

GIAF-UGR

Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005)

Pharmacotherapy follow-up: The Dader method (3rd revision)

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

RESUMEN*

El Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico nació en 1999 para dar cobertura al proceso que se enseñaba en el Programa Dáder y había sido revisado en 2003. Desde entonces se han producido un buen número de comentarios de los farmacéuticos, y se han concluido algunas investigaciones que permiten realizar una nueva revisión.

El objetivo del presente trabajo consiste en presentar el Método Dáder en el estado actual, tras su tercera revisión. Esta revisión se ha hecho con los objetivos de universalización y simplificación del Método. Universalización, para que el Método sea un estándar de práctica que pueda ser utilizado por cualquier farmacéutico trabajando con a cualquier paciente, sea cual fuese su tratamiento para su enfermedad. Y simplificación, en el convencimiento de que para que un procedimiento se pueda extender y convertirse en una práctica generalizada, habrá de ser lo más simple posible, sin que por ello pierda el rigor de un procedimiento operativo normalizado.

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico. Proceso. Resultados.

ABSTRACT

The Dader Method for Pharmacotherapy Follow-Up was created in 1999 to implement the process laid out by the Dader Programme and it was revised in 2003. Since then, pharmacists have provided us with their remarks and comments on the programme, and some research was also made. Some of those have allowed for another revision to be carried out.

The aim of this work is to present the Dader Programme in its current state, following its third revision. This revision has been carried out with the aims being globalisation and simplification of the programme. Globalisation, so that the programme is standard practice and can be used by any pharmacist working with any patient, whatever the treatment for their illness. And simplification, because for a procedure to become a widespread practice, it has to be as easy as possible to follow, without losing the precision of a standardised operative procedure.

Keywords: Pharmacotherapy follow-up. Process. Outcomes.

(Español)

PREFACIO

El Método Dáder nació como soporte para el Programa Dáder en 1999. Se trató desde el principio de crear un procedimiento operativo sencillo que sirviese para realizar seguimiento farmacoterapéutico e cualquier tipo de paciente, que padeciese cualquier enfermedad o problema de salud, en cualquier entorno, y por cualquier farmacéutico.

A lo largo de más de cinco años de ejercicio en el seguimiento farmacoterapéutico, en diversos niveles asistenciales, utilizando este método se han podido ir acumulando experiencias que han contribuido a mejorar el mismo. Por otra parte, las investigaciones realizadas en esta área, utilizando los datos acumulados gracias al envío de intervenciones al Programa Dáder, han permitido afinar aún más los procedimientos operativos que se habían creado cinco años atrás. Y como no, la información contenida en las dos revisiones anteriores de este procedimiento aportan información valiosa.^{1,2}

Al igual que se había hecho tras la finalización de la fase piloto del Programa Dáder,³ en la actualidad

* Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

parece recomendable una revisión del Método Dáder con dos objetivos fundamentales: universalización y simplificación.

Universalización en el más amplio sentido de la palabra. Lo primero sería conseguir un procedimiento operativo que sea aplicable en cualquier país del mundo. Pero también, un procedimiento operativo que sea aplicable en cualquier nivel asistencial. Aunque, incluso más importante que este último, sería necesario contar con un procedimiento operativo que fuese aplicable en los diferentes entornos que pueden existir en un mismo nivel asistencial, que son debidos a la estructura disponible, y que en muchas ocasiones condicionan más las diferencias en la práctica que el nivel asistencial al que pertenecen. Por tanto, la existencia de informática o no en un servicio, la capacidad de entrevistar pacientes o no, la disponibilidad de fuentes de información o no, la presencia de personal dedicado en exclusiva al seguimiento farmacoterapéutico o no, son más condicionantes del proceso que el propio nivel al que pertenezca ese servicio. Todo ellos deberá ser tenido en cuenta en esta revisión del Método.

Y simplificación como una razón máxima de la revisión. En muchas ocasiones, la modificación de un procedimiento operativo supone la adición de nuevas funciones y actividades sin la eliminación de otras que quedaron obsoletas o superadas por las nuevas. Si se pretende, y probablemente todos lo pretendemos, que el seguimiento farmacoterapéutico sea una actividad que se implante en un número elevado de farmacias y servicios farmacéuticos, y que alcance a un número elevado de pacientes, el procedimiento operativo en que se apoye habrá de ser tan sencillo que todos esos farmacéuticos y servicios puedan realizarlo sin que la estructura sea una barrea. La propia razón de la creación de un procedimiento operativo es la de hacer que una actividad se haga de un modo más eficiente si se utiliza ese procedimiento que si se hace *secundum artis*.

