

**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**FACULTAD DE FARMACIA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO DE FARMACIA ASISTENCIAL**



**EVALUACIÓN DEL GRADO DE  
CONOCIMIENTO SOBRE  
EL MÉTODO DÁDER DE  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO**

**Memoria que presenta para la obtención del Diploma de Estudios**

**Avanzados:**

**Estefanía López Domínguez, Junio 2008**

**Tutor: Emilio García Jiménez**

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>15</b>
3.1 Tipo de estudio	15
3.2 Población	15
3.3 Ámbito de estudio	15
3.4 Obtención de la información	15
3.5 Definición de variables	16
3.7 Análisis de datos	17
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>18</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>25</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>8. ANEXO</b>	<b>31</b>

## **1. INTRODUCCIÓN**

La Atención Farmacéutica (AF) es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos.<sup>1</sup>

La generalización de la AF en España ha sido un objetivo comúnmente declarado por la profesión. Por otro lado, la sociedad está demandando al farmacéutico una mayor implicación asistencial en beneficio de su salud. El incremento de visitas a urgencias relacionadas con el uso de los medicamentos (uno de cada tres pacientes) o el aumento de ingresos hospitalarios debidos a resultados no adecuados al objetivo de la farmacoterapia (dos de cada cinco ingresos) son ejemplos que indican claramente que es necesario un cambio en la práctica profesional. Se calcula que estos problemas podrían prevenirse en el 75% de las ocasiones, mediante un seguimiento farmacoterapéutico óptimo del paciente.<sup>2</sup>

De hecho, la dedicación de los farmacéuticos, ha supuesto un impacto positivo sobre un sistema sanitario como es el de Minnesota, encontrándose incluso que los prescriptores están dispuestos a aceptar el 95% de las decisiones tomadas y recomendadas por los facultativos de la atención farmacéutica.<sup>3</sup> Otro estudio llevado a cabo sobre la implantación de un programa de AF para un grupo poblacional de ancianos en Brasil, comprobó que las intervenciones farmacéuticas optimizaron el uso de medicamentos, disminuyeron los síntomas causados por la farmacoterapia y mejoraron el estado de salud de los ancianos.<sup>4</sup>

En España, también ha sido beneficiosa la implantación de algunos programas de AF estos últimos años. Este es el caso, de un trabajo realizado en seis oficinas de farmacia de Andalucía Oriental durante el periodo Octubre 2002 a Enero 2003 cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la intervención farmacéutica (educación sanitaria, remisión del paciente al médico) sobre cifras de presión arterial en personas que al inicio tenían una presión arterial elevada. Después de la intervención farmacéutica, se comprobó que tres de cada cuatro

individuos que siguieron los consejos del farmacéutico disminuyeron en al menos una categoría sus niveles de presión arterial.<sup>5</sup>

Otro estudio realizado en España denominado TOMCOR (Therapeutics Outcomes Monitoring on Coronary Patients) sobre la AF en personas que han sufrido episodios coronarios agudos, concluye que hubo diferencias favorables aplicando el modelo de AF frente al modelo tradicional. Se vio que bajaba la frecuencia de hospitalización y número de días de UCI coronaria; que con el modelo de atención farmacéutica, los pacientes conocían mejor las razones de su farmacoterapia y por ello utilizaban mejor los servicios sanitarios del sistema alcanzando un mayor nivel de vida.<sup>6</sup>

A nivel hospitalario, un estudio compara la calidad de dos modelos de AF en pacientes onco-hematológicos hospitalizados. Llega a la conclusión de que la integración del farmacéutico en el equipo interprofesional mejora la calidad de la atención farmacéutica, especialmente a través del aumento de identificación de oportunidades de mejora de la farmacoterapia y de actuaciones farmacéuticas con significación clínica, que permiten documentar la reducción del riesgo de morbilidad farmacoterapéutica en los pacientes<sup>7</sup>.

También podemos citar a nivel hospitalario, otro trabajo realizado en Bélgica, en el que se buscaba evaluar la AF en pacientes geriátricos con enfermedad aguda. Se concluyó, que la AF mejora el uso adecuado de medicamentos durante la estancia hospitalaria, minimizando los riesgos y mejorando los resultados en la salud de los pacientes<sup>8</sup>.

En estos últimos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha puesto entre sus prioridades el impulso de la AF en España y así el Plan Estratégico de Política Farmacéutica aprobado en noviembre de 2004, incorpora un amplio conjunto de acciones que suponen un reconocimiento explícito de la importancia que tiene la Atención Farmacéutica, para poder superar este relevante problema de salud pública que suponen los resultados negativos asociados a la medicación en los pacientes que son atendidos en nuestros servicios sanitarios. Sobre esta base, se han desarrollado medidas concretas y sustentado algunos elementos conceptuales que se han incorporado a la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios aprobada en julio de 2006 (*LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*), dando nuevos soportes legales tanto a la farmacia comunitaria como establecimiento sanitario privado de interés público vinculado al SNS (Sistema Nacional de Salud), como a la aplicación de los procedimientos de la AF por parte de los farmacéuticos comunitarios<sup>9</sup>.

## 1.1. FORMACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud dice que para que un farmacéutico adquiera las técnicas de AF necesarias, debe recibir una formación continuada. Así podrá ser preparado para actividades investigadoras y prácticas relacionadas con la atención farmacéutica<sup>10</sup>. La Pew Health Professions Comision (PHPC) recomienda, por su parte, que la formación del farmacéutico debería comenzar por una reforma curricular encaminada a la capacitación para desarrollar la atención farmacéutica<sup>11</sup>.

Plaza Piñol F, también habla de una exigencia de formación continua del farmacéutico para poder desarrollar un programa de AF y su implantación como actividad generalizada, y añade que un farmacéutico no sólo debe tener unos conocimientos permanentes actualizados en la farmacoterapia, sino que también debería conocer la metodología de la atención farmacéutica; termina diciendo que estos conocimientos en AF deberían incorporarse a la formación de un estudiante en la licenciatura en Farmacia<sup>12</sup>.

El Informe del Seminario del Consejo de Europa sobre el papel de los farmacéuticos dirigido por el comité de expertos en cuestiones farmacéuticas, afirma que los farmacéuticos comunitarios deben adaptarse constantemente y actualizar sus conocimientos a través de una formación apropiada si quieren mantenerse al tanto de las nuevas tecnologías y elevarse ante el reto de sus tareas rápidamente cambiantes<sup>13</sup>.

Según las recomendaciones de la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), los programas educativos deberían asegurar que la AF enfocada al paciente, tal como se perfiló en el “Manifiesto de la FIP Atención farmacéutica” (Reunión del Consejo en La Haya 1998) sea parte obligatoria del programa de estudios, y añade que la implantación de la atención farmacéutica, reconociendo la responsabilidad del paciente como usuario final de un fármaco, requiere del farmacéutico el empleo de diversos procesos para facilitar la aplicación responsable del tratamiento médico hasta el momento en que se obtengan resultados tangibles, mejorando la calidad de vida del paciente<sup>14</sup>. Strand LM, opina que es necesario un cambio en la mentalidad de los farmacéuticos comunitarios, lo que implica una mayor dedicación a la atención directa a pacientes y no una dispensación en un establecimiento minorista<sup>15</sup>.

## 1.2. CONCEPTO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (SFT)

El **SFT** es considerado como *“el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*<sup>16</sup>.

El SFT, como cualquier otra actividad sanitaria, necesita para llevarse a cabo con la máxima eficiencia, de unos procedimientos de trabajo protocolizados y validados a través de la experiencia (métodos)<sup>17,18</sup>, que permitan una evaluación del proceso y sobretodo de los resultados<sup>19</sup>. El Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico<sup>20</sup> fue diseñado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada en el año 1999, se presenta como una herramienta útil, que permite al farmacéutico seguir unas pautas claras y sencillas para realizar el SFT de forma sistematizada.

Actualmente lo ponen en práctica un gran número de farmacéuticos de diversos países del mundo<sup>21,22,23</sup>. Igualmente, es destacable su capacidad de aplicación en distintos escenarios asistenciales. Ha sido aplicado en farmacias comunitarias<sup>24,25,26</sup> y en servicios de urgencias hospitalarios<sup>27,28,29</sup> con éxito, lo que ha permitido adaptar el método Dáder a las necesidades de los servicio de hospitalización.

## 1.3. MÉTODO DÁDER DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es un procedimiento operativo para la prestación del SFT en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras<sup>30</sup>.

