

# Empoderar el autocuidado

## Un manual para farmacéuticos

2022



FIP Development Goals



International  
Pharmaceutical  
Federation

## Colofón

Copyright 2022 Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Federación Internacional Farmacéutica (FIP)  
Andries Bickerweg 5  
2517 JP La Haya  
Países Bajos  
[www.fip.org](http://www.fip.org)

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser almacenada en ningún sistema de recuperación ni transcrita por ninguna forma o medio - electrónico, mecánico, grabación u otro - sin citar la fuente. La FIP no se hace responsable de los daños y perjuicios derivados del uso de los datos y la información de este informe. Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la exactitud de los datos y la información presentados en este informe.

### Editores

Gonçalo Sousa Pinto, Responsable de Desarrollo y Transformación de Prácticas del PIF  
Matthew Hung, Asistente de Proyectos de Desarrollo de Prácticas de la FIP

### Autores

Martha Poe, Universidad Virginia Commonwealth, EE.UU.  
Rúben Viegas, Coordinador de Proyectos de Desarrollo de Prácticas del PIF

### Traducción

Este documento ha sido traducido del inglés por el Foro Farmacéutico de las Américas y la Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable (ILAR). En caso de divergencia entre ambos textos, prevalecerá el documento original en inglés de la Federación Internacional Farmacéutica. Los derechos de autor pertenecen a la Federación Internacional Farmacéutica.

### Cita recomendada

Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Empoderar el autocuidado: Un manual para farmacéuticos. La Haya: Federación Internacional Farmacéutica; 2022

### Imagen de portada

© Syda Productions | shutterstock.com

# Índice

Agradecimientos .....	3
Resumen ejecutivo .....	4
Prefacio .....	7
<b>1 Introducción .....</b>	<b>8</b>
1.1 Antecedentes y definiciones .....	8
1.1.1 Clasificación de la OMS de las intervenciones de autocuidado de la salud.....	8
1.1.2 Índice de preparación para el autocuidado.....	9
1.1.3 Marco de los siete pilares .....	9
1.1.4 Continuidad del autocuidado .....	10
1.2 La matriz de autocuidado .....	10
1.2.1 Actividades de autocuidado .....	11
1.2.2 Conductas de autocuidado .....	11
1.2.3 Contexto de autocuidado .....	12
1.2.4 Entorno de autocuidado .....	12
1.3 Propósito y objetivos.....	12
<b>2 La evolución del autocuidado y su contribución a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios .....</b>	<b>13</b>
2.1 Tendencias actuales en el autocuidado.....	13
2.1.1 Cambios en terminología.....	13
2.1.2 Tecnología y mayor acceso a la información .....	13
2.2 El autocuidado como contribución a la UHC .....	14
2.2.1 Reasignación de recursos del cuidado de la salud.....	14
2.2.2 Ahorros en costos del cuidado de la salud .....	15
2.2.3 Mejora de la preparación para emergencias.....	15
2.2.4 Mejora de los estilos de vida saludables y de la alfabetización sanitaria.....	15
2.3 Barreras para el autocuidado.....	15
2.3.1 Obstáculos estructurales y regulatorios .....	15
2.3.2 La percepción de los farmacéuticos como una barrera.....	16
2.3.3 Impacto de la pandemia de COVID-19 .....	16
2.3.4 Necesidad de mejorar la alfabetización sanitaria .....	16
2.3.5 Eficiencia de la carga de trabajo .....	17
2.3.6 Falta de modelos de remuneración adecuados .....	17
2.3.7 Educación y desarrollo de la fuerza laboral .....	17
2.3.8 Trabajo en equipo interprofesional .....	17
<b>3 La función de los farmacéuticos en el apoyo al autocuidado informado .....</b>	<b>18</b>
3.1 Los farmacéuticos como fuentes de información locales de confianza.....	18
3.2 Impacto de los farmacéuticos en la alfabetización sanitaria .....	18
3.3 El futuro de la farmacia y el autocuidado .....	19
<b>4 Dolor de garganta.....</b>	<b>21</b>
4.1 Signos y síntomas .....	21
4.2 Priorización.....	21
4.3 Gestión farmacológica.....	24
4.4 Gestión no farmacológica.....	25
4.5 Recursos y enlaces útiles .....	25
<b>5 Molestias gastrointestinales.....</b>	<b>26</b>
5.1 Signos y síntomas .....	26
5.2 Priorización .....	26
5.3 Gestión farmacológica.....	29
5.4 Gestión no farmacológica.....	30
5.5 Recursos y enlaces útiles .....	30
<b>6 Dolor musculoesquelético .....</b>	<b>31</b>
6.1 Signos y síntomas .....	31

6.2 Priorización .....	32
6.3 Gestión farmacológica.....	33
6.4 Gestión no farmacológica.....	35
6.5 Recursos y enlaces útiles .....	35
<b>7 Fiebre infantil.....</b>	<b>36</b>
7.1 Priorización .....	36
7.2 Gestión farmacológica.....	38
7.3 Gestión no farmacológica.....	39
7.4 Recursos y enlaces útiles .....	39
<b>8 Salud sexual.....</b>	<b>40</b>
8.1 Signos y síntomas .....	40
8.2 Priorización .....	41
8.3 Gestión farmacológica y no farmacológica.....	42
8.4 Recursos y enlaces útiles .....	43
<b>9 La desinfección y la farmacia.....</b>	<b>44</b>
9.1 Recursos y enlaces útiles .....	46
<b>10 Resumen de los puntos clave.....</b>	<b>47</b>
10.1 Dolor de garganta.....	47
10.2 Dolores gastrointestinales .....	47
10.3 Dolor musculoesquelético .....	47
10.4 Fiebre infantil.....	48
10.5 Salud sexual .....	48
10.6 La desinfección y la farmacia.....	48
<b>11 El autocuidado en el contexto de América Latina.....</b>	<b>49</b>
11.1 El valor social y económico del autocuidado en América Latina.....	49
11.2 ¿Qué se necesita para desbloquear todo el potencial del autocuidado en América Latina? .....	49
11.3 Como promover el rol del farmacéutico en el autocuidado en América Latina .....	50
11.4 Barreras para la implementación del autocuidado en el ámbito del profesional farmacéutico en América Latina .....	51
11.5 Servicios actuales de orientación farmacéutica en países de América Latina.....	52
11.5.1 Argentina.....	52
11.5.2 Bolivia.....	52
11.5.3 Brasil .....	52
11.5.4 Chile.....	53
11.5.5 Colombia .....	53
11.5.6 Costa Rica.....	53
11.5.7 Cuba .....	54
11.5.8 Ecuador .....	54
11.5.9 Guatemala .....	54
11.5.10 Paraguay .....	54
11.5.11 Perú .....	54
11.6 Conclusión del capítulo.....	54
<b>12 Conclusión.....</b>	<b>56</b>
<b>13 Referencias .....</b>	<b>57</b>

# Agradecimientos

La FIP desea agradecer las valiosas contribuciones y la experiencia de las siguientes personas y organizaciones, que contribuyeron a la revisión de esta publicación.

## Jaime Acosta-Gómez

Secretario de la Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP  
España

## Dr Wael Ali

Presidente de la Organización Egipcia de Farmacia  
Egipto

## Profesor John Bell

Farmacéutico Practicante/Profesor, Graduate School of Health, University of Technology Sydney  
Australia

## Dra. Luna El Bizri

Fundador y Director, Farmacia Lunapharm  
Líbano

## Dra. Cátia Caneiras

Miembro de la Comisión AMR de la FIP y Coordinador del Laboratorio de Investigación Microbiológica en Salud Ambiental, Universidad de Lisboa  
Portugal

## Dr. Jack Collins

Investigador Postdoctoral Asociado, Universidad de Sydney  
Australia

## Profesor Philip Conaghan

Catedrático de Medicina Musculoesquelética, Universidad de Leeds  
REINO UNIDO

## Daragh Connolly

Presidente de la Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP hasta 2022  
Irlanda

## Joanne Crook

Farmacéutico Consultor de Pediatría, King's College Hospital  
REINO UNIDO

## Dra. Sarah Dineen-Griffin

Profesor de Gestión de Servicios Sanitarios, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Charles Sturt  
Australia

## Profesora Sabiha Essack

Presidente de la Comisión AMR de la FIP y Vicepresidente y Secretario General de la Academia de Ciencias de Sudáfrica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de KwaZulu-Natal  
Sudáfrica

## Manjiri Gharat

Vicepresidente de la FIP  
India

## Hilary McKee

Farmacéutico asesor, Northern Health and Social Care Trust  
REINO UNIDO

## Laura Murphy

Líder clínico de farmacia e investigador clínico, University Health Network  
Canadá

## Dr. Austen El-Osta

Director de la Unidad de Investigación Académica sobre Autocuidado del Imperial College de Londres, Escuela de Salud Pública  
REINO UNIDO

## Irene Serrano

Farmacéutica comunitaria  
España

## Lars-Åke Söderlund

Vicepresidente de la FIP  
Suecia

## Wirat Tongrod

Profesor, Facultad de Ciencias Farmacéuticas, Universidad Huachiew Chalermprakit  
Tailandia

El contenido de esta publicación ha sido producido de forma independiente por los autores y editores de la FIP. Esta publicación fue apoyada por fondos sin restricciones de Reckitt.



## Resumen ejecutivo

Apoyar y empoderar a las personas para que participen responsablemente en el autocuidado es una parte importante de la práctica diaria de los farmacéuticos en todo el mundo. El autocuidado abarca todo el espectro del bienestar desde la prevención de enfermedades hasta la gestión de síntomas y dolencias comunes. También abarca intervenciones, que van desde el asesoramiento sobre medicamentos sin receta y dispositivos médicos (a menudo descritos como "de venta libre") hasta la educación sobre dietas saludables, higiene y prácticas de atención plena.<sup>1</sup> La capacidad de participar en el autocuidado faculta a las personas para actuar sobre su propia salud y bienestar y fomenta la inclusión de sus aportes y necesidades específicas, al tomar decisiones del cuidado de la salud. El autocuidado faculta a las personas y las sociedades para transformar la salud. Además, para promover la equidad en materia de salud, se necesita alfabetización sanitaria y existe un considerable margen de mejora y de mayor investigación en este campo.

El autocuidado se ha conceptualizado a través de marcos internacionalmente reconocidos.<sup>2</sup> La Matriz de autocuidado es un marco ampliamente accesible, que transmite el concepto de la "totalidad" del autocuidado, al resaltar las interrelaciones entre cuatro dimensiones cardinales del autocuidado. Estas dimensiones son:

1. Actividades de autocuidado centradas en la persona;
2. Comportamientos de autocuidado;
3. Autocuidado en el contexto de la utilización de recursos y
4. El entorno prevaleciente como un facilitador clave de la práctica de autocuidado.

El autocuidado es un importante contribuyente a la cobertura universal de salud (UHC) a través del ahorro en el gasto sanitario y la reasignación de recursos por medio de un uso reducido y la presión sobre los sistemas del cuidado de la salud. Por ejemplo, la educación y evaluación de los pacientes llevadas a cabo por farmacéuticos, además de apoyar la elección informada de medicamentos sin receta, podría aliviar la carga impuesta a los sistemas de atención médica, como en los centros de atención primaria o las salas de emergencia de los pacientes, que buscan consulta por dolencias menores y disminuir la dependencia de medicamentos con receta.

Además, muchos organismos regulatorios están apoyando los avances tecnológicos en el cuidado de la salud, particularmente aquellos que pueden ayudar a las poblaciones a manejar mejor las enfermedades crónicas y ayudar a prevenir posibles problemas médicos. Sin embargo, la expansión del autocuidado se enfrenta a barreras estructurales y regulatorias en todo el mundo. Otros aspectos que deben mejorarse son la necesidad de elevar los niveles de alfabetización sanitaria de la población, así como la educación y formación adecuadas de la fuerza de trabajo de la farmacia para apoyar a las personas de manera más eficaz en la gestión de sus afecciones.

Las políticas también deben destacar aún más, cómo la participación en el autocuidado puede mejorar la salud y el bienestar, como complemento de los sistemas del cuidado de la salud formales. Unos sistemas del cuidado de la salud sólidos deberían empoderar a las personas para que puedan cuidar de sí mismas. Los países pueden promover el autocuidado, proporcionando a las poblaciones servicios de cuidado de la salud primaria, eficaces, eficientes e inclusivos, información de calidad del cuidado de la salud y servicios de atención preventiva y atención complementaria, accesibles a través de farmacias comunitarias.

Los farmacéuticos son fuentes confiables de información de salud, dentro de las comunidades y contribuyen a generar resultados de salud positivos, al empoderar a las personas para que cuiden mejor su propia salud. Esto se destaca en la [Visión 2025 de la Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP](#). La función de los farmacéuticos está evolucionando y su set de competencias profesionales continúa cambiando y creciendo, por lo que requiere un desarrollo continuo para apoyar a sus colegas, pacientes y comunidades.

Este manual proporciona orientación a los farmacéuticos sobre el apoyo al autocuidado en seis áreas de consultas frecuentes: dolor de garganta, dolores gastrointestinales, dolor musculoesquelético, fiebre infantil, salud sexual y desinfección y farmacia.

1. El dolor de garganta es una afección común, que generalmente está autolimitada y los farmacéuticos pueden desempeñar una función de apoyo en la identificación de los síntomas y su manejo correspondiente con medicamentos sin receta e intervenciones, no farmacológicas. Debido a que el

dolor de garganta es uno de los síntomas más comunes, que llevan al uso injustificado de antibióticos, los farmacéuticos pueden desempeñar una función importante en la detección y derivación de pacientes, además de educarlos y monitorear su uso de medicamentos.

2. Las dolencias gastrointestinales pueden estar influenciadas por varios factores del estilo de vida, incluyendo la dieta y el estrés y el uso de ciertos tipos de medicamentos. Es importante que los farmacéuticos tengan en cuenta estos factores, al interactuar con los pacientes, que presentan tales síntomas. Existen diferentes medicamentos sin receta médica para tratar los síntomas relacionados con las dolencias gastrointestinales, lo que convierte a las farmacias en puntos de acceso clave para el asesoramiento confiable y el acceso a productos de autocuidado, que pueden proporcionar alivio y atención a las personas afectadas. El asesoramiento nutricional, uno de los pilares fundamentales del autocuidado, también se identificó como una parte integral en el control de los síntomas gastrointestinales.
3. El dolor musculoesquelético representa un problema frecuente en la comunidad y en última instancia, puede llevar a la discapacidad. También son una causa frecuente de consultas farmacéuticas. Al evaluar las posibles causas y características del dolor, los farmacéuticos deben considerar los aspectos ocupacionales y de comportamiento. Están disponibles diferentes formulaciones de medicamentos sin receta para que los farmacéuticos recomienden el tratamiento, más apropiado. Los factores de estilo de vida, como el control del peso y el ejercicio físico adecuado, también pueden ser factores importantes para la prevención y el manejo del dolor musculoesquelético.
4. La fiebre infantil es un síntoma frecuente en las farmacias comunitarias. Los farmacéuticos tienen una función importante, que desempeñar para tranquilizar y proporcionar alivio a los pacientes, sus familias y cuidadores. La edad, estatus de vacunación y las quejas recientes son factores importantes, que deben tenerse en cuenta al determinar las estrategias de manejo, más apropiadas o la necesidad de derivación. Además de las recomendaciones sobre medicamentos, los farmacéuticos están en buena posición para proporcionar educación sobre otros temas relacionados con la fiebre, como el método correcto para medir la temperatura, las opciones de hidratación y las opciones de gestión, no farmacológica en el hogar.
5. La salud sexual comprende diferentes condiciones que varían según el género y la edad. Los farmacéuticos deben ser lo suficientemente capaces de llevar a cabo conversaciones respetuosas y abiertas, que a veces pueden ser difíciles de entablar y proporcionar asesoramiento con base en la evidencia sobre temas con la privacidad y discreción, que requieren. Los farmacéuticos también pueden participar activamente en la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual, aprovechando su accesibilidad a través de asociaciones con centros de referencia o especializados. Los farmacéuticos también pueden asesorar a las personas sobre el uso de una amplia variedad de enfoques de autocuidado para mejorar la salud sexual y las prácticas sexuales, más seguras.
6. La desinfección y la farmacia es una consideración esencial en la prevención de enfermedades transmisibles. La limpieza y desinfección deben implementarse y practicarse regularmente, inclusive más allá de las pandemias y las temporadas pico de enfermedades transmisibles, como la gripe. Para apoyar la desinfección en la farmacia, es importante que las superficies y los dispositivos utilizados con frecuencia, especialmente los utilizados en las pruebas en el punto de atención, se desinfecten regularmente. El lavado de manos también es una estrategia importante, que debe estar arraigada en la rutina diaria de los farmacéuticos y que debe promoverse regularmente a los pacientes para minimizar el riesgo de transmisión de la enfermedad.

Este manual tiene como objetivo proporcionar a la fuerza laboral de la farmacia una orientación relevante y concisa sobre las prácticas de orientación y los enfoques centrados en la persona para promover y participar en el autocuidado. Analiza las tendencias y estrategias actuales en el autocuidado y explora las implicaciones,

innovaciones y enfoques adoptados en varias áreas de práctica. También tiene como objetivo, apoyar e involucrar a la fuerza laboral de farmacia de primera línea para superar las barreras, desafíos y realidades del autocuidado, al tiempo que explora el alcance de todos sus beneficios potenciales, especialmente los que contribuyen a la visión de la UHC.

# Prefacio

## Por el presidente de la Federación Internacional Farmacéutica

En 2018, la FIP firmó la Declaración de Astana, comprometiéndose a trabajar para mejorar la atención primaria de salud, como un paso esencial hacia sistemas de salud sostenibles y resilientes y una cobertura sanitaria universal. El autocuidado es un componente importante del cuidado de la salud con implicaciones importantes para los sistemas de salud. El autocuidado incluye una amplia variedad de áreas en las que las personas pueden ser proactivas en el mantenimiento, la mejora y la gestión de su propia salud y bienestar, que van desde la promoción de la salud, la prevención y gestión de enfermedades, hasta la automedicación. Es imperativo que las personas estén facultadas con el conocimiento y la capacidad de comprender y cuidar plenamente, su propia salud de manera autónoma.

Los farmacéuticos están en una posición ideal para apoyar el autocuidado informado, al empoderar a los pacientes para que tomen mejores decisiones de salud. Estas intervenciones son esenciales para optimizar el uso de los recursos por parte de los sistemas de salud y pueden ofrecer mejores resultados de salud para las personas y contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud y a los beneficios sociales y económicos, más amplios. Los farmacéuticos comunitarios brindan educación y orientación en múltiples áreas de autocuidado, incluyendo nutrición y actividad física, higiene y desinfección, opciones de estilo de vida, salud sexual y otras áreas clave de estilo de vida. Administran y asesoran sobre el uso de medicamentos sin receta y otros productos y dispositivos de autocuidado. Estos servicios están estrechamente alineados con los Objetivos de desarrollo 15 (Atención centrada en las personas) y 18 (Acceso a medicamentos, dispositivos y servicios) de la FIP. Además, el Objetivo de Desarrollo 21 (Sostenibilidad en farmacia) del Plan de aplicación de la salud, también es pertinente en este contexto, ya que el autocuidado es un impulsor clave de la cobertura de la salud universal y un importante contribuyente, al ahorro de costos del cuidado de la salud y a un mejor uso de los recursos.

En 2017, la FIP publicó [“Pharmacy as a gateway to care: Helping people towards better care”](#), una publicación que destaca varios aspectos del autocuidado, desde su arquitectura (especialmente los componentes conductuales y del sistema) hasta la comprensión y la importancia de los sistemas de salud. Este documento de referencia fue la base para la declaración de política de la FIP [“Pharmacy: Gateway to care”](#), que incluyó un compromiso de la FIP para apoyar a las organizaciones miembros en el desarrollo de estándares de calidad para los servicios de autocuidado y protocolos para la provisión de autocuidado, que sean apropiados para su contexto nacional y para abogar por los servicios de autocuidado, administrados por farmacéuticos para mejorar y gestionar la salud. En 2019, la FIP y la Federación Global de Autocuidado publicaron [una declaración de política conjunta](#), que destaca las responsabilidades de los farmacéuticos en la administración de productos de autocuidado, apoyando a los pacientes con educación, colaboración con otros proveedores de atención médica y alentando a las personas a tomar decisiones de vida proactivas. Es dentro del espíritu de estas declaraciones y publicaciones que FIP ahora publica este manual, que proporciona a los farmacéuticos y sus organizaciones profesionales, un recurso para apoyarlos en la defensa de la importante función, que la fuerza laboral de la farmacia puede desempeñar en el apoyo al autocuidado. También proporciona un enfoque centrado en la persona con orientación profesional para apoyar el autocuidado en áreas específicas. Analiza las estrategias actuales para el autocuidado y sus diversas dimensiones para los síntomas y dolencias comunes, que a menudo se manejan en la comunidad. Estos servicios profesionales de los farmacéuticos destacan su compromiso con la atención primaria del cuidado de la salud y aprovechan las farmacias, como puertas de entrada a la atención, como fuentes confiables de asesoramiento y medicamentos y como instalaciones del cuidado de la salud, accesibles en el centro de cada comunidad.

Le exhorto a implementar los servicios, descritos en este manual en su práctica diaria y a apoyar a los colegas de su país en hacerlo. FIP se enorgullece de apoyar el avance del autocuidado a nivel mundial y se compromete a equipar y empoderar a los profesionales de la farmacia y sus organizaciones para ofrecer intervenciones de autocuidado, respaldadas por la farmacia en las comunidades a las que sirven.



Dominique Jordan

# 1 Introducción

## 1.1 Antecedentes y definiciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el autocuidado como "la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional del cuidado de la salud".<sup>3</sup> Considerado como el "tipo de atención más antiguo", el autocuidado representa uno de los enfoques más prometedores para mejorar la salud y la calidad de vida. El autocuidado también contribuye a la cobertura sanitaria universal y a la equidad sanitaria.

La capacidad de involucrarse en el autocuidado permite a los pacientes asumir funciones activas en la gestión de su salud y bienestar. También exhorta a la prestación de atención, centrada en el paciente, lo que en consecuencia, puede mejorar la atención y los resultados a nivel individual y del sistema de salud.<sup>4</sup> Los determinantes sociales de la salud, que se definen como "las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen y el set más amplio de fuerzas y sistemas, que dan forma a las condiciones de la vida diaria", pueden influir notablemente en la capacidad de dedicarse al autocuidado.<sup>5</sup> Ejemplos de estos determinantes incluyen ingresos, educación, seguridad alimentaria, condiciones de vida laboral o inclusión social y no discriminación, entre otros. En resumen, estos factores impactan directamente en la percepción del paciente sobre su salud, su capacidad de intervención y las formas en que accede a los servicios de salud. La capacidad de una persona para realizar el autocuidado a menudo se ve limitada por su situación socioeconómica, su nivel de alfabetización en salud y su acceso a asesoramiento profesional.<sup>6</sup>

Como profesionales de la salud, altamente accesibles, los farmacéuticos son esenciales para abogar y ayudar a las personas y familias con el autocuidado.<sup>7</sup> Los farmacéuticos pueden contribuir a un aumento de la autonomía de autocuidado a través de una serie de intervenciones diferentes. Es imperativo que los farmacéuticos inviertan sus conocimientos y experiencia, así como que operen en todo el alcance de su práctica para mejorar los resultados económicos y de salud.<sup>8</sup>

### 1.1.1 Clasificación de la OMS de las intervenciones de autocuidado de la salud

En diciembre de 2021, la OMS lanzó un nuevo recurso, centrado en las intervenciones de autocuidado y su clasificación. Las intervenciones incluyen "medicamentos, dispositivos, diagnósticos y/o tecnologías digitales de calidad con base en evidencia, que pueden proporcionarse total o parcialmente fuera de los servicios de salud formales y pueden utilizarse con o sin el apoyo de un trabajador de la salud".<sup>9</sup>

Este documento de la OMS tiene como objetivo promover un lenguaje accesible y puente para los investigadores, responsables políticos y administradores de programas de salud en cinco áreas clave:

- Sintetizar las pruebas y la investigación;
- Promover la defensa y la comunicación;
- Realización de inventarios nacionales y análisis del panorama;
- Articular las necesidades con base en los desafíos identificados en el sistema de salud y
- Formulación de consideraciones operacionales para la orientación sobre la aplicación.<sup>9</sup>

Las intervenciones se agrupan en torno a diferentes perfiles de usuarios primarios, incluyendo autocuidadores y cuidadores, trabajadores de la salud, administradores de programas de salud y responsables de políticas de salud, legisladores y reguladores. Se reconoce que la función clave, que los farmacéuticos pueden desempeñar en el autocuidado es apoyar, promover y supervisar las intervenciones de autocuidado a las personas en sus comunidades para mejorar los resultados de salud. Los farmacéuticos también pueden tener una función como gerentes de programas y en la formulación de políticas en su país o región.

A través de las funciones mencionadas anteriormente, los farmacéuticos pueden responder a las necesidades de salud de las personas, apoyando intervenciones de autocuidado y ayudándoles a superar los desafíos del sistema de salud. Esos desafíos son diversos e incluyen un número insuficiente de instalaciones de salud accesibles, una escasa alfabetización sanitaria y la falta de información clara, que sea fácil de utilizar y de entender, la falta de acceso o de servicios limitados para ciertas poblaciones y los gastos corrientes para las personas.<sup>9</sup>

### 1.1.2 Índice de preparación para el autocuidado

La Federación Global de Autocuidado lanzó recientemente, un Índice de preparación para el autocuidado que sirve, tanto como marco para implementar el autocuidado, como como herramienta de promoción para priorizar el autocuidado en los programas de atención médica y social a nivel local e internacional. Este marco destaca cuatro facilitadores diferentes del autocuidado: apoyo y adopción de las partes interesadas, empoderar al consumidor y al paciente, políticas de salud de autocuidado y un entorno regulatorio de apoyo.

Los farmacéuticos tienen una función, particularmente importante en impulsar el segundo facilitador (empoderar al consumidor y al paciente), ya que trabajan en contacto directo con los pacientes todos los días y por lo tanto, pueden empoderarlos regularmente para tomar decisiones de salud, mejor informadas. Este marco también proporciona varias recomendaciones que los farmacéuticos y los responsables de las políticas deben considerar e implementar para avanzar en el autocuidado en general:<sup>10</sup>

- Lanzar una campaña mundial de promoción para aclarar y alinear a las partes interesadas en torno a la definición única y universalmente reconocida de autocuidado de la OMS para inspirar la acción y unir a las diversas partes interesadas;
- Elaborar un nuevo “pacto mundial” sobre el autocuidado con el objetivo último de presentar una nueva resolución de la OMS sobre el autocuidado;
- Aumentar la cantidad y calidad de la información sobre el autocuidado de que disponen los consumidores;
- Educar e incentivar a los profesionales del cuidado de la salud para que recomienden productos y prácticas de autocuidado;
- Ampliar las soluciones de salud digital en asociación con el despliegue de equipos de atención multidisciplinaria;
- Forjar una alianza, más amplia de defensores del autocuidado para argumentar que las inversiones en el autocuidado resultan en poblaciones más saludables y costos más bajos y
- Alentar a los gobiernos a “conectar los puntos”, asegurando políticas del cuidado de la salud y marcos regulatorios, más coherentes a través de la multitud de estrategias, planes y programas, que afectan el autocuidado.

Para garantizar la entrega óptima a los pacientes de información y servicios relacionados con el autocuidado, también es importante establecer una colaboración interprofesional entre las diferentes partes interesadas y los profesionales del cuidado de la salud. Al igual que el índice, también existen varios modelos y marcos, que tienen como objetivo capturar la complejidad que rodea la definición y el alcance del autocuidado.

### 1.1.3 Marco de los siete pilares

El marco de siete pilares consta de siete dominios o “pilares”, cada uno de los cuales describe un set de actividades, que las personas pueden emprender para mejorar y preservar los niveles óptimos de salud y calidad de vida. Estos son:<sup>11</sup>

#### 1. Conocimientos y alfabetización sanitaria

El pilar de conocimientos y alfabetización en salud incluye la capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud necesarios para tomar decisiones adecuadas en materia de salud. Mejorar la alfabetización en salud permite a los pacientes interpretar adecuadamente la información, ya sea escrita o verbal.

#### 2. Bienestar mental, autoconciencia y agencia

La autoconciencia y la agencia representan un pilar importante, ya que se consideran puntos de partida básicos para todas las actividades futuras de autocuidado. Las actividades en este pilar incluyen conocer el estado actual de los indicadores de salud (o mediciones de salud comunes), como el índice de masa corporal (BMI), los niveles de colesterol y la presión arterial.

#### 3. Actividad física

La actividad física regular de intensidad moderada mejora significativamente, la salud cardiorrespiratoria y mental. Como tal, es importante considerar dedicar tiempo suficiente a los deportes y actividades, regularmente y reducir el comportamiento sedentario.

#### 4. Alimentarse de manera saludable

El pilar de la alimentación saludable refuerza el mantenimiento de una dieta nutricional y equilibrada con una ingesta calórica adecuada.

#### 5. Evitación y mitigación de riesgos

El pilar de prevención y mitigación de riesgos destaca acciones o prácticas de prevención de la salud, como dejar de fumar, limitar el consumo de alcohol, utilizar vacunas seguras y efectivas, practicar sexo más seguro y utilizar protector solar.

#### 6. Buena higiene

La adopción de prácticas de higiene regulares, como lavarse las manos con regularidad, cepillarse los dientes y lavar los alimentos, es un pilar adicional, que contribuye al autocuidado.

#### 7. Uso racional de productos y servicios

El uso racional de los productos, servicios y medicamentos sanitarios, incluyendo el uso responsable de los medicamentos y cuando es necesario, contribuye al autocuidado.

### 1.1.4 Continuidad del autocuidado

El continuo de autocuidado coloca al individuo, dentro de un rango que describe la medida en que una persona depende del apoyo y los recursos externos. Los puntos en este continuo van desde el autocuidado puro, donde la persona es la única responsable de sus opciones de salud y condiciones de salud hasta la atención médica pura, donde el profesional de la salud tiene plena responsabilidad. Ejemplos de actividades, que se encuentran dentro de este continuo incluyen elecciones diarias, manejo de dolencias menores y cuidado de traumatismos mayores.<sup>12</sup>

La matriz de autocuidado, explorada en detalle a continuación, describe un punto de partida integral para el pensamiento de autocuidado, al consolidar el marco de siete pilares con el continuo de autocuidado, así como los aspectos relevantes para las consideraciones de comportamiento y el entorno externo.

