

## ■ ORIGINALES

# Implementación de procedimientos de indicación y dispensación en farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra tras una acción formativa. Técnica del paciente simulado

*Implementation procedures of indication and dispensation in community pharmacies in the province of Pontevedra, after a training action: technique of the simulated patient*

D. González Añón<sup>1,4</sup>, A. Acuña Ferradanes<sup>2,4</sup>, A. Castillo Páramo<sup>1,4</sup>, J.A. Fornos Pérez<sup>3,4</sup>, J.C. Andrés Iglesias<sup>1,4</sup>, N.F. Andrés Rodríguez<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Farmacéutico comunitario en Vigo.

<sup>2</sup>Farmacéutico comunitario en Bueu.

<sup>3</sup>Farmacéutico comunitario en Cangas do Morrazo.

<sup>4</sup>Grupo Berbé de Investigación y Docencia en Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra.

Este estudio formó parte del trabajo de investigación realizado por Diego González Añón para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados en la Universidad de Vigo. Fue presentado como póster en el III Congreso de Farmacéuticos Comunitarios de la SEFAC, celebrado en Madrid en octubre de 2008.

**ABREVIATURAS:**

AF: atención farmacéutica; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IC: intervalo de confianza.

**RESUMEN**

**Introducción:** Por parte de diversas instituciones se está haciendo un gran esfuerzo en la difusión de los procedimientos de atención farmacéutica (AF). Con el presente trabajo se pretende comprobar los resultados de una acción formativa orientada a la AF en dolor osteomuscular y valorar mediante la técnica del paciente simulado el grado de incorporación de los protocolos de dispensación e indicación a la práctica profesional de la farmacia comunitaria.

**Método:** Estudio prospectivo longitudinal controlado llevado a cabo en farmacias de la provincia de Pontevedra (España). Se constituyó un grupo de intervención con las farmacias en las

que al menos un farmacéutico asistió al curso de apoyo a la acción del Plan Estratégico para la Implantación de la Atención Farmacéutica. El grupo control lo formaron farmacias próximas a las anteriores y en las que ningún farmacéutico asistió al curso. Todas las farmacias fueron visitadas antes y después del curso por pacientes simulados que escenificaban una consulta de indicación y solicitaban una dispensación.

**Resultados:** La media de preguntas que realizan los farmacéuticos al aplicar el protocolo de indicación aumenta de forma estadísticamente significativa:  $2,03 \pm 0,93$  frente a  $2,77 \pm 1,3$  ( $p=0,0286$ ). Aumentan asimismo los farmacéuticos que proponen tratamiento oral y consejos no farmacológicos. La media de preguntas que realizan los farmacéuticos al aplicar el protocolo de dispensación aumenta pero no de forma estadísticamente significativa:  $0,17 \pm 0,65$  frente a  $0,87 \pm 1,83$  ( $p=0,1067$ ). Al final no hay diferencias significativas entre los grupos en relación con

**Fecha de recepción:** 22/11/2010. **Fecha de aceptación:** 01/04/2011.

**Correspondencia:** Diego González Añón

**Correo electrónico:** diegogonzanon@hotmail.com

D. González Añón, A. Acuña Ferradanes, A. Castillo Páramo, J.A. Fornos Pérez, J.C. Andrés Iglesias, N.F. Andrés Rodríguez

el número de preguntas que los farmacéuticos realizan en los procedimientos de indicación y dispensación.

**Conclusiones:** La acción formativa mejora ligeramente el grado de implantación de los protocolos de dispensación e indicación en las farmacias participantes, pese a lo cual todavía es bajo.

**Palabras clave:** Indicación, dispensación, formación, paciente simulado.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Different institutions are doing a great effort in spreading the procedures of pharmaceutical dispensation (PD). With the present work it is pretended to proof the results of a formative oriented action of the PD in musculoskeletal pain and value through a technique of the simulated patient the great of incorporation of the protocols of dispensation and indication to the professional practice of the community pharmacy.

**Method:** Prospective longitudinal controlled study which took place in pharmacies of the province of Pontevedra, Spain. It was done by an intervention group with the pharmacies in which at least one pharmacist attended the course of action of the Strategic Plan for the Implantation of the Pharmaceutical Dispensation. The control group was formed by pharmacies close to the ones before mentioned of which none of the pharmacists assisted to the course. All the pharmacies were visited before and after the course by simulated patients whom play acted as in an indication consultation and asked for dispensation of a medication.