A lo largo de estos años, el Método Dáder ha demostrado ser un procedimiento operativo que ha ayudado a muchos farmacéuticos a implantar en sus farmacias o servicios de farmacia el seguimiento farmacoterapéutico.^{4,5} La actual revisión, así como las futuras, debería interpretarse como un sistema de afinar y mejorar este Método, además de incorporar los resultados de las investigaciones que se están haciendo en el campo del seguimiento farmacoterapéutico y, en general, en la práctica farmacéutica.

ANTECEDENTES

El Consenso sobre Atención Farmacéutica español⁶ en 2001 define el seguimiento farmacoterapéutico como "la práctica personalizada en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM), 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".

El Consenso Brasileño de Atención Farmacéutica⁷ de 2002 presenta una definición prácticamente idéntica: "Es un componente de la atención farmacéutica y configura un proceso en el cual el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del usuario relacionadas con el medicamento, mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM), de forma sistemática, continua y documentada, con el objetivo de alcanzar resultados definidos, buscando la mejora de la calidad de vida del usuario".

Aunque no existe un acuerdo en cual es el término inglés equivalente a seguimiento farmacoterapéutico hay dos conceptos que se parecen bastante. En 1990 Hepler y Strand⁸ definieron *Pharmaceutical Care* como "la provisión responsable de una farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. ... *Pharmaceutical Care* implica el proceso a través del cual un farmacéutico coopera con un paciente y otros profesionales mediante el diseño, ejecución y seguimiento de un plan terapéutico que producirá resultados específicos para el paciente. Esto a su vez supone tres funciones primordiales: 1) identificar PRM reales y potenciales, 2) resolver PRM reales y 3) prevenir PRM potenciales".

Y más recientemente, en 2004, en el Consenso de los Decisores de la Profesión Farmacéutica⁹ se afirmó que el "*Medication Therapy Management* incluye un amplio abanico de actividades y responsabilidades de los farmacéuticos en ejercicio u otros profesionales de la salud cualificados. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- a. Realizar u obtener las evaluaciones necesarias del estado de salud del paciente;
- b. Formular un plan de farmacoterapia;
- c. Seleccionar, iniciar, modificar, o administrar farmacoterapia;
- d. Seguir y evaluar la respuesta del paciente al tratamiento, incluyendo la seguridad y la efectividad;
- e. Realizar una revisión profunda de la medicación para identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con los medicamentos, incluyendo efectos adversos;
- f. Documentar la atención prestada y comunicar la información esencial a los otros profesionales de salud del paciente;
- g. Proporcionar educación oral y entrenamiento diseñado para aumentar el conocimiento del paciente y la idoneidad de uso de sus medicamentos;
- h. Proporcionar información, servicios de apoyo y recursos diseñados para aumentar el cumplimiento terapéutico del paciente;
- i. Coordinar e integrar los servicios de *medication therapy management* con la totalidad de los servicios de atención sanitaria del paciente".

Lo que queda claro en todas estas definiciones, es que existe una actividad universal que se centra en

identificar, prevenir y resolver los problemas relacionados con medicamentos (PRM). El problema queda relegado ahora a saber que son los problemas relacionados con medicamentos.

INTRODUCCIÓN

El Método Dáder es un procedimiento operativo para la prestación del seguimiento farmacoterapéutico en cualquier ámbito asistencial y sobre cualquier paciente. El objetivo que se busca con la aplicación de este procedimiento operativo es crear unos estándares de práctica que garanticen la eficiencia del servicio y, sobre todo, la seguridad del paciente.

Los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia son un problema de primera índole, que ha sido descrito como un problema de salud pública.¹⁰ Se ha medido que uno de cada tres pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, lo hacen por haber sufrido uno de esos resultados negativos de la farmacoterapia.¹¹ Cuando además, el 75% de ellos podrían haberse evitado,¹² tal vez con el ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico.¹³ Este problema no es exclusivo, como se había imaginado en un principio, de países ricos.¹⁴⁻¹⁸