## 1.2 La matriz de autocuidado

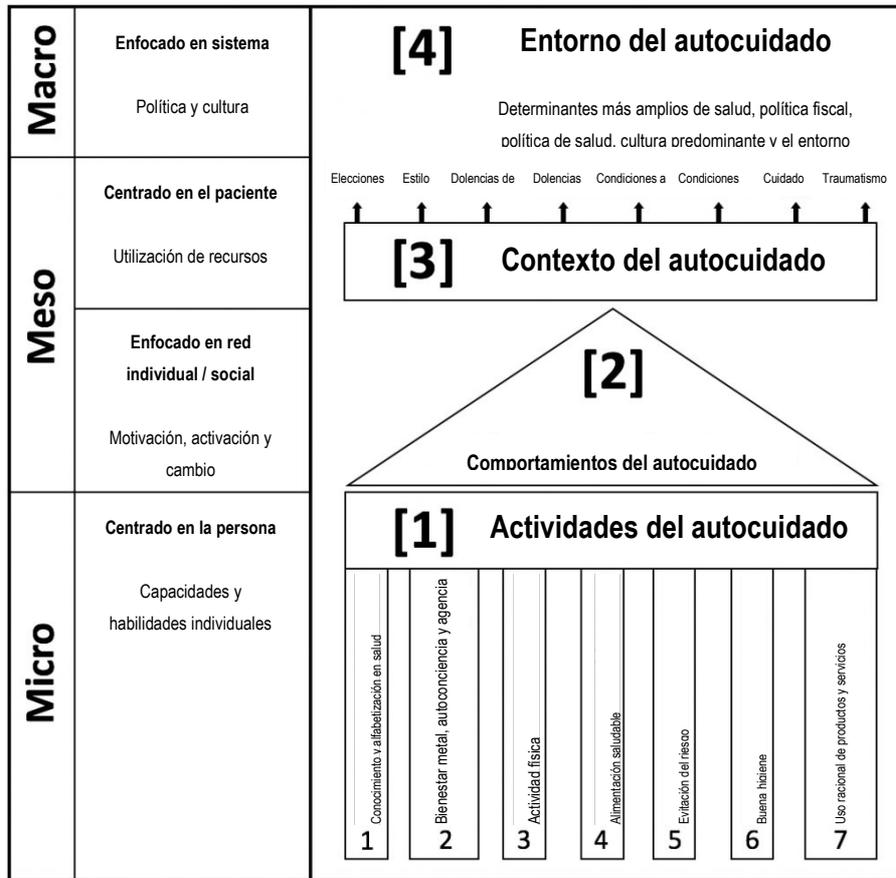
La matriz de autocuidado (SCM) es un marco importante, que considera las cuatro "dimensiones cardinales del autocuidado" (Figura 1). El SCM reconoce las repercusiones de los sistemas sociales y de salud en los autocuidadores, además de los determinantes de la salud, más amplios con base en el medio ambiente y las políticas. Apoya la conceptualización del autocuidado en su totalidad y describe las relaciones entre las actividades de autocuidado, cambio de comportamiento y uso de recursos, considerando el entorno y la cultura en la que viven las personas. Además, el SCM considera e incluye el marco de siete pilares y el continuo de autocuidado, que se mencionan en las dimensiones 1 y 3 del SCM, respectivamente.

El SCM ofrece una variedad de perspectivas para permitir a los farmacéuticos comprender más a fondo, los factores individuales y sociales, que influyen en el autocuidado. Al adquirir este conocimiento, los farmacéuticos estarán mejor equipados para ayudar a los pacientes a maximizar su autonomía y para abogar por la toma de decisiones, centrada en la persona.

Las cuatro dimensiones cardinales del autocuidado son:

1. Actividades de autocuidado, que representan el set de actividades, centradas en la persona, que constituyen el autocuidado;
2. Comportamientos de autocuidado y cómo sostenerlos;
3. Contexto de autocuidado y dependencia individual del apoyo y los recursos externos y
4. Entorno de autocuidado, incluyendo los determinantes, más amplios de la salud y el entorno construido.

Al considerar cómo cada una de estas dimensiones impacta, da forma y guía el autocuidado, los farmacéuticos comprenderán cómo se pueden optimizar, las soluciones individualizadas y poner en práctica de manera adecuada. Cada dimensión se describe adicionalmente a continuación, utilizando el manejo de la diabetes como un ejemplo contextual.<sup>2</sup>

Figura 1. - El SCM y sus diferentes niveles<sup>2</sup>

Reproducido con la amable autorización de los autores de la figura.

### 1.2.1 Actividades de autocuidado

La dimensión cardinal de las actividades de autocuidado, se refiere al set de actividades, que las personas pueden realizar por sí mismas para mantener o mejorar su salud física y bienestar. Estas actividades se relacionan directamente con la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas en diversos ámbitos, como la alfabetización sanitaria, bienestar mental y conciencia personal, alimentación saludable, actividad física, prevención de riesgos, buenas prácticas de higiene y uso racional y responsable de los productos y servicios.

Las actividades, como el monitoreo de enfermedades en el hogar, el mantenimiento de una dieta saludable y el autocontrol de los estados de enfermedad, son ejemplos de actividades de autocuidado. Los farmacéuticos pueden apoyar a los pacientes con estrategias para complementar y mejorar su conocimiento de la enfermedad o el tratamiento, fomentar el monitoreo autónomo de los síntomas, alentar el autotratamiento a través de planes de acción, personalizados en respuesta al empeoramiento de los síntomas o exacerbaciones y mejorar la responsabilidad en la participación en opciones de estilo de vida saludable.<sup>13</sup> Esta dimensión se centra estrictamente en lo que los individuos pueden realizar por sí mismos a través de sus acciones autónomas y dentro del alcance de sus conocimientos, alfabetización en salud y autoconciencia, al tiempo que son capaces de medir tales actividades.<sup>14</sup> En el ejemplo del manejo de la diabetes, las intervenciones farmacéuticas podrían incluir mejorar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad y los medicamentos que están tomando, fomentar su capacidad para utilizar adecuadamente su dispositivo de monitoreo de glucosa y educarlos en habilidades adecuadas de autoexamen del pie.

### 1.2.2 Conductas de autocuidado

La dimensión cardinal de los comportamientos de autocuidado opera en el contexto de los grupos sociales y el entorno inmediato de las personas. Le preocupa cómo las interacciones dentro de estos entornos

contribuyen a la adopción a largo plazo de hábitos de autocuidado, que buscan la salud. Si bien esta dimensión se centra principalmente en la persona, reconoce el impacto de las normas y actitudes sociales en la participación en el autocuidado.<sup>15</sup> Los factores clave que operan a este nivel incluyen el uso de avisos, gamificación y tecnología para promover la adopción rutinaria y sostenida de actividades de autocuidado, así como las formas en que las personas interactúan con estas características.

Los componentes de cambio de comportamiento, que están interrelacionados dentro de esta dimensión son ejemplificados por la rueda de cambio de comportamiento, que consiste en una síntesis de 19 teorías de cambio de comportamiento.<sup>16</sup> Las posibles intervenciones impulsadas por los farmacéuticos con relación al manejo de la diabetes podrían incluir alentar la adopción en todo el hogar de una dieta amigable con la diabetes y una mejor utilización de las tecnologías para fomentar cambios continuos en el estilo de vida (por ejemplo, aplicaciones o dispositivos, que rastrean y fomentan el establecimiento de objetivos para hábitos de estilo de vida saludables).

### 1.2.3 Contexto de autocuidado

La dimensión cardinal del contexto de autocuidado enfatiza el grado de interacción entre una persona y el sistema de salud y considera la dependencia subyacente de la persona de fuentes externas. La dependencia de recursos externos representa una amplia variedad de actividades desde requerir asistencia de otros miembros del mismo hogar hasta depender de programas comunitarios para el transporte y otras actividades de la vida diaria. La pirámide permanente de Kaiser del modelo de autocuidado destaca la relación inversa entre la necesidad de recursos externos y la autonomía individual.<sup>17</sup> Las intervenciones de los farmacéuticos en este nivel están más estrechamente relacionadas con la promoción de enfoques individualizados, como la organización de charlas o talleres sobre diabetes con otros profesionales del cuidado de la salud.

### 1.2.4 Entorno de autocuidado

La dimensión cardinal del entorno de autocuidado, se refiere al medio ambiente, incluyendo la política, panoramas sociales y de salud pública, el entorno construido e incluso los espacios ecológicos, como parques y espacios verdes. Estos factores dan forma a las principales actitudes culturales y normativas hacia el autocuidado. Las intervenciones y los factores de influencia en este nivel, se centran menos en el autocuidado individual y ponen más énfasis en cómo el autocuidado se articula en la cultura predominante y en la sociedad en su conjunto.<sup>2</sup> A través de este análisis a nivel macro, se puede apreciar cómo las principales estructuras sociales, gubernamentales y socioeconómicas pueden beneficiar y limitar los esfuerzos de autocuidado. Utilizando el manejo de la diabetes como ejemplo, las intervenciones a este nivel podrían incluir la promoción de fondos gubernamentales, adicionales para suministros de diabetes o la implementación de programas nacionales para mejorar el acceso a la atención especializada. Esto también permite a los farmacéuticos identificar barreras para grupos más grandes de personas, como aquellos en áreas rurales o entornos de bajos recursos, que tienen problemas para asistir a citas de salud, debido a la falta de medios de transporte confiables. El posicionamiento de las farmacias como "centros comunitarios" donde las personas pueden recibir apoyo en su recorrido de autocuidado personal (por ejemplo, servicios de gestión de la diabetes) es otro ejemplo.

## 1.3 Propósito y objetivos

Este manual proporciona orientación relevante y concisa para el autocuidado de los farmacéuticos y la fuerza laboral de la farmacia. Analiza las tendencias y estrategias actuales en el autocuidado y explora las implicaciones, innovaciones y enfoques, adoptados en varias áreas de práctica. Además, tiene como objetivo educar e involucrar a la fuerza laboral de farmacia de primera línea para cumplir con las barreras, desafíos y realidades del autocuidado en diferentes entornos, al tiempo que explora los beneficios de optimizar el autocuidado y su impacto en la UHC. Por último, este manual describirá varias afecciones comunes, que a menudo se manejan a través del autocuidado y analizará las posibles opciones de tratamiento.

## 2 La evolución del autocuidado y su contribución a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios

A medida que las poblaciones crecen y las necesidades de salud se diversifican, también seguirá creciendo la necesidad de acceso a la atención médica y la dependencia del autocuidado. Para 2030, se estima que habrá una escasez de 18 millones de trabajadores de la salud en todo el mundo.<sup>18</sup> Esta escasez destaca por qué el autocuidado, aunque no es un concepto novedoso, se ha puesto en el centro de atención en los últimos años y está en el corazón de diferentes prácticas e instituciones, como la especialidad emergente de la medicina del estilo de vida y la OMS. Las partes interesadas están cada vez más conscientes de que los modelos actuales y tradicionales de atención médica, pronto serán insuficientes para satisfacer las demandas de atención médica de la próxima década.<sup>18</sup> El Capítulo 2 se centra en las tendencias actuales en el autocuidado, los recursos necesarios y las barreras que deben superarse para ampliar el alcance del autocuidado, antes de reflexionar sobre la función crítica del autocuidado en el logro de la agenda de la UHC.

### 2.1 Tendencias actuales en el autocuidado

El avance hacia la autosuficiencia y un enfoque individualista del cuidado de la salud ha sido un punto de análisis, durante décadas. Cabe señalar que, si bien el autocuidado se considera el "tipo de cuidado más antiguo", durante algún tiempo fue un concepto casi olvidado a la luz del antiguo paradigma de los enfoques, puramente biomédicos para tratar las enfermedades. Mientras que algunas culturas pueden tener una fuerte cultura de autocuidado, como el uso rutinario de remedios tradicionales y técnicas de atención plena, ahora se centra en el papel clave de los trabajadores de la salud en el desarrollo y la promoción de productos, tecnologías y prácticas de autocuidado con base en la evidencia, como medicamentos sin receta o autocontrol.<sup>19</sup>

#### 2.1.1 Cambios en terminología

Un cambio significativo dentro de la comunidad del cuidado de la salud es el cambio en la forma en que se define y articula el autocuidado, especialmente en el contexto de los enfoques proactivos de atención y medicina, centrada en la persona. Se ha hecho un esfuerzo por pasar de un lenguaje más paternalista y tradicional, como "mi paciente" o "el médico sabe mejor", a un lenguaje que faculta más, como "atención centrada en la persona" y "toma de decisiones compartida". Un cambio notable, dentro del panorama de la farmacia, se refiere al lenguaje que rodea la adherencia a los regímenes de medicación, reemplazando el término "no conformidad" con el concepto más ampliamente aceptado de "no adhesión". La relación cada vez más reconocida entre el autocuidado y el empoderar al paciente, no sólo continúa afectando las percepciones y actitudes en el autocuidado, sino que también destaca la función clave de los profesionales del cuidado de la salud, como facilitadores del autocuidado a través del asesoramiento y el acceso a las intervenciones que brindan.<sup>20</sup>

El concepto de enfoques, centrados en la persona o en el paciente, se remonta a George Engel y su modelo biopsicosocial, que destacó la necesidad de un cambio de un "enfoque de diagnóstico" a un "enfoque individual". Engel argumentó que para proporcionar una atención adecuada, los aspectos sociales y psicológicos son tan importantes, como los marcadores biológicos, más objetivos.<sup>21</sup> La atención centrada en la persona es una parte integral del autocuidado y representa un área en la que los farmacéuticos pueden desempeñar una función significativa.

#### 2.1.2 Tecnología y mayor acceso a la información

La tecnología es un facilitador clave del autocuidado. Los avances, tanto en la cantidad de información de salud fácilmente disponible, como en la accesibilidad a los recursos de salud, incluyendo los disponibles a través de Internet, han afectado enormemente, la forma en que se faculta a las personas para que participen en el autocuidado. Esto se ha facilitado mediante el uso de herramientas de salud digitales, avisos y recordatorios electrónicos, herramientas de monitoreo remoto y portátiles. Además, ha habido un cambio hacia el uso de aplicaciones y teléfonos inteligentes para rastrear los resultados de las pruebas de salud y apoyar la decisión de buscar atención directa. Esta disponibilidad de información correcta y en algunos casos,

inexacta tiene implicaciones significativas para los farmacéuticos, que con frecuencia son solicitados por individuos que intentan filtrar todos estos datos.<sup>22</sup>

De hecho, cada vez más personas están utilizando recursos en línea para comprar medicamentos y dispositivos de autocuidado, así como para autodiagnosticar e investigar opciones de tratamiento a veces inclusive, antes de hablar con un profesional médico de confianza.

Los verificadores de síntomas en línea, como Healthily, ADA y WebMD han facilitado esto. Los desarrolladores promueven tales herramientas de salud digitales, como un método para que los pacientes ahorren tiempo y reduzcan la ansiedad y para proporcionar a los pacientes la oportunidad de tomar el control de su propia salud y bienestar. Por el contrario, los sistemas automatizados, que no proporcionan ningún juicio clínico ni evaluaciones personalizadas pueden transmitir información de salud inexacta y sugerir intervenciones inapropiadas. Los farmacéuticos pueden apoyar el autocuidado a través del monitoreo remoto y el uso del enfoque de "autocuantificación", que es el proceso de recopilar y analizar sistemáticamente datos sobre uno mismo para mejorar la vida. Utilizando este enfoque, los farmacéuticos pueden educar a los pacientes sobre los peligros de depender únicamente de los recursos en línea, ya que serán considerados como los facilitadores importantes del autocuidado.

Los cambios demográficos y los presupuestos del cuidado de la salud tensos, así como la pandemia de COVID-19 en curso, también han acelerado el uso de asesoramiento y aplicaciones digitales y el desarrollo de farmacias en línea (farmacias electrónicas), particularmente con respecto al autocuidado. Se espera que el uso de dispositivos digitales para las enfermedades, no transmisibles mejore la vigilancia de las enfermedades, mediante la facilitación de las mediciones de la salud, como la glucosa en sangre y el mantenimiento de los libros de registro, así como que mejore la adherencia a los medicamentos, evitando que se olviden dosis.

## 2.2 El autocuidado como contribución a la UHC

La OMS ha citado el autocuidado, como un importante facilitador para alcanzar la meta de la UHC.<sup>23</sup> Durante mucho tiempo se ha argumentado que participar en el autocuidado contribuye, significativamente a lograr colectivamente la UHC.<sup>24</sup>

La UHC garantiza que todas las personas en todas partes, puedan acceder a servicios de salud esenciales de calidad con protección financiera. Está firmemente arraigada en el derecho humano a la salud y requiere un firme liderazgo político. Debido a que los servicios de salud asequibles, accesibles y de calidad liberan el potencial de las personas, la UHC se considera una de las inversiones, más rentables. Se considera que casi todos los países y territorios, incluyendo los países y territorios de bajos ingresos, tienen la capacidad de movilizar los recursos necesarios para lograr la cobertura universal de salud. Lograr la UHC es esencial para el desarrollo inclusivo, la prosperidad, la igualdad de género y la equidad.<sup>25</sup> A continuación se analiza cada una de las posibles contribuciones.

### 2.2.1 Reasignación de recursos del cuidado de la salud

Podría decirse que la contribución más intuitiva del autocuidado a la UHC, se refiere a la mejora de la eficiencia en la forma en que se utilizan los escasos recursos. El autocuidado desvía el uso de recursos de los hospitales y los centros de atención aguda (atención primaria de la salud) y más bien depende de la autonomía y la autosuficiencia, que se inculca a las personas para las afecciones comunes, menores y autotratables. Cuando se considera la función de los farmacéuticos en la evaluación de problemas de salud menores en la farmacia comunitaria, el potencial para liberar camas de hospital y reducir las listas de espera de los médicos es aún más significativo. Un estudio realizado en el Reino Unido demostró que hasta el 40% de las visitas de medicina general (GP), se realizaron por enfermedades menores, que probablemente podrían manejarse fuera del entorno clínico.<sup>20</sup> Este cambio hacia el autocuidado podría permitir una prestación de atención más eficiente y oportuna, especialmente para aquellos con afecciones o quejas más graves. Centrarse en el autocuidado podría incluso permitir servicios de salud más rentables y eficientes en el tiempo, ya que la atención y los tratamientos estarían más disponibles. Además, esto también beneficiaría a los profesionales del cuidado de la salud, ya que su tiempo y esfuerzos se gestionarían de manera más eficiente y se dirigirían a la atención de pacientes, que requieren intervenciones más complejas.

### 2.2.2 Ahorros en costos del cuidado de la salud

Si bien la reasignación de recursos tiene el potencial de afectar significativamente los costos del cuidado de la salud, otra área significativa de ahorro es la gestión de enfermedades crónicas, no transmisibles. Participar en el autocuidado para controlar la propia diabetes o el asma, por ejemplo, puede proporcionar beneficios en la prevención de hospitalizaciones.<sup>26</sup> También es importante considerar los costos de atención médica indirectos, como el ausentismo laboral para programar y asistir a las citas, además del costo del cuidado infantil y los gastos de viaje. Estos ahorros tienen el potencial de liberar recursos para los pacientes, que los requieren más rápidamente y por extensión, hacer que la UHC, sea más alcanzable.<sup>27</sup>

### 2.2.3 Mejora de la preparación para emergencias

En 2021, se estima que una de cada cinco personas en el mundo vivía una crisis humanitaria.<sup>23</sup> Junto con esta inestabilidad viene una mayor necesidad de autonomía y autosuficiencia en la toma de decisiones del cuidado de la salud, racionales. Las mejoras en la alfabetización sanitaria, capacidad individual y capacidad para dedicarse al autocuidado contribuyen a empoderar a las personas en situaciones en las que los profesionales médicos y los recursos pueden no estar fácilmente disponibles.

Este también es el caso cuando se requiere que las personas confíen en sus propios conocimientos y habilidades de resolución de problemas para cuidar de su salud y bienestar.<sup>28</sup> Como se vio recientemente con las complejidades y limitaciones asociadas con la pandemia de COVID-19, el autocuidado y la autosuficiencia se han convertido en menos una opción y más bien en una necesidad para cuidar la salud de una manera oportuna.

### 2.2.4 Mejora de los estilos de vida saludables y de la alfabetización sanitaria

Un aspecto importante, que contribuye a la provisión de UHC es la adopción a gran escala de opciones y comportamientos de estilo de vida saludable por parte de personas de todos los ámbitos de la vida, incluyendo las mejoras en los hábitos diarios, relacionados con la nutrición, actividad física, salud mental, sueño y rutinas de salud general.<sup>29</sup> Los farmacéuticos son esenciales para ayudar a las personas a establecer y mantener comportamientos de búsqueda de salud con impactos positivos en la salud y el bienestar. También están bien situados para ayudar a las personas a mejorar su alfabetización sanitaria. Desempeñan una función fundamental a la hora de educar a los pacientes sobre la adopción de hábitos de vida saludables, así como de abordar las preocupaciones y disipar los mitos con relación a dichos hábitos.<sup>30</sup>

La combinación de estos factores puede tener un impacto importante y positivo en los esfuerzos para lograr la UHC. El Capítulo 3 proporciona un análisis más exhaustivo sobre cómo los farmacéuticos pueden contribuir a estos objetivos.

## 2.3 Barreras para el autocuidado

Los eventos recientes, incluyendo la pandemia de COVID-19, enfatizaron la necesidad de acelerar el acceso a intervenciones eficaces de autocuidado. Un desafío importante, al que se enfrentan ahora muchos profesionales médicos es establecer formas efectivas de crear conciencia sobre la participación en el autocuidado y ampliar las intervenciones de autocuidado. A continuación se presenta una lista, no exhaustiva de varias barreras clave.

### 2.3.1 Obstáculos estructurales y regulatorios

A pesar de los progresos recientes, siguen existiendo varios obstáculos, incluyendo los déficits estructurales, como las limitaciones de tiempo en la práctica y las estructuras regulatorias, que limitan el autocuidado. La disminución de la fuerza laboral de la farmacia ha reducido la disponibilidad de farmacéuticos para asesorar a los pacientes, lo que reduce en gran medida, su capacidad para empoderar a los pacientes con relación al autocuidado.<sup>31</sup> Mientras tanto, el alcance más bien restringido de la práctica de los farmacéuticos en algunos entornos regulatorios puede obstaculizar en gran medida, su capacidad para apoyar el autocuidado.<sup>32</sup>

Estas frustraciones también pueden ser percibidas por los pacientes, lo que crea una barrera adicional para acceder a la atención médica. Los farmacéuticos a menudo están en mejor posición para educar y evaluar a los

pacientes, además de monitorear su terapia con medicamentos, pero a través de restricciones regulatorias, pueden encontrarse dirigiendo a los pacientes a través de un sistema disfuncional. Esto puede implicar la incapacidad, en algunos casos, para que los farmacéuticos suministren resurtidos de emergencia, extiendan las recetas o inicien terapias para enfermedades menores, que generalmente podrían manejarse en el entorno ambulatorio.

### 2.3.2 La percepción de los farmacéuticos como una barrera

Las percepciones de los farmacéuticos sobre sus propias habilidades y capacitación también pueden crear una barrera para el autocuidado. La falta de confianza en su conjunto de habilidades para proporcionar consejos sólidos sobre el autocuidado puede ser percibida por los pacientes, que pueden sentirse insuficientemente apoyados para participar en el autocuidado. En algunas situaciones, esta falta de confianza puede deberse a una capacitación insuficiente y al aprendizaje experiencial, dentro del plan de estudios de farmacia. Otra limitación importante para el autocuidado es una cultura de renuencia al cambio, así como una inflexibilidad para adaptarse de una función más tradicional y administrador a un papel, más progresivo con responsabilidades clínicas adicionales.<sup>20</sup>

### 2.3.3 Impacto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha hecho que muchas personas presten más atención a su salud y adopten nuevos comportamientos para minimizar el riesgo de contraer y transmitir el virus, como lavarse las manos con más frecuencia y técnicas de desinfección regulares. Con cada vez más personas en todo el mundo, utilizando nuevas tecnologías y dispositivos, la salud y el bienestar se han convertido en un espacio cada vez más digitalizado con más diagnósticos, tratamientos y asistencia profesional, disponibles a solicitud.

Junto con otras barreras, la pandemia de COVID-19 ha traído su propio conjunto de desafíos y contratiempos, que impactan en la capacidad de las personas para participar en el autocuidado. Debido a la naturaleza contagiosa del coronavirus, las medidas de autoaislamiento o las órdenes de cuarentena han contribuido a evitar a los pacientes en los centros de salud, especialmente cuando los servicios novedosos, como la telemedicina o la mejora de los circuitos de entrega, no se han implementado adecuadamente. Las clínicas y los establecimientos de salud también tienen un acceso limitado a las revisiones y reconocimientos periódicos. De alguna manera, la pandemia ha provocado un cambio al uso de farmacias en línea, lo que limita la disponibilidad para las personas, que pueden no tener formas confiables de acceder a estos servicios digitales. Además, dado que a generaciones de estudiantes y pasantes, les falta una gran cantidad de educación y capacitación en persona, se ha expresado preocupación por la falta de conocimientos básicos en materia de salud.<sup>33</sup>

Los consumidores se han interesado cada vez más en utilizar la tecnología para gestionar su atención médica, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, que dificultó que muchas personas vieran a los profesionales médicos en persona. Por lo tanto, esto subraya la necesidad de soluciones digitales, que ayuden a los consumidores a administrar su atención médica desde casa en asociación con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales médicos.

### 2.3.4 Necesidad de mejorar la alfabetización sanitaria

La alfabetización sanitaria, se ha definido como "el grado en que las personas tienen la capacidad de encontrar, comprender y utilizar la información y los servicios para fundamentar decisiones y medidas relacionadas con la salud para sí mismas y para los demás".<sup>34</sup> Según la UNESCO, todavía existen 773 millones de adultos en todo el mundo que no saben leer, lo que pone de relieve la urgente necesidad de avanzar en esta área.<sup>35</sup> La falta de alfabetización sanitaria es un obstáculo importante para el autocuidado, ya que impide que las personas tomen decisiones informadas con relación a su salud y bienestar. Ejemplos de tales decisiones, incluyen la recopilación de información confiable y el acceso a los servicios de salud disponibles. Las personas con baja alfabetización en salud tienden a abandonar el autocuidado y buscar asesoramiento de un médico, antes de lo necesario para limitarse a sí mismas, las dolencias menores.<sup>36</sup>

### 2.3.5 Eficiencia de la carga de trabajo

Los farmacéuticos a menudo se enfrentan a múltiples tipos de presión en el trabajo, que pueden llevar a condiciones de salud mental y agotamiento. Los factores para la eficiencia de la carga de trabajo incluyen la capacidad de la fuerza laboral, gestión del personal, prestación de servicios, gestión de la escasez de medicamentos, modelos de remuneración adecuados, seguridad y bienestar, entre otros. La pandemia de COVID-19 agravó la situación, ya que en muchas partes del mundo, los farmacéuticos permanecieron abiertos al público, durante los confinamientos.<sup>37</sup> El uso de herramientas digitales, como el software de gestión de existencias y la capacitación en línea para el personal puede ser parte de la solución.

### 2.3.6 Falta de modelos de remuneración adecuados

La creciente evidencia en torno a la efectividad y utilidad de los servicios de farmacia, que respaldan el autocuidado carece de un cambio importante en los modelos de remuneración de las farmacias. El predominio global de modelos de remuneración con base en productos a menudo obliga a los farmacéuticos a priorizar la administración sobre la prestación de otros servicios del cuidado de la salud por los cuales, no son remunerados. Esto hace que la prestación de esos servicios sea insostenible. Los facilitadores futuros para promover el autocuidado, incluyen incentivos de remuneración para los servicios en las áreas de la alfabetización sanitaria, prevención de enfermedades y educación sanitaria.<sup>38</sup>

### 2.3.7 Educación y desarrollo de la fuerza laboral

Los conocimientos y las aptitudes, necesarios para prestar servicios de autocuidado con base en las necesidades requieren actualizaciones constantes, mediante el desarrollo profesional continuo y actividades de educación continua. Las habilidades sociales, incluyendo la comunicación y la comprensión del cambio de comportamiento son importantes, no sólo para preparar a los futuros profesionales de la salud a nivel de pregrado para brindar servicios de autocuidado centrados en el paciente, sino también para desarrollar y actualizar, sus habilidades a lo largo de su vida profesional. Además, la fuerza laboral de la farmacia requiere herramientas y capacitación en aquellas habilidades, adaptadas a las necesidades de la vida real de cada comunidad.<sup>38</sup>

### 2.3.8 Trabajo en equipo interprofesional

Las farmacias son una parte integral de los sistemas de salud, lo que lleva a la comunicación con diferentes profesionales médicos. Los desafíos en la gestión de medicamentos y las redes de referencia surgen cuando falta la comunicación entre los profesionales médicos a través de las transiciones de la atención o cuando los farmacéuticos no pueden acceder fácilmente a la información del paciente a través de los registros de salud de un paciente. Además, la representación de la farmacia en las redes nacionales de formulación de políticas y los marcos de atención primaria es esencial, si se quiere incluir a los farmacéuticos en el proceso de toma de decisiones del desarrollo de políticas de salud.<sup>38</sup>

Todas estas barreras son importantes para que los farmacéuticos consideren avanzar en el autocuidado a nivel local, nacional y regional. Una visión global de las diferentes regulaciones, alcances de la práctica y modelos de distribución y remuneración con posibles impactos directos en la prestación de servicios de autocuidado, se puede encontrar en el reporte de la FIP "[Farmacia comunitaria de un vistazo 2021](#)".

## 3 La función de los farmacéuticos en el apoyo al autocuidado informado

El Capítulo 3 comienza con un enfoque en la función de los farmacéuticos en el apoyo a las personas en su recorrido de autocuidado y explora las formas en que los farmacéuticos pueden mejorar y ampliar, los niveles de alfabetización en salud, dentro de sus comunidades. También considera el futuro del autocuidado y la función de las organizaciones, como la FIP y sus organizaciones miembros, en el apoyo a los farmacéuticos, antes de concluir con una nota sobre el manejo adecuado de los medicamentos, al guiar las decisiones de autocuidado.