**Results:** The mean of the questions that the pharmacists do when applying the indication protocol increases in a statistically significant way:  $2.03 \pm 0.93$  vs.  $2.77 \pm 1.3$  ( $p=0.0286$ ). The amount of pharmacists whom propose oral treatment and none pharmacologic counseling increase. The mean of questions that are done by the pharmacists when applying the dispensation protocol increase in a non statistically significant way:  $0.17 \pm 0.65$  vs.  $0.87 \pm 1.83$  ( $p=0.1067$ ). There are no significant differences between the groups at the end, the number of questions which the pharmaceuticals do in the procedures of indication or dispensation.

**Conclusions:** The educational action improves lightly the grade of implantation in the protocols of dispensation and indication of the pharmacies that participated, in spite it still continues being low.

**Keywords:** Indication, dispensation, training, simulation patient.

## **Introducción**

La legislación vigente garantiza a los usuarios la accesibilidad equitativa a medicamentos de calidad<sup>1</sup>. Sin embargo, no siempre que se utiliza un medicamento se obtiene un resultado óptimo, bien sea porque aparecen efectos adversos o porque no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados. Estos fallos de la farmacoterapia constituyen un auténtico problema de salud pública, que a veces ocasiona pérdidas de vidas humanas, daños en la salud, y recursos económicos y sanitarios desperdiciados<sup>2-5</sup>. De ahí que la optimización de la farmacoterapia se convierta en una necesidad para la sociedad y un deber para el profesional del medicamento, el farmacéutico.

La herramienta adecuada para conseguirlo es el conjunto de servicios cognitivos que denominamos atención farmacéutica. Su objetivo principal es identificar, prevenir y resolver todas las desviaciones que provocan que no se alcance el objetivo terapéutico, evaluando los problemas de salud de los pacientes desde la perspectiva de la necesidad, efectividad y seguridad de sus medicamentos<sup>6</sup>. Se facilita, por lo tanto, el logro de los resultados esperados de la farmacoterapia y se minimiza la aparición de los no deseados, lo que se ve reflejado en un impacto positivo en el sistema de salud<sup>7</sup>.

La corporación farmacéutica impulsa desde hace varios años un plan estratégico, un conjunto de acciones encaminadas a facilitar la difusión e implantación de la atención farmacéutica. Reconocido como actividad de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad, es una apuesta profesional del Consejo General, los Consejos Autonómicos y los Colegios, con el fin de mostrar a la sociedad el compromiso que ha adquirido el farmacéutico como agente sanitario implicado en el equipo multidisciplinario de salud<sup>8</sup>.

El principio general del plan es universalizar la práctica de la atención farmacéutica promoviendo la actitud individual, acogiendo a los farmacéuticos que valoren la utilidad profesional y asistencial de este proceso, e integrando las diferentes iniciativas o metodologías que sean consideradas esenciales para una participación mayoritaria del colectivo profesional<sup>9</sup>. Pero ¿se está consiguiendo lo que se pretende?

## Objetivos

- Evaluar los resultados de un programa formativo de implementación de un procedimiento de atención farmacéutica en dolor osteomuscular en farmacias comunitarias de Pontevedra.
- Determinar el cumplimiento de los protocolos de dispensación e indicación en dolor osteomuscular.
- Valorar la utilidad de la técnica del paciente simulado para detectar la incorporación de procedimientos de atención farmacéutica en la práctica profesional de la farmacia comunitaria.

## Método

**Diseño.** Estudio prospectivo longitudinal controlado de intervención educativa, llevado a cabo entre los meses de febrero y junio de 2008.

**Ámbito del estudio.** Se realizó en farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra, Galicia (España).

**Sujetos.** Farmacéuticos comunitarios que participaron en un curso presencial de formación continuada de atención farmacéutica a pacientes con dolor osteomuscular. La intervención formativa consistió en un curso de apoyo a la acción de atención farmacéutica en dolor osteomuscular incluida en el Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) sobre farmacología del dolor osteomuscular.

**Grupo de intervención.** Farmacias comunitarias en las que al menos un farmacéutico estuviese inscrito en la acción del Consejo y participase en el curso de apoyo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra. Estuvo constituido por 30 oficinas de farmacia, excluyéndose, de las 43 posibles, 3 por formar sus farmacéuticos parte del equipo investigador y otras 10 por razones geográficas.