Este método se fundamenta en la obtención de información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, para crear la historia farmacoterapéutica (es el conjunto de documentos, elaborados y/o recopilados por el farmacéutico a lo largo del proceso de asistencia al paciente, que contienen los datos, juicios clínicos e informaciones de cualquier índole, destinados a monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia

utilizada por el paciente). A partir de la información contenida en dicha historia, se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia. Como consecuencia de la evaluación y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones que se consideren oportunas para mejorar o preservar su estado de salud<sup>30</sup>.

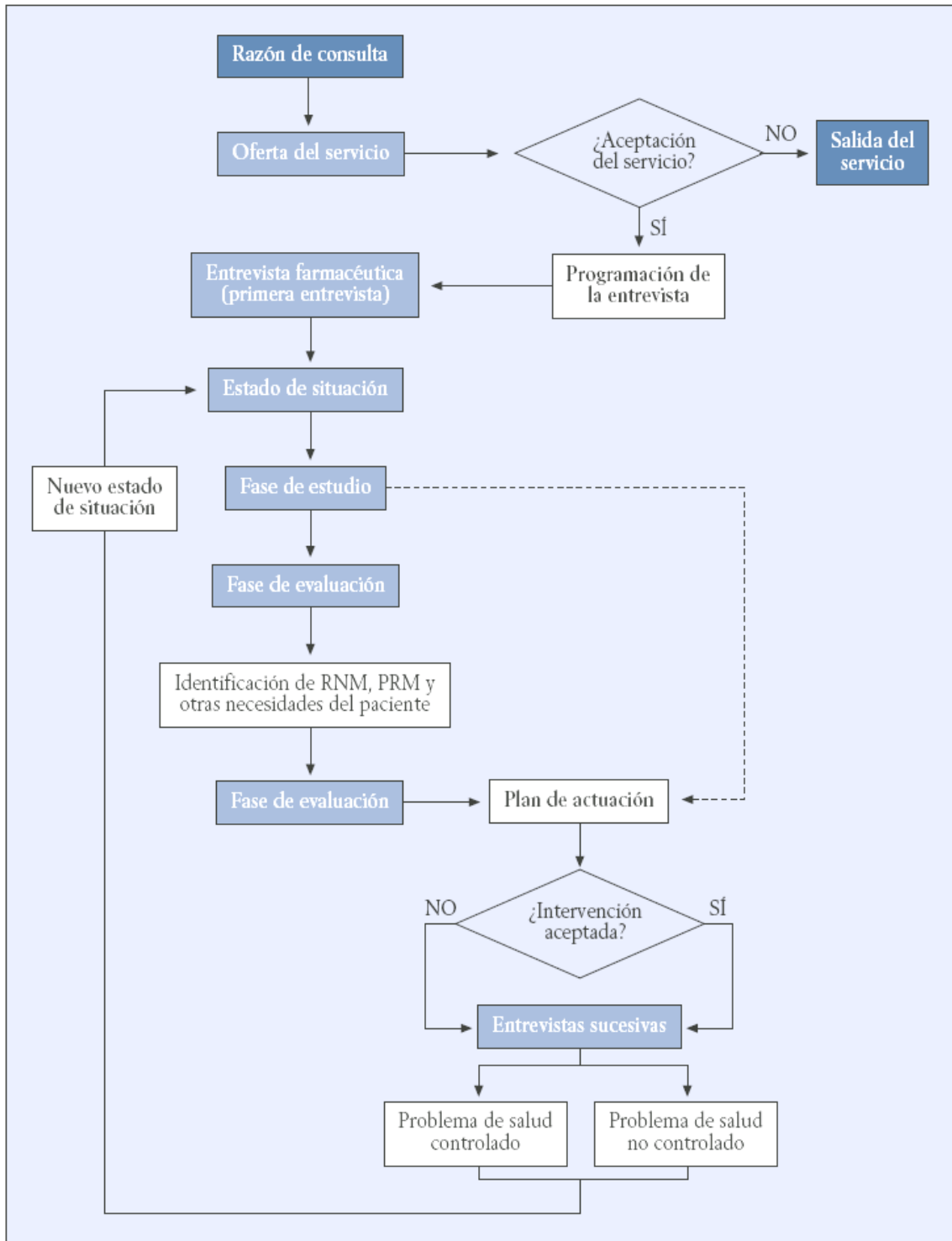
Aunque el Método Dáder establece unas pautas básicas para la realización del SFT, este método se caracteriza por ser adaptable y ajustarse a las particularidades del ámbito asistencial donde se realice <sup>31,29</sup>.

El procedimiento descrito en el Método Dáder de SFT consta de las siguientes fases:

- 1) Oferta del servicio.
- 2) Entrevista farmacéutica: primera entrevista.
- 3) Estado de situación.
- 4) Fase de estudio.
- 5) Fase de evaluación.
- 6) Fase de intervención (plan de actuación).
- 7) Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención). Se originan nuevos estados de situación y el proceso se hace cíclico.

En la figura 1 se presenta el diagrama de flujo del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Figura 1. Diagrama de flujo de proceso del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico <sup>16</sup>



Antes de pasar a exponer las fases del método Dáder, se quiere dejar claro los conceptos de RNM (Resultado Negativo asociado a la Medicación) y PRM (Problema Relacionado con el Medicamento).



El concepto de PRM ha ido evolucionando<sup>32,33</sup>. En el año 2007 el Foro de Atención Farmacéutica, publicó el tercer Consenso sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación, donde se asume la entidad de los PRM como elemento del proceso y como causas de RNM<sup>34</sup>.

El Foro de Atención Farmacéutica (Foro) es un grupo de debate en torno al futuro de la Atención Farmacéutica, que nace en el año 2004, con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desarrollo y está constituido por las siguientes entidades:

- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)
- Real Academia Nacional de Farmacia
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- Fundación Pharmaceutical Care España
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR)

Estos conceptos quedan definidos por Foro como<sup>35</sup>:

- Problemas relacionados con los medicamentos (**PRM**): “son aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos (RNM)”.
- Resultados Negativos asociados a la medicación (**RNM**): “son los resultados obtenidos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos”.

Además, FORO propone un listado, no exhaustivo ni excluyente, de PRM que pueden ser señalados como posibles causas de un RNM:

- Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación

- Errores en la prescripción,
- Incumplimiento
- Interacciones
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

A continuación se exponen las fases del Método Dáder<sup>16</sup>:

### **1) Oferta del servicio**

En general, la oferta del servicio consiste en explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características. Con el propósito de captar e incorporar al paciente al Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Generalmente, este servicio se ofrece cuando se percibe alguna necesidad del paciente relacionada con sus medicamentos. Por ejemplo, que el paciente consulte sobre algún medicamento, algún problema de salud, algún parámetro bioquímico o en referencia a algún informe sobre su salud.

### **2) Entrevista farmacéutica: primera entrevista**

El objetivo consiste en obtener la información inicial del paciente y abrir la historia farmacoterapéutica. Habitualmente en esta primera entrevista el paciente es quien aporta la mayor parte de la información. El farmacéutico limita su información solamente a aquellas recomendaciones que domina con certeza.

La entrevista se debe realizar en tres etapas:

- Preocupaciones y problemas de salud
- Medicamentos
- Repaso

### **3) Estado de situación**

Es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Tiene una configuración de emparejamiento horizontal entre los problemas de salud y los medicamentos que el paciente está tomando para ese problema de salud.

Se elabora con la información de la historia farmacoterapéutica del paciente, la cual se organiza de forma estructurada en el documento. Finalmente se obtiene una

“esquemmatización” de los problemas de salud y los medicamentos del paciente, que permite disponer de una “visión general” sobre el estado de salud del mismo, lo que permite establecer las sospechas de los RNM.

#### **4) Fase de estudio**

Es la etapa que permite obtener información sobre los problemas de salud y la medicación del paciente. Se trata de encontrar la mejor *evidencia científica* disponible a partir de una búsqueda de la información, realizada en las fuentes más relevantes, con rigor y centrada en la situación clínica del paciente.

En general, esta fase ha de aportar la información necesaria para:

- Evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada.
- Diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud, que permita mejorar y/o preservar los resultados de la farmacoterapia de manera continua en el tiempo.
- Promover la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia científica durante todo el proceso de SFT.

#### **5) Fase de evaluación**

El objetivo de esta fase es identificar los resultados negativos asociados a la medicación que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM). La identificación de los resultados negativos asociados a la medicación se realiza mediante un proceso sistemático de preguntas. Este proceso comienza por la primera línea del estado de situación que contenga celdas con medicación y su resultado será un listado con las distintas sospechas de RNM detectados (siempre que haya alguno), que serán clasificados según lo estipulado en la clasificación de RNM.