### 3.1 Los farmacéuticos como fuentes de información locales de confianza

Los farmacéuticos comunitarios son profesionales de la salud accesibles y de primera línea, que están convenientemente ubicados en el centro de nuestras comunidades, lo que les confiere una posición única para brindar atención a los pacientes. Los farmacéuticos siempre han estado y siguen estando en estrecho contacto con los miembros de sus comunidades, incluyendo las personas de todos los estratos sociales. De hecho, los pacientes se encuentran con farmacéuticos con más frecuencia, que otros profesionales médicos. Los farmacéuticos educan rutinariamente a los pacientes sobre formas efectivas de manejar dolencias menores y prevenir enfermedades a través de una relación de confianza y lealtad. Los farmacéuticos también están bien capacitados para educar eficazmente a los pacientes y proporcionar asesoramiento con base en la evidencia sobre una amplia variedad de temas, incluyendo las intervenciones de autocuidado y el uso de medicamentos sin receta en el tratamiento de enfermedades menores.<sup>39, 40</sup> Esta proximidad permite a los farmacéuticos proporcionar servicios del cuidado de la salud, centrados en elementos clave a través de diferentes enfoques, que incluyen la centricidad del paciente, gestión de medicamentos, comunicación y coordinación de la atención, seguimiento oportuno por parte de un profesional médico y la educación y capacitación del paciente.<sup>41</sup>

Sin embargo, existen múltiples barreras para la participación de los farmacéuticos en el aumento de la aceptación de las iniciativas de autocuidado. Estas barreras incluyen el alcance limitado de la práctica, la capacitación insuficiente y la vacilación de la profesión para adaptarse al entorno del cuidado de la salud en constante cambio y a menudo se agravan con una subinversión crónica en la farmacia comunitaria.

### 3.2 Impacto de los farmacéuticos en la alfabetización sanitaria

La alfabetización sanitaria se considera en gran medida, como uno de los principales pilares del autocuidado, como lo demuestran las diferentes descripciones conceptuales del autocuidado y es esencial, tanto para tomar decisiones autodirigidas, como para entablar conversaciones significativas con los profesionales médicos. La alfabetización sanitaria se ve muy afectada por diferentes factores, como el nivel de educación y el acceso a los recursos de información. La baja alfabetización sanitaria es un problema común, particularmente en las personas con un nivel socioeconómico más bajo, las personas con educación limitada y los adultos mayores.<sup>1</sup> Las consecuencias del analfabetismo deficiente en salud incluyen dificultades para seguir instrucciones sobre los regímenes de tratamiento, incapacidad para comprender el asesoramiento, proporcionado por los profesionales médicos y en última instancia, el aumento de los costos del sistema de salud, debido a estos malentendidos.

Además, mejorar y mantener niveles adecuados de alfabetización sanitaria plantea un desafío para todos los países y territorios, independientemente de sus ingresos.<sup>42</sup> Los datos sobre los niveles de alfabetización sanitaria son limitados y varían según los entornos en los que se recopilaban los datos. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se estima que el 36% de la población, que representa aproximadamente 90 millones de personas, tiene una capacidad limitada para comprender la información de salud. Mejorar la alfabetización sanitaria es esencial para mejorar el autocuidado en todos los países y entornos.<sup>43</sup>

Existen varias maneras en que los farmacéuticos pueden mejorar significativamente, los niveles de alfabetización en salud, así como ayudar y empoderar a las personas para que comprendan los aspectos clave, relevantes para sus necesidades de salud y bienestar. Esto comienza creando un entorno "libre de vergüenza" en el que las personas pueden hacer preguntas, así como recibir respuestas sin prejuicios y aliento para mejorar su bienestar, independientemente de su nivel de alfabetización en salud. Los farmacéuticos pueden lograr esto, identificando las habilidades de los pacientes y el nivel de participación en análisis relacionados con la salud. En consecuencia, pueden ajustar la forma en que se entrega su información. Las salas de consulta en las farmacias comunitarias pueden proporcionar un entorno más adecuado para que los pacientes expresen todas sus preguntas e inquietudes.

Otro método para promover y asegurar la alfabetización en salud, incluye el uso de la técnica de "enseñar de nuevo". Esto consiste en pedir a las personas, que repitan en sus propias palabras, lo que se ha analizado anteriormente. Esto también puede ir acompañado del uso de dibujos o diagramas. Además, los farmacéuticos pueden utilizar un enfoque de enseñanza participativo al educar a los pacientes, como permitir que un individuo cuente sus tabletas a medida que explica el medicamento o pedirle al paciente, que demuestre el uso de un dispositivo de monitoreo de glucosa en sangre. Estas estrategias facultan a las personas para que asuman funciones activas en la gestión de su propia salud. Al interactuar con los pacientes, es importante que los farmacéuticos recuerden utilizar un lenguaje "amigable para el paciente" y evitar la jerga de atención médica y las explicaciones complicadas y elaboradas. No hacerlo puede disminuir la capacidad de los pacientes para comprender conceptos importantes y perder mensajes esenciales para llevar.

Otro problema a menudo asociado con la baja alfabetización en salud es la no adhesión a los medicamentos. Los pacientes que no pueden acceder y comprender la información necesaria sobre los regímenes de medicación prescritos pueden sentirse menos comprometidos en el manejo de su propia salud, lo que puede llevar a la no adhesión, el mal manejo de las condiciones crónicas y una mayor probabilidad de hospitalización.<sup>43</sup> En este sentido, FIP desarrolló recientemente, kits de herramientas sobre [revisión de medicamentos y revisión del uso de medicamentos](#) y sobre [reconciliación de medicamentos](#) para ayudar a los farmacéuticos a establecer estos servicios importantes, que contribuyen a mejorar la adherencia a los medicamentos, la efectividad de los medicamentos y los resultados de salud. Una situación de plena adherencia a la medicación y estabilidad terapéutica podría llevar a un mejor autocuidado, ya que los pacientes están más motivados para explorar las condiciones de autocuidado y las soluciones para sus dolencias menores.<sup>44</sup>

Otra área importante donde los farmacéuticos pueden mejorar la alfabetización en salud es la alfabetización digital en salud.<sup>45</sup> Las herramientas digitales e Internet han aumentado la cantidad de información de salud, disponible para el público en general y tienen el potencial de ayudar con el manejo de enfermedades crónicas. Sin embargo, para muchas personas, su falta de experiencia y capacitación en el uso de la tecnología, limita su capacidad para acceder y comprender la información de salud, así como para analizar los resultados de las pruebas en el punto de atención y las mediciones de salud. Esta diferencia puede aumentar la brecha de autocuidado entre grupos de personas, donde ya existen disparidades de salud, debido a factores como los ingresos, el acceso a la tecnología y la educación.

### 3.3 El futuro de la farmacia y el autocuidado

Las políticas deben reflejar de manera más prominente, los beneficios del autocuidado, especialmente demostrando cómo el autocuidado puede mejorar la salud y el bienestar en complemento con los sistemas de salud formales. Unos sistemas del cuidado de la salud sólidos deberían empoderar a las personas, que se cuidan a sí mismas. Las autoridades sanitarias gubernamentales pueden promover el autocuidado, proporcionando a las poblaciones, servicios de atención primaria eficaces, eficientes e inclusivos, especialmente a través de farmacias comunitarias, información sanitaria de calidad y fácil acceso a servicios de atención preventiva y atención suplementaria. A largo plazo, los sistemas se beneficiarán de una asignación eficiente de recursos en todos los servicios de atención primaria y especializada.

Se requieren cambios, tanto a nivel del paciente, como del sistema de salud. Para la evolución de la asistencia sanitaria es necesario convertir a los pacientes pasivos en participantes proactivos en la gestión de su propia salud, así como evolucionar los sistemas de asistencia sanitaria de los sistemas de enfermedad a los sistemas de prevención.

La farmacia ha evolucionado sustancialmente en las últimas décadas en formas que ayudan a la profesión a apoyar el autocuidado. Sin embargo, teniendo en cuenta las barreras examinadas en el capítulo 2.3, todavía queda mucho por hacer. Una barrera importante es la forma en que la profesión se percibe a sí misma. Si la farmacia va a evolucionar, pasando de una mentalidad de "administradores y vendedores solamente" a una entidad más clínica y centrada en el paciente, se tendrán que hacer esfuerzos significativos. En particular, las intervenciones farmacéuticas en la terapia con medicamentos sin receta (de venta libre) son ampliamente aceptadas y pueden llevar a mejoras en los resultados de los pacientes.<sup>46</sup> La visión de la Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP para 2025 destaca, cómo empoderar a los farmacéuticos a través de los cuatro pilares de la práctica de "revisar, prescribir, distribuir y administrar" rompe las barreras a la atención, al mejorar la elección y el acceso.<sup>47</sup>

También es necesario mejorar la educación y la capacitación para preparar a la fuerza laboral de farmacia para apoyar a los pacientes en su autocuidado. Aunque los documentos de orientación pueden ayudar a los farmacéuticos con estas cuestiones, sigue siendo necesario continuar los cursos, la capacitación suficiente y el aprendizaje experiencial con relación al autocuidado.

Existe la necesidad de aumentar la alfabetización digital en salud entre los graduados en farmacia. A medida que los registros electrónicos de salud y los datos digitalizados, se vuelven más comunes, es esencial que los graduados puedan comprender y trabajar fácilmente con estos sistemas y realizar la investigación necesaria para responder a las preguntas de autocuidado.

En el mundo globalizado de hoy, el avance del autocuidado en farmacia requerirá un esfuerzo concertado y unido en múltiples países y territorios. El avance de la profesión farmacéutica es sin duda un objetivo compartido entre todos los profesionales y defensores de la farmacia en todo el mundo. La FIP tiene como objetivo equipar y empoderar a los profesionales de la farmacia para que defiendan el autocuidado, apoyado por la farmacia, al tiempo que establecen objetivos comunes, claros y medibles. La FIP unió recientemente sus fuerzas con la Federación Global de Autocuidado en una [declaración conjunta](#), que destaca las responsabilidades de los farmacéuticos en la administración de productos de autocuidado, apoyando a los pacientes con una educación adecuada, participando en la colaboración multidisciplinaria y alentando a las personas a tomar mejores decisiones proactivas en materia de salud. Además, el reporte de la FIP "[La farmacia como puerta de entrada a la atención: Ayudar a las personas hacia una mejor salud](#)" destaca el concepto de automedicación, facilitada o asesorada, así como la función que los farmacéuticos pueden desempeñar, como facilitadores de las decisiones de autocuidado, que los consumidores toman en la selección y el uso de medicamentos sin receta (de venta libre).

Los Objetivos de Desarrollo de la FIP, establecidos en 2020 presentan una visión para el futuro de la farmacia, incluyendo el autocuidado, a través de 21 objetivos. Los Objetivos 5 (Desarrollo de competencias) y 15 (Atención centrada en las personas) son particularmente relevantes para promover el autocuidado. Mediante la utilización de diferentes herramientas, documentos y manuales, los farmacéuticos pueden esforzarse por convertirse en administradores competentes del autocuidado, mientras utilizan un enfoque centrado en la persona.

Los capítulos 4 a 9 presentarán seis áreas clave diferentes para el autocuidado: dolor de garganta , dolores gastrointestinales , dolor musculoesquelético , fiebre infantil, salud sexual y desinfección y la farmacia.

## 4 Dolor de garganta

El dolor de garganta se puede definir como una sensación dolorosa, seca o de rasguño en la garganta. Generalmente es una condición autolimitada, que normalmente no tiene efectos dañinos, significativos a largo plazo en la salud. El dolor de garganta es uno de los síntomas más comunes, encontrados en la farmacia comunitaria, especialmente durante el invierno y representa un alto número de visitas al médico de cabecera cada año, lo que supone una carga considerable para los sistemas de salud.<sup>48</sup>

Las causas del dolor de garganta pueden variar y pueden incluir infecciones virales, factores ambientales, alergias y tabaquismo. Es menos comúnmente causada por bacterias. La aparición más común de infección bacteriana, que causa dolor de garganta es la infección de garganta estreptocócica del grupo A o comúnmente conocida, como "faringitis estreptocócica". Las infecciones virales suelen ir acompañadas de tos, secreción nasal, ronquera y a veces, conjuntivitis. Por el contrario, las infecciones bacterianas (faringitis estreptocócica) incluyen síntomas como fiebre, manchas blancas en la garganta (exudados amigdalinos, que indican la presencia de bacterias) y niveles generalmente altos de inflamación local.<sup>49</sup>

Otros factores que podrían provocar dolor de garganta incluyen alergias, goteo posnasal, sequedad provocada por factores externos o irritantes, irritación por el uso excesivo de la voz o inflamación, debido a la enfermedad por reflujo. La exposición al tabaco o irritantes químicos, un sistema inmunitario debilitado y las infecciones recurrentes de las vías respiratorias superiores pueden poner a una persona en mayor riesgo de desarrollar dolor de garganta.<sup>50</sup>

No se recomienda el uso rutinario de antibióticos para el dolor de garganta. El dolor de garganta es una de las infecciones, más comunes del tracto respiratorio superior, donde se presenta el uso inapropiado e injustificado de antibióticos.<sup>51</sup> Cada vez hay más estudios sobre el uso de pruebas rápidas para diferenciar entre infecciones virales y bacterianas de la garganta para guiar la prescripción de antibióticos y minimizar el uso indebido de antibióticos para infecciones provocadas por virus u otros agentes microbianos.<sup>52</sup>

### 4.1 Signos y síntomas

Los síntomas del dolor de garganta incluyen:<sup>50</sup>

- Dolor o sensación de rasguño en la garganta;
- Dolor que empeora al tragar o hablar (odinofagia);
- Deglución dificultosa (disfagia);
- Dolor, inflamación de las glándulas en el cuello o la mandíbula;
- Amígdalas rojas e hinchadas y
- Una voz ronca o apagada.

Los síntomas de señal de alerta incluyen:<sup>53</sup>

- Dolor de garganta grave o que dura más de una semana;
- Dificultad y dolor al tragar (odinofagia o disfagia) con dificultad para respirar o abrir la boca;
- Dolor articular, dolor de oído o hinchazón del cuello;
- Fiebre superior a 38,3°C (101°F) con o sin temblores, escalofríos y sudores nocturnos;
- Dolor de garganta frecuente y recurrente y
- Ronquera que dura más de dos semanas.

La presencia de cualquier síntoma de alerta debe llevar al farmacéutico a derivar al paciente, al sistema de atención médica, donde el paciente puede ver a un médico y obtener un seguimiento y tratamiento adecuados, si es necesario.

### 4.2 Prorización

Las farmacias comunitarias pueden desempeñar una función importante en la detección de infecciones bacterianas, mediante el uso de pruebas rápidas. Estas pruebas ayudan a distinguir entre los casos que se

pueden manejar con medicamentos sin receta (de venta libre) y aquellos que requieren derivación para un examen adicional y una prescripción potencial de antibióticos.

Ofrecer este tipo de pruebas de detección puede ayudar en los esfuerzos de administración de antimicrobianos, dentro de la comunidad, al tiempo que alivia la presión ejercida sobre los sistemas de salud, mediante consultas frecuentes para el dolor de garganta.<sup>54</sup>

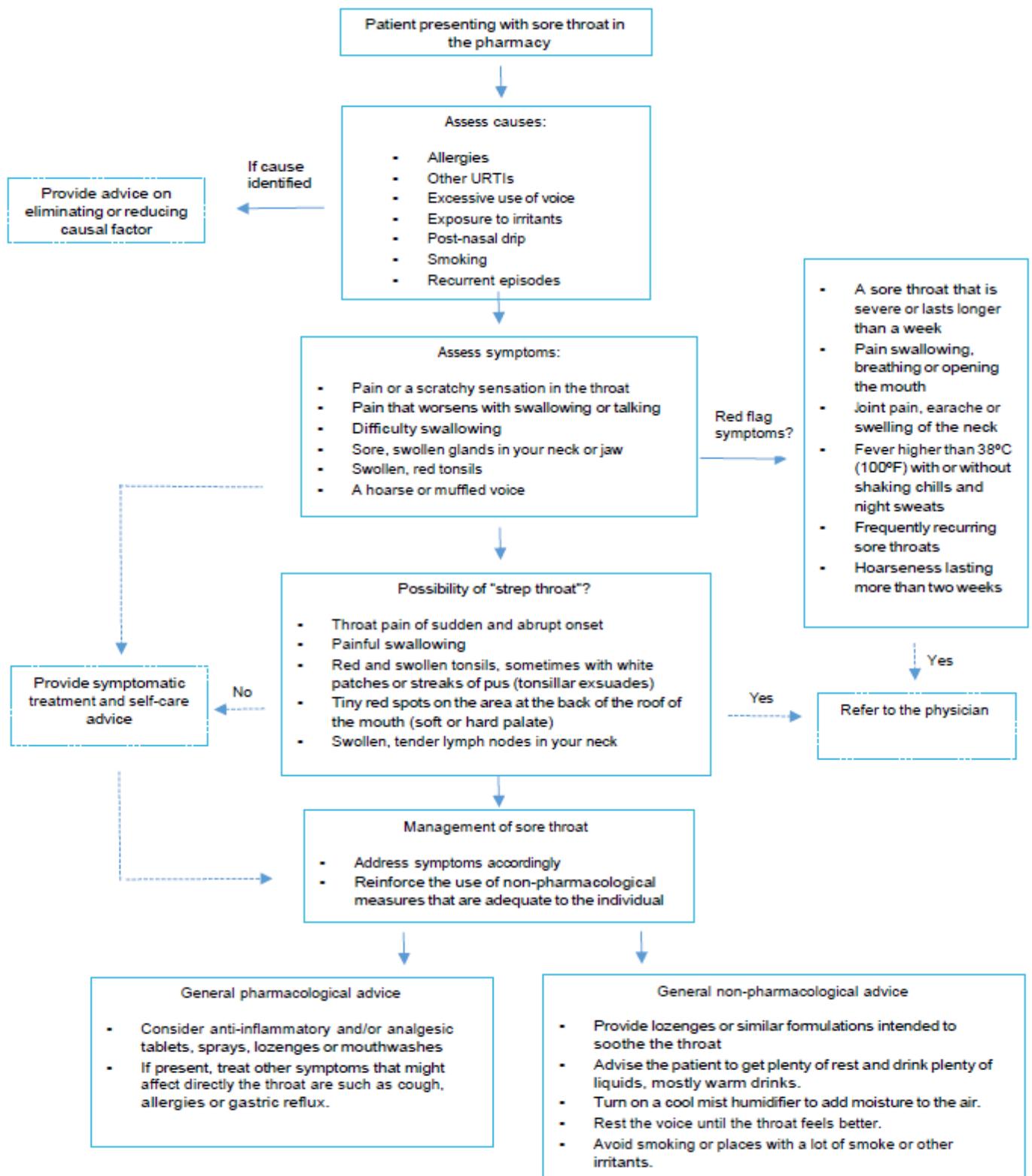
En los países y territorios, que carecen de instrumentos de diagnóstico o detección accesibles en el punto de atención, la tendencia a recetar antibióticos es mayor, que en los países y territorios, que cuentan con esa capacidad.<sup>55</sup> A modo de ejemplo, en el Reino Unido, existe un servicio comunitario de detección y tratamiento con base en la farmacia, que utiliza pruebas en el punto de atención.<sup>56</sup> Este tipo de servicio apoya la mitigación de la resistencia a los antimicrobianos, al reducir el uso inapropiado de antibióticos. En comparación, en casos sin acceso a dichas pruebas, varias herramientas, como las puntuaciones Centor o MClSaac, pueden ayudar a los farmacéuticos a evaluar a los pacientes para detectar infecciones de garganta por estreptococos.<sup>57</sup>

Además del uso de estas pruebas, los farmacéuticos desempeñan una función importante en la recopilación precisa de datos de los pacientes y la detección de síntomas de señal de alerta en sus evaluaciones de pacientes. Las preguntas específicas, que los farmacéuticos pueden hacer a los pacientes para guiar sus recomendaciones sobre el tratamiento más adecuado para el dolor de garganta incluyen:

- ¿Tienes algún punto rojo o blanco visible en la garganta?
- ¿Está presente la tos? ¿Seca o productiva? ¿De qué color es su esputo?
- ¿Tiene fiebre? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cuál es la lectura media? ¿Cómo lo ha medido?
- ¿Le duele cuando traga? ¿Es capaz de comer o beber adecuadamente?
- ¿Tiene alguna alergia?
- ¿Siente algún otro síntoma, como reflujo ácido?

La decisión de derivar al paciente o recomendar intervenciones para controlar los síntomas debe considerarse caso por caso, después de una evaluación cuidadosa del paciente. La Figura 2 resume los pasos de orientación para el manejo del dolor de garganta.

Figura 2 - Diagrama de flujo resumen del capítulo para el manejo del dolor de garganta



## 4.3 Gestión farmacológica

Como el dolor de garganta es una afección autolimitada, aconsejar a los pacientes que descansen mucho es útil para permitir que el sistema inmunitario luche contra la infección. El uso de medicamentos sin receta (de venta libre) también puede aliviar los síntomas, asociados con el dolor de garganta en la mayoría de los casos y evitar visitas innecesarias al médico. Las opciones farmacológicas, generalmente disponibles en la farmacia, normalmente están dirigidas a reducir el dolor y la inflamación local. Estos pueden incluir agentes antiinflamatorios y analgésicos, pastillas, aerosoles, gotas y enjuagues bucales.<sup>58</sup>

La tos concomitante también puede aumentar la irritación y empeorar el dolor de garganta. En estos casos, los medicamentos para reducir la tos, también pueden ser útiles. Además, el goteo posnasal es frecuente en condiciones como la rinitis o la sinusitis y puede provocar, más irritación en la garganta. El goteo posnasal a menudo se asocia con la tos, que también puede aumentar los síntomas del dolor de garganta.<sup>59</sup> El reflujo gástrico y las alergias de los pacientes también pueden provocar irritación de la garganta. Con relación a las alergias, se pueden recomendar antihistamínicos sin receta (de venta libre) para ayudar a reducir los síntomas y apoyar el manejo del dolor de garganta.

Los medicamentos sin receta, más utilizados en el tratamiento del dolor de garganta, se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Medicamentos sin receta más comunes, utilizados en el dolor de garganta

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Paracetamol (acetaminofén) <sup>60</sup>	Adultos: 500 a 1.000 mg a la vez hasta cuatro veces en 24 horas (hasta 4.000 mg cada 24 horas, aunque la dosis máxima diaria puede reducirse en los adultos mayores).  Niños: 10 a 15 mg/kg por dosis (hasta 60 a 75 mg/kg durante 24 horas).	Tarda hasta una hora en hacer efecto. Sigue haciendo efecto durante una o cinco horas. Dejar siempre al menos cuatro horas entre dosis.	Es seguro tomar paracetamol regularmente durante muchos años, siempre y cuando no se exceda la dosis recomendada. Debe tomarse en presencia de síntomas hasta que desaparezcan.	Aumento de los niveles de aminotransferasa. Toxicidad hepática en sobredosis. Reacciones de hipersensibilidad (raras).	La reducción de la dosis es necesaria en la enfermedad hepática. Consultar el protocolo local o la información del producto para obtener la guía de dosificación. Informar al paciente, que revise la etiqueta para ver si contiene paracetamol, antes de tomar cualquier otro medicamento. Seguro durante el embarazo y la lactancia.
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como ibuprofeno <sup>61</sup>	Ibuprofeno: Adultos: 200 a 400mg hasta tres veces al día, preferiblemente con alimentos.  Niños, por lo general a partir de los 6 meses: 5-10 mg/kg, (hasta 40 mg/kg, durante 24 horas).	El ibuprofeno tarda de 20 a 30 minutos en hacer efecto.	Se recomienda tomar la dosis más baja, durante el menor tiempo posible. Debe tomarse en presencia de síntomas hasta que desaparezcan.	Efectos adversos gastrointestinales. Mareos. Potencial exacerbación del asma. Puede aumentar el riesgo de hemorragia y de lesión renal.	Aconsejar no utilizarlo, durante más de 10 días y no utilizarlo durante más de dos semanas sin hablar con un médico.

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Analgésicos tópicos (anestésicos y antiinflamatorios): Benzocaína <sup>62</sup> Lidocaína Bencidamina Flurbiprofeno	Una pastilla disuelta en la boca; repetir cada dos horas.  Aplicar un aerosol en el área afectada;	Dejar que el medicamento permanezca en el área dolorida, durante al menos un minuto, antes de escupirlo	Generalmente, utilizar por menos de dos días.	Reacciones de sensibilidad. El enjuague bucal puede provocar sensación de escozor. Síntomas abdominales leves.	No hay precauciones importantes para su uso. Aconsejar no utilizar este producto en niños menores de dos años, debido al riesgo de efectos secundarios graves.

## 4.4 Gestión no farmacológica

Existen muchas medidas que se pueden tomar para controlar los síntomas del dolor de garganta. Debido a la inflamación, el propósito de los tratamientos, no farmacológicos es calmar la garganta y aliviar el dolor local. Avisar al paciente de las siguientes opciones de tratamiento:<sup>50</sup>

- Descansar mucho;
- Hacer gárgaras con una mezcla de agua tibia y sal;
- Beber líquidos calientes, que relajen la garganta, como té caliente con miel, caldos o agua tibia con limón, así como beber muchos líquidos;
- Calmar el área de la garganta con un pedazo de caramelo duro o una pastilla (esto también se puede hacer con miel);
- Encender un humidificador de niebla fría para añadir humedad al aire;
- Descansar la voz hasta que la garganta se sienta mejor y
- Evitar fumar y lugares con mucho humo.

## 4.5 Recursos y enlaces útiles

- [Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Asistencia Sanitaria - ficha informativa: ¿debo tomar antibióticos?](#)
- [NHS UK - Dolor de garganta](#)
- [Health Direct \(Australia\) - Dolor de garganta](#)
- [Noticias sanitarias \(EE.UU.\) - Calmar el dolor de garganta](#)
- [Manejo de los trastornos respiratorios y papel del farmacéutico](#)
- [Recursos de la Alianza Mundial contra las Infecciones Respiratorias](#)
- [Lista de control de los CDC - Virus o bacteria](#)
- [Puntuaciones de Centor y MCIIsaac](#)

## 5 Molestias gastrointestinales

El tracto gastrointestinal (GI) es responsable de la digestión y absorción de nutrientes de los alimentos y bebidas ingeridos. Las afecciones gastrointestinales, más comunes son acidez estomacal, vómitos, dispepsia, hinchazón, diarrea y estreñimiento.<sup>63</sup>

Las causas de los dolores gastrointestinales, incluyen una dieta baja en fibra y alta en grasa, fumar, ingesta excesiva de bebidas irritantes, estrés, falta de ingesta de agua o un estilo de vida inactivo.<sup>64</sup> Existe una asociación positiva entre el exceso de peso y la frecuencia de reflujo gastroesofágico.<sup>65</sup> Los factores neurológicos también pueden contribuir, ya que las personas con depresión pueden ser más propensas a experimentar dolencias del tracto gastrointestinal superior.<sup>66</sup> Los cambios en la motilidad intestinal, debido a inflamación o cambios en la nutrición o por condiciones como el síndrome del intestino irritable o la enfermedad celíaca pueden provocar diarrea o estreñimiento.<sup>67</sup>

Aunque la mayoría de los casos de dolencias del tracto gastrointestinal superior pueden ser de baja gravedad, la enfermedad de úlcera péptica es una condición complicada, especialmente si se asocia con *Helicobacter pylori*, que justifica un tratamiento extenso con antibióticos.<sup>68</sup> Las dolencias persistentes de síntomas gastrointestinales podrían indicar esta causa y los farmacéuticos deben considerar la remisión para pruebas, si se encuentra esta situación.