Se ha escrito mucho sobre el concepto de problema relacionado con los medicamentos, y de todo ello se puede deducir que es un concepto polisémico, es decir, que diversos autores entienden bajo esa misma denominación varios conceptos diferentes. Unos entienden bajo esas siglas los elementos del proceso de uso de medicamentos que pueden llevar a la consecución de un resultado negativo,^{19,20} mientras que otros entienden los propios resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia.²¹ Esta fue la acepción que de los problemas relacionados con medicamentos adoptó el Consenso de Granada, que específicamente los definió en su segunda revisión²² como "son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados". En lenguaje científico, la polisemia es algo que debe evitarse, y parece aconsejable que se utilicen denominaciones más acordes con la terminología común de las ciencias de la salud: resultados clínicos negativos de la farmacoterapia.²³ Donde se entiende por resultado²⁴ el "cambio en el estado de salud consecuencia del servicio sanitario", y los resultados clínicos son uno de los tres tipos de resultados descritos en el modelo ECHO.²⁵

PROCEDIMIENTO OPERATIVO

Se describe a continuación un procedimiento operativo que se ha venido a denominar Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. Este procedimiento tiene una estructura bastante común con el resto de procesos asistenciales sanitarios. Primero se habrá de obtener la información sobre el estado de salud del paciente y los medicamentos que utiliza, a partir de lo cual se construirá un

documento, denominado estado de situación, que es lo que, tras añadir la información necesaria, se evaluará. El resultado de esa evaluación serán sospechas de situaciones anómalas sobre las que el profesional decidirá intervenir con los medios a su alcance, con la intención de obtener, como resultado de esa intervención, una mejoría en el estado de salud de ese paciente.

Inicio del servicio

El inicio del servicio, también llamada oferta del servicio, es una de esas actividades que está ampliamente influenciada por el entorno y la estructura en la que se esté prestando el seguimiento farmacoterapéutico. Más que pensar en los tipos de servicios o en los niveles asistenciales, la oferta del servicio se ve influenciada por quien es la persona que toma las decisiones de aceptación de un servicio sanitario para ese paciente. Aunque el principio de autonomía del paciente dice que es siempre el paciente el que toma la última decisión sobre la aceptación del tratamiento que va a recibir, la práctica asistencial dice que no es del todo así. En instituciones cerradas como residencias sociosanitarias,²⁶ o instituciones hospitalarias,²⁷ e incluso en clínicas de día, o consultas de atención primaria,²⁸ la decisión sobre la aceptación de un nuevo profesional en el equipo de atención no suele ser del paciente, sino del médico responsable. Esto hace que en este tipo de instituciones no sea frecuente la oferta del servicio al paciente, sino al profesional responsable de elegir la farmacoterapia.²⁹

En caso de ser realizada la oferta directamente al paciente, las técnicas de comunicación toman especial importancia. La figura paternalista, conocida como 'modelo médico' esta en desuso.³⁰ La asertividad y las expresiones positivas ayudan a captar el interés del paciente sin provocar los miedos, que de por sí tiene ante la farmacoterapia. Frases como "podemos ayudarle a mejorar los resultados de los medicamentos", o "vamos a intentar que tu [problema de salud] vaya mejor" son buenas para iniciar el deseo de ser atendido en este servicio.

Cuando la oferta se realice al médico, el lenguaje propio de comunicación interprofesional puede ser el más adecuado, así como los soportes propios de este: hojas interconsulta. En los servicios donde ya esté implantado el seguimiento farmacoterapéutico, no será necesario ofertarlo para cada nuevo paciente; simplemente la comunicación de los hechos encontrados o de la intervención (véase más adelante) puede ser la forma de comunicación.

Una de las dudas habituales al iniciarse en la provisión del seguimiento farmacoterapéutico es la selección de los pacientes por los que empezar. Sobre este punto, y especialmente para las farmacias comunitarias, hay quienes opinan que es mejor comenzar con los pacientes que presentan una queja o preocupación, dado que este sería el mejor método para captar su atención. Otros opinan que es bueno comenzar con pacientes que ya

están siendo atendidos en algún otro servicio, como el consejo dietético o el control de algún parámetro como presión arterial o glucemia.³¹ Por último, no es desafortunado elegir a los pacientes que utilizan algún medicamento de estrecho margen terapéutico o alguno que se presente en una forma farmacéutica con problemas de utilización. En las instituciones hospitalarias, que presentan más de un servicio médico quirúrgico, parece que la costumbre que mejor ha funcionado es seleccionar uno de ellos que inicialmente acepte la colaboración.^{27,32}

Información sobre el paciente

En ocasiones se piensa que la única forma de obtener información del paciente es mediante una entrevista, de ahí que esta parte del procedimiento operativo suele denominarse entrevista.³³ Los avances en el registro de datos y en la definición de procesos operativos en otras actividades cercanas al seguimiento farmacoterapéutico, como la dispensación, hacen que tanto en las farmacias comunitarias, como en los servicios de farmacia hospitalarios o en las residencias sociosanitarias se disponga de historiales farmacoterapéuticos del paciente. De nuevo, las diferencias en el procedimiento no dependen tanto del ámbito asistencia, como de la estructura de la farmacia o servicio en el que se presta.