Estos RNM pueden ser agrupados en 3 tipos:

- 1-Relacionados con la necesidad del tratamiento.
- 2-Relacionados con la efectividad del tratamiento.
- 3-Relacionados con la seguridad del medicamento.

Se entiende que:

- Un medicamento(s) es (son) necesario(s) cuando el paciente presenta (o está en riesgo de padecer) un problema de salud que justifique su uso; sin que esto implique realizar un juicio sobre la idoneidad de la prescripción.
- Un medicamento(s) es (son) efectivo(s) cuando alcanza(n) el objetivo terapéutico establecido, según la situación clínica concreta del paciente.

- Se considera que un medicamento es inseguro si produce o agrava alguno de los problemas de salud (manifestado o no) que aparecen en el estado de situación.

**Tabla 1. Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación:** <sup>34</sup>

Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación	
Necesidad	<p><b>Problema de Salud no tratado.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.</p> <p><b>Efecto de medicamento innecesario.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.</p>
Efectividad	<p><b>Inefectividad no cuantitativa.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.</p> <p><b>Inefectividad cuantitativa.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.</p>
Seguridad	<p><b>Inseguridad no cuantitativa.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.</p> <p><b>Inseguridad cuantitativa.</b> El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.</p>

### **6) Fase de intervención (plan de actuación)**

El objetivo es diseñar y poner en marcha el plan de actuación con el paciente. Éste, es un programa de trabajo continuado en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones o actividades que el farmacéutico va a emprender para mejorar o preservar el estado de salud del paciente. Su finalidad es la de resolver o prevenir los RNM; preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados; o simplemente aconsejar o instruir al paciente para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud y un mejor uso de sus medicamentos.

### **7) Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención)**

Las entrevistas farmacéuticas tras la fase de intervención cierran el proceso de seguimiento del paciente, haciéndolo cíclico. En este momento, el SFT al paciente finaliza sólo cuando éste o el farmacéutico deciden abandonarlo.

Las **entrevistas sucesivas** con el paciente permiten:

- Conocer la respuesta del paciente y/o del médico ante la propuesta de intervención realizada por el farmacéutico.
- Comprobar la continuidad de la intervención.

- Obtener información sobre el resultado de la intervención.
- Iniciar nuevas intervenciones previstas en el plan de actuación.
- Detectar la aparición de nuevos problemas de salud o la incorporación de nuevos medicamentos.
- Cualquiera de las entrevistas sucesivas, independientemente del motivo por el que se produzcan, han de servir para suministrar información de reconocido valor al paciente y asesorarlo.

Hay que tener en cuenta, que la incorporación de nueva información en la historia farmacoterapéutica del paciente dará lugar a *nuevos estados de situación*, que deben recoger las modificaciones que han tenido lugar.

Un buen resultado de la terapia farmacológica depende, entre otros factores, del seguimiento realizado por distintos profesionales, entre ellos el farmacéutico. Por otra parte, su mayor accesibilidad y cercanía a la población, y el conocimiento de la farmacoterapia que utiliza el paciente, hace que sea un profesional idóneo para desarrollar el Seguimiento Farmacoterapéutico.

Organismos como la OMS (1993)<sup>36</sup>, el Consejo de Europa (2001)<sup>37</sup> o la Federación Internacional Farmacéutica (1993)<sup>38</sup> recomiendan la implantación del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico como “una necesidad asistencial de los pacientes”, hecho que queda recogido como obligación en la legislación española de 1997<sup>39</sup> y confirmado en la reciente Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios<sup>40</sup>, en cuyo artículo 84.1 se establece que “En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente”.

Por todo esto, se ha planteado realizar el presente estudio que permita evaluar el grado de conocimiento sobre el Método Dáder que tienen los farmacéuticos que hacen seguimiento farmacoterapéutico; pensamos que un buen uso del Método Dáder llevará a la consecución de obtener buenos y eficaces resultados en SFT.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO PRINCIPAL**

- Evaluar el grado de conocimiento de los farmacéuticos sobre el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico.

### **2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- Determinar la relación existente entre el grado de conocimiento sobre el Método Dáder y haber realizado algún curso de seguimiento farmacoterapéutico.
- Determinar la relación entre el grado de conocimiento y el perfil del farmacéutico (género, edad, titular o no titular).
- Determinar la relación entre el grado de conocimiento y haber usado el Método Dáder para el SFT.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio observacional, descriptivo de tipo transversal.

#### **3.2. POBLACIÓN**

La población objeto de estudio fueron los farmacéuticos de oficina de farmacia, de diferentes ciudades españolas, que asistieron a algún taller de seguimiento farmacoterapéutico.

- **Criterios de inclusión:** aquellos farmacéuticos que llegaron al principio del taller.
- **Criterios de exclusión:** aquellos farmacéuticos que no rellenaron todas las preguntas del cuestionario relacionadas con el Método Dáder.

#### **3.3. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio correspondió a un periodo de tiempo de ocho meses: desde Septiembre de 2007 hasta abril de 2008, ambos incluidos, durante los que se impartieron los talleres presenciales y se pasaron los cuestionarios a los farmacéuticos asistentes.

#### **3.4. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN: Cuestionario de preguntas**

A los farmacéuticos asistentes se les entregó un cuestionario (Anexo 1) que debían completar antes del comienzo del taller, para asegurarse de tener la mayor cantidad de cuestionarios, debido a que algunos farmacéuticos abandonaban el taller antes de finalizar el mismo.

El cuestionario fue elaborado por varios farmacéuticos del Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. La finalidad de este cuestionario, era la de saber el grado de conocimiento que tienen los farmacéuticos sobre el Método Dáder.

Las preguntas hacían referencia a la parte teórica del Método Dáder. Cada una de las 15 preguntas tenía 4 posibles respuestas, por lo que sólo una era correcta. Para evaluar cada cuestionario se sumaron las repuestas correctas. Se consideró que cada pregunta correcta valía un punto y las incorrectas no restaban nada, por lo que la puntuación mínima posible es 0 y la máxima posible es 15. Además en el cuestionario aparecían los datos necesarios para recoger las variables de interés: género, año de nacimiento, cargo en la Oficina de Farmacia, experiencia en cursos análogos de SFT y haber utilizado el Método Dáder de SFT.

### 3.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

⇒ **Grado de conocimiento:** variable categórica. En este caso el grado de conocimiento se evaluó de la siguiente manera: los farmacéuticos tenían que contestar correctamente a cada pregunta del cuestionario. El grado de conocimiento se categorizó según el criterio del investigador como **bajo, aceptable, bueno y óptimo:**

- ✓ Conocimiento bajo:  $\leq 5$  respuestas correctas
- ✓ Conocimiento aceptable: 6-7 respuestas correctas
- ✓ Conocimiento bueno: 8-10 respuestas correctas
- ✓ Conocimiento óptimo:  $\geq 11$  respuestas correctas

#### 3.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

⇒ **Género:** variable cualitativa categórica dicotómica: hombre y mujer.

⇒ **Edad:** variable cuantitativa numérica continua. Se define como el número de años de una persona, según la Real Academia de la Lengua Española. Se consideró el año cumplido en el año 2007 o 2008 según la fecha de asistencia del farmacéutico al taller.



⇒ **Cargo profesional del farmacéutico en la oficina de farmacia:** variable cualitativa dicotómica. Se caracterizó en dos grupos: Titular y “No titular”. Según [LEY 16/1997, de 25 de abril, de regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Artículo 1. Definiciones y funciones de las oficinas de farmacia]. Se define como farmacéutico Titular, aquel farmacéutico que ha obtenido la autorización para la apertura, instalación y mantenimiento de una oficina de farmacia, y bajo cuya responsabilidad se ejercen en las mismas funciones descritas en el artículo 1.

Mientras que el farmacéutico “No titular”, se refirió a cualquier otra categoría citada en esta misma ley. No pudimos especificarlas por falta de datos en nuestra hoja de información.

⇒ **Asistencia previa del farmacéutico a cursos de SFT:** variable cualitativa categórica dicotómica. Indica si se ha realizado antes algún curso sobre SFT:

- ningún curso previo sobre SFT
- algún curso previo sobre SFT

⇒ **Tipo de curso:** variable categórica. Se clasifica según las horas de duración del curso realizado. Se establecieron tres categorías según el criterio del investigador:

- No ha realizado ningún curso
- Curso realizado < 20 horas
- Curso realizado > 20 horas

Si el farmacéutico ha realizado más de un curso, se tendrá en cuenta el curso de mayor número de horas.