### 5.1 Signos y síntomas

Los síntomas más comunes, asociados con las dolencias del tracto gastrointestinal superior son molestias abdominales, que pueden estar presentes en forma de hinchazón, dolor o calambres, náuseas o vómitos, reflujo ácido (acidez estomacal), dificultad para tragar (disfagia) y pérdida de apetito, debido a la molestia.<sup>69</sup>

Por un lado, la diarrea puede provocar dolor abdominal y calambres, una sensación de urgencia al tener que usar el inodoro (inicio repentino de tres o más deposiciones sueltas por día o aumento de la frecuencia en comparación con el valor inicial) y náuseas. En la mayoría de los casos, la diarrea aguda es autolimitada y se resuelve después de un par de días. La diarrea crónica, generalmente se asocia con una enfermedad gástrica crónica, como la enfermedad inflamatoria intestinal y debe ser monitoreada por un médico.<sup>70</sup> Por otro lado, el estreñimiento se caracteriza por deposiciones lentas (evacuación de menos de tres heces a la semana o disminución de la frecuencia en comparación con el valor inicial) y una sensación de vaciamiento incompleto de los intestinos (sensación subóptima de alivio, después de la defecación). Esto puede ser provocado por cambios en la nutrición, cambios en la estructura intestinal, fisuras o a veces, cáncer.<sup>71</sup>

Los síntomas de señal de alerta incluyen la presencia de sangre en el vómito (hematemesis) o heces (hematoquecia), heces oscuras o negras (melena), vómitos persistentes, pérdida de peso involuntaria progresiva (hasta el 5% del peso normal del cuerpo, durante seis a 12 meses sin una causa identificable), dolor en el pecho o dificultad grave para tragar (disfagia).<sup>72</sup> Si los pacientes presentan alguno de estos síntomas, deben ser remitidos de inmediato para una evaluación adicional.<sup>73</sup>

### 5.2 Priorización

Los farmacéuticos pueden ayudar a los pacientes a hacer una evaluación precisa de su condición, haciendo preguntas simples, que caracterizan la frecuencia, naturaleza y gravedad de los síntomas. Las mujeres embarazadas también pueden sufrir reflujo, debido a una posición alterada del tracto gastrointestinal. En esta población específica de pacientes, se prefiere el uso de fármacos con una absorción sistémica mínima (como sucralfato o ácido algínico).<sup>74</sup>

Los farmacéuticos comunitarios son críticos en la detección de diferentes afecciones, relacionadas con el tracto gastrointestinal. Existen ejemplos de exámenes de detección de cáncer colorrectal en farmacias comunitarias y son útiles para identificar casos, que requerirían derivación para evaluación médica.<sup>75, 76</sup> Teniendo en cuenta el riesgo potencial de complicaciones y enfermedades graves, la educación y evaluación exhaustivas del paciente, también son primordiales, ya que los pacientes pueden confiar en el uso de

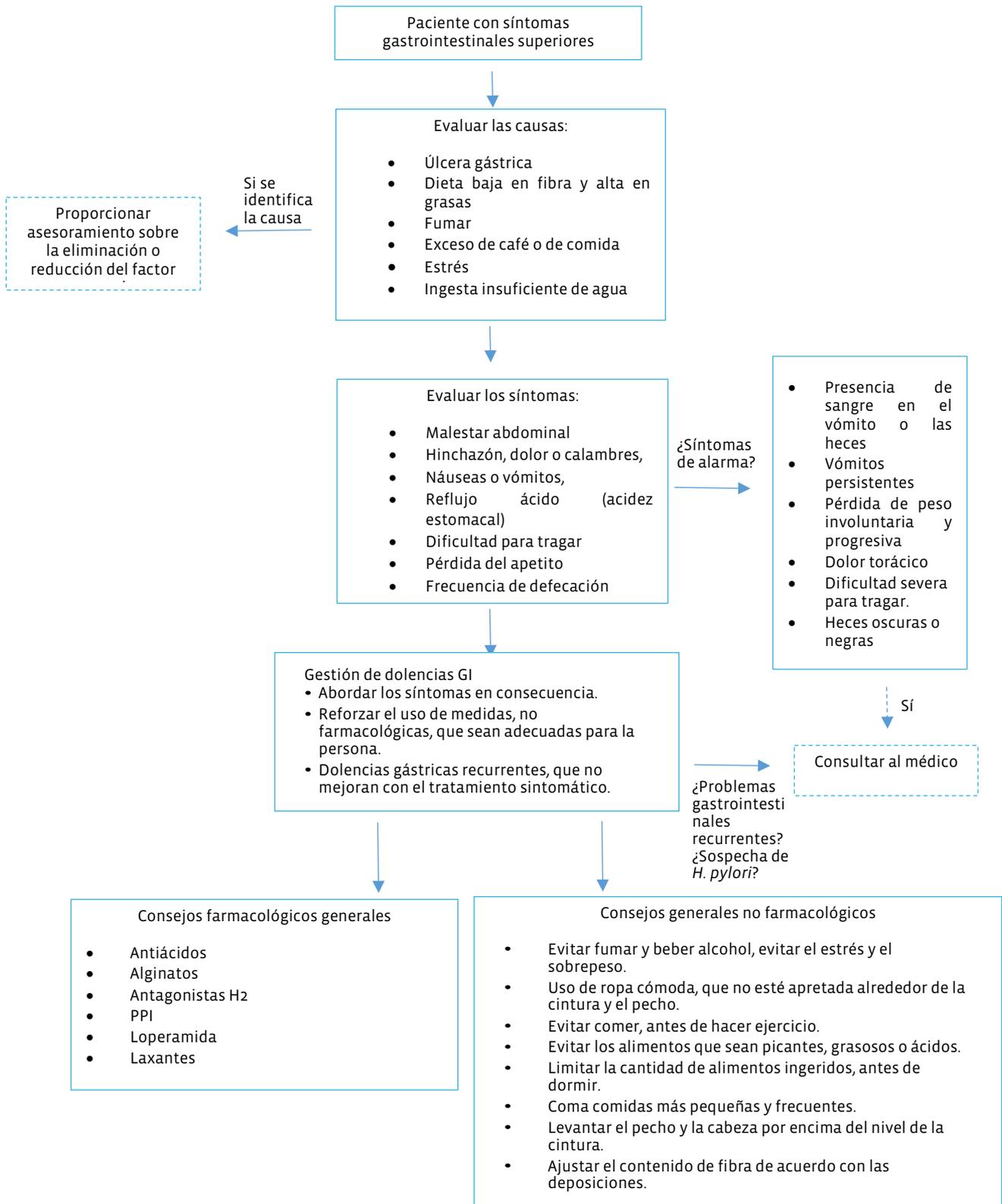
medicamentos sin receta (de venta libre), durante periodos prolongados y abstenerse de buscar asesoramiento médico.<sup>76,77</sup>

Se pueden utilizar varias preguntas para comprender los principales síntomas, asociados con las afecciones del tracto gastrointestinal superior:<sup>78</sup>

- ¿Arde en el área por encima del estómago?
- ¿Se siente peor cuando come demasiado?
- ¿Hace cuánto tiempo ha tenido síntomas?
- ¿Está tomando algún medicamento antiinflamatorio u otros medicamentos, que puedan irritar el tracto gastrointestinal?
- ¿Tiene náuseas o vómitos? ¿Hay sangre en el vómito?
- ¿Con qué frecuencia suele ir al baño? ¿Ha aumentado o disminuido esta frecuencia?
- ¿Cómo es la consistencia de las heces? ¿Hay sangre?
- ¿Tiene fiebre?
- ¿Ha estado viajando al extranjero?

La Figura 3 proporciona una descripción general de la información en este capítulo y un diagrama de flujo para el manejo de quejas gastrointestinales en la farmacia comunitaria.

Figura 3 — Diagrama de flujo de resumen del capítulo para la gestión de dolencias GI



## 5.3 Gestión farmacológica

Los farmacéuticos son actores clave para ayudar a las personas con dolencias GI frecuentes. Además, al interactuar con frecuencia con pacientes habituales y tener acceso a sus datos de medicación, también pueden identificar medicamentos, que pueden contribuir a los síntomas GI, como los AINE.<sup>79</sup> Los farmacéuticos también deben ser conscientes de que los medicamentos, utilizados para aliviar los síntomas GI pueden alterar significativamente, el pH del estómago, lo que en última instancia puede interferir con la absorción de otros medicamentos. Por lo tanto, es necesaria una revisión completa del régimen de medicación actual del paciente para garantizar opciones de manejo apropiadas.<sup>80</sup> Existen diferentes opciones farmacológicas para el tratamiento de los síntomas del tracto GI superior:<sup>78, 81</sup>

- Los antiácidos normalmente se recomiendan para el alivio a corto o medio plazo, ya que son sales (minerales), que actúan neutralizando el ácido gástrico.
- Los alginatos precipitan en forma de gel, que crea físicamente un recubrimiento alrededor de la mucosa del estómago, actuando como una barrera protectora contra el ácido.
- Los medicamentos antihistamínicos (H<sub>2</sub>) proporcionan un alivio más prolongado, que los antiácidos y actúan bloqueando la secreción de gastrina y ácido, que aparece después de una comida.
- Los inhibidores de la bomba de protones (PPI), se pueden obtener sin prescripción (sin receta) en la mayoría de los países y territorios. Se asocian principalmente con el uso crónico, lo que representa uno de los tratamientos, más eficaces para los síntomas frecuentes de reflujo y a menudo se recomiendan, como tratamiento inicial en casos no complicados.<sup>82</sup> PPI actúan inactivando la forma activa de la bomba de protones, lo que resulta en una disminución de la secreción ácida. Los diferentes medicamentos disponibles en esta clase tienen una disponibilidad diferente, como medicamentos sin receta de acuerdo con los marcos regulatorios locales. Los PPI deben utilizarse a la dosis efectiva más baja, durante el menor tiempo posible.
- Para las náuseas y vómitos, existen varios agentes, incluyendo pastillas de jengibre y dimenhidrinato. La domperidona y la metoclopramida son medicamentos con receta médica, que también se utilizan comúnmente.
- Para la diarrea, el fármaco más comúnmente utilizado es la loperamida, que está disponible sin receta en muchos países y territorios.
- Para el estreñimiento, existe una variedad de laxantes con diferentes mecanismos de acción, que se pueden utilizar.

Las medicinas sin prescripción utilizadas más comúnmente (sin receta) que se utilizan en la gestión de dolencias GI, se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 - Medicamentos sin receta (de venta libre) más utilizados para las afecciones gastrointestinales altas

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Medicinas GI superior: antiácidos y alginatos <sup>83</sup>	Por lo general, tomar una tableta o sobre hasta cuatro veces al día.	Los efectos de los antiácidos normalmente duran alrededor de cuatro horas.	Utilizarlo de acuerdo con la duración de los síntomas y no tomarlo por más de siete días sin consultar con un médico.	Los antiácidos generalmente no tienen muchos efectos secundarios, si sólo se toman ocasionalmente y a la dosis recomendada.	Los antiácidos pueden afectar el funcionamiento de otros medicamentos, por lo que se recomienda no tomar otros medicamentos, dentro de las dos a cuatro horas, posteriores a la toma de un antiácido.
Medicinas GI superior: antagonistas H <sub>2</sub> <sup>84</sup>	Por lo general, se presenta en forma de tableta o líquido para tomar por vía oral. Por lo general, se toma hasta dos o cuatro veces al día con el estómago vacío.	Los efectos generalmente proporcionan alivio a partir de los 15 minutos de su ingesta.	Si los síntomas duran más de dos semanas, dejar de tomar antagonistas H <sub>2</sub> de venta libre y consultar a su médico.	Los efectos secundarios más comunes, incluyen dolor de cabeza, mareos, estreñimiento y diarrea.	Es posible que este medicamento no esté disponible sin receta médica de acuerdo con los marcos regulatorios locales.

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Medicinas GI superior: PPI <sup>85</sup>	Dosis habitual de una tableta a primera hora de la mañana. Puede tomarse hasta dos veces al día con el estómago vacío.	Por lo general, estos medicamentos se toman 30 minutos, antes de la primera comida del día.	Si usted tiene una úlcera péptica, su médico puede recetarle PPI por hasta dos semanas.	Los efectos secundarios de los PPI son raros. Puede tener dolor de cabeza, diarrea, estreñimiento, náuseas o picazón.	Los PPI son normalmente bien tolerados. Los PPI deben utilizarse a la dosis efectiva más baja, durante el menor tiempo posible.

## 5.4 Gestión no farmacológica

Las dolencias GI se asocian comúnmente con factores de estilo de vida. Es importante que los pacientes no fumen ni beban alcohol en exceso, así como que eviten el estrés y el exceso de peso. El uso de ropa cómoda, que no sea restrictiva ni apretada alrededor de la cintura y el pecho, también puede ayudar a aliviar los síntomas en algunos casos. Evitar comer antes de hacer ejercicio también puede ayudar a reducir los síntomas. Otros consejos incluyen dormir lo suficiente, esperar el tiempo suficiente entre la comida final y la hora de acostarse y evitar acostarse inmediatamente, después de comer.

La nutrición puede desempeñar una función importante en la prevención de estas afecciones. Evitar los alimentos picantes, grasosos o ácidos, además de la cafeína o el alcohol en exceso, puede ayudar a mantener un pH neutro del estómago. Antes de acostarse por la noche, es importante limitar la cantidad de alimentos ingeridos. Para los pacientes con dolencias GI frecuentes, se debe aconsejar ingerir comidas más pequeñas y frecuentes, ya que esto facilitará la digestión y evitará la sensación de inflamación. En casos de estreñimiento, se aconsejan dietas altas en fibra (al menos 30 g al día).

Cabe destacar que la FIP ha desarrollado un kit de herramientas sobre [nutrición y servicios de control de peso](#), que pueden ayudar a los farmacéuticos a brindar consejos nutricionales correctos a los pacientes.

Acostarse en el lado izquierdo puede ayudar a reducir el movimiento del ácido estomacal hacia el esófago. Una estrategia similar puede ser recomendar a los pacientes, que levanten el pecho y la cabeza por encima del nivel de la cintura, mientras están acostados.

Los suplementos naturales que contienen enzimas digestivas y componentes para ayudar en la digestión, como la pancreatina o la amilasa, pueden ser útiles para ciertas personas. Las infusiones de plantas, como la menta, también pueden ayudar con la digestión.<sup>88</sup> Finalmente, el uso de probióticos o soluciones de rehidratación oral, también puede ser adecuado para el alivio.

## 5.5 Recursos y enlaces útiles

- [NHS UK Acidez estomacal y reflujo ácido](#)
- [NHS UK Diarrea y vómitos](#)
- [Instituto Nacional de Salud \(EE.UU.\) - ERGE](#)
- [Fundación Internacional para los Trastornos GI \(IFFGD\) - enfermedades comunes](#)
- [Sitios del IFFGD - más recursos](#)
- [Instituto Nacional de la Salud - Enfermedades digestivas](#)
- [El consejero del minuto - Guía sobre la acidez de estómago y los IBP](#)
- [Organización Mundial de Gastroenterología "Hacer frente a los síntomas gastrointestinales comunes en la comunidad"](#)

## 6 Dolor musculoesquelético

El dolor musculoesquelético afecta a alrededor de 1.71 mil millones de personas en todo el mundo y comprende más de 150 afecciones, que afectan la movilidad. Los ejemplos comunes incluyen dolor de espalda inferior mecánico, problemas tendinosos, osteoartritis, gota y enfermedades inmunitarias más complejas, tales como artritis reumatoide. Se estima que al menos la mitad de la población mundial ha experimentado dolor musculoesquelético en sus vidas y alrededor de uno de cada cinco experimenta dolor crónico.<sup>89</sup>

En las poblaciones que envejecen, el dolor musculoesquelético será más frecuente, lo que conllevará una mayor carga de esta enfermedad y una mayor frecuencia de la discapacidad asociada. Las afecciones musculoesqueléticas también son el mayor contribuyente a los años vividos con discapacidad (YLD) con aproximadamente 149 millones de YLD, lo que representa el 17% de todos los YLD en todo el mundo. El dolor musculoesquelético es una de las principales razones de la necesidad de servicios de rehabilitación y representa el motivo de consulta para aproximadamente dos tercios de todos los adultos, que necesitan rehabilitación.<sup>90</sup> Los problemas musculoesqueléticos se presentan comúnmente con otras condiciones a largo plazo (multimorbilidad).

Las personas con sobrepeso y obesas pueden sufrir de dolor en la parte baja de la espalda, rodillas y pies. Esto puede deberse en parte a la fuerza excesiva ejercida por el aumento de peso del paciente sobre sus articulaciones.<sup>91</sup> Otro aspecto funcional, que contribuye a la presencia de dolor son los bajos niveles de masa muscular, también conocidos como sarcopenia. Los músculos débiles llevan a un aumento de la tensión articular, provocando inflamación de los tendones y llevando a una reducción de la función de las extremidades (que puede traducirse en cosas como dificultad para abrir los frascos o levantarse de una silla), reduciendo la movilidad y en última instancia, la calidad de vida.<sup>92</sup>

No se ha aclarado por completo la fisiopatología del dolor musculoesquelético, pero pueden estar involucrados problemas locales de las articulaciones (como inflamación y degradación de los tejidos), factores sistémicos y factores centrales (sensibilización). Los desencadenantes comunes, que exacerban el dolor musculoesquelético generalmente consisten en acciones repetitivas y contundentes, y afectan especialmente a las personas débiles y a las que tienen un posicionamiento estático prolongado. Con poca frecuencia, el dolor articular también puede ser secundario a otras causas, como infecciones, trastornos autoinmunes o lesiones.<sup>93</sup>

### 6.1 Signos y síntomas

El dolor lumbar es uno de los tipos de dolor más frecuentes, siendo la principal causa de discapacidad en 160 países, especialmente en los rangos de edad más jóvenes. Esta es una causa importante de absentismo laboral prematuro, que conlleva importantes costos sanitarios, directos e indirectos.<sup>94</sup> Los síntomas pueden fluctuar durante el día y verse afectados por turnos de trabajo, horarios y patrones de descanso.<sup>95</sup> Además, existen lineamientos establecidos para la clasificación del dolor crónico, que se pueden aplicar en entornos de atención primaria, desarrolladas por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.<sup>96</sup>

El tiempo también puede ser un factor importante en la hiperalgesia y las áreas de dolor más grandes, porque el dolor musculoesquelético se desarrolla con el tiempo, posiblemente vinculado a diferentes mecanismos, como sensibilizaciones, integración central y expansión de los campos receptivos para el dolor.<sup>97</sup> En poblaciones mayores, también pueden estar presentes, el dolor neuropático y los síndromes de dolor central. El dolor crónico también contribuye a otras afecciones, como los bajos niveles de actividad física, la mala movilidad, la fragilidad, la depresión y la mala calidad del sueño.<sup>98</sup>

El dolor puede estar relacionado con una articulación en particular o referirse a otro sitio (por ejemplo, el dolor de hombro se siente comúnmente en la parte superior del brazo). Los síntomas comunes relacionados con el dolor articular incluyen dolor relacionado con el peso o el movimiento, rigidez en desuso (por ejemplo, después de estar sentado, durante un periodo prolongado), fatiga y espasmos musculares.<sup>99</sup>

Las situaciones de señal de alerta, que justifican una investigación adicional para afecciones, como fractura o infección incluyen:<sup>100</sup>

- Edad avanzada al inicio de nuevos síntomas;
- Dolor nocturno;

- Fiebre y sudores;
- Características neurológicas y
- Antecedentes previos de neoplasia maligna.

## 6.2 Priorización

La pregunta más útil para hacer a las personas con dolor en las articulaciones es caracterizar adecuadamente su dolor. Esto incluye identificar cuánto tiempo tienen dolor o rigidez matutina, descripciones del tipo de dolor que sienten (dolor, entumecimiento, sentimientos de descargas eléctricas, etc.) y lo que les proporciona alivio (descanso o actividad).

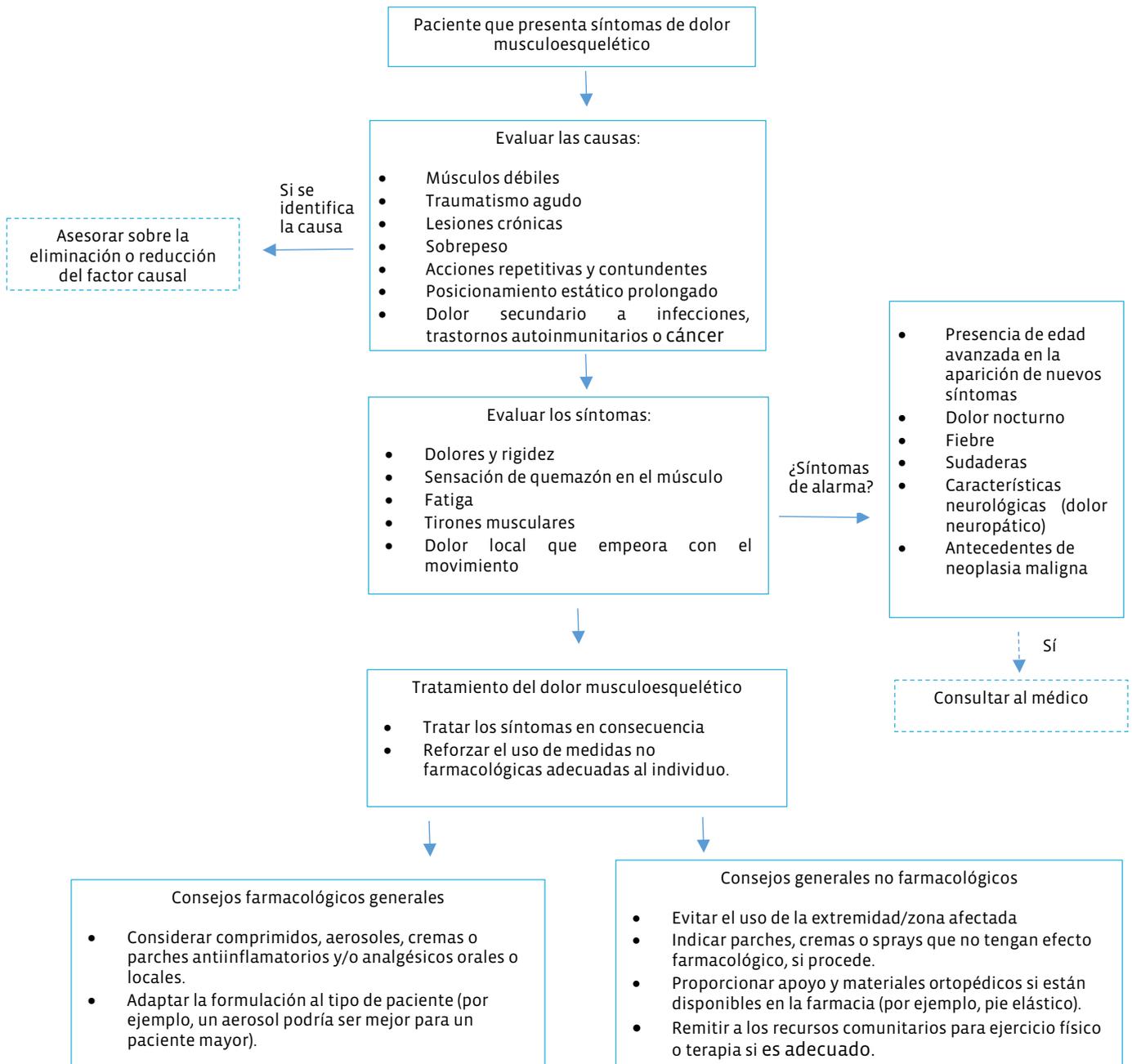
Las personas con osteoartritis pueden tener de cinco a 10 minutos de rigidez matutina, después de levantarse de la cama, antes de que la articulación "se libere". En algunos casos, el dolor puede empeorar de nuevo a lo largo del día, especialmente después de un tiempo prolongado de pie. La rigidez matutina se descarta si las personas sienten que su rigidez está presente todo el día. Si hay más de 60 minutos de rigidez matutina, puede valer la pena remitir al paciente a su médico o a un reumatólogo para una evaluación adicional.

Preguntar a los pacientes sobre las actividades de la vida diaria, como la capacidad de abrir los frascos o si pueden salir fácilmente de las sillas profundas, es una forma simple de marcar la debilidad muscular, que comúnmente se asocia con la inflamación de los tendones y el dolor articular. Es importante preguntar sobre los antecedentes de gota y buscar articulaciones hinchadas, especialmente en pacientes varones, para descartar la gota como un factor que contribuye al dolor musculoesquelético.

Las actividades ocupacionales y las responsabilidades laborales, llevadas a cabo por los pacientes, también pueden influir en la gravedad y la recurrencia del dolor musculoesquelético y del dolor lumbar en particular.<sup>101</sup> Por ejemplo, muchos trabajos requieren largas horas en una posición sentada, lo que puede contribuir al dolor lumbar. La derivación a profesionales médicos apropiados, también puede ayudar a minimizar el riesgo de desarrollar dolor musculoesquelético a largo plazo.

La Figura 4 proporciona una descripción general de la información en este capítulo y un diagrama de flujo para el manejo del dolor musculoesquelético en la farmacia comunitaria.

Figura 4 - Diagrama de flujo del capítulo de resumen para el tratamiento del dolor musculoesquelético



## 6.3 Gestión farmacológica

Un plan de manejo del dolor debe ser multimodal (por ejemplo, físico, farmacológico, psicológico) y desarrollado en estrecha asociación con el paciente. Los objetivos del tratamiento incluyen reducir el dolor, mejorar la función física y promover el regreso al trabajo u otras actividades valiosas. Todos estos objetivos pueden mejorar la calidad de vida general, relacionada con la salud.<sup>102</sup> Los farmacéuticos pueden apoyar estos objetivos a través del monitoreo continuo, utilizando enfoques motivacionales y proporcionando a los pacientes asesoramiento sobre el manejo farmacológico y no farmacológico con derivaciones a otros miembros del equipo del cuidado de la salud, si es necesario.

El manejo del dolor musculoesquelético por medios farmacológicos puede ser un desafío, ya que muchas personas responderán de manera diferente a los diferentes tipos de medicamentos. Sin embargo, es importante alcanzar las dosis terapéuticas del agente inicial, antes de cambiar a un analgésico diferente con

el objetivo de minimizar el riesgo de efectos adversos específicos de la medicina, como complicaciones gástricas con AINE.<sup>103</sup>

El medicamento siempre debe adaptarse al paciente, por ejemplo, algunos de ellos pueden tener restricciones de movilidad y prefieren formulaciones orales.

Para considerar las opciones farmacológicas, descritas a continuación, los farmacéuticos deben considerar los diferentes factores, que influyen en las opciones de tratamiento. Estos factores incluyen: elección y características del paciente; costo, acceso y cobertura del seguro; tipo, patrón y gravedad del dolor y aspectos relacionados con la respuesta a los medicamentos y el monitoreo de los medicamentos.<sup>104, 105</sup>

Los farmacéuticos pueden abogar por el autocuidado del dolor agudo, mediante el uso de analgésicos sin receta (de venta libre) con un enfoque multimodal, mientras que se refieren a otros profesionales médicos, sólo cuando sea necesario. El primer paso generalmente incluye AINE tópicos. Los tratamientos tópicos para el dolor, también se pueden utilizar para el tratamiento del dolor articular crónico, especialmente en la rodilla o la mano o cuando existen limitaciones en la vía oral de administración. Diferentes terapias potenciales, AINE o capsaicina, se encuentran comúnmente en cremas o geles y están fácilmente disponibles.<sup>106</sup>

Para el aumento de la analgesia, también se pueden considerar los opioides, pero sólo están disponibles con receta en la mayoría de los países y territorios. Debido a los riesgos de interacciones con otros medicamentos y a su perfil de efectos adversos, los opioides no deben utilizarse a largo plazo, ya que puede desarrollarse tolerancia y dependencia.<sup>107</sup> También es común la combinación de diferentes clases de medicamentos. Cabe destacar que existe literatura que destaca la ausencia de evidencia sobre la eficacia de la codeína en dosis bajas, que se encuentra en muchas formulaciones sin receta, normalmente en combinación.<sup>108</sup>

Los productos a base de cannabis han sido probados para el tratamiento del dolor crónico en todo el mundo, pero existen pruebas limitadas de sus beneficios para el dolor musculoesquelético.<sup>109</sup> Los farmacéuticos pueden desempeñar una función importante en la indagación sobre el uso de productos a base de cannabis para evaluar la eficacia y seguridad potenciales, así como proporcionar estrategias para reducir el daño y mejorar los resultados terapéuticos con estos productos.<sup>110</sup>

Los medicamentos sin receta más comunes, utilizados en el tratamiento del dolor musculoesquelético, se enumeran en la Tabla 3.

**Cuadro 3 - Medicamentos sin receta (de venta libre) más utilizados para el dolor musculoesquelético**

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Paracetamol (acetaminofén) <sup>60</sup>	Adultos: 500 a 1.000 mg a la vez hasta cuatro veces en 24 horas (hasta 4.000 mg cada 24 horas, aunque la dosis máxima diaria puede reducirse en los adultos mayores).	Tarda hasta una hora en hacer efecto. Sigue haciendo efecto, durante unas cinco horas. Dejar siempre al menos cuatro horas entre dosis.	Es seguro tomar paracetamol regularmente durante muchos años, siempre y cuando no se exceda la dosis recomendada. Debe tomarse en presencia de síntomas hasta que desaparezcan.	Aumento de los niveles de aminotransferasa.  Toxicidad hepática en sobredosis.  Reacciones de hipersensibilidad (raras).	La reducción de la dosis es necesaria en la enfermedad hepática. Informar al paciente, que revise la etiqueta para ver si contiene paracetamol, antes de tomar cualquier otro medicamento. Seguro durante el embarazo y la lactancia.
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE); por ejemplo, ibuprofeno <sup>61</sup>	Ibuprofeno: Adultos: 200 a 400mg hasta tres veces al día, preferiblemente con alimentos.	El ibuprofeno tarda de 20 a 30 minutos en hacer efecto.	Se recomienda tomar la dosis más baja, durante el menor tiempo posible. Debe tomarse en presencia de síntomas hasta que desaparezcan.	Efectos adversos gastrointestinales  Mareos.  Potencial exacerbación del asma.  Puede aumentar el riesgo de hemorragia y de lesión renal.	Aconsejar no utilizarlo, durante más de 10 días sin consultar con un médico.

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Los antiinflamatorios tópicos están disponibles como geles, parches de gel, aerosoles o	Aplicar en las zonas del cuerpo afectadas	El efecto de la reducción del dolor generalmente ocurre	Uso durante los síntomas o hasta 21 días o	Sequedad, enrojecimiento, picazón, hinchazón, dolor, dureza, irritación, hinchazón,	Aconsejar no aplicar el medicamento a la piel que está lastimada,

## 6.4 Gestión no farmacológica

El tratamiento del dolor musculoesquelético incluye múltiples terapias, no farmacológicas, como terapias físicas y psicológicas. Las modalidades físicas pueden incluir fortalecimiento muscular, programas de ejercicio y actividad física.<sup>111</sup> Para algunos pacientes, el uso de compresas calientes o frías puede proporcionar alivio del dolor a corto plazo. Estos agentes también tienen perfiles de seguridad favorables a pesar de la evidencia limitada sobre la efectividad. Los farmacéuticos también pueden educar a los pacientes sobre el uso apropiado de materiales ortopédicos relevantes, si están disponibles en la farmacia, como bastones (dolor de rodilla o cadera) o férulas para el pulgar (dolor en la base del pulgar) para apoyar a los pacientes y mejorar su movilidad.

El ejercicio físico tiene una función preventiva y terapéutica, esencial en el fortalecimiento muscular. La fuerza muscular se asocia positivamente con la reducción del dolor articular. Incluso si el ejercicio ayuda a reducir la gravedad del dolor y mejora la función física, puede ser percibido como una barrera o inconveniente para algunos pacientes en comparación con las opciones farmacológicas, que requieren menos tiempo y esfuerzo de inversión para el alivio.<sup>112</sup> Para los pacientes con osteoartritis de las extremidades inferiores, el uso de una alberca para realizar ejercicio puede ser útil (caminar en el agua es la forma más simple y segura).