En todo caso, y sea cual fuere el ámbito asistencial, la entrevista al paciente puede aportar información que no existe en ningún historial farmacoterapéutico. Por ejemplo, las preocupaciones del paciente condicionan el grado de sacrificio que éste está dispuesto a aceptar en las intervenciones que se recomiendan. Si el farmacéutico no ha realizado la entrevista, difícilmente podrá conocer ese grado de reocupación de cada problema de salud. Asimismo, el incumplimiento voluntario es prácticamente imposible de detectar a la vista de un historial farmacoterapéutico. Ni siquiera existe la seguridad de que un paciente toma la medicación que se le proporciona en las instituciones cerradas, salvo que exista un verdadero tratamiento observado directamente.

Si se realiza entrevista al paciente, es útil configurarla en las tres etapas que aparecieron en la documentación original del Programa Dáder: pregunta abierta sobre los problemas que presenta el paciente, preguntas cerradas sobre los medicamentos que usa el paciente, repaso general.

- La pregunta abierta, pretende averiguar las principales preocupaciones del paciente sobre su salud. Desde ¿cómo está su salud?, hasta ¿qué cosas le preocupan más de su salud?, el farmacéutico debe elegir una pregunta con la que se encuentre cómodo ante un paciente. Esta pregunta debería provocarse una respuesta abierta del paciente, en la que narre cuáles son los problemas que sufre y que le parecen más importantes. Durante la respuesta del paciente, el farmacéutico debe recordar que es una pregunta abierta, y que no debe interrumpir al paciente.

Una interrupción puede hacer que se olvide de los siguientes problemas que iba a narrar, o puede que cambie la aparente carga de importancia en un determinado problema. La deseabilidad social y el miedo al ridículo, son aspectos que el farmacéutico debe romper con una postura asertiva.

- Las diez preguntas que aparecen en la documentación original del Programa Dáder son la base que debe averiguarse en cada medicamento utilizado por el paciente. No quiere esto decir que haya que realizar esas diez preguntas de modo secuencial y para cada uno de los medicamentos. El objetivo de esas preguntas es llegar a obtener la información suficiente para poder determinar si el paciente conoce la forma de uso de ese medicamento, y saber si está cumpliendo con esa forma de uso o está dispuesto a cumplir. Para esta fase del procedimiento, es útil apoyarse de los medicamentos que toma el paciente, lo que puede conseguirse con la bolsa de medicamentos que puede traer el paciente de su casa, o apoyándose en el historial farmacoterapéutico que está registrado informáticamente. En este último caso, ha demostrado ser muy útil, que el farmacéutico coja los medicamentos y se los presente al paciente, ya que no siempre conocen por los nombres cada una de las "cajitas" que toman, aunque si reconocen las cajitas.
- En la revisión general hay dos objetivos: por un lado es la ocasión de obtener más información de los problemas de salud de los que el paciente no se explayó en la pregunta abierta, porque no los considera importantes para él; pero también debe establecerse como objetivo el descubrir algún problema de salud o algún medicamento que no habían aparecido en las dos fases anteriores. Cualquier forma con la que el farmacéutico se encuentre cómodo y ayude a obtener esa información será válida. La documentación original del Programa Dáder recomendaba, porque se ha comprobado que es útil, seguir una secuencia de preguntas por grandes aparatos u órganos del cuerpo humano en sentido descendente: "¿Toma algo para los dolores de cabeza?", "¿tiene problemas de visión, de audición, mareos?", "¿toma algo para el catarro, alergias, tos?", "me dijo que tenía dolores de espalda, son muy frecuentes?, y cuántos comprimidos toma cada día que le duele?", y así sucesivamente descendiendo imaginariamente por el cuerpo humano y los problemas más comunes, pero haciendo especial hincapié en los que tengan relación con la medicación que hemos averiguado que toma el paciente.