### 3.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los resultados se diseñó una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS versión 15 para Windows en español. Se realizó un análisis estadístico mediante tablas de frecuencias y de contingencia para las variables, tanto las independientes como la dependiente. Para el análisis bivariante de frecuencias se realizó la prueba Chi Cuadrado de Pearson. La significación estadística se estableció utilizando un intervalo de confianza del 95% ( $p < 0,05$ ).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE

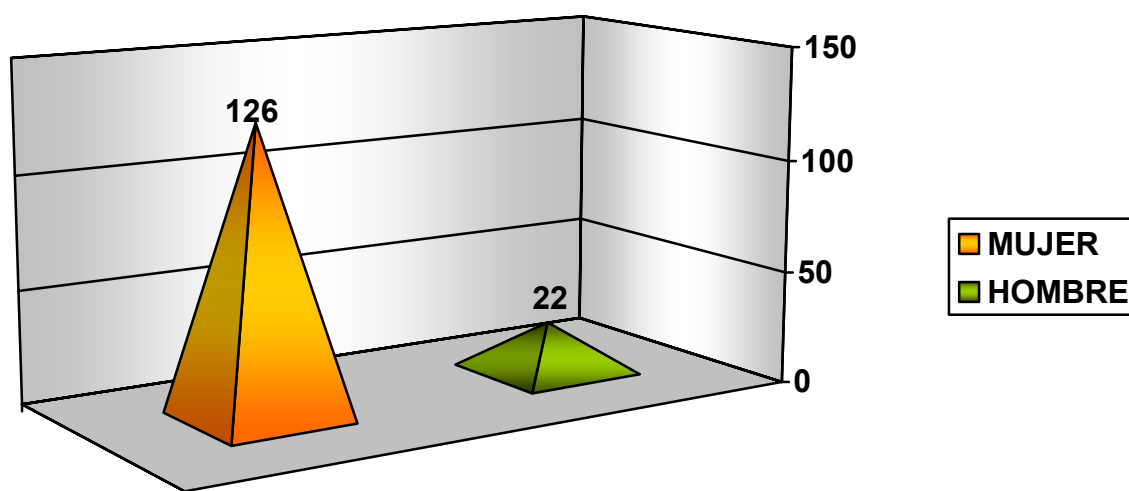
#### ✳ Descripción de la población:

En el presente estudio participaron 148 farmacéuticos.

#### ➤ *Género del farmacéutico participante:*

De los 148 farmacéuticos participantes, el 85,1% (n = 126) eran mujeres y solamente el 14,9% (n = 22) restante eran hombres (Gráfico 1).

Gráfico 1. Género del farmacéutico



#### ➤ *Cargo que ocupa en la Oficina de Farmacia:*

El porcentaje de farmacéuticos “No titulares” fue más elevado 68,9% (n =102), siendo del 31,3% (n = 46) el de farmacéuticos “Titulares” (tabla 2).

Tabla 2. Cargo del farmacéutico

	Frecuencia	Porcentaje
Titular	46	31,1
No titular	102	68,9

➤ **Edad del farmacéutico:**

La edad mas frecuente fue 29 años (10,1 %) y la edad media de los farmacéuticos fue de 35,05 años con una desviación típica de 9,04 con un mínimo de 23 años y un máximo de 61 años (tabla 3).

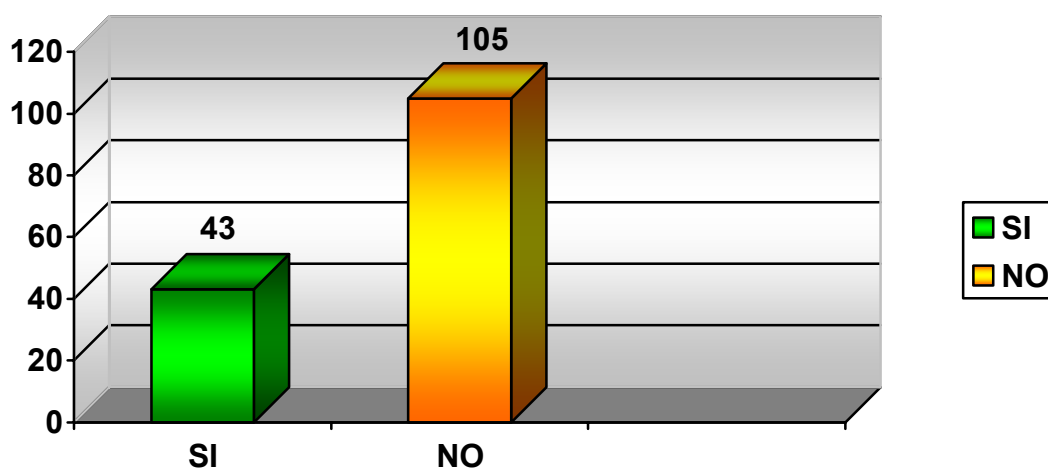
Tabla 3. Estadísticos de tendencia central y dispersión relacionados con la edad

	Edad del farmacéutico
Media	35,05
Mediana	33,00
Desv. típica	9,040
Mínimo	23
Máximo	61

➤ **Farmacéuticos que hacen seguimiento farmacoterapéutico:**

De los 148 farmacéuticos participantes, 43 (29,1%) refieren hacer seguimiento farmacoterapéutico, 105 farmacéuticos (70,9%) dicen no hacerlo (gráfico 2).

Gráfico 2. Realizan Seguimiento Farmacoterapéutico



➤ **Farmacéuticos que utilizan el Método Dáder:**

De los 148 farmacéuticos participantes 35 (23,6%) refieren haber utilizado en algún momento el Método Dáder para hacer seguimiento farmacoterapéutico, el resto, 113 (76,4%) no lo utilizan.

**Tabla 4. Farmacéuticos que usan el Método Dáder**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Usar el Método Dáder</b>	<b>No</b>	113	76,4
	<b>Si</b>	<b>35</b>	23,6

➤ **Grado de conocimiento:**

La puntuación mínima del test fue 0. Esta puntuación la obtuvieron 5 (3,4%) personas. La máxima puntuación fue de 15, obtenida por 3 (2%) farmacéuticos. La puntuación más obtenida 11, obtenida por 20 farmacéuticos (13,5%).

**Tabla 5. Grado de conocimiento**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado de conocimiento</b>	<b>Bajo</b>	30	20,3
	<b>Aceptable</b>	21	14,2
	<b>Bueno</b>	24	16,2
	<b>Óptimo</b>	<b>73</b>	49,3
	Total	148	100,0

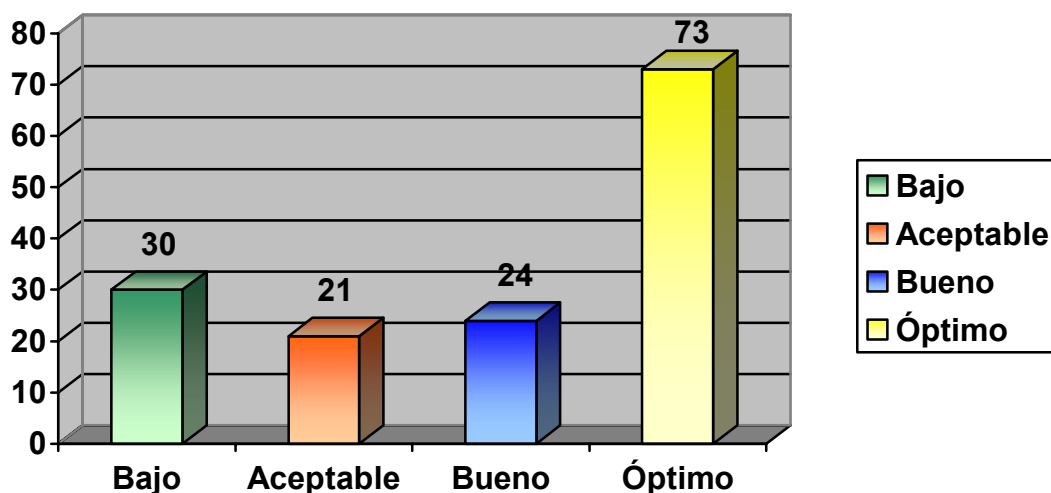
La pregunta que se hizo correctamente más veces fue la número 1 (85,1%), la que se contestó erróneamente más veces fue la 14 (69,6%). Véase tabla 6.