La educación para el dolor es una parte importante de los enfoques psicológicos para aliviar el dolor. Los farmacéuticos pueden proporcionar dicha educación y pueden corregir la información errónea, al interactuar con el paciente. Otros enfoques psicológicos incluyen la terapia cognitivo-conductual, la reducción del estrés con base en la atención plena y la terapia de aceptación y compromiso. Como las opciones farmacológicas tienen evidencia sólida, limitada para respaldar su uso para la mayoría de los tipos de dolor musculoesquelético, estos enfoques no farmacológicos son importantes para incluir en el manejo de esta condición, respetando las creencias y preferencias de los pacientes.<sup>113</sup>

También se debe considerar la derivación a instalaciones comunitarias, que puedan brindar apoyo con rehabilitación, fisioterapia u otras estrategias de afrontamiento del dolor, como técnicas de meditación o relajación.<sup>114</sup>

Otras opciones de gestión a considerar incluyen una reducción en el volumen de trabajo y un mayor descanso. Además, se ha asociado una reducción en el peso de aproximadamente 5–10% con mejoras en el dolor y la discapacidad de la rodilla.<sup>115</sup> La pérdida de peso es un desafío para muchos pacientes, lo que puede contribuir al miedo y la aprensión y en última instancia, resultar en una falta de actividad física y poca dedicación a la reducción de peso. En los casos en que el paciente esté motivado para perder peso, se debe considerar la derivación a profesionales médicos especializados o programas formales de pérdida de peso.<sup>116</sup>

## 6.5 Recursos y enlaces útiles

- [Hoja informativa MSK de la OMS](#)
- [Vídeos sobre el dolor musculoesquelético del NHS UK](#)
- [Recursos de la caja de herramientas para el dolor](#)
- [MSK Hub - Enlaces útiles](#)
- [Contra la artritis](#)
- [Musculoesquelético Australia](#)
- [Combinaciones de paracetamol e ibuprofeno para el dolor agudo](#)

## 7 Fiebre infantil

Una fiebre es una elevación de la temperatura corporal, como respuesta natural a una infección en curso. La temperatura en los niños se puede medir por vía rectal, axilar u oral o con la ayuda de dispositivos infrarrojos, utilizados en el oído o en la frente. En los bebés menores de cuatro semanas, se pueden realizar mediciones de la temperatura corporal con un termómetro electrónico en la axila. En niños de cuatro semanas a cinco años, se pueden tomar mediciones de la temperatura corporal, mediante termómetro electrónico o químico de puntos en la axila o termómetro de tímpano infrarrojo.<sup>117</sup> Sin embargo, la medición rectal de la temperatura es altamente precisa y representa la forma preferida de medir la temperatura, cuando sea posible.<sup>118</sup> La fiebre se identifica a través de la medición rectal con una temperatura superior a 38°C (100°F), a través de la medición oral con una temperatura superior a 37.8°C (100.4°F) y a través de la medición axilar con una temperatura superior a 37.2°C (99°F).<sup>119</sup>

La fiebre, que a menudo preocupa a los padres y cuidadores, normalmente es provocada por una enfermedad autolimitada, que se puede controlar de manera segura con medicamentos sin receta médica (de venta libre).<sup>120</sup> La fiebre infantil representa una razón común para consultar en las farmacias comunitarias y los farmacéuticos y sus equipos deben estar bien equipados para abordar esta afección y detectar signos y síntomas de señal de alerta (consultar a continuación), que justifiquen una investigación adicional. Mediante la educación sobre el uso apropiado de medicamentos antipiréticos y el asesoramiento sobre redes de seguridad, incluyendo la forma de acceder a la atención fuera del horario de atención, los padres y las familias están más facultados para dedicarse al autocuidado de sus hijos y el uso de las salas de emergencia y pueden reducirse y optimizarse, otros recursos de salud.<sup>121</sup>

La derivación al médico está justificada cuando un niño menor de tres meses tiene fiebre superior a 39°C (102.2°F) -medida mediante termómetro electrónico o químico de puntos en la axila o termómetro de tímpano infrarrojo- o cuando un niño de cualquier edad presenta fiebre alta persistente, durante cinco días o más, no bebe ni amamanta, vomita y se deshidrata o tiene convulsiones. Otros síntomas de advertencia de enfermedades graves, que requieren derivación urgente a los servicios de emergencia incluyen falta de respuesta, respiración o gruñidos anormales, rigidez en el cuello y una erupción, que no se desvanece con la presión. En la mayoría de los casos, la fiebre es provocada por una infección viral y por lo tanto, no se requieren antibióticos. Sin embargo, si se sospecha una causa bacteriana, los niños deben ser remitidos urgentemente para su evaluación.<sup>122</sup>

### 7.1 Priorización

Los farmacéuticos comunitarios desempeñan una función importante en el apoyo a los padres con preguntas sobre la fiebre infantil, inclusive si el niño no está físicamente presente en la farmacia. La percepción parental de fiebre debe considerarse válida y ser tomada en serio por los profesionales médicos.<sup>123</sup> Si el niño está presente en la farmacia, los farmacéuticos deben evaluar adecuadamente al niño, verificando si está enérgico o si parece tranquilo, enfermo o somnoliento. Siempre que sea posible, se medirá la temperatura.

Los farmacéuticos deben ser capaces de reconocer las enfermedades graves y potencialmente mortales en los niños pequeños, incluyendo la meningitis, sepsis y sarampión. Como la mayoría de los farmacéuticos, no examinan físicamente de manera rutinaria a los niños pequeños, las evaluaciones generalmente se basan en el historial del paciente y la interpretación de los signos y síntomas. Además, los signos físicos de enfermedad grave en los muy jóvenes pueden ser difíciles de evaluar. El uso de herramientas, como la categorización de los síntomas en señal de alerta roja, ámbar y verde, como se describe en el sistema de semáforos del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido, puede ser útil para identificar el riesgo de enfermedad grave en los niños.<sup>124</sup>

Los farmacéuticos también pueden aprovechar la oportunidad para preguntar sobre el estado de vacunación, enfermedades infantiles anteriores, como el sarampión y reforzar los aspectos positivos de la inmunización, que protegen contra enfermedades futuras.

Las preguntas que los farmacéuticos pueden hacer para apoyar su detección de fiebre incluyen:

- ¿Qué edad tiene el niño?
- ¿Cuánto tiempo ha tenido fiebre el niño? ¿Están empeorando o mejorando?

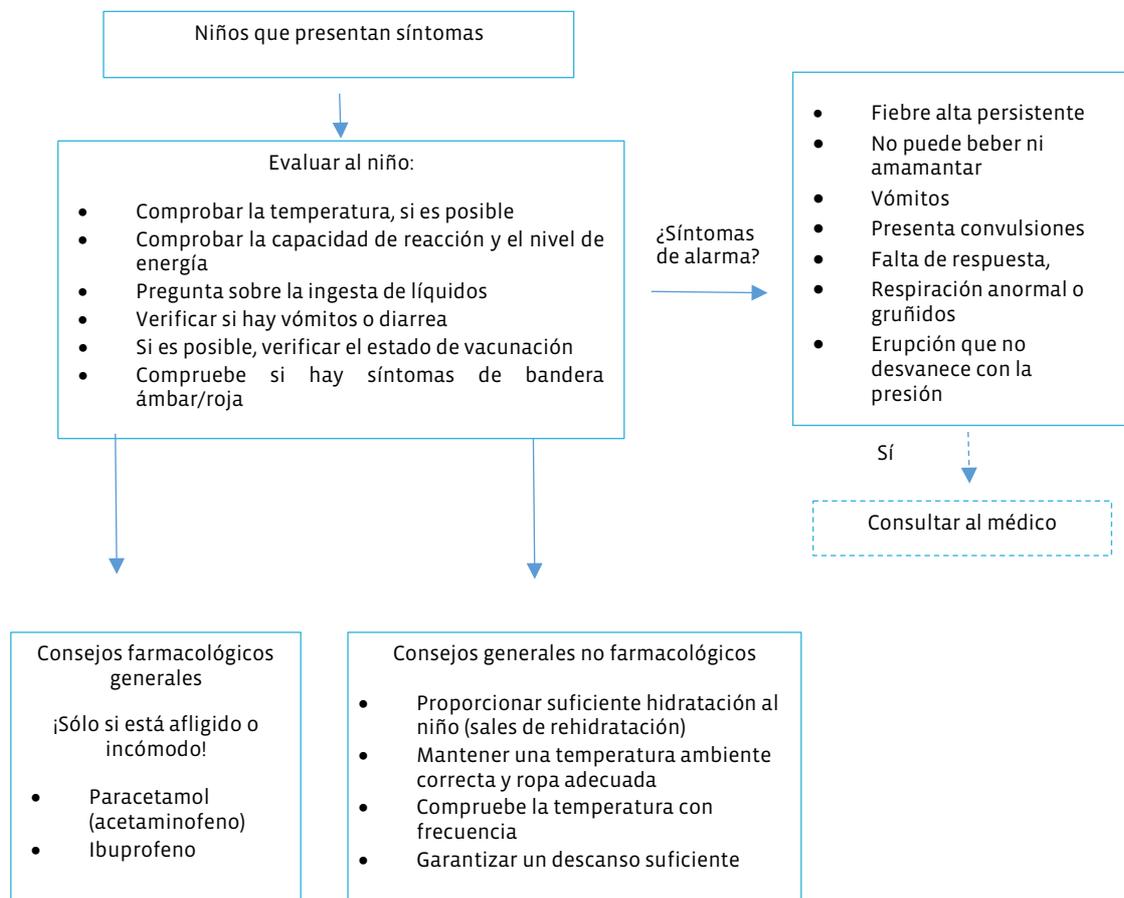
- ¿Qué tan alta es la temperatura? ¿Cómo se midió?
- ¿Se ha administrado algún medicamento para ayudar a controlar la fiebre? En caso afirmativo, ¿qué medicamento y cómo se administró?
- ¿Tiene el niño algún otro síntoma, como erupción cutánea o dificultad para respirar? ¿Se comporta el niño con normalidad?
- ¿Están comiendo y bebiendo normalmente y han tenido un pañal húmedo/han estado en el inodoro para orinar en las últimas 12 horas?

Uno de los objetivos principales al encontrarse con un niño con fiebre debe ser mejorar la comodidad general del niño, aconsejar a los padres sobre cómo mantener una ingesta adecuada de líquidos y vigilar de cerca al niño, durante su periodo de malestar, inclusive durante la noche. Los farmacéuticos comunitarios pueden aconsejar a los padres, que mantengan un termómetro en casa para permitir el monitoreo regular de la temperatura.

Si un niño presenta vómitos o diarrea, la vía de administración de los medicamentos debe adaptarse para evitar pérdidas por absorción y deshidratación. La etiqueta y la información del producto pueden proporcionar información confiable sobre las dosis con base en el peso. Se debe recordar a los padres el régimen de dosificación correcto y se les debe educar sobre el uso adecuado de los dispositivos de administración, como las jeringas orales. También se debe aconsejar a los padres, que tengan en cuenta la dosis y el momento de administración de los medicamentos para facilitar el seguimiento.

La Figura 5 proporciona una descripción general de la información en este capítulo y un diagrama de flujo para el manejo de la fiebre infantil en la farmacia comunitaria.

Figura 5 - Diagrama de flujo del resumen del capítulo para el manejo de la fiebre infantil



## 7.2 Gestión farmacológica

Por lo general, no se requiere medicación antipirética para reducir la fiebre a menos que el niño se sienta incómodo o angustiado. Los medicamentos antipiréticos, más utilizados en niños son el paracetamol (acetaminofén) y el ibuprofeno.<sup>125</sup> En el caso de formulaciones líquidas, es importante garantizar que la dosis se determine y mida adecuadamente.

El paracetamol (acetaminofén) se utiliza generalmente con dosis de 10 a 15 mg/kg, administradas cada cuatro a seis horas, hasta un máximo de 60 a 75 mg/kg, dependiendo de los lineamientos locales y el etiquetado del producto. Están disponibles diferentes formulaciones farmacéuticas para niños de diferentes edades, incluyendo supositorios, jarabe, tabletas masticables y polvos solubles. Debe aconsejarse a los padres que no administren ningún otro medicamento, que contenga paracetamol ni ibuprofeno al mismo tiempo y que garanticen que se utiliza la formulación más adecuada para su hijo en función de su edad.

El ibuprofeno es tan efectivo como el paracetamol, cuando se utiliza para reducir la fiebre; normalmente se utiliza con dosis de 5 a 10 mg/kg. Debido a su uso agudo para la enfermedad febril, existe una baja probabilidad de desarrollar los efectos secundarios comunes para el ibuprofeno, como la inflamación gástrica.<sup>126</sup> En niños que han sido diagnosticados con asma, se debe dar preferencia al paracetamol para evitar cualquier posible efecto secundario respiratorio, aunque la probabilidad de complicaciones, no es alta. La tolerancia previa al ibuprofeno en niños con asma puede tranquilizar a pacientes, cuidadores y profesionales médicos y debe documentarse adecuadamente.<sup>127</sup>

Cuando se administran medicamentos antipiréticos, se debe aconsejar a los padres que sólo continúen, si el niño parece estar angustiado. El agente de primera elección puede cambiarse a un agente alternativo, si no se alivia la angustia del niño. Sin embargo, no se recomienda el uso simultáneo de ibuprofeno y paracetamol. Los padres y farmacéuticos sólo deben considerar el uso concomitante y alternativo de estos agentes, si la angustia persiste o reaparece antes de la próxima dosis con un control cuidadoso de las dosis administradas.

No se recomienda el uso de aspirina, ya que podría provocar el riesgo de desarrollar el síndrome de Reye en los niños.<sup>128</sup> Los medicamentos sin receta médica (de venta libre), más utilizados en el tratamiento de la fiebre infantil, se presentan en la Tabla 4.

Cuadro 4 - Medicamentos sin receta (de venta libre) más utilizados en la fiebre infantil

Medicinas sin receta	Dosis normal	Inicio de la acción	Duración del uso	Efectos adversos principales	Consideraciones
Paracetamol (acetaminofén) <sup>60</sup>	Niños: 10 a 15 mg/kg por dosis (hasta 60 a 75 mg/kg durante 24 horas).	Tarda hasta una hora en hacer efecto. Sigue haciendo efecto, durante unas cinco horas.	Debe administrarse sólo si el niño está angustiado o incómodo en presencia de síntomas hasta que desaparecen y de acuerdo con el peso del niño.	Aumento de los niveles de aminotransferasa.  Toxicidad hepática en sobredosis.  Reacciones de hipersensibilidad (raras).	Consultar el protocolo local o la información del producto para obtener la guía de dosificación.
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): ibuprofeno <sup>61</sup>	Niños, por lo general a partir de los 6 meses: 5-10 mg/kg, (hasta 40 mg/kg, durante 24 horas).	El ibuprofeno tarda de 20 a 30 minutos en hacer efecto.	Se recomienda tomar la dosis más baja, durante el menor tiempo posible. Debe administrarse, sólo si el niño está angustiado o incómodo en presencia de síntomas hasta que desaparecen y de acuerdo con el peso del niño.	Efectos adversos gastrointestinales  Mareos.  Potencial exacerbación del asma.	Se recomienda no usarlo durante más de cinco días.  No se recomienda su uso en niños con varicela.

## 7.3 Gestión no farmacológica

La hidratación sigue siendo una prioridad, cuando se trata a un niño con fiebre. Es importante mantener niveles adecuados de hidratación para apoyar el funcionamiento fisiológico normal del cuerpo y prevenir la deshidratación. Los signos de deshidratación incluyen sequedad de boca, labios y ojos, frecuencia urinaria baja y aumento de la sed y el cansancio. En presencia de estos signos, se debe animar a los cuidadores a visitar a un profesional médico para obtener asesoramiento adicional.

Para mantener una temperatura corporal adecuada, los niños con fiebre no deben utilizar cantidades excesivas de ropa ni estar cubiertos por muchas ropas ni mantas. En el caso de sudoración extensa, se debe considerar un cambio regular de ropa. La habitación del niño no debe estar ni demasiado caliente ni demasiado fría, con una temperatura media de 18°C (64°F).<sup>122</sup>

## 7.4 Recursos y enlaces útiles

- [Módulo de aprendizaje de la OMS sobre la fiebre](#)
- [NHS \(UK\) - Fiebre infantil](#)
- [NHS \(UK\) - Paracetamol para niños](#)
- [NHS \(UK\) - Diagrama de flujo de la fiebre infantil](#)
- [Ruta de la fiebre del NHS \(Reino Unido\)](#)
- [Directrices NICE para la evaluación y el tratamiento inicial de la fiebre](#)
- [Royal Children's Hospital Melbourne \(Australia\) - Paracetamol e Ibuprofeno](#)
- [Kids Health - Fiebre para padres](#)
- [Stanford Children's health - Fiebre en los niños](#)
- [Cómo administrar los medicamentos: medicamentos líquidos con una jeringa bucal a partir de un frasco sin tapón](#)

## 8 Salud sexual

La promoción de la salud sexual es fundamental para el desarrollo social de las comunidades y contribuye en gran medida, al estatus general de salud y al bienestar de las personas. El logro de enfoques positivos y respetuosos de la sexualidad y la salud sexual, depende del acceso a información completa, confiable y de calidad, así como a datos claros sobre los peligros de las prácticas sexuales de alto riesgo.<sup>129</sup>

Las cuestiones relacionadas con la salud sexual comprenden una variedad de condiciones diferentes, que difieren en la prevalencia según la orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual y las relaciones. Los problemas más comunes, relacionados con la salud sexual son las consecuencias de las prácticas sexuales sin protección. Entre las cuestiones que se plantean, figuran la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (STI). Además de estas condiciones, también existen casos de embarazo y aborto no deseados, disfunción sexual o violencia y prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina.<sup>129</sup>

Los farmacéuticos comunitarios pueden servir como un aliado cercano a las personas con afecciones, relacionadas con la salud sexual. Esto está vinculado a la confianza y accesibilidad, asociadas con los farmacéuticos de todo el mundo. En la práctica diaria, los farmacéuticos pueden encontrarse con varias situaciones relacionadas con la salud sexual y por lo tanto, deben estar preparados para enfrentarlas con respeto, apertura y sensibilidad.<sup>130</sup> Sin embargo, existen varias barreras para las interacciones significativas entre farmacéuticos y pacientes con relación a la salud sexual, que incluyen la falta de privacidad, la alta sensibilidad de ciertos temas y la falta de capacitación para participar en estos temas.<sup>131</sup>

Las farmacias también pueden promover la salud sexual, mediante campañas de sensibilización y educación, especialmente entre los grupos de mayor riesgo de la comunidad. En sus comunidades, los farmacéuticos pueden encontrarse con individuos con diferentes creencias y por lo tanto, diferentes puntos de vista con relación a las prácticas sexuales y la salud sexual. Los farmacéuticos también pueden tener varias creencias con relación a estos temas. A pesar de eso, como profesionales médicos, la prioridad de los farmacéuticos debe ser promover la salud y prevenir enfermedades, proporcionando asesoramiento y servicios con base en evidencia a sus pacientes o derivarlos a otros profesionales o instalaciones apropiados, si sus propias creencias les impiden proporcionar atención directamente. Los farmacéuticos también son responsables de proporcionar productos y dispositivos — y en muchas partes del mundo, también educación y servicios — que mejoren la salud sexual.

### 8.1 Signos y síntomas

Los signos y síntomas de las afecciones relacionadas con la salud sexual son variados y difieren mucho. Los síntomas generales comunes pueden incluir:<sup>132</sup>

- Picazón, ardor u hormigueo alrededor de los genitales;
- Ampollas, llagas, manchas o bultos alrededor de los genitales o el ano;
- Sequedad y dolor durante el coito;
- Disfunción eréctil;
- Polvo negro o pequeños puntos blancos en la ropa interior — estos podrían ser excrementos o huevos de piojos púbicos.

El farmacéutico debe evaluar la gravedad, intensidad y duración de los síntomas anteriores. En algunos casos y dependiendo de las regulaciones de productos en cada jurisdicción, los farmacéuticos pueden recomendar medicamentos sin receta u otros productos para controlar estos síntomas y mejorar la salud y el bienestar sexual o deben remitir a los pacientes a un médico para su diagnóstico. En la sección "Recursos y enlaces útiles" a continuación, puede encontrar información detallada para el manejo de la mayoría de estos síntomas.

Los farmacéuticos siempre deben derivar a los pacientes para su evaluación, si se presenta alguno de los siguientes síntomas:<sup>133</sup>

- Alteración del flujo vaginal;

- Secreción por pene;
- Dolor o ardor al orinar;
- Picazón, erupción cutánea, verrugas, bultos o ampollas graves, alrededor de los genitales o el ano;
- Dolor o sangrado durante o después de la relación sexual;
- Sangrado entre periodos o sangrado irruptivo con anticonceptivos y
- Dolor en los testículos o en la parte inferior del abdomen.

## 8.2 Priorización

Los farmacéuticos están bien equipados para identificar a los pacientes con comportamientos sexuales de riesgo y ofrecen asesoramiento personalizado sobre los procedimientos de prueba y sobre los recursos comunitarios disponibles, que ofrecen servicios específicamente relacionados con la salud sexual. En algunos países y territorios, existe inclusive la posibilidad de hacerse pruebas en una farmacia. Estos incluyen pruebas para STI, como clamidia, VIH, virus del papiloma humano (HPV) y hepatitis C.<sup>134</sup>

En esos casos específicos, los farmacéuticos pueden apoyar todo el proceso, incluyendo las pruebas, el enlace y la referencia a otros profesionales médicos y proporcionar apoyo para iniciar el tratamiento adecuado para los pacientes con resultados positivos. Para la mayoría de estas pruebas, la privacidad y la confidencialidad son esenciales al explicar los métodos para la recolección de muestras. También se debe tener cuidado al interpretar los resultados de las pruebas, especialmente con relación a los aspectos psicológicos, relacionados con los resultados positivos de las pruebas. Siempre que sea posible, la remisión para una confirmación del resultado en un laboratorio de biología clínica o instalaciones especializadas puede ser relevante para determinar los pasos para un mayor manejo y seguimiento.

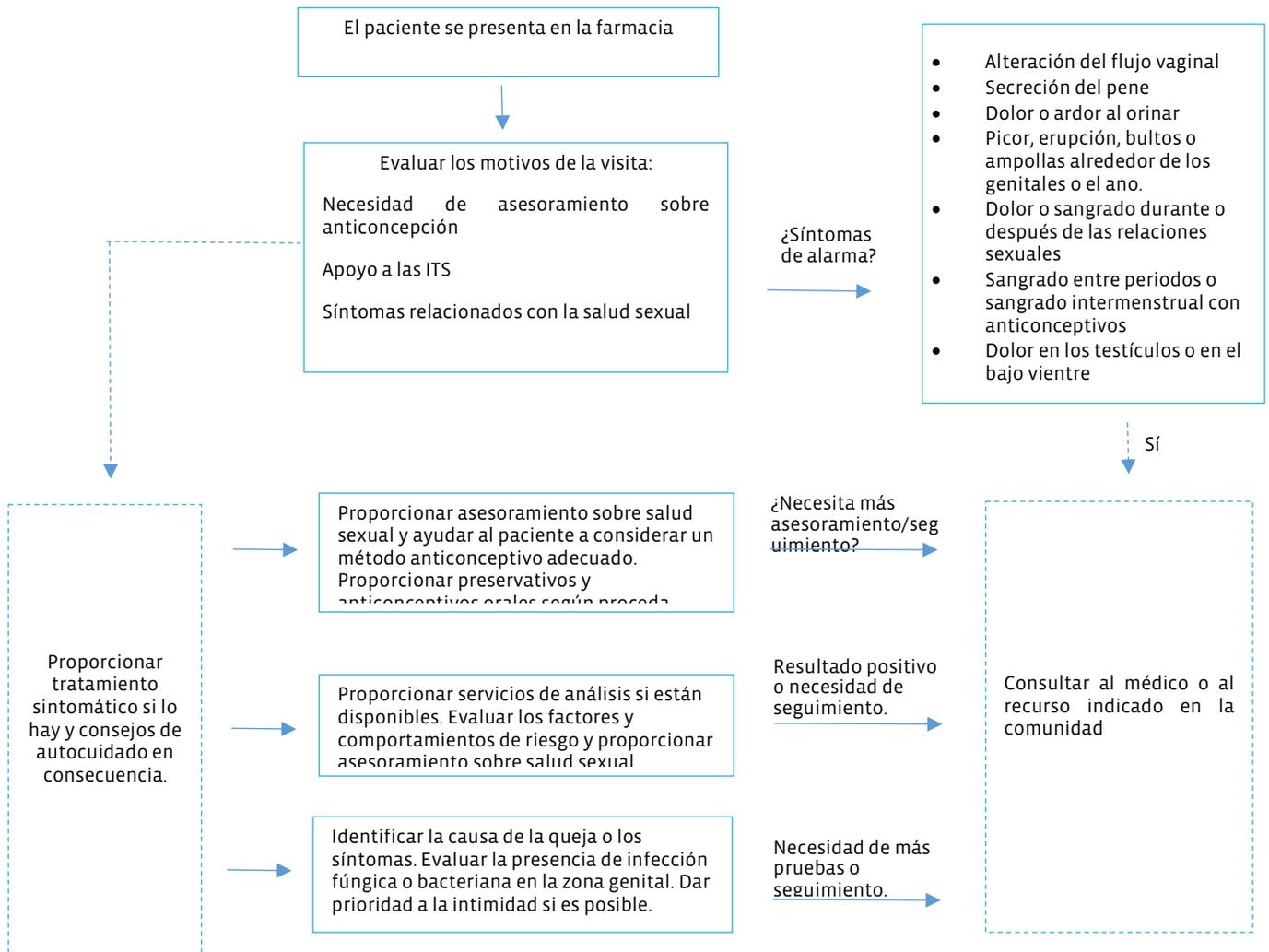
La anticoncepción es otra área en la que los farmacéuticos desempeñan una función importante en la prestación de apoyo y asesoramiento. Los farmacéuticos pueden apoyar la administración, educación y en algunos países y territorios, la prescripción de anticonceptivos hormonales y la administración de anticonceptivos inyectables. En muchos países y territorios, los farmacéuticos son autónomos en la prescripción y administración de anticonceptivos de emergencia. Además, los pacientes pueden solicitar asesoramiento sobre el uso de anticonceptivos, como preservativos, lubricantes y otros productos de higiene para dedicarse al autocuidado de la salud sexual.

Finalmente, los farmacéuticos pueden tener impactos significativos en la salud sexual con relación a la vacunación, como con la vacuna contra el HPV. Las interacciones frecuentes con las personas en la farmacia comunitaria son oportunidades ideales para preguntar sobre el estatus de vacunación de un paciente.<sup>135</sup>

Siempre se debe fomentar el uso de consultorios privados, cuando se entablan conversaciones sobre salud sexual, ya que un entorno privado y confidencial facilita las pláticas productivas.<sup>136</sup>

La Figura 6 proporciona una descripción general de la información en este capítulo y un diagrama de flujo para la gestión de la salud sexual en la farmacia comunitaria.

Figura 6 — Diagrama de flujo de resumen del capítulo para la gestión de la salud sexual



### 8.3 Gestión farmacológica y no farmacológica

El asesoramiento sobre las condiciones sexuales varía ampliamente, según el sexo y la edad del paciente, además de la actividad sexual y otros factores. Los farmacéuticos se encontrarán con una variedad de escenarios diferentes con relación a la salud sexual y deben estar listos para manejar diferentes situaciones en su rutina diaria. Los farmacéuticos están bien posicionados para servir de enlace con las consultas de planificación familiar y los centros especializados, dentro de la comunidad y apoyar el manejo a largo plazo de estos pacientes.

Los farmacéuticos a menudo participan en la administración de medicamentos y en el control y seguimiento de las personas, que toman anticonceptivos hormonales regulares. Esto implica diferentes medicamentos que se recetan solos o en combinación y pueden estar presentes en forma de tabletas, parches, dispositivos inyectables, dispositivos intrauterinos o anillos vaginales. La colaboración y la comunicación con los médicos de cabecera es esencial para optimizar el monitoreo continuo de los métodos anticonceptivos y evitar embarazos, no deseados. En algunos países y territorios, los farmacéuticos también pueden iniciar la prescripción de este tipo de anticonceptivos, facilitando el acceso a estos servicios y mejorando la satisfacción del paciente.<sup>137</sup> El uso de diferentes tipos de anticonceptivos puede proporcionar ventajas, dependiendo del estilo de vida y las preferencias de un paciente.

Por ejemplo, el uso de anillos vaginales permite la liberación local de una dosis más baja de hormonas, elimina el olvido y puede reducir la incomodidad, asociada con patrones de sangrado modificados.<sup>138</sup>

Además de la anticoncepción habitual, los farmacéuticos también desempeñan un papel decisivo en la prescripción de anticonceptivos de emergencia y el asesoramiento asociado.<sup>139</sup> La prestación de un servicio de anticoncepción de emergencia implica normalmente una serie de preguntas para garantizar el uso responsable, seguro y eficaz de los medicamentos en cuestión. Al igual que con la mayoría, si no todas, las conversaciones sobre la salud sexual, las prácticas sobre la anticoncepción de emergencia deben abordarse con privacidad y discreción. Las moléculas más comunes utilizadas como anticoncepción de emergencia son levonorgestrel y ulipristal. El conocimiento sobre el ciclo menstrual y las ventanas fértiles son parte fundamental de información para determinar el curso de acción, más apropiado. Se debe advertir a los pacientes que, después de la anticoncepción de emergencia, pueden producirse interrupciones del ciclo menstrual y hemorragias ocasionales.<sup>140</sup>

La sequedad o el dolor experimentado, durante las relaciones sexuales pueden mejorarse mediante el uso de lubricantes apropiados. Es importante destacar, que los lubricantes a base de agua son seguros para utilizar con condones de látex, mientras que los lubricantes a base de aceite pueden provocar la ruptura de condones y por lo tanto, representan un peligro para la transmisión de enfermedades o para embarazos, no deseados.

La picazón vaginal, el ardor o el dolor, durante el coito pueden estar asociados con infecciones fúngicas, como la candidiasis. En algunas jurisdicciones, los farmacéuticos pueden estar autorizados a administrar NPM antifúngicos para el tratamiento de tales infecciones, junto con la prestación de asesoramiento e indicaciones para medidas, no farmacológicas.

Para las infestaciones por piojos púbicos, los farmacéuticos pueden proporcionar asesoramiento sobre las opciones de tratamiento disponibles localmente y las medidas higiénicas necesarias para eliminar los piojos y liendres del cuerpo y la ropa. Existe mayor información disponible a través del enlace en recursos útiles.

Los farmacéuticos pueden apoyar a las personas con disfunción sexual a través de la educación sobre medicamentos específicos, utilizados en la disfunción eréctil y la disfunción sexual femenina. Estos medicamentos están presentes en diferentes formulaciones desde tabletas orales hasta plumas inyectables. En los países donde las opciones de tratamiento para la disfunción eréctil están disponibles como NPM, los farmacéuticos desempeñan una función importante en la evaluación de la idoneidad de dichos tratamientos para pacientes específicos y en el apoyo a los hombres en su uso correcto y seguro.<sup>141</sup> La educación del farmacéutico es especialmente importante para garantizar el uso seguro y eficaz de estos medicamentos y el manejo de los posibles efectos secundarios.

