adolescente es la que plantea el PRM. O el paciente que está preocupado con la apariencia de sus orejas, incluso si sus orejas pudieran considerarse dentro de lo normal (no orejas de soplillo o anomalías congénitas).

Los PRMs son "etiquetados" tan precisamente como puedan ser definidos con los datos provenientes de hechos concretos. Esta etiqueta refleja cómo entiende el clínico el problema. No debería minusvalorarse una etiqueta más sencilla, menos sofisticada, en tanto el clínico no tenga más información y pueda alcanzar más precisión en la definición, en la etiqueta. El verdadero error es ignorar o no identificar el problema (10). Los PRMs son problemas de salud con una relación real o sospechada con la farmacoterapia del paciente. Por ello, los farmacéuticos necesitan una formación continuada que dé solidez científica a las "sospechas y certezas" que permiten identificar PRMs.

El punto clave de la Atención Farmacéutica, como el de toda la atención clínica, es el reconocimiento del problema de salud, del PRM. Si un profesional no identifica el problema de salud (si un farmacéutico no identifica el PRM), pierde toda oportunidad de resolverlo o, al menos, de limitar su impacto sobre la salud del paciente.

Obviamente, si no se identifica un PRM no puede clasificarse su gravedad. Y si no se valora la gravedad de un PRM pueden subestimarse sus consecuencias y no tomar las medidas oportunas para su resolución o control.

Los PRM de prevención suelen tener menos gravedad que los PRM de tratamiento, como es lógico. En atención sanitaria, la actividad preventiva, incluso de enfermedades graves (por ejemplo, consejo contra el tabaquismo que evita el cáncer de pulmón), tiene menor gravedad que la propia enfermedad evitada. La gravedad es menor, pero el valor social de la prevención es mucho mayor, por los daños y gastos que evita. De ahí el interés de los PRM de prevención, tanto para el farmacéutico clínico como para la Atención Farmacéutica en su conjunto.

El estudio de los PRM y de su gravedad, su identificación y propuesta de corrección, se engloba en el esfuerzo mundial por limitar los errores y el impacto de los mismos. Los efectos adversos de los medicamentos debidos a su iatrogenia o a errores médicos o farmacéuticos, conllevan una mortalidad que se sitúa entre la cuarta y la sexta causa de muerte en EE.UU., y es un problema de índole mundial (16-19).

Respecto a la gravedad de un PRM hemos descartado totalmente "la urgencia". Es decir, la rapidez con que hayan de tomarse las medidas encaminadas a revertir los daños del PRM. Para clasificar la urgencia de un PRM se necesitaría una clasificación específica.

En casos raros, un paciente puede presentar al tiempo dos o más PRM. Se debería clasificar independientemente la gravedad de cada PRM. La gravedad global sería la del PRM más grave, aumentada en una categoría por PRM adicional determinado.

### Conclusión

En este artículo se propone una clasificación de la gravedad de los PRM que puede utilizarse en la clínica diaria, tanto en la farmacia comunitaria como en la hospitalaria (ingresos, consultas externas y urgencias). El uso de la clasificación ayudará a valorar y demostrar la importancia de la Atención Farmacéutica, y permitirá la comparación entre poblaciones y profesionales. También facilitará el estudio sobre el resultado en salud de las intervenciones encaminadas a paliar o tratar los daños provocados por el PRM.

Aunque los autores han ensayado la ReSeDrug con casos reales de PRM, se necesitan estudios de campo para determinar su validez y fiabilidad.

## Bibliografía

1. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice. New York: MacGraw-Hill; 1998.
2. Tully M, Seston E. Impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacother* 2000; 34:1320-31.
3. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990; 24:1093-7.
4. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999; 1:107-12.
5. Krska J, Jamieson D, Arris F, McGuire A, Abbott S, Hansford D, Cromarty J. A classification system for issues identified in pharmaceutical care practice. *Int J Pharm Pract* 2002; 10:91-100.
6. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43:175-84.
7. van Mil, JWF. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE classification for drug related problems. V 3.01. Available at: [http://www.pcne.org/dokumenter/PCNE\\_scheme\\_V031.htm](http://www.pcne.org/dokumenter/PCNE_scheme_V031.htm). Accessed on 2003, May 20.
8. Bentzen N (ed). An international glossary for general/family practice. *Fam Pract* 1995; 12:341-69.
9. Bentzen N (ed). WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen: Maanedskift Laeger; 2003 [in press].
10. Neelon FA, Ellis GJ. A syllabus of problem-oriented patient care. 3rd edition. Boston: Little, Brown, and Co; 1976.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44:166-203.
12. Parkerson GR, Bridges-Webb, Gérvas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Froom J et al. Classification of severity of health problems in family/general practice: an international field trial. *Fam Pract* 1996; 13:303-9.
13. WONCA International Classification Committee. International Classification of Primary Care (ICPC-2). Oxford: Oxford University Press; 1998. p.33-6.
14. Bierman AS, Bubolz TA, Fisher ES, Wasson JH. How well does a single question about health predict the financial health of Medicare managed care plans?. *Effective Clin Pract* 1999; 2:56-62.
15. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Improving methods of emergency contraception. *Progress Human Reproduction Res* 1999; 51:1-8.
16. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health care system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
17. Ferner RE, Aronson JK. Medication errors, worse than a crime. *Lancet* 2000; 355:947-8.
18. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-7.
19. Gurwitz JH, Rochon P. Improving the quality of medication use in elderly patients. A not so simple prescription. *Arch Intern Med* 2002; 162:1670-2.