**Tabla 6. Porcentajes de respuesta de las preguntas del cuestionario**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
<b>Incorrecto</b>	22	46	17	94	27	76	38	66	88	71	68	57	95	<b>103</b>	62
<b>Correcto</b>	<b>126</b>	102	131	54	121	72	110	82	60	77	80	91	53	45	86

Un 30 % de los farmacéuticos tienen un conocimiento bajo. Un 21 % realizó entre 6 y 7 respuestas correctas, considerándose como conocimiento aceptable. Un 24% de los farmacéuticos alcanzaron un grado de conocimiento bueno. El resto, 73% obtuvo un grado de conocimiento óptimo.

Gráfico 3. Grado de conocimiento



## 4.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

### 4.2.2. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES Y LA VARIABLE “GRADO DE CONOCIMIENTO”

#### ☀ Relación con la variable realizar “cursos de SFT”

Existe una relación estadísticamente significativa entre la variable grado de conocimiento con haber realizado algún curso de SFT ( $p < 0,05$ ). Véase tabla 7.

Tabla 7. Grado de conocimiento/Cursos de SFT

		Grado de conocimiento				Total
		Bajo	Aceptable	Bueno	Óptimo	
Curso de SFT	Ningún curso SFT	18	11	7	18	54
	1-2 cursos	11	8	12	34	65
	3 ó más cursos	1	2	5	21	29

IC: 95%;  $X^2=22,103$ ;  $p= 0,001$ ;

☀ **Relación con la variable “horas de curso de SFT”**

La prueba del Chi-cuadrado para un índice de confianza del 95%, demuestra que la agrupación de la variable grado de conocimiento con el tipo número de horas de curso de atención farmacéutica es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Véase tabla 8.

**Tabla 8. Grado de conocimiento/Horas de cursos de SFT**

		Grado de conocimiento				Total
		Bajo	Aceptable	Bueno	Óptimo	
Horas de curso de SFT	Ningún curso	20	13	10	22	65
	Curso <20 horas	8	6	9	21	44
	Curso >20 horas	2	2	5	30	39
Total		30	21	24	73	148

IC: 95%;  $X^2=26,344$ ;  $p < 0,001$

☀ **Relación con la variable usar “Método Dáder”**

		Grado de conocimiento				Total
		Bajo	Aceptable	Bueno	Óptimo	
Usar Dáder	No	25	19	18	51	113
	Si	5	2	6	22	35
Total		30	21	24	73	148

IC: 95%;  $X^2=8,85$ ;  $p < 0,001$

La prueba del Chi-cuadrado para un índice de confianza del 95%, demuestra que la agrupación de la variable grado de conocimiento con haber usado el Método Dáder es significativa ( $p < 0,05$ ).

Por otro lado, se ha comparado la variable conocimiento con cada una de las variables independientes que caracterizan el perfil del farmacéutico, es decir con la edad, el género, la ciudad donde se realizó y el cargo del farmacéutico en la oficina de farmacia, no encontrándose relación entre estas variables de forma estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Es necesario señalar algunas limitaciones de este trabajo, como por ejemplo que no se hizo un muestreo aleatorio para la elección de los farmacéuticos, por lo que no se puede extrapolar a nivel de la población general. Además el cuestionario no está validado por lo que puede que se haya producido una mala interpretación de las preguntas del cuestionario.

Uno de los motivos por el que este estudio se ha llevado a cabo, es la observación en estudios realizados en los últimos años, de que no todos los farmacéuticos llegan a detectar la misma sospecha de Resultado Negativo asociado a la Medicación cuando evalúan casos clínicos de SFT, utilizando el Método Dáder<sup>41,42</sup>. Por lo tanto, sería adecuado conocer si los farmacéuticos que aplican este método lo conocen debidamente.

Tal como se indicó al inicio de esta Memoria, el principal objetivo de este trabajo de investigación ha sido la evaluación del “grado de conocimiento” sobre el Método Dáder, obtenido por los farmacéuticos que participaron en la realización de cursos o talleres donde se hablaba o exponían conceptos sobre el método Dáder. La interpretación cualitativa en categorías (grado de conocimiento bajo, aceptable, bueno y óptimo) entendemos que simplifica la interpretación de los resultados. Otra cuestión diferente es su calificación en términos numéricos. Según criterio del investigador, se diseñó una clasificación en la que se consideró que un conocimiento bueno era a partir de 8 respuestas correctas, no teniendo como referencia otros estudios realizados para evaluar el grado de conocimiento sobre el Método Dáder. Se interpretó que el farmacéutico tenía un grado de conocimiento adecuado para el correcto uso del Método Dáder cuando obtenía un grado de conocimiento bueno u óptimo. El número de preguntas correctamente contestadas se convierte, pues, en el dato que interpreta cuantitativamente el “nivel de conocimientos” del farmacéutico que realizó el test.

Globalmente considerados, los datos muestran que entre los 148 farmacéuticos a los que se les realizó el cuestionario, hay un grado de conocimiento óptimo del 49,3 %, se recuerda que éste era considerado como el grado de conocimiento más elevado. Otro dato interesante es la desviación típica: 1,20; muestra una menor *dispersión* de estos datos respecto de la media: el grupo es más “homogéneo” en su nivel de conocimientos.

En el estudio se observa que los farmacéuticos que obtienen un grado de conocimiento óptimo, son aquellos que aplican el Método Dáder.

No se encuentra relación estadísticamente significativa entre los farmacéuticos que realizan seguimiento farmacoterapéutico y el grado de conocimiento. Resultado que se ve normal, debido a que hacer seguimiento farmacoterapéutico no implica el uso del Método Dáder.

Por otro lado también se cruzó la variable horas de cursos realizadas por los farmacéuticos con grado de conocimiento, obteniéndose como resultado mayor grado de conocimiento en farmacéuticos que habían realizado cursos con mayor número de horas de formación. Este hecho induce a pensar que en los cursos de menor número de horas nos se profundiza en la metodología Dáder, quedando muchas nociones relacionadas con este método sin abordarse con más precisión y extensión. Este dato se ve reflejado en un estudio realizado para conocer los errores más frecuentes en la evaluación de casos clínicos, utilizando el Método Dáder, en el que los farmacéuticos no llegaban a detectar la misma sospecha de RNM a la hora de resolver el caso clínico de la evaluación<sup>43</sup>.

En cuanto al perfil de los asistentes, hay un mayor número de mujeres que de hombres, aunque esto parece lógico ya que en España parece haber más mujeres que hombres en la profesión farmacéutica<sup>44</sup>. Como era de esperar no es estadísticamente significativa la relación entre el género del farmacéutico y el grado de conocimiento.

Se observa que los farmacéuticos “No Titulares” son mayoría; esto llevaría a pensar que los “No Titulares” podrían estar más interesados en recibir formación que los “Titulares”, para estar más actualizados en la metodología y por cuestión de currículum.



## **6. CONCLUSIONES**

Del estudio presentado en esta Memoria se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- ✓ El grado de conocimiento “**óptimo**” fue el más frecuente en todos los grupos de edad, cargo desempeñado en la Oficina de Farmacia, asistencia previa o no a otros talleres de SFT, así como en hombres y mujeres.
  
- ✓ La interpretación cualitativa en categorías (grado de conocimiento bajo, aceptable, bueno y óptimo) simplifica la explicación de los resultados. La relación entre el grado de conocimiento y las variables independientes (género, edad, cargo en la OF) muestra, en todas las categorías estudiadas, unos niveles alcanzados de conocimiento muy satisfactorios, que en su mayoría (valores medios) pueden calificarse de “óptimos”. No estando el grado de conocimiento influido por el perfil del farmacéutico (género, edad, cargo en la oficina de farmacia). Todo ello, naturalmente, referido a los parámetros utilizados en el cuestionario empleado en el trabajo de campo de este estudio.
  
- ✓ Existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la variable resultado grado de conocimiento y las variables predictoras: haber aplicado anteriormente el Método Dáder en la realización del seguimiento farmacoterapéutico, haber realizado algún curso de atención farmacéutica y su duración (número de horas).