## 8.4 Recursos y enlaces útiles

- [Hoja informativa de la OMS sobre las infecciones de transmisión sexual](#)
- [Hoja informativa de la OMS sobre métodos anticonceptivos](#)
- [Hoja informativa de la OMS sobre el VIH/SIDA](#)
- [Universidad de Manchester, Programa de formación abierta sobre salud sexual en farmacias](#)
- [Directrices NICE sobre salud sexual](#)
- [Public Health England, La oferta de salud sexual, salud reproductiva y VIH](#)
- [Medidas de los CDC en materia de anticoncepción](#)
- [Guía clínica de la FSRH del Reino Unido sobre anticoncepción de urgencia](#)
- [Consejo Asesor Global \(CGG\) para la Salud Sexual y el Bienestar](#)
- [Fecundidad mundial y planificación familiar 2020: Aspectos destacados](#)
- [NHS UK: anticoncepción de urgencia](#)
- [Métodos anticonceptivos CDC](#)
- [Hoja informativa de los CDC sobre el VPH](#)
- [Hoja informativa de los CDC sobre la candidiasis vaginal](#)
- [Disfunción eréctil](#)
- [Disfunción sexual femenina](#)
- [Hoja informativa de los CDC sobre los piojos púbicos](#)

## 9 La desinfección y la farmacia

La desinfección puede definirse como "el tratamiento de superficies/equipos, utilizando medios físicos o químicos de manera que la cantidad de microorganismos presentes, se reduzca a un nivel aceptable".<sup>142</sup> Esto se puede lograr utilizando desinfectantes químicos, tales como alcohol u otros agentes inactivadores, como luz ultravioleta. Algunos desinfectantes se pueden utilizar en combinación, como el peróxido de hidrógeno y el ácido peracético.<sup>143</sup>

La falta de medidas regulares de desinfección contribuye a la diseminación de enfermedades transmisibles, cuya carga en los sistemas de salud se estima que llega a 1.4 millones de pacientes en todo el mundo.<sup>144</sup> Esto destaca la importancia de mantener condiciones de trabajo limpias en la farmacia, especialmente porque la farmacia comunitaria representa un centro de atención médica, visitado con frecuencia por pacientes, como personas inmunocomprometidas, que pueden tener un mayor riesgo de contraer infecciones. Educar al público sobre medidas de higiene adecuadas es clave para reducir los niveles de transmisión de microorganismos y proteger a los grupos, más vulnerables. La desinfección es una forma importante de inactivar o eliminar microorganismos contagiosos, como la gripe.<sup>145</sup>

También se ha teorizado que las prácticas de higiene específicas, que representan enfoques de gestión de riesgos para romper la cadena de transmisión de patógenos, pueden proporcionar beneficios con relación al uso de antibióticos y por lo tanto, contribuir a la reducción de la resistencia a los antimicrobianos.<sup>146</sup>

Los farmacéuticos pueden promover la desinfección y la prevención de la transmisión de enfermedades en sus lugares de trabajo:<sup>147</sup>

- En la farmacia comunitaria, los farmacéuticos pueden participar activamente en la selección y administración adecuadas de desinfectantes, aumentar el suministro y la producción de desinfectantes para manos y promover una higiene completa, tanto entre el personal, como entre los pacientes.
- Como educadores, los farmacéuticos pueden enseñar y crear conciencia entre los profesionales médicos y el público sobre la desinfección, asesorar a los pacientes y cuidadores sobre los métodos adecuados de desinfección y proporcionar sesiones de capacitación sobre prácticas de prevención y control de infecciones en el lugar de trabajo.
- En el entorno hospitalario, los farmacéuticos pueden participar en los comités de prevención y control de infecciones, trabajar para prevenir la contaminación de los medicamentos preparados o administrados por la farmacia, promover el cumplimiento de las normas de higiene y luchar por la tolerancia cero de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

La producción de soluciones desinfectantes generalmente es realizada por fabricantes farmacéuticos, pero las farmacias comunitarias también pueden participar. La producción de desinfectantes en alcohol en gel en algunos países y territorios fue extremadamente importante, durante la pandemia de COVID-19, considerando el acceso restringido y la escasez de estos productos. La pandemia de COVID-19 fue una oportunidad ideal para que los farmacéuticos comprendieran y defendieran la importancia de las prácticas de desinfección apropiadas en las rutinas diarias, así como al administrar medicamentos, pruebas o vacunas para COVID-19.<sup>148</sup>

Los farmacéuticos pueden garantizar que sus espacios de trabajo estén equipados con materiales resistentes a las infecciones y con acceso confiable a los ingredientes compuestos necesarios, pruebas de control de calidad, mano de obra y equipos. Además, también se debe considerar la capacitación para la preparación de soluciones desinfectantes.<sup>149</sup>

Aunque la mayoría de los miembros del equipo de farmacia están conscientes de la importancia de las medidas de higiene adecuadas, siguen existiendo varias barreras. Aspectos como el uso de guantes y el manejo de equipos de protección personal, así como el establecimiento de un protocolo de desinfección multifásico y otros lineamientos pueden ser desafiantes, debido a la carga de trabajo que conllevan y los esfuerzos sostenidos que requieren.<sup>150</sup>

La desinfección de superficies en la farmacia comunitaria es una medida importante para implementar, especialmente, pero no sólo en tiempos de pandemias o condiciones estacionales, como la gripe. La desinfección regular desempeña una función central en la inhibición de infecciones y en el control de brotes

de enfermedades transmisibles. Las superficies que están frecuentemente en contacto con el personal de farmacia y los pacientes deben desinfectarse regularmente. Estos incluyen mostradores, sillas, equipos de trabajo y consultorios privados, así como dispositivos de pago, perillas de puerta y aparatos de prueba en el punto de atención.<sup>151</sup> Un lineamiento de FIP desarrollado en marzo de 2020 contiene un resumen de los diferentes desinfectantes, que se pueden utilizar, dependiendo de los objetos que requieren desinfección (Figura 7).<sup>152</sup>

Figura 7 - Objetos a desinfectar y tipos de desinfectantes<sup>152</sup>

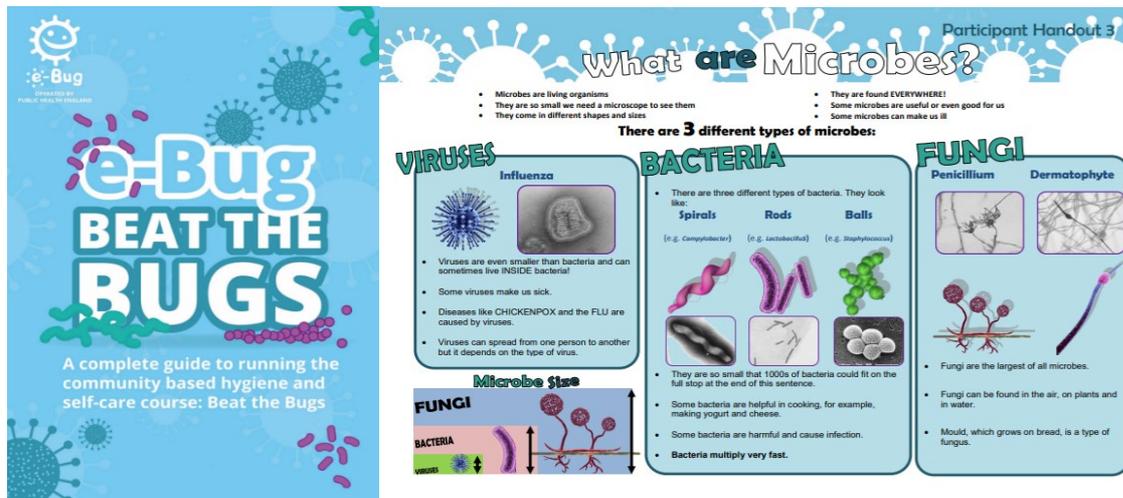
Objeto para desinfección	Tipo de desinfectante	Consumibles
Superficie de objeto ambiental	Desinfectante que contenga cloro (1000 mg/ l), dióxido de cloro (500 mg/ l), 75 % alcohol	Material absorbente desechable
Manos	Desinfectante de manos de secado rápido, que contenga alcohol, desinfectante que contenga cloro, peróxido de hidrógeno	
Piel	0.5 % desinfectante a base de yodo, peróxido de hidrógeno	
Mucosa	0.05 % desinfectante a base de yodo	
Aire interior	Ácido peracético, dióxido de cloro, peróxido de hidrógeno	
Contaminante	Desinfectante que contenga cloro (5000 – 20000 mg/ l), polvo desinfectante o polvo blanqueador que contenga absorción de agua	
Textiles, como ropa, ropa de cama	Desinfectante que contenga cloro (500 mg/ l), óxido de etileno	
Prescripciones	Óxido de etileno	

Los farmacéuticos pueden apoyar a las poblaciones y comunidades a través de la educación y una mayor conciencia de la higiene. Entre los temas que se encuentran con frecuencia en esta área figuran la higiene adecuada de las manos, que ha sido objeto de varias campañas de salud en todo el mundo.<sup>153</sup> Además, los farmacéuticos pueden reforzar los beneficios de las medidas de higiene adicionales, como el uso de cubrebocas, entre sus pacientes. La integración de las prácticas de higiene en su rutina diaria reduce el riesgo de los pacientes de contraer y transmitir enfermedades, reforzando en última instancia, su compromiso con el autocuidado.

La desinfección puede aplicarse a prácticas adecuadas de lavado de manos, especialmente cuando las manos entran en contacto con una variedad de superficies, durante el día.<sup>154</sup> Los farmacéuticos deben lavarse las manos regularmente, especialmente antes e inmediatamente después de la prestación de servicios de salud, que requieran el contacto directo con el paciente, como la vacunación o las pruebas. El objetivo es minimizar la posible transmisión de microorganismos, durante sus tareas diarias.<sup>155</sup>

La campaña e-Bug (Figura 8) operada por la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido es una campaña educativa, que abarca una variedad de recursos, que se centran en la prevención y transmisión de enfermedades, además de proporcionar explicaciones básicas sobre microorganismos. Este recurso de fácil acceso incluye materiales de capacitación y videos simples, que se pueden utilizar para audiencias más jóvenes, pero también se pueden compartir con la población en general. Está disponible en más de 20 idiomas.<sup>156,157</sup>

Figura 8 -Folleto educativo "Beat the bugs"<sup>357</sup>



## 9.1 Recursos y enlaces útiles

- [Directrices de la FIP para farmacéuticos y personal farmacéutico](#)
- [Directrices de desinfección de los CDC](#)
- [Hoja informativa de los CDC sobre desinfección](#)
- [Orientaciones de los CDC para farmacias](#)
- [CDC desinfecta sus instalaciones](#)
- [OMS Limpieza y desinfección de superficies ambientales en el contexto de COVID-19](#)
- [Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria](#)
- [Infografía de la OMS "¿Cómo lavarse las manos?"](#)
- [Guía de la OMS para la preparación local de fórmulas para frotar las manos](#)
- [Programa educativo E-bug](#)
- [Recursos educativos del Consejo Mundial de Higiene](#)

## 10 Resumen de los puntos clave

### 10.1 Dolor de garganta

- El dolor de garganta es una afección común, que generalmente se autolimita y los farmacéuticos desempeñan una función importante en la detección e identificación de los síntomas y el tratamiento posterior.
- Las causas del dolor de garganta son variadas y por lo tanto, es importante identificar y tratar la causa subyacente o reducir la exposición a la causa.
- La detección de síntomas de señal de alerta de dolor de garganta es un punto clave a considerar, ya que la derivación para futuras investigaciones puede justificar la prescripción de antibióticos u otros medicamentos con receta.
- Como el tratamiento del dolor de garganta es una de las principales causas del uso injustificado de antibióticos, los farmacéuticos son esenciales para la detección adecuada de los casos, que realmente pueden requerir tratamiento con antibióticos.
- Las farmacias comunitarias pueden desempeñar una función en la utilización de pruebas en el punto de atención para detectar la "faringitis estreptocócica" y por lo tanto, contribuir a una utilización y asignación, más adecuadas de los recursos del cuidado de la salud.
- Las indicaciones farmacológicas para el dolor de garganta suelen ser medicamentos antiinflamatorios o analgésicos, que ayudan a reducir los síntomas. Otros medicamentos pueden ser necesarios para tratar las causas subyacentes del dolor de garganta, como el reflujo gástrico o las alergias.
- El manejo no farmacológico es igualmente importante para calmar el área afectada y proporcionar suficiente tiempo para que el área se recupere.

### 10.2 Dolores gastrointestinales

- Las afecciones gastrointestinales (GI) pueden estar fuertemente influenciadas por factores del estilo de vida. Por lo tanto, es importante que los farmacéuticos evalúen y consideren adecuadamente, dichos factores al recopilar datos del paciente y recomendar opciones de tratamiento.
- La toma efectiva de antecedentes de síntomas es esencial para hacer diagnósticos diferenciales.
- La diarrea crónica debe ser investigada por un médico, especialmente si hay pérdida de peso o sangre en las heces.
- La derivación para la detección y las pruebas para detectar la presencia de *Helicobacter pylori* pueden ser importantes para las personas con problemas gastrointestinales recurrentes.
- Existen diferentes medicamentos sin receta médica (de venta libre) disponibles para tratar los síntomas relacionados con las dolencias del tracto gastrointestinal superior y los farmacéuticos pueden desempeñar una función de apoyo importante en la prestación de alivio y atención a las personas, que sufren de estas afecciones.
- El asesoramiento nutricional y de estilo de vida es un aspecto clave en el control de las dolencias gastrointestinales.

### 10.3 Dolor musculoesquelético

- El dolor musculoesquelético es una afección prevalente, siendo el dolor de espalda la presentación más común. Los farmacéuticos deben considerar los aspectos ocupacionales al evaluar el origen y las características del dolor.
- La clasificación del dolor musculoesquelético requiere preguntas simples sobre la duración del dolor y la rigidez a primera hora de la mañana, entre otras características.
- Existen diferentes medicamentos y formulaciones, como opciones de tratamiento sin receta, cuando se consideran las preferencias del individuo, el tipo de dolor, la ocupación y el estilo de vida.

- Los factores de estilo de vida, como mantener un peso adecuado y realizar suficiente ejercicio físico, pueden ser factores importantes en la prevención y el manejo del dolor musculoesquelético.

## 10.4 Fiebre infantil

- La fiebre infantil es una afección que los farmacéuticos pueden enfrentar con frecuencia en su práctica diaria. La función de los farmacéuticos en el manejo de esta condición, incluye proporcionar alivio para el niño, pero también tranquilizar a sus padres y cuidadores.
- La edad del niño, las dolencias recientes y la respuesta a los estímulos son importantes para determinar las opciones de manejo, más apropiadas.
- Los medicamentos sin receta (de venta libre), más utilizados para la fiebre son el paracetamol (acetaminofén) y el ibuprofeno.
- Los farmacéuticos pueden proporcionar asesoramiento sobre el método correcto de medición de la temperatura, el mantenimiento de la hidratación y las opciones, no farmacológicas.

## 10.5 Salud sexual

- La salud sexual abarca diferentes condiciones y situaciones, que varían según diferentes factores, como el género y la edad. Los farmacéuticos deben estar suficientemente capacitados para llevar a cabo un asesoramiento integral y una comunicación productiva para proporcionar servicios en esos temas con la privacidad y discreción que requieren.
- Los servicios de detección y las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual pueden representar funciones importantes para las farmacias, teniendo en cuenta su accesibilidad y proximidad.
- El conocimiento de los servicios y recursos comunitarios, así como de los centros especializados dentro de la comunidad, es importante para que la fuerza laboral de la farmacia apoye adecuadamente a los pacientes, que requieren más opciones de detección o seguimiento especializado.
- Los farmacéuticos pueden utilizar la variedad de productos y servicios disponibles en la farmacia para promover la salud sexual y prácticas sexuales más seguras.
- El deber de atención de los farmacéuticos significa que deben remitir a los pacientes a otros profesionales y servicios en situaciones en las que sus propias creencias impiden la prestación de determinados servicios.

## 10.6 La desinfección y la farmacia

- La desinfección es un aspecto clave para la prevención de enfermedades transmisibles y debe practicarse de manera rutinaria, especialmente, pero no sólo, durante las pandemias y durante las temporadas pico de otras enfermedades transmisibles.
- Para promover la desinfección en la farmacia, las superficies, dispositivos y otros materiales, que se encuentran con frecuencia deben desinfectarse regularmente.
- El lavado de manos es un aspecto importante que debe ser parte integral de la rutina diaria de todos los miembros del equipo de farmacia para prevenir la transmisión de enfermedades.
- Los farmacéuticos cuentan con el conocimiento y las habilidades para desarrollar diferentes soluciones de desinfección, así como crear materiales de sensibilización y educar a los pacientes sobre la importancia de la desinfección.
- La educación es una característica clave en la desinfección y debe dirigirse a personas de todos los grupos de edad.

# 11 El autocuidado en el contexto de América Latina

*El contenido del siguiente capítulo para América Latina no es exhaustivo. La información aquí presentada es el resultado de información pública disponible en sitios web oficiales, así como aportaciones de Organismos de Salud y organizaciones profesionales farmacéuticas que aceptaron contribuir al documento. Se realizarán actualizaciones periódicas con la información que futuramente sea aportada por organismos y organizaciones profesionales farmacéuticas de los países involucrados.*

*Este capítulo es exclusivo de esta traducción al español del documento original. Su autoría y responsabilidad es del Foro Farmacéutico de las Américas, en colaboración con la Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable. Se añadió en mayo de 2023.*

## 11.1 El valor social y económico del autocuidado en América Latina

Los sistemas de salud en América Latina y el mundo se enfrentan a importantes retos y limitaciones, tanto económicas como en la capacidad de atención, derivado de los cambios demográficos, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la fragmentación de los servicios de salud. En este sentido, empoderar a las personas para practicar el autocuidado y participar activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud es fundamental.<sup>158</sup>

La pandemia de Covid-19 enfatizó las limitaciones que tienen los sistemas de atención primaria de salud y resaltó la urgente necesidad de abordar el autocuidado como una alternativa que garantice a las personas una mayor autonomía para tomar acciones en el cuidado de su salud, principalmente cuando se producen interrupciones en los servicios. Un estudio desarrollado por la Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable en 2021 mostró que, en promedio, el 56% de los latinos tuvieron que interrumpir sus visitas al médico por motivo de la pandemia del Covid-19, 8 de cada 10 consideraron que el autocuidado fue muy relevante durante esta época y el 91% declaró que le gustaría recibir más información para practicar el autocuidado de parte de los profesionales de la salud, como los profesionales médicos y farmacéuticos.<sup>159</sup>

Con el objetivo de identificar y cuantificar los beneficios actuales y futuros del autocuidado para los sistemas de salud y los individuos, la Federación Global de Autocuidado (GSCF, por su sigla en inglés) en el contexto de su plan de colaboración con la OMS, llevó a cabo en 2022 el primer estudio global sobre “El valor social y económico del autocuidado”<sup>160</sup> Este estudio involucró 155 países a nivel global a partir de una revisión estructurada de la literatura disponible y el desarrollo de un modelo económico para cuantificar el impacto actual generado por el autocuidado, así como una proyección para el 2030 basada en el desarrollo de políticas públicas y la disponibilidad de productos de autocuidado. Los resultados de la contribución actual y futura del autocuidado para Latinoamérica son significativos, resaltando \$7.2 mil millones de dólares ahorrados actualmente para los sistemas de salud, 869 millones de horas ganadas para los pacientes, 122 millones de horas ganadas para los profesionales de la salud, 2.5 mil millones de días productivos ganados y \$79 mil millones de dólares ahorrados en bienestar para los individuos. Si la tendencia en la práctica del autocuidado continúa creciendo en esta región, los ahorros para 2030 representarían un aumento de alrededor del 45%, con \$13 mil millones de dólares ahorrados para los sistemas de salud. Los resultados de este estudio reflejan los beneficios actuales, pero también las proyecciones a futuro, de todo el potencial social y económico que el autocuidado responsable representa para los sistemas de salud hasta los receptores de sus servicios.

## 11.2 ¿Qué se necesita para desbloquear todo el potencial del autocuidado en América Latina?

El índice de Preparación para el Autocuidado, herramienta internacional que examina cómo las políticas y prácticas de autocuidado están siendo implementadas en varios países del mundo, rescata cuatro habilitadores claves que permiten la adopción exitosa del autocuidado.<sup>163</sup>

- Política Pública de Autocuidado.

La medida en la que los formuladores de políticas reconocen y apoyan el valor económico del autocuidado, promueven el autocuidado como una solución de salud asequible y brindan incentivos financieros relevantes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana en 2022, ha hecho énfasis en la importancia del autocuidado como un pilar clave para mejorar los resultados de salud, con la aprobación de la Política sobre Atención Integrada para Mejorar los Resultados de Salud. Dicha política incluye por primera vez en la región una mención clara al “Autocuidado” e insta a los Estados Miembro a implementar políticas basadas en evidencia que permitan empoderar a las personas para el autocuidado, así como empoderar a las personas y las comunidades, y fomentar su participación para mejorar su salud y fortalecer el aprendizaje institucional.<sup>158</sup>

- Ambiente Regulatorio.

En América Latina, un acceso oportuno a diversas opciones seguras y de calidad de productos para la prevención y autogestión de condiciones simples y no graves, significaría una reducción en la sobrecarga de demanda de atención en los sistemas de salud, mayores oportunidades para ampliar la práctica del autocuidado y empoderar el rol del farmacéutico en el asesoramiento de los pacientes. Para lograr esto, es necesario contar con los cambios regulatorios necesarios que flexibilicen y aceleren los procesos de revisión y aprobación de nuevos e innovadores productos de autocuidado, haciendo uso de mecanismos de confianza y colaboración entre Agencias Regulatorias.

- Apoyo y Adopción por las Partes Interesadas.

El apoyo y la confianza entre todas las partes interesadas (proveedores de atención de salud, pacientes, consumidores, reguladores y legisladores) son esenciales para maximizar la adopción de los comportamientos y la confianza en los productos de autocuidado.<sup>163</sup>

Aunque el autocuidado sea responsabilidad de cada uno como individuo y paciente, los farmacéuticos desempeñan un papel clave en la promoción del autocuidado al ser un punto de encuentro próximo y accesible con los pacientes. Los farmacéuticos no solo se encuentran en una posición privilegiada de acceso a los pacientes y la comunidad, sino que, además, su formación profesional los convierte en expertos en el manejo de los medicamentos y, por tanto, quien mejor puede aconsejar sobre su uso responsable.

- Empoderamiento del paciente.

El autocuidado genera el mayor valor cuando los pacientes tienen un alto grado de educación en salud, entienden el valor de la prevención y están capacitados para tomar sus propias decisiones de salud.<sup>163</sup>

La formación académica de los profesionales de la salud, como los farmacéuticos, debe incluir al autocuidado como estrategia de salud y a la educación en salud como un pilar de sus actividades en el apoyo a los pacientes e individuos en la toma de decisiones informadas. A nivel de la población, la promoción de la alfabetización en salud como determinante social puede conducir a una mayor equidad y sostenibilidad en la salud pública. Los estudios que evalúan la alfabetización en salud en América Latina son pocos y demuestran una variación considerable, con tasas reportadas de alfabetización sanitaria adecuada que oscilan entre el 5,0% y el 73,3%.

<sup>161</sup>

## 11.3 Como promover el rol del farmacéutico en el autocuidado en América Latina

La convergencia entre el autocuidado y los farmacéuticos se describió previamente en la “Declaración conjunta de políticas de 2019 de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Federación Mundial de Autocuidado (GSCF) sobre El Autocuidado Responsable y Eficaz”. Esta colaboración global llevó en 2021 a el Foro Farmacéutico de las Américas (FFA) y la Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable (ILAR)

a trabajar por la implementación de actividades conjuntas que potencien el rol de los farmacéuticos en el autocuidado en el escenario latinoamericano, el suministro de información y servicios de calidad al público y fomento del autocuidado responsable y eficaz.<sup>162</sup>

Es así que en 2021 se firma un convenio de colaboración entre el FFA e ILAR, cuyos objetivos son; i) Reforzar el papel conjunto y el compromiso de la profesión farmacéutica y de la industria farmacéutica en la provisión de soluciones a las personas para facilitar el autocuidado y el uso responsable de los medicamentos, y ii) Comprometerse con las partes interesadas, incluidos los gobiernos, para seguir desarrollando el autocuidado como pilar fundamental de los sistemas de salud sostenibles.

A raíz de esta colaboración, y con la reciente publicación del reporte sobre “Empoderando el Autocuidado: Un Manual para los Farmacéuticos” por parte la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), el grupo de trabajo formado por ambas asociaciones planteó, además de la traducción al español de esta publicación, el desarrollo de un capítulo exclusivo para la región de América Latina que muestre los principios fundamentales del autocuidado y el rol de farmacéutico en la región.

Para este fin, se revisaron las guías y documentos oficiales disponibles en línea, a fin de conocer el estado actual del rol de farmacéutico en la promoción del autocuidado en América Latina. Se revisaron trabajos científicos publicados en Google Scholar, revisiones realizadas por las organizaciones profesionales farmacéuticas, así como comunicaciones vía correo electrónico con colegas farmacéuticos de países como Costa Rica, Ecuador, Brasil, Argentina, Cuba, o Venezuela, quienes proporcionaron información sobre guías y documentos oficiales que respaldan esta actividad. El presente capítulo consiste en la selección, análisis y la presentación de los resultados de esta búsqueda.

## 11.4 Barreras para la implementación del autocuidado en el ámbito del profesional farmacéutico en América Latina

Como ya fue expresado, los profesionales farmacéuticos están en una posición ideal para apoyar el autocuidado responsable, al empoderar a los pacientes para que tomen mejores decisiones de salud. Estas intervenciones son esenciales para optimizar el uso de los recursos por parte de los sistemas de salud y pueden ofrecer mejores resultados de salud para las personas y contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud y a los beneficios sociales y económicos, más amplios”, estas actividades se realizan, a través de los llamados servicios de atención farmacéutica, cuidado farmacéutico y/o seguimiento farmacoterapéutico, diferentes denominaciones que indican la intervención del farmacéutico en el cuidado de los pacientes, este proceso implica la educación del paciente sobre la patología, una mejor comprensión en el uso de sus medicamentos e información acerca de cómo mejorar su calidad de vida en diferentes aspectos, alimentación, actividad física y otros, todo esto a través de las oficinas de farmacia.

La bibliografía disponible indica que estas actividades se realizan en diferentes países latinoamericanos y han demostrado su beneficio para los pacientes. Cabe mencionar que en la gran mayoría de los países latinoamericanos existen normativas y disposiciones, desde la autoridad sanitaria, que habilitan al farmacéutico a tener una mayor participación en la salud de los pacientes desde las oficinas de farmacia, sin embargo, no es una actividad donde el farmacéutico se apropia, sino actividades aisladas y poco conocidas a nivel de la comunidad.

De forma general, los trabajos publicados en donde el farmacéutico se involucra educando al paciente sobre la patología, uso seguro de sus medicamentos, calidad de vida y otros, son financiados por instituciones educativas, y no es una actividad ampliamente difundida entre los profesionales.

Un estudio en Paraguay en 2019, donde participaron 34 farmacéuticos, todos Especialistas en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, con más de 10 años de experiencia profesional, encontró entre las barreras más frecuentes para la implementación de la atención farmacéutica, la falta de regulaciones de carácter obligatorio, siendo más bien voluntarias.<sup>199</sup> En Perú, un estudio publicado en 2016, donde todos los farmacéuticos participantes expresaron tener una formación básica obtenida en la Universidad, la falta de tiempo para realizar la actividad, la falta de materiales e infraestructura, insuficiente tiempo, mal salario y la necesidad de aprobación de los propietarios, fueron los factores principales que impiden la implementación de la atención farmacéutica en las oficinas de farmacia.<sup>203</sup>

## 11.5 Servicios actuales de orientación farmacéutica en países de América Latina

### 11.5.1 Argentina

La autoridad regulatoria reconoce y promueve la intervención del farmacéutico en el seguimiento de los pacientes, a través de la normativa publicada en la ANMAT que expresa: "El farmacéutico debe contribuir en la educación del paciente y de la población para disminuir los factores de riesgo sanitario, corregir actitudes erróneas frente al problema de salud e incentivar actitudes saludables".

En 2021, a través de un Comunicado de Prensa, la cartera sanitaria nacional difundió el "Plan de Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud con el objetivo de jerarquizar la tarea y avanzar en prestaciones más equitativas, integrales y de mayor calidad." La iniciativa busca fortalecer las tareas llevadas adelante por los farmacéuticos, o bajo su coordinación, que atiendan las necesidades de salud y de calidad de vida de la población, tanto individual como colectiva, incorporadas al equipo de salud y en concordancia con políticas públicas; propone establecer lineamientos para la reformulación del rol de los servicios farmacéuticos a través de una mesa de trabajo junto a instituciones profesionales y académicas farmacéuticas; promueve la capacitación permanente; e impulsa estrategias orientadas a fortalecer, jerarquizar y promover todas aquellas acciones que incluyan servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud.<sup>164</sup>

En Argentina existen varias publicaciones realizadas por grupos de investigación relacionados a la intervención del farmacéutico en el cuidado de pacientes.<sup>165-170</sup>

### 11.5.2 Bolivia

La Autoridad Sanitaria a través de la Norma de Buenas Prácticas de Dispensación, establece que "Es fundamental entender que la dispensación de medicamentos es un acto farmacéutico profesional mediante el cual se proporciona al paciente el medicamento prescrito en el periodo de tiempo y cantidad adecuados; oportunidad increíblemente valiosa en la que el profesional farmacéutico establece contacto con el paciente a fin de orientarle y educarle en el uso racional del medicamento". Sin embargo, trabajos de servicios de Seguimiento a Pacientes o Atención Farmacéutica solo se observan en las universidades por grupos de investigación o como trabajo final de grado.<sup>171, 172</sup>

### 11.5.3 Brasil

En 1960, mediante la Ley nº 3.820, fueron creados el Consejo Federal de Farmacia, y los Consejos Regionales de Farmacia. Dotados de personalidad jurídica, regidos por el derecho público, con autonomía administrativa y financiera, tienen por objeto velar por los principios de ética y disciplina de clase de quienes ejercen cualquier actividad farmacéutica en Brasil. Las resoluciones del Consejo Federal de Farmacias proveen de información reglamentaria relacionada a las funciones del farmacéutico en las oficinas de farmacia. La Ley 1321 del año 2014 define a la farmacia como "establecimiento de salud, con atribuciones específicas para el farmacéutico"; la función del farmacéutico se define en el Art. 13. VI. ... "prestar orientación farmacéutica a fin de aclarar al paciente la relación riesgo beneficio, conservación y utilización de los medicamentos, así como información relacionada a la terapia, las interacciones medicamentosas y la importancia del uso correcto de los medicamentos."