Estado de situación

Con la información obtenida del paciente, o del historial farmacoterapéutico o de la historia clínica, o mejor del conjunto de todas ellas, se debería poder configurar el estado de situación. Esta parte del procedimiento operativo, junto con su evaluación, configuran el verdadero núcleo del

Método Dáder. Si se cumplimenta correctamente un estado de situación, la evaluación no presentará problemas, llegándose fácilmente a identificar todos los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia que sufre, o está en riesgo de sufrir, ese paciente. Ahora bien, cuando un estado de situación está mal cumplimentado, lo más probable es que falle todo el Método.

El estado de situación fue diseñado tras el ejercicio de farmacéuticos practicando el seguimiento farmacoterapéutico,³³ y recientemente se ha modificado para hacerlo más eficaz.³⁴ El elemento clave de este modelo de estado de situación consiste en el emparejamiento de los problemas de salud con la medicación utilizada para su tratamiento. El criterio de emparejamiento es: el objetivo terapéutico del cada tratamiento es el alivio, curación o mejora de cada problema de salud colocado a su izquierda. Esto hace que, como se verá más adelante, para poder evaluar correctamente la efectividad de algunos tratamientos, sea necesario separar en sendas líneas del estado de situación en función de cada uno de los objetivos terapéuticos. Por ejemplo en los pacientes con asma persistente, el tratamiento de mantenimiento (corticoides y beta agonistas de acción larga) tiene un objetivo terapéutico claramente diferente al tratamiento de rescate (beta agonistas de acción corta), lo que nos lleva a colocarlos en dos líneas diferentes del estado de situación; este será el único modo en que se podrá evaluar la efectividad de cada uno de ellos en su objetivo terapéutico.

La reciente modificación del modelo de estado de situación consistió en disponer de dos columnas diferentes para la pauta: una para la pauta prescrita, y otra para la pauta realmente utilizada por el paciente. El estado de situación, originalmente, solo indicaba si el paciente conocía la forma de uso de la medicación y si el paciente cumplía con esa forma. La respuesta era un simple sí o no a cada una de las preguntas, careciéndose del resto de la información. Por otro lado, en esa casilla se debería indicar, no sólo la pauta (prescrita o real), sino también las condiciones especiales de administración, tanto las necesarias (en la de pauta prescrita) como las que realmente hace el paciente (en la de pauta administrada). Esto sirve de control de los elementos que deberían haberse realizado en el proceso de dispensación.³⁶

Información sobre medicamentos y problemas de salud

La existencia de miles de principios activos, con varios efectos adversos cada uno, y utilizados para un número ingente de indicaciones, hace que sea necesaria un repaso de los conocimientos antes de cada evaluación. En esta recopilación y actualización de la información, es necesario aproximarse tanto a los medicamentos y sus efectos, como al problema de salud y sus signos y síntomas.

En ocasiones, tras esta recopilación de información adicional, puede modificarse el estado de situación.

Por ejemplo, al descubrir en el estudio que uno de los problemas de salud añadidos al final es una manifestación del descontrol de uno de los existentes, lo que nos llevaría a colocarlos en la misma línea que. O al comprobar que un tratamiento que se administra conjuntamente, no tiene acción sinérgica, sino que tiene varios objetivos terapéuticos contra problemas que aparecen conjuntamente en una situación patológica (p.e. el síndrome catarro-gripal y el tratamiento con antihistamínicos, vasoconstrictores y analgésicos), lo que nos llevaría a colocarlos en líneas independientes emparejando los medicamentos por objetivo terapéutico.

Cuando el farmacéutico indaga sobre los problemas de salud, no lo debe hacer para verificar el diagnóstico. El conocimiento de los signos y síntomas, y en especial de las manifestaciones clínicas de cada enfermedad, tienen por objetivo llegar a evaluar el grado de control o descontrol de ese problema de salud, es decir la efectividad que ha llegado a alcanzar su tratamiento. Por tanto, parámetros de normalidad, y signos y síntomas de descontrol son los elementos claves a conocer ante cada problema de salud que exista en un estado de situación.

En cuanto a los medicamentos, deberá revisarse el margen de dosis normalmente utilizado y los elementos básicos de su farmacocinética que permitan conocer la situación en que se encuentra ese paciente en cuanto al margen terapéutico del medicamento. Asimismo, es necesario conocer los objetivos terapéuticos esperados tras su utilización, que deben coincidir con los parámetros de control y descontrol que se han revisado en la parte de los problemas de salud. Por último es necesario conocer los problemas de inseguridad que pueden aparecer con el uso de ese medicamento y, muy importante, la forma de su manifestación clínica en el paciente.