### **Proyección futura de este Trabajo**

En nuestra opinión, permanece abierta la cuestión de la *validación de los cuestionarios*. Serían necesarios más trabajos de campo, realizados con otros modelos alternativos de cuestionario, y que permitieran mostrar las fortalezas y las debilidades de cada uno de ellos. Además sería adecuado realizar un muestreo probabilística para calcular la muestra y poder extrapolar los valores a toda la población. Sólo de esta forma los grupos de expertos tendrán en su poder los datos necesarios para determinar, en su caso, los mejores criterios de evaluación en el seguimiento de los proyectos docentes en el campo del seguimiento farmacoterapéutico.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Enero 2008.
2. Baena I. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (Tesis Doctoral). Ed. Ergon. Madrid, 2004.
3. Strand LM. Una perspectiva personal de 25 años de atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico. 2004; 2(supl 1): 21-23.
4. Lyra Junior D, Amaral RT, Abriata JP, Pelá IR. Satisfacción como resultado de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirao Preto-Sao Paulo (Brasil). Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004; 3(1): 30-42.
5. Martínez Pérez SR, Sánchez Alonso FJ, Baena MI. Efectos de la intervención farmacéutica en pacientes con presión arterial elevada sin tratamiento. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004; 2(3): 181-188.
6. Álvarez De Toledo F, Arcos González P. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). Rev Esp Salud Pública. 2001; 75(4): 375-388.
7. Cavero Rodrigo E, Climente Martí M, Navarro Fontestad MC, Jiménez Torres NV. Evaluación de la calidad de dos modelos de atención farmacéutica para pacientes onco-hematológicos pacientes. Farm Hosp. 2007 Jul-Aug; 31(4):231-7.
8. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Lambert P, Nacheva JB, Wilmette L, Tulkens PM. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2007 May; 55(5):658-65.
9. "Por un uso racional del medicamento" Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español. Ministerio de Sanidad y Consumo. Noviembre 2004.

10. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud, Tokio, Japón, 1993. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm.* 1995; 36(2): 285-292. 21.
11. Hepler CD. Práctica y formación farmacéutica para el 2010. *Farmacia clínica.* 1997; 14(2): 127-146.
12. Plaza Piñol F. La atención farmacéutica. Situación y evolución de la prestación farmacéutica: motivos de cambio. *Pharm Care Esp.* 1999; 1: 48-51.
13. Consejo de Europa. Informe del seminario sobre el papel y formación de los farmacéuticos comunitarios. *Pharmacare Esp.* 2000; 2: 285-299.
14. Internactional Pharmaceutical Federation. Statement of policy on Good pharmacy Education Practice. (Viena 2000). Disponible en: [http://www.fip.org/www2/uploads/database\\_file.php?id=188&table\\_id=](http://www.fip.org/www2/uploads/database_file.php?id=188&table_id=) Marzo 2008.
15. Strand LM. Una perspectiva personal de 25 años de atención farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico. 2004; 2(supl 1): 21-23.
16. Faus MJ, Amariles P, Martínez Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. 2008, ERGON.
17. Cipolle R. Strand L. Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide.* New York: McGraw-Hill; 2004.
18. American Society of Health System Pharmacists ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53: 1713-16.
19. Faus MJ. Atención farmacéutica. *Fundamentos de farmacología básica y clínica.* 2005, Edición Ramón Areces.
20. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico. *Ars Pharm.* 2005; 46 (3): 309-337.

21. Armando P, Semeria N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Prim*. 2005; 36(3): 129-34.
22. Costa S, Santos C, Madeira A, Santos MR, Santos R. Uso de dos diferentes clasificaciones de problemas relacionados con medicamentos en farmacias comunitarias – La experiencia portuguesa *Seguim Farmacoter* 2004; 2(4): 267-285.
23. Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(3): 99-104.
24. Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharm* 2003; 44(3): 225-237.
25. Martínez F, Fernández-Llimós F, Gasteurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42: 53-65.
26. Fernández-Llimós F, Faus MJ. Resultados del Programa Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico del paciente en España. *El Farmacéutico* 2002; (290): 83-88.
27. Calderón Herranz B, Calleja Hernández MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos del paciente de la unidad de observación del área de urgencias. *Rev OFIL* 2005; 15(2):39-47.
28. Baena MI, Fajardo P, Luque F, Marín R, Arcos A, Zarzuelo A et al. Problemas Relacionados con los Medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 345-357.
29. Silva Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández-Llimós F . Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del método Dáder. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 73-81.
30. Sabater D, Silva-Castro MM, Faus MJ. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera Edición. Granada: GIAF-UGR; 2007.

31. Fajardo P, Baena MI, Alcaide J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 158-64.
32. Fernández Llimós F., Faus MJ., Gastelurrutia MA., Baena M, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico*. 2005; 3(4): 167-188.
33. Fernández Llimós F, Faus MJ. From “Drug-related problems” to “Negative clinical outcomes”. *Am J Health-Syst Pharm*. 2005; 62(22): 2348-50.
34. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación. *Ars Pharm*. 2007; 48(1): 5-17.
35. Foro de Atención Farmacéutica. Documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. *Farmacéuticos* 2006; 315: 28-29.
36. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS. Tokio, Japón. 31 de agosto a 3 de septiembre de 1993.
37. Council of Europe, Committee of Ministers. Resolution ResAP (2001) concerning the pharmacist’s role in the framework of health security. Adopted by the Committee of Ministers on 21 March 2001 at the 76th meeting of the Ministers’ Deputies. <http://cm.coe.int/ta/resAP/2001/2001xp2.htm> (6 February 2004).
38. La declaración de Tokio. Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos. Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Tokio, Japón. 1993.
39. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia (BOE 100 de 26/04/1997).
40. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 178 de 27/07/2006).

41. González-García L, Ocaña-Arenas A, García-Jiménez E, García-Corpas J.P, López-Domínguez E. Formación en Seguimiento Farmacoterapéutico: Análisis de los resultados obtenidos en un curso en formato CD de CAF-STADA. *Pharmacy Practice* 2006; 4(suple 1):1-70.
42. Carrión-Barberá C, Ocaña-Arenas A, González-García L, García-Jiménez E, García-Corpas J.P, López-Domínguez E. Identificación de los errores cometidos en la evaluación de un caso clínico por los farmacéuticos participantes en el V curso Vía Satélite. *Pharmacy Practice* 2006; 4(suple 1): 1-70.
43. Fikri-Benbrahim N, García-Jiménez E., López-Domínguez E, Vera Ruiz M.J., González-García L. Análisis de los errores cometidos en la evaluación de tres casos clínicos por los farmacéuticos participantes en talleres de seguimiento farmacoterapéutico. *Aten Primaria*. 2008; 40(2):105-106; *Pharmaceutical Care España* 2008; 10(1): 8-13.
44. García Corpas JP, Ocaña Arenas A, González García L, López Domínguez E, García Jiménez E, Amariles P, Faus MJ. Variación del conocimiento al asistir a un taller de asma para farmacéuticos comunitarios. *Pharmacy Practice* 2006; 4(3): 139-142.

## **ANEXO 1- Cuestionario de preguntas**

### **CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MÉTODO DÁDER DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO**

Estimados compañeros:

Lo que se pretende con este test anónimo, es validar un cuestionario de conocimiento sobre el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico para poder utilizarlo en posteriores trabajos de investigación.

El test es totalmente anónimo, por lo que le agradecería que lo cumplimentara.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Género:     hombre     mujer

Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

Titular  No titular

Año en que finalizó la carrera: \_\_\_\_\_

¿Ha hecho algún otro curso de Seguimiento Farmacoterapéutico (Máster, Experto, talleres presenciales de SFT...)?: Si  No

En caso afirmativo, indique cuál y el año de realización:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Has realizado alguno de los siguientes cursos de AF en tecnología Vía Satélite promovidos por laboratorio STADA (antes Bayvit)?