El Consejo promueve la publicación de estudios nacionales sobre la distribución de los farmacéuticos; cursos Sobre La Prescripción Farmacéutica En El Manejo De Problemas Autolimitados; y múltiples guías de prácticas clínicas y apoyo a la atención farmacéutica en salud para temas como, salud femenina, congestión nasal y enfermedades respiratorias, fiebre, síntomas del tracto gastrointestinal y apoyo al paciente hospitalizados por Covid-19. Estas guías se encuentran disponibles en línea en el sitio del Consejo -

<https://www.cff.org.br/pagina.php?id=778&menu=778&titulo=Publica%C3%A7%C3%B5es>

Los estándares de competencias para los farmacéuticos clínicos se organizan en tres áreas principales: atención familiar y comunitaria; atención al paciente; y organización y gestión de servicios, y desarrollo profesional para la prestación de servicios de salud. Aunque la farmacia clínica en Brasil aún no está consolidada en la misma medida que en otros países, en los últimos años se han logrado grandes avances,

particularmente en lo que respecta a la legislación y la capacitación, que son esenciales para los avances futuros.

La Resolución No. 44 de la Directoria Colegiada de ANVISA del año 2009. Art. 63.: establece que “la Atención Farmacéutica debe tener como objetivo la prevención, detección y resolución de problemas relacionados a los medicamentos. Promover el uso racional de los medicamentos a fin de mejorar la salud y calidad de vida de los usuarios”. Finalmente, la Resolución 357 del año 2001, del Consejo Federal de Farmacia, Art. 2º, IX, dicta “Promover acciones de información y educación sanitaria”; y la Resolución 585 año 2013, reglamenta las atribuciones clínicas del farmacéutico y otras providencias.<sup>174-176</sup>

Entre 2020 y 2022, la Asociación Brasileña de la Industria de Productos para el Autocuidado en Salud (ACESSA)<sup>224</sup> trabajó en alianza con la Universidad de Brasilia y la Universidad Federal de Alfenas, para impulsar el Proyecto “Farmacia Basada en la Evidencia”, que tuvo como objetivos la mejora científica de los profesionales farmacéuticos y la contribución para la mejora de la atención a la salud de la población brasileña. El Proyecto produjo 20 guías (fiebre, dolor de cabeza, catarro, dismenorrea, acidez estomacal, rinitis alérgica, entre otras), con una extensa revisión de la literatura científica, sobre el manejo de problemas de salud autolimitados. Estas son compilaciones estratégicas de evidencia que pueden guiar a los farmacéuticos comunitarios para mejorar su atención médica e identificar señales de advertencia que requieren derivación a un médico y/u otras unidades del sistema de salud.

#### 11.5.4 Chile

En Chile, el Ministerio de Salud emitió la Norma Técnica Número 147 del año 2013, donde establecen pautas de almacenamiento y distribución de medicamentos. Los artículos contenidos en la Norma hacen referencia a la conservación y manipulación de los medicamentos, sin considerar a los pacientes. Otras publicaciones disponibles están relacionadas a trabajos realizados como actividad final de la carrera para optar el título de Químico Farmacéutico y en trabajos de Especialización.<sup>177-179</sup>

#### 11.5.5 Colombia

El Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, emite el documento de “Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención de Salud” cuyo propósito es mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, prevenir y/o evitar efectos adversos de los medicamentos. Las publicaciones que destacan el rol del farmacéutico en la promoción de la salud, atención farmacéutica y/o intervenciones en pacientes, se limitan a los desarrollados por grupos de investigación en universidades.<sup>180-</sup>

185

#### 11.5.6 Costa Rica

En Costa Rica la normativa vigente establece que toda farmacia, privada o pública, comunitaria u hospitalaria, debe tener al menos un regente farmacéutico durante todo su horario de funcionamiento. Esta situación, aunada al perfil de funciones del farmacéutico general, emitido por el Colegio de Farmacéuticos y aprobado por el Ministerio de Salud, permite a este profesional ofrecer servicios farmacéuticos relacionados con el autocuidado y el uso apropiado de los medicamentos y otros productos sanitarios. Una encuesta reciente sobre buenas prácticas de farmacia muestra que el 64% de los farmacéuticos consultados ejecutan acciones en el ámbito del autocuidado y la automedicación promoviendo los estilos de vida saludables y el uso racional de los medicamentos; el 78% ofrece información específica, comprensible y apropiada, tanto oral como escrita, para el proceso de toma de decisiones en el marco del autocuidado y la automedicación responsable y el 95% realizan indicación de medicamentos para el tratamiento de síntomas de afecciones leves o menores de salud. (6). Estos datos son coincidentes con algunas investigaciones anteriores que documentan acciones afines al autocuidado realizadas por los farmacéuticos desde las farmacias de comunidad. Para poder avanzar en este campo es necesario que el país disponga de un documento regulatorio que especifique las actividades asistenciales que debe desarrollar el farmacéutico en el sistema de salud, entre esas, las relacionadas con la promoción del autocuidado y la automedicación responsables.<sup>213-223</sup>

### 11.5.7 Cuba

El Ministerio de Salud Pública, publicó un documento denominado “Programa Nacional de Medicamentos”, del año 2014. En el capítulo de “Dispensación” se detalla el procedimiento general de la dispensación de medicamentos y se aborda la fármaco-divulgación como responsabilidad de los servicios farmacéuticos.<sup>186-188</sup>

### 11.5.8 Ecuador

La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria publicó un Instructivo Externo sobre el Funcionamiento de Farmacias y Botiquines, el cual establece que “El responsable técnico debe brindar Atención Farmacéutica personalizada a los pacientes y usuarios y solventar las dudas sobre el uso adecuado de los productos que se dispensan y expenden en el establecimiento”.

Otro documento es el Manual Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2020. El manual establece que, “La dispensación debe ser de responsabilidad del profesional farmacéutico y cumplir con tres objetivos: entregar el medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa vigente, garantizar que el paciente reciba la información mínima necesaria para el uso correcto del medicamento, e identificar problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) y de los resultados negativos asociados a la medicación (RNMs)”.<sup>189-</sup>

<sup>190</sup>

### 11.5.9 Guatemala

El Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala (COFAQUI) es una entidad representativa de los graduados universitarios que ostentan los títulos de Químico Farmacéutico, Químico Biólogo, Biólogos, Microbiólogos, Bioquímicos, Bioquímicos y Microbiólogos, Nutricionistas, Químico, con sede central en la ciudad de Guatemala. El Colegio dispone una serie de actividades propias del Químico Farmacéutico en su rol en la Farmacia Comunitaria, como: Desarrollar todas las actividades inherentes al área de la regencia farmacéutica; proporcionar asesoría al público en lo concerniente a medicamentos, desarrollar todas las actividades administrativas relacionadas con la comercialización de medicamentos, establecer comunicación y cooperación con otros profesionales del equipo de salud y, definir a través de estudios epidemiológicos del área, los medicamentos para la prevención y curación de enfermedades de dicho perfil epidemiológico.<sup>191-193</sup>

### 11.5.10 Paraguay

Existen normativas sobre los medicamentos y las Buenas Prácticas de Dispensación, que dan el respaldo legal para posibles intervenciones del farmacéutico desde la Farmacia asistencial y promover el autocuidado de los pacientes, sin embargo, las mismas no son de carácter obligatorio. Los farmacéuticos realizan en mayor proporción actividades administrativas y no de asistencia al paciente. Desde el año 2018 existen numerosas publicaciones como trabajos finales de grado y tesis de Postgrado, desde Especialización hasta Doctorado y Maestría, con resultados que demuestran los beneficios para el paciente, de la presencia del farmacéutico proveyendo información y educación para un uso seguro de los medicamentos y mejor calidad de vida. Sin embargo, continúan siendo actividades poco reconocidas por los miembros de la comunidad, y los farmacéuticos de farmacias asistenciales.<sup>194-201</sup>

### 11.5.11 Perú

En Perú, se cuenta con el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación, emitido por la Dirección General de Medicamentos (DIGEMID). También se conoce la “Guía de Consejería Farmacéutica y Seguimiento de Pacientes con Enfermedades no Trasmisibles del Hospital Vitarte”, documento técnico que orientan la formación del Químico farmacéutico.<sup>202-212</sup>

## 11.6 Conclusión del capítulo

Como se enfatizó en este capítulo, los sistemas de salud en América Latina se enfrentan a importantes retos y limitaciones, y este contexto puede verse aún más afectado considerando que para 2030 se prevé una escasez mundial de unos 18 millones de trabajadores de la salud. Las estrategias que fomentan el autocuidado y el empoderamiento del individuo para participar activamente en la toma de decisiones y responsabilidades sobre su propia salud es fundamental para generar sistemas de salud sustentables y mejor calidad de vida de nuestras poblaciones.

La colaboración interdisciplinaria entre profesionales sanitarios es esencial para mejorar los resultados en salud de la población. Las capacidades que poseen los farmacéuticos les convierten en profesionales que pueden contribuir a mejorar los resultados de la atención primaria de la salud como la educación en salud, brindar orientación y recomendación a los individuos sobre el autocuidado, la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades leves y no graves, y el uso responsable de medicamentos y servicios.

En América Latina, las instituciones de salud cuentan con documentos oficiales que habilitan al farmacéutico a realizar actividades relacionadas al uso racional de los medicamentos, criterios de alimentación, actividades físicas para mantener la salud, conocer la patología y cuidado en el uso de medicamentos y otros productos de autocuidado, como se observa en los documentos oficiales revisados, que están basados en las normas de Buenas Prácticas de Farmacia y Buenas Prácticas de Dispensación. Sin embargo, la gran mayoría de las normativas que promueven la implementación de estos servicios son voluntarias y no se expresan como requerimiento del servicio ofrecido en las farmacias.

Nos encontramos ante una gran oportunidad para impulsar el cambio en la modalidad de atención a la salud, con una mayor integración de los farmacéuticos en el sistema. El contenido de este capítulo pone en evidencia el valor añadido de la atención farmacéutica basada en una atención centrada en el paciente, el autocuidado, y en el uso eficiente de los medicamentos y otros productos de autocuidado e invita a gobiernos y autoridades de la región a proporcionar una base legal que permita implementar los métodos de trabajo relacionados con este enfoque en la práctica diaria y en un mejor autocuidado para todos.

## 12 Conclusión

Este manual tiene como objetivo proporcionar una descripción general de la importancia del autocuidado, tanto para los farmacéuticos, como para los pacientes, incluyendo los marcos conceptuales sobre el autocuidado, las consideraciones sobre las tendencias y barreras actuales y la información relevante sobre diferentes condiciones de autocuidado.

El autocuidado no está exento de riesgos. Tiene el potencial de pruebas innecesarias, diagnósticos inexactos, consultas intempestivas y opciones inadecuadas de tratamiento y manejo. Sin embargo, el aumento del gasto en el cuidado de la salud y la previsible escasez de personal médico ponen de relieve la necesidad de medidas sostenibles y rentables. Además, la participación responsable en el autocuidado se percibe como un contribuyente directo, al logro de la cobertura sanitaria universal. Por lo tanto, es imperativo que la promoción y la participación en el autocuidado vayan unidas a la garantía de una educación exhaustiva, la mejora y el mantenimiento de la alfabetización sanitaria y la facilitación del acceso a las herramientas y los recursos necesarios. Además, los marcos regulatorios, la participación de múltiples niveles de las partes interesadas y las intervenciones normativas en torno a la disponibilidad de medicamentos, exámenes de detección y suministros de prueba, además de la ampliación del alcance de la práctica farmacéutica, deben estar bien establecidos y deben centrarse en la promoción del autocuidado.

Los farmacéuticos son expertos en medicamentos y cuando trabajan en la comunidad, son profesionales médicos accesibles, confiables y de primera línea. Por lo tanto, son participantes esenciales en la educación y para empoderar a los pacientes y sus comunidades para participar en el autocuidado, contribuyendo en última instancia a optimizar la utilización y el gasto de los recursos del cuidado de la salud, así como a mejorar los resultados para los pacientes y para los sistemas del cuidado de la salud.

## 13 Referencias

1. Bell J, Dziekan G, Pollack C et al. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Advances in Therapy*. 2016;33(10):1691-703. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0395-5>.
2. El-Osta A. The self-care matrix: A unifying framework for self-care. *SelfCare*. 2019;10:38-56. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://selfcarejournal.com/article/the-self-care-matrix-a-unifying-framework-for-self-care/>.
3. World Health Organization. Self care for health. WHO Regional Office for South-East Asia: 2014. updated 2020. [accessed: 13 July 2021]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>.
4. World Health Organization. What do we mean by self-care? : 2021. updated 2021. [accessed: 13 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/definitions/en/>.
5. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. WHO; 2021. updated 2022. [accessed: 31 January 2022]. Available at: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).
6. Walker RJ, Gebregziabher M, Martin-Harris B et al. Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):662-8. [Cited: 22 November 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25103544/>.
7. Manolakis PG, Skelton JB. Pharmacists' contributions to primary care in the United States collaborating to address unmet patient care needs: the emerging role for pharmacists to address the shortage of primary care providers. *Am J Pharm Educ*. 2010;74(10):S7. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058447/>.
8. McCallian DJ, Cheigh NH. The pharmacist's role in self-care. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2002;42(5 Suppl 1):S40-1. [Cited: 24 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12296549/>.
9. World Health Organization. Classification of self-care interventions for health: a shared language to describe the uses of self-care interventions. Geneva: [Internet]. 2021. [Cited: 10 January 2022]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039469>.
10. Global Self-Care Federation. Self-Care Readiness Index. [Internet]. 2021. [Cited: 11 November 2021]. Available at: <https://selfcarepromise.org/self-care-readiness-index/>.
11. International Self Care Foundation. The Seven Pillars of Self-Care Framework: 2018. updated 2018. [accessed: 14 July 2021]. Available at: <https://isfglobal.org/practise-self-care/the-seven-pillars-of-self-care/>.
12. Self-Care Forum UK. The Self Care Continuum. What do we mean by self care and why is it good for people? : 2010. updated 2020. [accessed: 14 July 2021]. Available at: <https://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/>.
13. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K et al. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS One*. 2019;14(8):e0220116. [Cited: 6 December 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31369582/>.
14. Webber D, Guo Z, Mann S. Self-care in health: We can define it, but should we also measure it? . *SelfCare*. 2013;4:101-6. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://selfcarejournal.com/wp-content/uploads/2015/09/Webber-45.101-106.pdf>.
15. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22739426/>.
16. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011;6(1):42. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
17. World Health Organization. Integrated care models: an overview. [Internet]. 2016. [Cited: 14 July 2021]. Available at: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf).
18. World Health Organization. Self-care interventions for health: 2021. updated 2021. [accessed: 14 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>.
19. Coons SJ. The pharmacist's role in promoting and supporting self-care. *Holistic Nursing Practice*. 1990;4(2):37-44. [Cited: 14 July 2021]. Available at: [https://journals.lww.com/hnpjournal/Fulltext/1990/02000/The\\_pharmacist\\_s\\_role\\_in\\_promoting\\_and\\_supporting.8.aspx](https://journals.lww.com/hnpjournal/Fulltext/1990/02000/The_pharmacist_s_role_in_promoting_and_supporting.8.aspx).
20. Rutter P. Role of community pharmacists in patients' self-care and self-medication. *Integr Pharm Res Pract*. 2015;4:57-65. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29354520>.
21. Coulter A, Oldham J. Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hosp J*. 2016;3(2):114-6. [Cited: 14 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31098200>.
22. IQVIA. e-Pharmacy and the New Consumer Whitepaper: 2020. updated 2020. [accessed: 14 July 2021]. Available at: <https://www.iqvia.com/library/white-papers/e-pharmacy-and-the-new-consumer-whitepaper>.
23. World Health Organization. Universal health coverage (UHC): 2021. updated 2021. [accessed: 15 July 2021]. Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage(uhc)).

24. Global Self-Care Federation. The Role of Self-Care in Universal Health Coverage: 2019. updated 2019. [accessed: 15 July 2021]. Available at: [https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2019-09/Self-Care%20and%20UHC\\_FINAL.pdf](https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2019-09/Self-Care%20and%20UHC_FINAL.pdf).
25. UHC2030. Taking action for universal health coverage [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 20 December 2021]. Available at: [www.uhc2030.org](http://www.uhc2030.org).
26. Wheeler JR, Janz NK, Dodge JA. Can a disease self-management program reduce health care costs? The case of older women with heart disease. *Med Care*. 2003;41(6):706-15. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12773836/>.
27. Richardson G, Gravelle H, Weatherly H et al. Cost-effectiveness of interventions to support self-care: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(4):423-32. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16262964/>.
28. World Health Organization. Q+A About Self-Care: 2019. updated 2019. [accessed: 15 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-interventions/questions-answers-self-care.pdf?ua=1>.
29. World Health Organization. A healthy lifestyle [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 16 November 2021]. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>.
30. Johnson JL, Moser L, Garwood CL. Health literacy: A primer for pharmacists. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2013;70(11):949-55. [Cited: 16 November 2021]. Available at: <https://doi.org/10.2146/ajhp120306>.
31. Adiel Kaplan, Vicky Nguyen, Mary Godie. Overworked, understaffed: Pharmacists say industry in crisis puts patient safety at risk [Internet]. 2021. updated 16 March 2021. [accessed: 15 July 2021]. Available at: <https://www.nbcnews.com/health/health-care/overworked-understaffed-pharmacists-say-industry-crisis-puts-patient-safety-risk-n1261151>.
32. Abousheishaa AA, Sulaiman AH, Huri HZ et al. Global Scope of Hospital Pharmacy Practice: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):143. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32466229>.
33. Keyvanara M, Shaarbafchizadeh N, Jangi M et al. Evaluating Self-care Barriers in Prevention of Covid-19 According to Healthcare Experts and Laypersons: A Mixed Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2020;30(189):117-25. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-15030-en.html>.
34. Santana S, Brach C, Harris L et al. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *J Public Health Manag Pract*. 2021. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729194/>.
35. UNESCO. Literacy [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 15 July 2021]. Available at: <http://uis.unesco.org/en/topic/literacy>.
36. Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino McGowan L et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21(10):1109-15. [Cited: 20 December 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25308133>.
37. Giua C, Paoletti G, Minerba L et al. Community pharmacist's professional adaptation amid Covid-19 emergency: a national survey on Italian pharmacists. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2021;43(3):708-15. [Cited: 1 February 2022]. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-01228-5>.
38. GlaxoSmithKline (GSK). Standing with Pharmacists in the Age of Self-Care. [Internet]. 2021. [Cited: 9 November 2021]. Available at: [https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2021-10/EXPERT%20Pharmacy%20Roundtable\\_Report\\_FINAL%20%28002%29.pdf](https://www.selfcarefederation.org/sites/default/files/media/documents/2021-10/EXPERT%20Pharmacy%20Roundtable_Report_FINAL%20%28002%29.pdf).
39. Gregory PA, Austin Z. How do patients develop trust in community pharmacists? *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(5):911-20. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32814664/>.
40. International Pharmacists Federation (FIP). Community pharmacists have a crucial role to play in responsible over-the-counter pain management [Internet]. 2021. updated 5 July 2021. [accessed: 19 July 2021]. Available at: <https://www.fip.org/file/5007>.
41. Alliance for Home Health Quality and Innovation. Improving Care Transitions Between Hospital and Home Health: A Home Health Model of Care Transitions [Internet]. 2014. updated 2020. [accessed: 19 July 2021]. Available at: [http://ahhqi.org/images/uploads/AHHQI\\_Care\\_Transitions\\_Tools\\_Kit\\_r011314.pdf](http://ahhqi.org/images/uploads/AHHQI_Care_Transitions_Tools_Kit_r011314.pdf).
42. World Health Organization. Health literacy: The solid facts. Denmark: WHO Regional Office for Europe [Internet]. 2013. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>.
43. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2009;49(5):e132-46; quiz e47-9. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748861/>.
44. Evangelista LS, Shinnick MA. What do we know about adherence and self-care? *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):250-7. [Cited: 6 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18437067>.
45. Dunn P, Hazzard E. Technology approaches to digital health literacy. *Int J Cardiol*. 2019;293:294-6. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31350037/>.
46. Bosse N, Machado M, Mistry A. Efficacy of an over-the-counter intervention follow-up program in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2012;52(4):535-40, 5 p following 40. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22825235/>.

47. International Pharmaceutical Federation. Vision 2020-2025 - Pharmacists at the heart of our communities. The Hague, Netherlands: [Internet]. 2020. [Cited: 19 November 2021]. Available at: [https://www.fip.org/files/CPS\\_vision\\_FINAL.pdf](https://www.fip.org/files/CPS_vision_FINAL.pdf).
48. Stewart EH, Davis B, Clemans-Taylor BL et al. Rapid antigen group A streptococcus test to diagnose pharyngitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2014;9(11):e111727-e. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25369170>.
49. Centers for Disease Control and Prevention. Sore throat [Internet]. 2021. updated 7 May 2021. [accessed: 22 July 2021]. Available at: <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sore-throat.html>.
50. Mayo Clinic. Sore throat [Internet]. 2021. updated 10 June 2021. [accessed: 22 July 2021]. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sore-throat/symptoms-causes/syc-20351635>.
51. Shapiro DJ, King LM, Fleming-Dutra KE et al. Association between use of diagnostic tests and antibiotic prescribing for pharyngitis in the United States. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020;41(4):479-81. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://www.cambridge.org/core/article/association-between-use-of-diagnostic-tests-and-antibiotic-prescribing-for-pharyngitis-in-the-united-states/1E97BB71C7BEB37B12D1D5274C56E972>.
52. Cohen JF, Pauchard JY, Hjelm N et al. Efficacy and safety of rapid tests to guide antibiotic prescriptions for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;6(6):Cdo12431. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497279/>.
53. Robert M. Centor. Avoiding Sore Throat Morbidity and Mortality: When Is It Not “Just a Sore Throat?” [Internet]. 2011. updated Jan 2021. [accessed: 30 August 2021]. Available at: <https://www.aafp.org/afp/2011/0101/p26.html>.
54. Mantzourani E, Evans A, Cannings-John R et al. Impact of a pilot NHS-funded sore throat test and treat service in community pharmacies on provision and quality of patient care. *BMJ Open Quality*. 2020;9(1):e000833. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <http://bmjopenquality.bmj.com/content/9/1/e000833.abstract>.
55. Coutinho G, Duerden M, Sessa A et al. Worldwide comparison of treatment guidelines for sore throat. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(5):e13879. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijcp.13879>.
56. Thornley T, Marshall G, Howard P et al. A feasibility service evaluation of screening and treatment of group A streptococcal pharyngitis in community pharmacies. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2016;71(11):3293-9. [Cited: 24 August 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1093/jac/dkw264>.
57. Willis BH, Coomar D, Baragilly M. Comparison of Centor and McIsaac scores in primary care: a meta-analysis over multiple thresholds. *Br J Gen Pract*. 2020;70(693):e245-e54. [Cited: 6 December 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32152041>.
58. de Looze F, Shephard A, Smith AB. Locally Delivered Flurbiprofen 8.75 mg for Treatment and Prevention of Sore Throat: A Narrative Review of Clinical Studies. *J Pain Res*. 2019;12:3477-509. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31920372>.
59. Sylvester D, Karkos P, Vaughan C et al. Chronic Cough, Reflux, Postnasal Drip Syndrome, and the Otolaryngologist. *International journal of otolaryngology*. 2012;2012:564852. [Cited: 2 September 2021]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3332192/>.
60. National Health System United Kingdom (NHS). Paracetamol for adults [Internet]. 2019. updated 23 May 2019. [accessed: 16 November 2021]. Available at: <https://www.nhs.uk/medicines/paracetamol-for-adults/>.
61. national Health System United Kingdom. Ibuprofen for adults (including Nurofen) [Internet]. 2018. updated 7 December 2018. [accessed: 16 November 2021]. Available at: <https://www.nhs.uk/medicines/ibuprofen-for-adults/>.
62. Medscape. Benzocaine (OTC) [Internet]. 2021. updated August 2021. [accessed: 18 November 2021]. Available at: <https://reference.medscape.com/drug/benzocaine-343361>.
63. Greenwood-Van Meerveld B, Johnson AC, Grundy D. Gastrointestinal Physiology and Function. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;239:1-16. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176047/>.
64. American College of Gastroenterology. Common GI symptoms [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 30 August 2021]. Available at: <https://gi.org/topics/common-gi-symptoms/>.
65. El-Serag H. The association between obesity and GERD: a review of the epidemiological evidence. *Dig Dis Sci*. 2008;53(9):2307-12. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18651221/>.
66. Kim SY, Kim H-J, Lim H et al. Bidirectional association between gastroesophageal reflux disease and depression: Two different nested case-control studies using a national sample cohort. *Scientific Reports*. 2018;8(1):11748. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-29629-7>.
67. International Foundation for GI disorders. GI disorders [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 22 December 2021]. Available at: <https://iffgd.org/gi-disorders/>.
68. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *The Lancet*. 2017;390(10094):613-24. [Cited: 30 August 2021]. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32404-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32404-7).
69. Parkman HP. Upper GI Disorders: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;239:17-37. [Cited: 30 August 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28105529/>.

70. Channel BH. Diarrhoea [Internet]. 2015. updated 2015. [accessed: 22 December 2021]. Available at: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/diarrhoea>.
71. Mayo Clinic. Constipation [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 22 December 2021]. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/constipation/symptoms-causes/syc-20354253>.
72. Mehuys E, Bortel L, De Bolle L et al. Self-Medication of Upper Gastrointestinal Symptoms: A Community Pharmacy Study. *The Annals of pharmacotherapy*. 2009;43:890-8. [Cited: 26 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19417113/>.
73. Felice C, Leccese P, Scudeller L et al. Red flags for appropriate referral to the gastroenterologist and the rheumatologist of patients with inflammatory bowel disease and spondyloarthritis. *Clinical & Experimental Immunology*. 2019;196(1):123-38. [Cited: 2021/11/16]. Available at: <https://doi.org/10.1111/cei.13246>.
74. Dağlı Ü, Kalkan İ H. Treatment of reflux disease during pregnancy and lactation. *Turk J Gastroenterol*. 2017;28(Suppl 1):S53-s6. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29199169/>.
75. Holle LM, Levine J, Buckley T et al. Pharmacist intervention in colorectal cancer screening initiative. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2020;60(4):e109-e16. [Cited: 10 November 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32197754/>.
76. Santolaya M, Aldea M, Grau J et al. Evaluating the appropriateness of a community pharmacy model for a colorectal cancer screening program in Catalonia (Spain). *J Oncol Pharm Pract*. 2017;23(1):26-32. [Cited: 16 November 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563130/>.
77. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L et al. Self-medication of upper gastrointestinal symptoms: a community pharmacy study. *Ann Pharmacother*. 2009;43(5):890-8. [Cited: 16 November 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19417113/>.
78. MacFarlane B. Management of gastroesophageal reflux disease in adults: a pharmacist's perspective. *Integr Pharm Res Pract*. 2018;7:41-52. [Cited: Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29892570>].
79. García-Rayado G, Navarro M, Lanás A. NSAID induced gastrointestinal damage and designing GI-sparing NSAIDs. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(10):1031-43. [Cited: 22 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30139288/>.
80. Maton PN, Burton ME. Antacids revisited: a review of their clinical pharmacology and recommended therapeutic use. *Drugs*. 1999;57(6):855-70. [Cited: 30 August 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10400401/>.
81. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2017;51(6):467-78. [Cited: 22 July 2021]. Available at: [https://journals.lww.com/jcge/Fulltext/2017/07000/World\\_Gastroenterology\\_Organisation\\_Global\\_5.aspx](https://journals.lww.com/jcge/Fulltext/2017/07000/World_Gastroenterology_Organisation_Global_5.aspx).
82. Boardman HF, Heeley G. The role of the pharmacist in the selection and use of over-the-counter proton-pump inhibitors. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):709-16. [Cited: Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26100836>].
83. National Health System United Kingdom. Antacids [Internet]. 2021. updated 13 November 2019. [accessed: 10 October 2021] Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/antacids/>.
84. Medline Plus. Famotidine [Internet]. 2017. updated 15 November 2021. [accessed: 22 November 2021]. Available at: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a687011.html>.
85. Medline Plus. Proton Pump Inhibitors [Internet]. 2021. updated 22 April 2021. [accessed: 18 November 2021]. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000381.htm>.
86. National Health System United Kingdom. Loperamide [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 22 December 2021]. Available at: <https://www.nhs.uk/medicines/loperamide/>.
87. National Health System United Kingdom. Laxatives [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 22 December 2021]. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/laxatives/>.
88. Valussi M. Functional foods with digestion-enhancing properties. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2012;63(sup1):82-9. [Cited: 20 December 2021]. Available at: <https://doi.org/10.3109/09637486.2011.627841>.
89. World Health Organization. Musculoskeletal conditions: 2021. updated 2021. [accessed: 15 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
90. Cieza A, Causey K, Kamenov K et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267):2006-17. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275908/>.
91. Walsh TP, Arnold JB, Evans AM et al. The association between body fat and musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2018;19(1):233. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2137-0>.
92. Godziuk K, Prado CM, Woodhouse LJ et al. The impact of sarcopenic obesity on knee and hip osteoarthritis: a scoping review. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2018;19(1):271. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30055599/>.
93. International Association for the Study of Pain. Musculoskeletal Pain Fact Sheet: 2017. updated 2017. [accessed: 15 July 2021]. Available at: <https://s3.amazonaws.com/rdcms->

[iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20092010MusculoskeletalPain/1%20Musculoskeletal%20Pain%20Fact%20Sheet%20Revised%202017.pdf](https://iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/20092010MusculoskeletalPain/1%20Musculoskeletal%20Pain%20Fact%20Sheet%20Revised%202017.pdf).

94. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573870/>.
95. Leino-Arjas P, Rajaleid K, Mekuria G et al. Trajectories of musculoskeletal pain from adolescence to middle age: the role of early depressive symptoms, a 27-year follow-up of the Northern Swedish Cohort. *PAIN*. 2018;159(1):67-74. [Cited: 16 July 2021]. Available at: [https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2018/01000/Trajectories\\_of\\_musculoskeletal\\_pain\\_from.11.aspx](https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2018/01000/Trajectories_of_musculoskeletal_pain_from.11.aspx)
96. Treede R-D, Rief W, Barke A et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *PAIN*. 2015;156(6):1003-7. [Cited: 19 July 2020]. Available at: [https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/06000/A\\_classification\\_of\\_chronic\\_pain\\_for\\_ICD\\_11.6.aspx](https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/06000/A_classification_of_chronic_pain_for_ICD_11.6.aspx)
97. Arendt-Nielsen L, Fernández-de-Las-Peñas C, Graven-Nielsen T. Basic aspects of musculoskeletal pain: from acute to chronic pain. *J Man Manip Ther*. 2011;19(4):186-93. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23115471/>.
98. Blyth FM, Noguchi N. Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2017;31(2):160-8. [Cited: 16 July 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521694217300372>.
99. Cleveland Clinic. Musculoskeletal Pain [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 17 November 2021]. Available at: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14526-musculoskeletal-pain>.
100. GO Littlejohn. Musculoskeletal pain. *J R Coll Physicians Edinb*. 2005;35:340-4. [Cited: 17 November 2021]. Available at: [https://www.rcpe.ac.uk/journal/issue/journal\\_35\\_4/Littlejohn.pdf](https://www.rcpe.ac.uk/journal/issue/journal_35_4/Littlejohn.pdf).
101. Xu Y, Bach E, Orhede E. Work environment and low back pain: the influence of occupational activities. *Occupational and Environmental Medicine*. 1997;54(10):741. [Cited: Available at: <http://oem.bmj.com/content/54/10/741.abstract>.
102. International Association for the Study of Pain. ASP interprofessional pain curriculum outline [Internet]. 2018. updated 2018. [accessed: 19 July 2021]. Available at: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2057>
103. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical knowledge summaries: analgesia — mild-to-moderate pain [Internet]. 2015. updated [accessed: 19 July 2021]. Available at: <https://cks.nice.org.uk/analgesia-mild-to-moderate-pain#!scenarioRecommendation:1>
104. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA et al. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*. 2017;12(6):e0178621. [Cited: 19 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28640822/>.
105. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI et al. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther*. 2021;10(1):181-209. [Cited: 19 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33575952/>.
106. Peppin JF, Albrecht PJ, Argoff C et al. Skin Matters: A Review of Topical Treatments for Chronic Pain. Part Two: Treatments and Applications. *Pain and therapy*. 2015;4(1):33-50. [Cited: 19 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25630651>
107. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva, Switzerland: [Internet]. 1986. [Cited: 19 July 2021]. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf).
108. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S et al. Non-prescription (OTC) oral analgesics for acute pain - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(11). [Cited: 19 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26544675/>.
109. Aviram J, Samuelly-Leichtag G. Efficacy of Cannabis-Based Medicines for Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Physician*. 2017;20(6):E755-E96. [Cited: 19 July 2021]. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/28934780>.
110. Schmitz N, Richert L. Pharmacists and the future of cannabis medicine. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2020;60(1):207-11. [Cited: 19 July 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1544319119305138>.
111. National Institute of Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 19 July 2021]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>.
112. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):Cd011279. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28087891/>.
113. Kress H-G, Aldington D, Alon E et al. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. *Current Medical Research and Opinion*. 2015;31(9):1743-54. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>.

114. Erwin J, Edwards K, Woolf A et al. Better arthritis care: Patients' expectations and priorities, the competencies that community-based health professionals need to improve their care of people with arthritis? *Musculoskeletal Care*. 2018;16(1):60-6. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28730727/>.
115. Christensen R, Bartels EM, Astrup A et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(4):433-9. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17204567/>.
116. Cooper L, Ells L, Ryan C et al. Perceptions of adults with overweight/obesity and chronic musculoskeletal pain: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(5-6):e776-e86. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14178>.
117. Wing R, Dor MR, McQuilkin PA. Fever in the Pediatric Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2013;31(4):1073-96. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862713000722>.
118. Craig JV, Lancaster GA, Taylor S et al. Infrared ear thermometry compared with rectal thermometry in children: a systematic review. *The Lancet*. 2002;360(9333):603-9. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602097830>.
119. Mayo Clinic. Fever: First aid [Internet]. updated 2021. [accessed: 3 September 2021]. Available at: <https://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid-fever/basics/art-20056685>.
120. Lee GM, Fleisher GR, Harper MB. Management of Febrile Children in the Age of the Conjugate Pneumococcal Vaccine: A Cost-Effectiveness Analysis. *Pediatrics*. 2001;108(4):835. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/4/835.abstract>.
121. Slater M, Krug SE. Evaluation of the infant with fever without source: an evidence based approach. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 1999;17(1):97-126. [Cited: 2 September 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862705700493>.
122. National Health System United Kingdom. Treat yourself better without antibiotics [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 17 November 2021]. Available at: <http://www.cpsy.org/doc/479.pdf>.
123. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G et al. Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France. *PLOS ONE*. 2014;8(12):e83469. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083469>.
124. National Institute for Health and Care Excellence. Traffic light system for identifying risk of serious illness [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 21 December 2021]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/chapter/recommendations#imported-infections>.
125. Sullivan JE, Farrar HC, the Section on Clinical P et al. Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics*. 2011;127(3):580. [Cited: 30 August 2021]. Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/580.abstract>.
126. Lesko SM, Mitchell AA. The Safety of Acetaminophen and Ibuprofen Among Children Younger Than Two Years Old. *Pediatrics*. 1999;104(4):e39. [Cited: 2 September 2021]. Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/104/4/e39.abstract>.
127. National Institute for Health and Care Excellence. Antipyretic interventions [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 21 December 2021]. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/chapter/recommendations#antipyretic-interventions>.
128. Schrör K. Aspirin and Reye Syndrome. *Pediatric Drugs*. 2007;9(3):195-204. [Cited: 30 July 2021]. Available at: <https://doi.org/10.2165/00148581-200709030-00008>.
129. World Health Organization. Sexual Health [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 23 July 2021]. Available at: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1).
130. Lee CK. Are pharmacists prepared to be sexual/reproductive health educators? *American journal of pharmaceutical education*. 2010;74(10):193i-i. [Cited: 23 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21436942>.
131. Gauly J, Ross J, Hall I et al. Pharmacy-based sexual health services: a systematic review of experiences and attitudes of pharmacy users and pharmacy staff. *Sexually Transmitted Infections*. 2019;95(7):488. [Cited: 23 July 2021]. Available at: <http://sti.bmj.com/content/95/7/488.abstract>.
132. National Health System United Kingdom (NHS). Sexual health [Internet]. 2018. updated 2018. [accessed: 10 December 2021]. Available at: <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/>.
133. Centre for pharmacy postgraduate and education. Sexual health in pharmacies: developing your service. [Internet]. 2010. [Cited: 17 November 2021]. Available at: [https://www.cppe.ac.uk/learningdocuments/pdfs/sexual\\_health\\_ol.pdf](https://www.cppe.ac.uk/learningdocuments/pdfs/sexual_health_ol.pdf).
134. Navarrete J, Yuksel N, Schindel TJ et al. Sexual and reproductive health services provided by community pharmacists: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(7):e047034. [Cited: 2 September 2021]. Available at: <http://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e047034.abstract>.
135. Teeter BS, Mosley C, Thomas JL et al. Improving HPV vaccination using implementation strategies in community pharmacies: Pilot study protocol. *Res Social Adm Pharm*. 2020;16(3):336-41. [Cited: 17 November 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31174950/>.

136. Hattings HL, Emmerton L, Ng Cheong Tin P et al. Utilization of community pharmacy space to enhance privacy: a qualitative study. *Health Expect.* 2016;19(5):1098-110. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26332335>.
137. Lu S, Rafie S, Hamper J et al. Characterizing pharmacist-prescribed hormonal contraception services and users in California and Oregon pharmacies. *Contraception.* 2019;99(4):239-43. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418305250>.
138. Edwardson J, Jamshidi R. The contraceptive vaginal ring. *Semin Reprod Med.* 2010;28(2):133-9. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20352563/>.
139. Rafie S, Stone RH, Wilkinson TA et al. Role of the community pharmacist in emergency contraception counseling and delivery in the United States: current trends and future prospects. *Integr Pharm Res Pract.* 2017;6:99-108. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29354556>.
140. Gainer E, Kenfack B, Mboudou E et al. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception.* 2006;74(2):118-24. [Cited: 3 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16860049>.
141. Rubin N, Wylie K. Should sildenafil be available over the counter? *British Medical Bulletin.* 2009;90(1):53-62. [Cited: 2/11/2022]. Available at: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldp001>.
142. van Asselt A, te Giffel M. 19 - Pathogen resistance and adaptation to disinfectants and sanitisers. In: Griffiths M, editor. *Understanding Pathogen Behaviour*. Woodhead Publishing; 2005. p. 484-506.
143. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities (2008)* [Internet]. 2008. updated 2021. [accessed: 21 July 2021]. Available at: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/disinfection-methods/index.html>.
144. Pittet D, Allegranzi B, Storr J et al. 'Clean Care is Safer Care': the Global Patient Safety Challenge 2005-2006. *Int J Infect Dis.* 2006;10(6):419-24. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16914344/>.
145. Lin Q, Lim JYC, Xue K et al. Sanitizing agents for virus inactivation and disinfection. *View.* 2020:e16. [Cited: 10 July 2021]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267133/>.
146. Maillard J-Y, Bloomfield SF, Courvalin P et al. Reducing antibiotic prescribing and addressing the global problem of antibiotic resistance by targeted hygiene in the home and everyday life settings: A position paper. *American Journal of Infection Control.* 2020;48(9):1090-9. [Cited: Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655320302091>].
147. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Antimicrobial Stewardship and Infection Prevention and Control. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2010;67(7):575-7. [Cited: 10/25/2021]. Available at: <https://doi.org/10.2146/sp100001>.
148. Merks P, Jakubowska M, Drelich E et al. The legal extension of the role of pharmacists in light of the COVID-19 global pandemic. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(1):1807-12. [Cited: 18 July 2021]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7289723/>.
149. Baye AM, Ababu A, Bayisa R et al. Perspectives of compounding pharmacists on alcohol-based hand sanitizer production and utilization for COVID-19 prevention in Addis Ababa, Ethiopia: A descriptive phenomenology study. *PLoS One.* 2021;16(4):e0250020. [Cited: 1 September 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33914768/>.
150. Sum ZZ, Ow CJW. Community pharmacy response to infection control during COVID-19. A cross-sectional survey. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(1):1845-52. [Cited: 15 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33317763/>.
151. World Health Organization. *Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19*. Geneva, Switzerland: [Internet]. 2020. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-inthe-context-of-covid-19>.
152. International Pharmacists Federation. *COVID-19: Guidelines for pharmacists and the pharmacy workforce*. The Hague: [Internet]. 2020. [Cited: 16 November 2021]. Available at: <https://www.fip.org/files/content/priority-areas/coronavirus/COVID-19-Guidelines-for-pharmacists-and-the-pharmacy-workforce.pdf>.
153. Godoy P, Castilla J, Delgado-Rodríguez M et al. Effectiveness of hand hygiene and provision of information in preventing influenza cases requiring hospitalization. *Prev Med.* 2012;54(6):434-9. [Cited: 27 July 2021]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22548868/>.
154. World Health Organization. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, Switzerland: [Internet]. 2009. [Cited: 21 July 2021]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>.
155. Centers for Disease Control and Prevention. *When and How to Wash Your Hands* [Internet]. 2021. updated 2021. [accessed: 25 October 2021]. Available at: <https://www.cdc.gov/handwashing/when-how-handwashing.html>.
156. McNulty CAM, Lecky DM, Farrell D et al. Overview of e-Bug: an antibiotic and hygiene educational resource for schools. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 2011;66(suppl\_5):v3-v12. [Cited: 10/25/2021]. Available at: <https://doi.org/10.1093/jac/dkr119>.
157. Public Health England. *e-Bug: Meet the bugs* [Internet]. 2020. updated 2020. [accessed: 15 October 2021]. Available at: <https://www.e-bug.eu/page.php?name=beat-the-bugs>.

158. OPS 2022. POLÍTICA SOBRE ATENCIÓN INTEGRADA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DE SALUD. Available at: [https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada\\_o.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada_o.pdf)
159. Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable (ILAR). Impacto COVID-19 en los hábitos de salud, uso y compra de medicamentos de venta libre y experiencia con servicios digitales en América Latina. Inception; 2021. P. 9. Available at: Publicaciones — ILAR - Asociación Latinoamericana de Autocuidado Responsable <http://infoilar.org>
160. Global Self-Care Federation. The Global Social and Economic Impact of Self-Care. [accessed 12 October 2022]. Available at: Economic & Social Value of Self-Care Report | Global Self-Care Federation <http://selfcarefederation.org>
161. E. Arrighi et al. Scoping health literacy in Latin America. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/352743926\\_Scoping\\_health\\_literacy\\_in\\_Latin\\_America](https://www.researchgate.net/publication/352743926_Scoping_health_literacy_in_Latin_America)
162. Joint Statement of Policy by the International Pharmaceutical Federation (FIP) and the Global Self-Care Federation (GSCF) on Responsible and Effective Self-care. 2019. <https://www.fip.org/files/content/publications/2019/FIP-GSCF-Responsible-and-effective-self-care.pdf>
- 163 – Global Self-Care Federation. 2021. Self-Care Readiness Index. Available at: Self-Care Readiness Index | Global Self-Care Federation <http://selfcarefederation.org>
164. Ministerio de Salud Gobierno de Argentina. Comunicado de Prensa. Salud promueve el fortalecimiento de los Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud. 2021. Available at: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-promueve-el-fortalecimiento-de-los-servicios-farmaceuticos-en-atencion-primaria-de-la>
165. GuerreroCE, RuggieriME, Pernochi ScerboM, RencoretMM Rol del farmacéutico comunitario en la identificación De factores de riesgo cardiovascular en la menopausia. South Florida Journal of Development, Miami, jul./sep. 2021 v.2, n.4, p. 5481-5487. <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/705>
166. Vera O. Actuaciones farmacéuticas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos en pacientes con tuberculosis en un hospital público. [Trabajo Integrador Final Especialización en Farmacia Hospitalaria]. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Químicas. Córdoba. Argentina. 2019. Pág. 1-1144. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/18572>
167. Roxana Badesso Efecto del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un servicio de atención primaria de córdoba (argentina). [Trabajo Integrador Final Especialización en Farmacia Hospitalaria]. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Químicas. Córdoba. Argentina. 2013. Pág. 1-1225 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/Bitacora/article/view/7512>
168. Equipo de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC. El cuidado de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Químicas. Córdoba. Argentina. Pág. 1-1846. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/27451>
169. GuerreroC.E., Ruggieri M.E., Pernochi Scerbo M., Rencoret M.M., Rol del farmacéutico comunitario en la identificación De factores de riesgo cardiovascular en la menopausia. Florida Journal of Development, Miami, v.2, n.4, p. 5481-5487 jul./sep. 2021 ISSN 2675-5459. DOI: 10.46932 <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/705>
170. Hepler CD. Buenas Prácticas Farmacéuticas en la oficina de farmacia. Farm Comunitaria y Hosp [Internet]. 2014;4(15):1-7. Available at: [http://www.anmat.gov.ar/fna/buenas\\_practicas\\_farmac\\_farmacia\\_oficial.pdf](http://www.anmat.gov.ar/fna/buenas_practicas_farmac_farmacia_oficial.pdf)
171. Gomez G, Cruz A L, Zapata R., Morales F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. 2015;21,(1). Salud en Tabasco. Mexico <https://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf>
172. Nacional P, Medicamentos D. Ministerio de Salud y Deportes Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud. Disponible en: [http://www.who.int/medical\\_devices/survey\\_resources/health\\_technology\\_national\\_policy\\_bolivia.pdf](http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_bolivia.pdf)
173. Ávila RI, MenezesMachado T, da Silva Soares AC, Araújo Ferreira JP, Soares da Silva G, Medeiros Lobo de Andrade D, Souza Dewulf N. Cuidado farmacêutico na fotoproteção: Ações de educação em saúde no estado de Goiás. Revista Brasileira de Extension Universitaria. mai.–ago.2021v. 12, n. 2, p. 223-234 <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/11125>

174. Santos Lula Barros D, Mendonça Silva D, Nair Leite S. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL. Rio de Janeiro 2020; 18(1)  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/Z8nY8RZDgvtDZNS3RTPHMCM/abstract/?lang=pt>
175. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. Conselho Federal de Farmácia. Brasil-2013.  
<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
176. RESOLUÇÃO Nº 357 DE 20 DE ABRIL DE 2001 Alterada pela Resolução nº 416/04. Brasil-2001, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA –RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009. Brasil-2009  
<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>
177. Valenzuela GA. Impacto de las intervenciones farmacéuticas en la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en el servicio de pediatría de un hospital asistencial docente. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. [Especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica]. Santiago Chile 2020. Pág. 1-99.  
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177989/Impacto-de-las-intervenciones-farmaceuticas-en-la-seguridad-del-sistema-de-utilizacion-de-medicamentos-en-el-servicio-de-pediatria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
178. Yarza B. Gestión de fármacos en las instituciones de salud del Estado. Fundacion Observatorio Fiscal,2020.  
<https://observatoriofiscal.cl/archivos/documento/20200812205130219.pdf>
179. Instituto de Salud Pública de Chile \_Norma Técnica Nº 147de Buenas Prácticas de Almacenamiento  
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/d7343d8012505967e04001016401463d.pdf>
180. Romero ViamonteK,Berrones MartínezMB. Estudio de prescripción-indicación en pacientes con antimicrobianos de amplio espectro en medicina interna de un hospital del Ecuador. Rev. Cienc. Salud. [Internet].Bogotá, Colombia, 2019;17(1):53-69.doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7613>
181. Ledezma-Morales M, Salazar-Ospina A, Amariles P, Hincapié-García JA. Rol del farmacéutico en la atención integral de pacientes con hepatitis C: revisión sistemática. Rev Colomb Gastroenterol.[Internet]. 2020;35(4):485-505. Available at:[http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v35n4/en\\_2500-7440-rcg-35-04-485.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v35n4/en_2500-7440-rcg-35-04-485.pdf)
182. Amariles P, Giraldo NA, Gómez A. Gestión y aseguramiento de laFarmacoterapia. Aproximación para el contexto del sistema de salud de Colombia.[Internet] 2007[30/10/2022]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/216072795\\_Gestion\\_y\\_aseguramiento\\_de\\_la\\_Farmacoterapia\\_Aproximacion\\_para\\_el\\_contexto\\_del\\_sistema\\_de\\_salud\\_de\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/216072795_Gestion_y_aseguramiento_de_la_Farmacoterapia_Aproximacion_para_el_contexto_del_sistema_de_salud_de_Colombia).
183. Resolución Número 00001604. Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá, D. C. Colombia.17 Mayo 2013.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf>
184. Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.Ministerio de Salud y Protección social. Bogotá, D. C. Colombia. 28 de junio de 2005  
<https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/INSUMOS%20Y%20MEDICAMENTOS/DECRETO%202200%20de%202005.pdf>
185. Estudiantil PB. Guía del servicio farmacéutico. Universidad de Santander, Colombia 2009;1-8.  
[https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.65.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.65.pdf)
186. Debesa García F. El farmacéutico y la salud pública. Rev Cubana Farm 2006; 40(1)  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152006000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000100011)
187. Elías Díaz I, García Fariñas A, Besga Ferrera RR, Rouco Díaz M. Evaluación de las condiciones estructurales para implementar el seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias cubanas, 2016. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2020[30/10/2022]; 46 (2). 1-20. <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e1873/>
188. Programa Nacional de Medicamentos / Colectivo de autores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014. 81 p. Medicamentos Esenciales /provisión & distribución, Cuba QV704.  
[https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/vigilancia/farmacov/programa\\_nacional\\_medicamentos\\_vi\\_versio\\_n.pdf](https://www.cecmecmed.cu/sites/default/files/adjuntos/vigilancia/farmacov/programa_nacional_medicamentos_vi_versio_n.pdf)
189. ConteroF, Idrovoj, Cajas FríasMC. Impacto de la intervención farmacéutica sobre el tratamiento para Hipertensión Arterial en pacientes adultos mayores de la comunidad de San Rafael Bajo del cantón Patate-Tungurahua. Red de Repositorios Latinoamericanos [Internet] 2018[30/10/2022]; [Tesis]. Disponible en:  
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/1060642>
190. MSP. Buenas Prácticas de Farmacia para elaboración y control de calidad de preparaciones magistrales y oficinales. 2017 . San Salvador Disponible en:

- [https://www.redeami.net/docs/docs/cooperacion/guias\\_formulario\\_iberamericano/01\\_Guia\\_de\\_buenas\\_practicas\\_elaboracion\\_control\\_calidad\\_preparaciones\\_magistrales\\_oficinales.pdf](https://www.redeami.net/docs/docs/cooperacion/guias_formulario_iberamericano/01_Guia_de_buenas_practicas_elaboracion_control_calidad_preparaciones_magistrales_oficinales.pdf)
191. Ley de Farmacia Numero 247, 2004. Puerto Rico. Available at:  
<https://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2004/lexl2004247.htm>
192. Salazar Jaime, Ruiz A. Evaluación del efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes que acuden a la consulta externa del centro de salud de Boca del Monte. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia [Informe de Tesis]. Guatemala, Abril de 2019.  
<https://biblioteca-farmacia.usac.edu.gt/library/index.php?title=14314&lang=es&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@autor=SALAZAR%20JAIMES,%20KATHERINE%20AZUCENA%20@mode=&recnum=1>
193. Colegio De Farmacéuticos Y Químicos De Guatemala (Cofaqui). Responsabilidades del Químico Farmacéutico. Available at: <https://cofaqui.com.gt/carreras/quimico-farmaceutico/>
194. Maidana GM, Samaniego Silva LR, Vera Z, Acosta P, Safi NL, Lugo GB. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un centro asistencial público. Pharm Care Esp. 2021, ;23(6):19-32.  
<https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE>
195. Lugo GB, Duarte CJ, Acosta P, Safi NL, Samaniego Silva LR, Maidana GM. Evaluación del cumplimiento de la farmacoterapia en pacientes crónicos atendidos en dos Centros Asistenciales de una zona rural de Paraguay. REVISTA CON-CIENCIA. 2019. N°1/VOL.7: 31-40  
<http://farbio.edu.bo/csegc/conciencia/index.php/ojs/article/view/62>
196. Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego LR, Acosta P, Lugo GB. Impacto de la atención farmacéutica en los resultados clínicos y en la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Pharm Care Esp. 2016; 18(3): 107-121  
<https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/316/253>
197. Flecha Galeano LP, Vera Z, Marin G, Lugo GB, Samaniego Silva LR, Maidana GM. Evaluation of compliance with good prescription practices in the children's maternal hospital in Capiatá, Paraguay. Vol 8, Issue 13, 2019. 1656-1665.  
[https://www.researchgate.net/publication/343933764\\_EVALUATION\\_OF\\_COMPLIANCE\\_WITH\\_GOOD\\_PRESCRIPTION\\_PRACTICES\\_IN\\_THE\\_CHILDREN'S\\_MATERNAL\\_HOSPITAL\\_IN\\_CAPIATA\\_PARAGUAY\\_Corresponding\\_Author](https://www.researchgate.net/publication/343933764_EVALUATION_OF_COMPLIANCE_WITH_GOOD_PRESCRIPTION_PRACTICES_IN_THE_CHILDREN'S_MATERNAL_HOSPITAL_IN_CAPIATA_PARAGUAY_Corresponding_Author)
198. Morales Ortega CB, Lugo GB, Aguilar Rabito A, Samaniego Silva LR, Maidana GM. Adherencia a la medicación mediante el uso del teléfono en pacientes hipertensos crónicos. REVISTA CON-CIENCIA. 2022. N°2.35-50.  
[http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-02652022000100017](http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652022000100017)
199. Lugo GB, Vera ZC, Aguilar-Rabito A, Samaniego LR, Maidana de Larroza GM. Barreras que impiden la implementación efectiva de la Atención Farmacéutica. Ars Pharm. 2019;60(4):199-204.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942019000600199](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942019000600199)
200. Paraguay Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria. Política de Medicamentos Paraguay 2015.-Asunción: OPS/OMS, 2016.-45 págs.  
<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/ab85d7-PoliticaNacionaldeMedicamentosParaguay2015.pdf>
201. Resolución 498, Paraguay\_GUIA\_BUENAS\_PRACTICA\_FARMACIA.pdf.  
<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/d263bb-RESOLUCION.G.N.4982014BUENASPRCTICASDEFARMACIAS.pdf>
202. Ministerio de Salud. Hospital Vitarte. Servicio de Farmacia. Consejería farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ambulatorios con enfermedades no transmisibles que acuden a consulta externa en el Hospital de Vitarte. Vitarte- Perú- 2021  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3026516/Resoluci%C3%B3n%20Directoral%20120-2021-D-HV.pdf.pdf>
203. Retuerto Moreno KH. Análisis de la implementación de la atención farmacéutica en farmacias y boticas en el Perú. Universidad Interamericana para el Desarrollo. Facultad de Ciencias de la Salud. [Tesis de Grado]. Perú 2017. 37 Pag.  
<http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/g>
204. Laurente Rebaza LK. Efecto de una intervención farmacéutica sobre la glicemia de pacientes diabéticos tipo II. Chimbote, mayo - julio 2017. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. [Tesis de Grado]. Perú 2019. 110 Pag.  
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/11609>
205. Valles J. Impacto de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos del uso adecuado de antibióticos en madres de familia de estudiantes del colegio "Roceed Nobel" distrito La Esperanza - Trujillo. Setiembre - Diciembre 2017  
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/10657>

206. Nuñez Araoz ME, Vicente Alfaro M. Consejería farmacéutica: estrategia para mejorar el nivel de conocimiento de la medicación en pacientes con Síndrome Coronario Agudo hospitalizados en el Servicio de Cardiología – H.N.E.R.M (mayo- octubre 2006). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. E.A.P. de Farmacia y Bioquímica. [Tesis de Grado]. Perú 2017. 109Pag.  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2333>
207. Obando Marallano, MML. Evaluación del impacto de intervenciones farmacéuticas en la calidad de atención del paciente hospitalizado en un Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales de un hospital nacional de tercer nivel en Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Ciencia y Filosofía. [Tesis de Grado]. Perú 2020. 107 Pag. Available at: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8427>
208. Alvarez Risco A, Yi-Fang L, Aguila Arcentales S del, Pei-Wen Y. Barreras para la provisión de Atención Farmacéutica en farmacias de Tainan, Taiwán. Pharm care España [Internet]. 2017;19(2):58–68. Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6151344>
209. Ministerio de salud. Manual de buenas prácticas de dispensación - Ministerio de salud. 2009;20. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1022\\_DIGEMID58.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1022_DIGEMID58.pdf)
210. Resolución Ministerial 316, 2022 De AB, De L. Aprueban el Documento Técnico: Perfil de Competencias.2022; <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-perfil-de-competencias-esenci-resolucion-ministerial-no-316-2022minsa-2062467-1/>
211. Guía de Buenas Prácticas en Farmacia en la subregión Andina. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Lima: ORAS-CONHU; 2018. 35 páginas  
<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/GU%C3%8DA%20DE%20BUENAS%20PRACTICAS%20EN%20FARMACIA.pdf>
212. MINSA. Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa No 242-MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención”.  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188027-1069-2017->
213. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). Ley N°5495. Ley General de Salud.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=0&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=0&strTipM=TC)
214. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2004). Decreto Ejecutivo N°31969-S. Manual de Normas para la Habilitación de Farmacias.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=53503&nValor3=58366&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=53503&nValor3=58366&strTipM=TC)
215. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (1999). Reglamento de Horario de Regencia Farmacéutica.  
[https://admin.colfar.com/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=9:leyes-y-reglamentos&Itemid=217&limitstart=20](https://admin.colfar.com/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=9:leyes-y-reglamentos&Itemid=217&limitstart=20)
216. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. (2020). Perfil Profesional del Farmacéutico General.  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=94650&nValor3=126078&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=94650&nValor3=126078&strTipM=TC)
217. Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos. (2021). Manual de Gestión de los Servicios de Farmacia. Código MG.GM.DDSS-ARSOT-CNSF.151121 Versión 03.  
[https://www.cff.org.br/userfiles/file/Pasta%20-%20Costa%20Rica/III%20Congreso%20Atenci%C3%B3n%20Farmace%C3%BAtica%20\(PDF\)\\_/Simposio,%20La%20AF%20en%20la%20APS,%20el%20caso%20de%20CR,%20Ginette%20Castro.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/Pasta%20-%20Costa%20Rica/III%20Congreso%20Atenci%C3%B3n%20Farmace%C3%BAtica%20(PDF)_/Simposio,%20La%20AF%20en%20la%20APS,%20el%20caso%20de%20CR,%20Ginette%20Castro.pdf)
218. Pereira Céspedes A, Lizano Barrantes C, Hernández Soto LE. Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: un servicio basado en Atención Primaria. San José, Costa Rica. 217  
<https://www.ilaphar.org/consulta-farmacutica-en-farmacias-de-comunidad-de-costa-rica-un-servicio-basado-en-atencion-primaria/>
219. Rojas Leon A. Análisis de la percepción de los usuarios de farmacias de comunidad del ámbito privado sobre los servicios de atención farmacéutica recibida y el acceso al farmacéutico (Tesis de Maestría). Universidad de Costa Rica. [https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CR\\_a639749d450ce01b842999eb893ee36a](https://www.lareferencia.info/vufind/Record/CR_a639749d450ce01b842999eb893ee36a)
220. Jiménez Díaz, A. P., Rojas Morera, M. T. y Arias Mora, F. Caracterización de los servicios brindados en las farmacias de comunidad de Costa Rica. Pharm Care La Farmacoterapia, 2012; 1(1), 4-10.  
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/14955>.
221. Badilla, B., Arias, F., Figueroa, A., Sáenz, G., Arguedas, G. y Malavassi, A. P. Exploración y reflexión sobre la práctica de recomendación/indicación farmacéutica en Costa Rica. Informe final de proyecto (Documento inédito). 2014. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. Grupo de Trabajo de Indicación Farmacéutica.

222. Pereira Céspedes, A., Lizano Barrantes, C. y Hernández Soto, L. E. Caracterización de las consultas de Indicación Farmacéutica en 30 farmacias comunitarias del área metropolitana de Costa Rica. Pharm Care, 2016; 18(1), 16-27. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/274/236>
223. Pereira Céspedes, A., Lizano Barrantes, C. y Hernández Soto, L. E. Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: un servicio basado en Atención Primaria. Rev. OFIL·ILAPHAR, 2018; 28(4), 307-311. <https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2018/11/Original-4-OFIL-28-4.pdf>
224. Asociación Brasileña de Industria de Productos de Autocuidado en la Salud. <https://acessa.org.br/>

Internacional  
Farmacéutica  
Federación

Federación  
Internationale  
Farmacéutica

Andries Bickerweg 5  
2517 JP La Haya  
Países Bajos

T +31 (0)70 302 19 70  
F +31 (0)70 302 19 99  
fip@fip.org

www.fip.org

| Autocuidado / Febrero 2022



Traducido por:

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA  
DE AUTOCUIDADO RESPONSABLE