En ambos casos, medicamentos y problemas de salud, la información que debe manejarse debe ser muy aplicable, es decir que permita reconocer o sospechar en el paciente una de las situaciones que se describen en la literatura. De nada sirven en seguimiento farmacoterapéutico generar un exceso de alertas sin que exista una base fundada de sospecha. Hay quien expresa la idea del seguimiento farmacoterapéutico bajo la frase: "buscar soluciones posibles a problemas reales".

Los centros de información de medicamentos pueden ser buenos elementos de ayuda en estos casos. Cada vez hay trabajando en ellos más farmacéuticos con formación en el área del seguimiento farmacoterapéutico, lo que incrementará la aplicabilidad de la información que proporcionan.³⁷

Evaluación

Junto con la creación del estado de situación (ver anexo), conforma el núcleo del Método Dáder. Pero como se decía anteriormente, si se ha creado correctamente el estado de situación, y se ha recogido toda la información posible, la evaluación

no debería presentar problema. Simplemente habrá que seguir el algoritmo,³⁸ considerando las siguientes definiciones:

- Se considera que un tratamiento (conjunto de medicamentos para un problema de salud) es necesario si ha sido prescrito conscientemente para un problema de salud que presenta el paciente.
- Se considera que un tratamiento (conjunto de medicamentos para un problema de salud) está siendo efectivo, si controla suficientemente el problema de salud para el que fue prescrito.
- Se considera que un medicamento está siendo seguro si no provoca o descontrola un problema de salud en el paciente.

Para discernir la cuantitividad o no de los resultados negativos de ineffectividad y de inseguridad, el criterio que debe seguirse, teniendo en consideración los límites del margen terapéutico adaptado al ese paciente,³⁹ es:

- Para la ineffectividad: es escasa la cantidad de medicamento que esta actuando en el paciente?. En caso afirmativo, la ineffectividad será dependiente de la cantidad, y por tanto cuantitativa.
- Para la inseguridad: es excesiva la cantidad de medicamento que esta actuando en el paciente?. En caso afirmativo, la inseguridad será dependiente de la cantidad, y por tanto cuantitativa.

El resultado de esta fase del procedimiento debería ser una serie de sospechas de resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia, sobre los que se podría actuar mediante sendas intervenciones.

Intervención

La intervención⁴⁰ es la "acción, que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa, o de las condiciones que lo envuelven".

En esta fase del procedimiento, no sería lógico pensar en actuar siempre sobre todos resultados negativos asociados a la farmacoterapia identificados. Lo ideal es crear un plan de actuación que debería extenderse en el tiempo hasta que se realice la evaluación del próximo estado de situación del paciente. Existen criterios útiles en la priorización de las intervenciones, cuando no se desee intervenir en todas:

1. Los que supongan riesgo serio para el paciente.
2. De entre los problemas que le preocupan al paciente, y que también preocupen al farmacéutico, alguno de los que sea factible resolver a corto plazo.
3. El resto.

El destinatario de la intervención deberá ser la persona que pueda tomar la decisión para modificar el proceso de uso de medicamentos. Esto quiere decir que en ocasiones será el paciente, ya que lo que se trata de modificar es su uso y ajustarlo a la

forma en que debería ser utilizado, bien siguiendo las instrucciones que le dio el médico, o bien siguiendo las normas de correcta administración. En otras ocasiones el destinatario de la intervención será el médico, porque se considera que es necesario modificar alguno de los aspectos de la farmacoterapia cuya instauración está bajo su responsabilidad (medicamento, dosis, forma farmacéutica, etc.)

Surge aquí otro punto que puede tratarse de modo distinto en los diferentes entornos: la forma de comunicación con el médico. Como, por desgracia, en muchas ocasiones las farmacias comunitarias no son consideradas parte del sistema de salud, la comunicación de datos relativos a salud sin autorización expresa del paciente vulneraría la legislación sobre protección de datos. Esto no ocurre en instituciones cerradas, donde no se considera transmisión de datos. Es de esperar que las nuevas tecnologías, como la receta electrónica o las historias clínicas informatizadas con posible acceso telemático, permitan que se elimine esta diferencia.

La otra elección que deberá hacerse es el medio por el que se comunicará la intervención a su destinatario. Tanto sea a paciente como a médico, por muchos debería utilizarse la forma escrita, pero fundamentalmente porque da lugar a una comunicación más precisa con constancia de lo comunicado. Para comunicar a médico, se han diseñado algunos informes específicos para el seguimiento farmacoterapéutico.⁴¹ Pueden utilizarse estos formatos modelo-carta, o bien hojas estructuradas de interconsulta.²⁸ Lo importante es que la comunicación deberá dejar claro cual es el paciente y el problema encontrado, y cual es el juicio clínico del farmacéutico, si ello ayuda a la comprensión o solución del problema.