2001

2002

2003

2004

2005

2006

¿Ha realizado alguna vez SFT a pacientes?    Sí  No

En caso afirmativo, ¿ha utilizado el Método Dáder?    Sí  No

**PARA REALIZAR EL CUESTIONARIO SEÑALE LA OPCIÓN MÁS CORRECTA CON UN CÍRCULO.**

1. Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) son:

- a) Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia.
- b) Problemas relacionados con la fabricación de los medicamentos.
- c) Aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación
- d) No sabe/ No contesta

2. Los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) son:

- a) Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos.
- b) Resultados negativos del medicamento que afectan a la salud del paciente.
- c) Resultados en la salud del paciente derivados una ineffectividad del tratamiento.
- d) No sabe/ No contesta

3. A grandes rasgos, la oferta del servicio de SFT al paciente consiste en:

- a) Explicar al paciente que vamos a estar 2 meses haciéndole SFT y necesitamos que traiga su bolsa de medicamentos.
- b) Explicar al paciente que vamos a solucionarle todos sus problemas de salud.
- c) Explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características.
- d) No sabe/ No contesta

4. La Primera Entrevista se estructurará en tres partes:

- a) Problemas de salud, medicamentos que usa el paciente y fijar próxima cita con el paciente.
- b) Preocupaciones y problemas de salud, medicamentos usados y anteriores, repaso general por sistemas.
- c) Medicamentos que usa el paciente, fase de repaso y fijar próxima cita con el paciente.
- d) No sabe/ No contesta

5. En cualquier entrevista clínica el flujo de la información es bidireccional, pero habitualmente en la Primera Entrevista el flujo de la información es:

- a) Predominante del paciente hacia el farmacéutico.
  - b) Predominante del farmacéutico al paciente.
  - c) Del farmacéutico y del paciente por igual.
  - d) No sabe/ No contesta
6. Cuando se rellena el Estado de Situación, en el apartado de problemas de salud, si aparece con asterisco (\*) se referirá:
- a) A que ese problema de salud es el que más preocupa al paciente.
  - b) A que ese problema de salud lo tiene desde hace más de diez años.
  - c) A que existe un diagnóstico médico documentado.
  - d) No sabe/ No contesta
7. El Estado de Situación es:
- a) Un documento que se elabora con la información de todos los medicamentos del paciente a una fecha determinada.
  - b) Un documento que nos muestra información relevante del paciente sobre sus problemas de salud.
  - c) Un documento que muestra, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada.
  - d) No sabe/ No contesta
8. En términos generales, la Fase de Estudio ha de aportar la información necesaria que permita:
- a) Evaluar la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente.
  - b) Evaluar la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada, diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud y promover la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia científica durante todo el proceso de SFT.
  - c) Evaluar críticamente la necesidad y la efectividad de la medicación que utiliza el paciente para diseñar un plan de actuación con el paciente.
  - d) No sabe/ No contesta
9. En la fase de evaluación:
- a) La necesidad, efectividad y seguridad de un tratamiento se evalúan en conjunto.
  - b) La necesidad y la efectividad de un tratamiento se evalúan en conjunto y la seguridad por separado.
  - c) La necesidad de un tratamiento se evalúa por separado, efectividad y seguridad en conjunto.
  - d) No sabe/ No contesta
10. El objetivo de la Fase de Evaluación es:
- a) Evaluar los problemas de salud del paciente en función de la medicación que utiliza para los mismos.
  - b) Evaluar la salud del paciente para poder crear un plan de actuación.
  - c) Identificar los resultados negativos asociados a la medicación que presenta el paciente, tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM.
  - d) No sabe/ No contesta
11. El Plan de Actuación es:
- a) Un programa de trabajo continuado en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente.
  - b) Conjunto de actividades realizadas únicamente con el paciente para solucionar los RNM detectados.
  - c) Un programa de trabajo diseñado en conjunto con el médico, para fijar las intervenciones farmacéuticas y solucionar los RNM detectado en nuestro paciente.
  - d) No sabe/ No contesta
12. El diseño del plan de actuación consta de los siguientes pasos:
- a) Definir objetivos, priorizar los objetivos, determinar las intervenciones farmacéuticas y planificar las intervenciones farmacéuticas.
  - b) Definir objetivos y planificar las intervenciones farmacéuticas.
  - c) Identificar objetivos y comunicárselos al paciente.
  - d) No sabe/ No contesta
13. La Intervención Farmacéutica (IF) consta de tres partes diferenciadas:
- a) PRM, RNM identificado y acción o acciones que el farmacéutico ha iniciado para solucionarlo.
  - b) RNM identificado, acción o acciones que el farmacéutico ha iniciado para solucionarlo y finalmente se especifica el resultado derivado de las mismas.
  - c) RNM identificado, acción o acciones que el farmacéutico ha iniciado para solucionarlo y finalmente se especifica el medicamento que ha provocado el RNM.
  - d) No sabe/ No contesta
14. La vía de comunicación en la Intervención Farmacéutica puede ser:
- a) Verbal con el paciente, verbal paciente-médico, escrita con el paciente, y escrita paciente-médico.
  - b) Verbal con el paciente, escrita con el paciente y siempre escrita para médico.



- c) Verbal con el paciente y escrita farmacéutico-médico.
- d) No sabe/ No contesta

15. Las Entrevistas Farmacéuticas sucesivas:

- a) Se realizan tras la fase de intervención, pero no siempre se llevan a cabo.
- b) Se realizan tras la fase de intervención, pero no son tan importantes como la primera entrevista.
- c) Se realizan tras la fase de intervención, cierran el proceso de seguimiento del paciente, haciéndolo cíclico.
- d) No sabe/ No contesta

# **FORMACIÓN TERCER CICLO**

## **DOCTORADO EN FARMACIA**

### **ASISTENCIAL**

**Resumen del contenido temático  
cursado durante periodo de docencia  
(Año 2006)**

## INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA (4 CRÉDITOS)

### Temas desarrollados:

- Necesidad social de la Atención Farmacéutica.
- Bases conceptuales de la Atención Farmacéutica.
- Resultados Negativos de la Farmacoterapia.
- Servicios farmacéuticos dirigidos a los pacientes.
- Dispensación
- Indicación farmacéutica.
- Educación sanitaria.
- Seguimiento Farmacoterapéutico.

### Resumen:

La Atención Farmacéutica consiste en una serie de servicios cognitivos, dirigidos al paciente, con el propósito de ayudarlo a conseguir los máximos beneficios de los medicamentos que utiliza. La definición de Atención Farmacéutica está claramente recogida en el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2001.

En este curso de iniciación, se explicó el desarrollo histórico de esta actividad, y los fundamentos de la misma, con especial interés en la importancia de los resultados negativos de la farmacoterapia. Se realizó un estudio de los diferentes servicios farmacéuticos que la componen: dispensación de medicamentos, indicación

farmacéutica, educación sanitaria, uso racional de medicamentos y seguimiento farmacoterapéutico.

Se dieron sesiones clínicas donde se resolvieron casos prácticos de dispensación, indicación, educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico.

### Bibliografía facilitada en este curso:

- Atención Farmacéutica. María José Faus Dader. Fundamentos de Farmacología básica y clínica. Universitaria Ramón Areces. 2005
- Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. Hepler CD, Strand LM. Pharmaceutical Care España.1999;1:35-47
- Consenso sobre Atención Farmacéutica. Grupo de expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo.2001
- El papel del farmacéutico en el sistema de Atención en Salud. Informe Tokio. OMS. Ars Pharmaceutica. 1995; 36:285-292
- Dispensación. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Aula de la Farmacia 2004; 1(3): 9-26.
- Guía de Indicación Farmacéutica en la Oficina de Farmacia. Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Granada: Universidad de Granada. Ed. Fundación Abbott.2005.
- Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Machuca M, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Granada: Universidad de Granada; 2003.
- Evolución del concepto de problema relacionado con los medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3: 167-188.

- Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000. 137-143
- Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Current Pharmaceutical Desing*. 2004; 10:3969-3985
- Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. *Annals Pharmacotherapy*. 2005; 39:2105-2110.
- Baena I, Martínez-Olmos J, Faus MJ, Fajardo P, Martínez Martínez F. El seguimiento farmacoterapéutico: un componente de calidad en la atención al paciente. *Ars Pharmaceutica*. 2005; 46:213-232.
- Martínez Olmos J, Baena MI. La Atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. *Pharmaceutical Care*. 2001; 3: 135-139.
- World Medical Association General Assembly. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la relación laboral entre médicos y farmacéuticos en el tratamiento medicamentoso. *Pharmaceutical Care*. 2000; 2: 279-281.
- Faus MJ, Machuca M. Aproximación al Documento de Consenso, Generalidades, conceptos básicos y descripción breve desde la Oficina de Farmacia. *Aula de la Farmacia* 2004; 1: 23-36.

### Principales páginas Web consultadas:

- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de granada.  
[www.giaf-ugr.org](http://www.giaf-ugr.org)

- Cátedra de docencia e investigación en atención farmacéutica.  
<http://www.farmacare.com/>
- Fundación Pharmaceutical Care España. <http://www.pharmaceutical-care.org>
- Atención farmacéutica desde el Ministerio de Sanidad y Consumo.  
<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>

## SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES (4 CRÉDITOS)

### Temas desarrollados:

- **Concepto y marco legal del Seguimiento Farmacoterapéutico.**
- **Procedimiento operativo de esta nueva tecnología sanitaria.**
- **Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico.**
- **Seguimiento farmacoterapéutico en los diferentes niveles asistenciales.**
- **Sistemas de aseguramiento de calidad del Seguimiento Farmacoterapéutico: proceso, registro e indicadores. Mejora continua.**
- **Investigación aplicada a la mejora del Seguimiento Farmacoterapéutico.**

### Resumen:

El Seguimiento Farmacoterapéutico es uno de los servicios cognitivos incluidos en la Atención Farmacéutica. Consiste en una nueva tecnología sanitaria, para ser desarrollada por los equipos de salud, en los cuales el farmacéutico aporta sus conocimientos sobre medicamentos, con el fin de prevenir y resolver los resultados negativos de la farmacoterapia.