El formulario de intervención original del Programa Dáder (ver anexo) se compone de tres partes: al principio una descripción del resultado negativo asociado a la farmacoterapia identificado. Una segunda en la que se describe cual es la actuación deseada y como se va a realizar. Y una tercera en que se recoge el resultado de la intervención.

Recientes investigaciones han demostrado que el abanico de acciones posibles no es ilimitado, y por tanto es un campo que puede cerrarse en nueve tipos, lo que simplifica el modelo original.⁴⁰

El objetivo del seguimiento farmacoterapéutico es mejorar la salud de los pacientes, es decir, mejorar el resultado del uso de medicamentos. Un error común entre los iniciantes es considerar que al descubrir los resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia, se ha hecho suficiente. Más adelante suele pensarse que al realizar una intervención tras haber identificado estos resultados clínicos negativos, ya se ha justificado el trabajo del farmacéutico. Nada de esto es aceptable en un profesional de la salud que, como su nombre indica, debe procurar la salud de los pacientes. Por tanto, el objetivo del seguimiento no puede ser la identificación de resultados negativos de la farmacoterapia, ni la intervención en

ese caso, sino la resolución de ese resultado clínico negativo. Por tanto, en la parte del modelo relativa al resultado de la intervención habrá que diferenciar el resultado del proceso de seguimiento (que ocurrió con la intervención y el resultado en salud del paciente (que ocurrió con el problema de salud).

Pero no debe olvidarse que el resultado último de una intervención es un nuevo estado de situación. Este es el cierre del círculo permanente que consiste el procedimiento del seguimiento farmacoterapéutico. Estado de situación en el que habrá que revisar los conocimientos sobre problemas de salud y medicamentos, que después se evaluará, con lo que aparecerán nuevas sospechas de resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia sobre las que se debería intervenir. Y así sucesivamente. La frecuencia con la que se repite este círculo dependerá de muchas situaciones, pero fundamentalmente de la gravedad de la situación del paciente o de la frecuencia con la que se esperan cambios en el estado de salud del paciente. Esto hace que en pacientes hospitalizados en estados agudos, el ciclo se puede cerrar varias veces al día, mientras que en pacientes ambulatorios estables puede ser de varios meses. Pero de nuevo, no es el nivel asistencial quien marca la diferencia, sino la

situación del paciente (p.e. la repetición deberá ser casi diaria en pacientes ambulatorios en instauración de una insulina).

EPÍLOGO

Como se decía al principio, esta revisión se ha podido hacer gracias tanto a las aportaciones que han hecho los farmacéuticos que han utilizado el Método Dáder, como a las investigaciones sobre las intervenciones enviadas al Programa Dáder. Queda de manifiesto la importancia del envío de estas intervenciones, que además de servir como programa de formación continuada, han servido para evaluar los errores o imperfecciones del Método en sí.

Dicho esto, por parte del Grupo de Investigación sobre Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, no queda sino rogar a todos los interesados en el seguimiento farmacoterapéutico, que participen en el Programa Dáder y que envíen sus comentarios sobre la utilización del Método Dáder en todos los niveles asistenciales y desde cualquier país. El objetivo final de las revisiones del Método no será otro que el paciente y su salud.