En este curso se explicó los conceptos específicos del Seguimiento Farmacoterapéutico, así como las habilidades necesarias para llevar a cabo este proceso en el ámbito de la asistencia de atención hospitalaria, primaria y comunitaria.

En la actualidad, es una prioridad conseguir la máxima calidad en los sistemas sanitarios por el bien de los pacientes. Por ello es necesario, que el farmacéutico se

forme en los criterios de mejora continua del Seguimiento Farmacoterapéutico como proceso sanitario.

### **Bibliografía facilitada en este curso:**

- Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder. Grupo de Investigación en Atención farmacéutica. CTS 131. Universidad de Granada. Ars Pharmaceutica; 2005; 46-4: 309-335.  
Disponibile en: <http://farmacia.ugr.es/ars/>
- Consenso sobre Atención farmacéutica.  
Dirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ars Pharmaceutica. 2001. 42: 223-243
- Fernández-Llimós,F, Faus MJ. Importance of medicine-related problems as risk factors". Lancet 362: 1239. 2003.
- Fernandez-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena I, Martínez-Martínez F. Evolución del concepto problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2005; 3: 167-188.
- Gastelurrutia MA, Faus MJ, Fernandez-Llimos F. Providing patient care in community pharmacies in Spain. Annals Pharmacotherapy. 2005; 39:2105-10.
- Aguas Y, De Miguel E, Fernández-Llimós F. El Seguimiento Farmacoterapéutico como innovación en las farmacias comunitarias. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3: 10-16.



- Fajardo PC, Baena MI, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento

farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3: 158-164.

- Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones en seguimiento farmacoterapéutico. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3: 90-97.

### Principales páginas Web consultadas:

- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. [www.giaf-ugr.org](http://www.giaf-ugr.org)
- Cátedra de docencia e investigación en atención farmacéutica. <http://www.farmacare.com/>
- Fundación Pharmaceutical Care España. <http://www.pharmaceutical-care.org>
- Atención farmacéutica desde el Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>

# FUENTES DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA (4 CRÉDITOS)

## Temas desarrollados:

- Fuentes de información.
  - Fuentes terciarias. Libros y compendios.
  - Fuentes secundarias: Medline, Embase, Scielo, IPA, etc.
  - Fuentes primarias. Revistas científicas.
- Principales fuentes en Internet.
- Estrategias de búsqueda.

## Resumen:

En este curso, se enseñó en que consisten las características diferenciales de cada una de los tipos de fuentes de información, entendiendo las ventajas e inconvenientes que tiene cada una, y como aplicar la información que contienen a situaciones de investigación y de práctica asistencial. Asimismo, se aprendió hacer una lectura crítica de textos científicos, y evaluación de la evidencia que aporta cada uno de ellos según su diseño de investigación. También se aprendió los rudimentos básicos de la escritura en lenguaje científica y los métodos habituales en las publicaciones especializadas, que permiten realizar una publicación.

## Bibliografía facilitada en este curso:

- Fernández-Llimós F. El artículo científico. Pharm Care Esp 1999; 1: 5-10.

- Fernández-Llimós F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 1999; 1: 90-96.
- Straus SE, Richardson WS, Paul Glasziou, Haynes RB. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.

### Principales páginas Web consultadas:

- <http://www.pubmed.gov>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=helppubmed.chapter.pubmedhelp>
- <http://www.mlanet.org/publications/jmla/index.html>
- <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>
- <http://www.cebm.utoronto.ca/>

## **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (4 CRÉDITOS)**

### Temas desarrollados:

- **Investigación en ciencias de la salud (cualitativa y cuantitativa).**
- **Los diseños epidemiológicos.**
- **Los estudios experimentales y cuasiexperimentales.**
- **Los estudios observacionales.**
- **Técnicas para la investigación cualitativa.**
- **El protocolo de investigación**
- **Estadística básica.**

### Resumen:

En este curso, se desarrollaron cuatro puntos fundamentalmente:

- Conocer los fundamentos conceptuales de la investigación aplicada a las ciencias de la salud.
- Diferenciar los enfoques conceptuales cualitativo y cuantitativo en la investigación sanitaria.
- Conocer los elementos básicos que componen un protocolo de investigación y su importancia para el éxito de un trabajo de investigación.
- Conocer y manejar conceptos básicos de estadística aplicados a la investigación en salud.

### Bibliografía facilitada en este curso:

- Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Rafael Burgos, José Antonio Molero y Manuel Bobenrieth Astete. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública. 1998.
- Metodología de la investigación Clínica. Javier García-Conde. Ars Médica. Medicina STM. Editores. S.L. 2003. Barcelona. España.
- Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Josep M<sup>a</sup> Argimon Pallás, Joseph Jiménez Villa. 2004. Elsevier. España. S.A. Madrid.
- Farmacoeconomía e Investigación de resultados en la salud: Principios y Prácticas. Alfonso Domínguez-Gil Hurlé, Javier Soto Álvarez. Real Academia Nacional de Farmacia. 2<sup>a</sup> Ed. Madrid. 2002.
- Cuadras: Problemas de Probabilidades y Estadística. CM. (2 vols.). EUB, Barcelona (2000).
- Bioestadística para Ciencias de la Salud. A. Martín-Andrés y JD. Luna del Castillo. Norma-Capitel, Madrid (2004).
- Estadística para Biología y Ciencias de la Salud. J.S. Milton. McGraw-Hill, Madrid (2001).
- Estadística Práctica con STATGRAPHICS. C. Pérez. Prentice Hall, Madrid (2001).
- Técnicas Estadísticas con SPSS 12. Aplicaciones al Análisis de Datos. C. Pérez. Prentice Hall, Madrid (2004).
- Curso y Ejercicios de Estadística. V. Quesada, A. Isidoro y LA. López Alhambra, Madrid (2000).

## COMUNICACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA (4 CRÉDITOS)

### Temas desarrollados:

- **Técnicas de comunicación.**
  - **Comunicación con el paciente.**
  - **Comunicación con los profesionales de la salud.**
- **Equipos multidisciplinares de atención al paciente.**
- **Comunicación científica.**
- **Medios de comunicación y Atención Farmacéutica.**

### Resumen:

En el trabajo con pacientes que tiene que realizar el farmacéutico, con el objetivo de contribuir a la obtención de resultados positivos de los medicamentos utilizados, es básico conseguir una buena comunicación, al igual que con el resto de profesionales sanitarios de los equipos de salud. Por ello el objetivo central de este curso es la formación y adquisición de destrezas en el ámbito de la comunicación.

### Bibliografía facilitada en este curso:

- Barranco-Navarro J. Comunicación y habilidades sociales. Universidad de Granada.

- Borrell-i Carrió F. La entrevista clínica: apuntes para una práctica asistencial basada en la reflexión (I). ¿Por qué nos cuesta tanto sonreír? En: JANO EMC. Viernes 3 de diciembre de 1999. 57 (1323).
- Los Lenguajes de la gestión de conflictos. Estrategias verbales para crear un clima favorable a la comunicación. Cap. 2. En: Borisoff D, Victor DA. En: Gestión de conflictos. 1991. Ed. Díaz de Santos. 31-70.
- Habilidades para el diagnóstico de conductas relacionadas con la adhesión terapéutica. Cap. 2. En: Bimbela-Pedrola JL, Gorrotxategi-Larrea M. En: Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. 2001. Ed. EASP. 45-58.
- Lefèvre JM. Diríjase siempre a alguien. Cap. 1. En: Saber comunicar para ser más eficaz en el trabajo Ed. Deusto S.A. 19-33.
- Fletcher JA, Gowing DF. ¿Que escribo? Cap. 1. En: Fletcher JA, Gowing DF. En: La comunicación escrita en la empresa. Cómo redactar con precisión y fluidez Ed. Deusto. 15-22.
- Rodríguez-Bayon A, Castillo-Castillo R, Pulido-Diez. Emociones en la consulta. En: Dimensión Humana. Abril 1998. 2 (2): 45-50.