Referencias

- 1 Faus MJ, Martínez F, Ferandez-Llimos F. Programa Dáder de implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Granada: GIAF-UGR; 2000.
- 2 Machuca M, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder. Granada: GIAF-UGR; 2003. (disponible en URL: <http://www.giaf-ugr.org/docu/docu-giaf.htm>)
- 3 Martínez F, Fernández-Llimós, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharm* 2001; 42(1): 53-65. (disponible en <http://pharmacia.ugr.es/ars/>)
- 4 Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharm* 2003; 44(3): 225-237. (disponible en <http://pharmacia.ugr.es/ars/>)
- 5 Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 189-194. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 6 Grupo de expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharm* 2001; 42(3-4): 221-41. (disponible en <http://pharmacia.ugr.es/ars/>)
- 7 Ivama AI, Noblat L, Castro MS, Oliveira N, Marin N, Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Trilhando caminhos. Brasília: OPAS; 2002.
- 8 Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 1990; 47: 533-43..
- 9 Pharmacy Profession Stakeholders Consensus Document, July 7, 2004. Medication Therapy Management Services - Definition and Program Criteria. URL: <http://www.accp.com/report/rpt0804/art06.php> (accedido en agosto 2005).
- 10 Fernández-Llimós F, Faus MJ. Importance of medicine-related problems as risk factors. *Lancet* 2003; 362: 1239.
- 11 Baena MI, Faus MJ, Marin R, Zarzuelo A, Jimenez J, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(7): 250-5.
- 12 Baena MI, Marín R, Martínez Olmos J, Fajardo P, Vargas J, Faus MJ. Nuevos criterios para determinar la evitabilidad de los problemas relacionados con los medicamentos. Una revisión actualizada a partir de la experiencia con 2.558 personas. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 393-396.
- 13 Martínez Olmos J, Baena MI. La Atención Farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad y basada en la evidencia científica. *Ars Pharm* 2001; 42: 39-52. (disponible en <http://pharmacia.ugr.es/ars/>)
- 14 Armando P, Semería N, Tenllado MI, Solá N. Programa Dáder en Argentina: Resultados del primer trimestre de actividades. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 196-203.
- 15 Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el conjunto de Colombia. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2003; 1(3): 99-104. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 16 Salcedo J, Agudelo N, Baena MI. Seguimiento farmacoterapéutico durante la hospitalización a pacientes transplantados en la fundación clínica Valle del Lili (Cali – Colombia). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(1): 12-8. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 17 Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria*. 2005; 36(3): 129-34.

- 18 Martin Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985.
- 19 Westerlund LO, Almarsdottir AB, Melander A. Drug-related problems and pharmacy interventions in community pharmacy. *Int J Pharm Pract* 1999; 7: 40-50.
- 20 van Mil JW, Westerlund LO, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 859-67.
- 21 Fernandez-Llimos F, Tuneu L, Baena MI, Garcia-Delgado A, Faus MJ. Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. *Curr Pharm Des* 2004; 10: 3947-67.
- 22 Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-84. (disponible en <http://farmacia.ugr.es/ars/>)
- 23 Fernandez-Llimos F, Faus MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". *Am J Health-Syst Pharm* 2005; 66(22): 2348-50.
- 24 Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978; 200: 856-64.
- 25 Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther* 1993; 15: 1121-32.
- 26 Llamas MD. Indicadores para la detección de problemas relacionados con medicamentos en ancianos institucionalizados [tesis doctoral]. Universidad de Granada, 2004.
- 27 Silva-Castro MM, Calleja MA, Tuneu L, Fuentes Caparros B, Gutierrez Sainz J, Faus MJ. Seguimiento del tratamiento farmacológico en pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía. *Farm Hosp* 2004; 28: 154-69.
- 28 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 (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 29 Silva-Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del Método Dáder. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2003; 1(2): 73-81. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 30 Rantucci MJ. Guía de consejo del farmacéutico al paciente. Barcelona: Masson; 1997.
- 31 Suarez de Venegas C, De Mguel E. Como ofertar el seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria. Abstract AF-10. XIII Congreso Nacional Farmacéutico. Granada, 15 a 18 de octubre de 2002. Madrid: CGCOF; 2002. p.250.
- 32 Campos Vieira N, Bicas Rocha K, Calleja MA, Faus MJ. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. *Farm Hosp* 2004; 28: 251-7.
- 33 Caelles N, Ibañez J, Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002; 4(1): 55-59.
- 34 Aguas Y, de Miguel E, Suarez de Venegas C. Modelo para la presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 60-3
- 35 Correr CJ, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernandez-Llimos F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 103-11. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 36 Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia* 2004; 1(3): 9-26.
- 37 Amaral J, Valente M, Santos HJ, Iglésias P, Aguas Y, Fernandez-Llimós F. Evaluación de la respuesta de los Centros de Información de Medicamentos de Portugal ante un caso clínico de Seguimiento Farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 137-52. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 38 Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 195-205. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 39 Cipolle RJ. Drugs don't have doses--people have doses! A clinical educator's philosophy. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20(11): 881-2.
- 40 Sabater D, Fernandez-Llimos F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-7. (disponible en <http://www.cipf-es.org/esp/sft.htm>)
- 41 Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 358-63.

Fecha
 ___/___/___

Estado de situación

Paciente

/
 /

SEXO: _____ **EDAD:** _____ **IMC:** _____ **Alergias:** _____

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				I.F
Inicio	Problemas de Salud	Contro- lado	Preo- cupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	Sospecha	(fecha)

<u>OBSERVACIONES:</u>	PARÁMETROS