**Grupo control.** Farmacias próximas a las del grupo de intervención y en las que no hubiese ningún farmacéutico inscrito en la acción formativa y que participase en el curso de apoyo. Estuvo formado también por 30 oficinas de farmacia (figura 1).

## Metodología para la evaluación de los resultados

**Técnica del paciente simulado.** Se trata de una técnica de investigación experimental orientada al estudio de

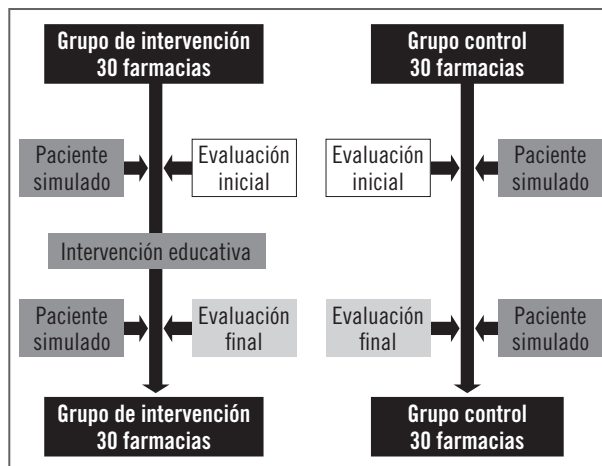


Figura 1. Esquema del estudio

la calidad prestada en el ámbito sanitario. Consiste en la simulación, por parte de una o varias personas entrenadas, de un guión previamente establecido con el fin de evaluar *in vivo* la calidad prestada por un determinado servicio sanitario en un aspecto concreto<sup>10-18</sup>.

Las farmacias comunitarias participantes en el estudio se visitaron con esta técnica en la semana anterior al curso y durante el mes siguiente a su finalización, con el fin de recopilar datos para su registro y posterior análisis estadístico. En ningún caso las farmacias visitadas sabían que eran objeto de estudio, aunque previamente a la realización de éste se informó en una circular del Colegio Oficial de Farmacéuticos sobre la realización de estudios científicos con dicha técnica en la provincia de Pontevedra, sin precisar la temática estudiada ni la localización espacio-temporal en la que podrían llevarse a cabo.

Se reclutaron tres voluntarios (una mujer y dos hombres) para interpretar el papel de pacientes simulados: una farmacéutica de 30 años (A), un varón de 30 años ajeno al sector farmacéutico pero con formación científica (B) y un varón de 25 años estudiante de farmacia en prácticas (C). Todos ellos recibieron un intenso entrenamiento en las dos situaciones a escenificar y en la cumplimentación de los cuestionarios utilizados para el registro de datos.

El perfil general del paciente simulado escenificado en todas las visitas fue el de un adulto con dolor muscular en la pierna derecha de 2 días de duración aparecido tras practicar deporte, sin hábito de realizar ejercicios de calentamiento ni estiramientos durante sus prácticas

D. González Añón, A. Acuña Ferradanes, A. Castillo Páramo, J.A. Fornos Pérez, J.C. Andrés Iglesias, N.F. Andrés Rodríguez

**Tabla 1.** Esquema de las visitas de los pacientes simulados

	Preintervención		Postintervención	
	Dispensación	Indicación	Dispensación	Indicación
Grupo control	A	C	B	A
Grupo de intervención	B	A	C	B

A: paciente simulado A; B: paciente simulado B; C: paciente simulado C.

deportivas, desconocedor de la medicación prescrita o dispensada, consumidor de ibuprofeno 600 mg para los dolores de cabeza, con antecedentes de úlcera gástrica tratada con omeprazol 20 mg, sin ninguna otra patología, sin ninguna situación especial ni medicación alguna.

Siguiendo la metodología hallada en las publicaciones especializadas<sup>12,15,17</sup>, se diseñaron dos situaciones para este paciente simulado: una orientada a la dispensación de un antiinflamatorio y otra ideada para una indicación farmacéutica en dolor osteomuscular. Cada una de estas situaciones se escenificó dos veces, una preintervención y otra postintervención, en cada farmacia del estudio. En el caso de la dispensación, el paciente se presentaba en las farmacias con una receta médica privada en la que se prescribía «diclofenaco Sandoz 50 mg comprimidos». La actitud debía ser pasiva, ya que no debía ofrecer por iniciativa propia ningún dato al personal de la farmacia que realizase la dispensación y, en caso de ser interrogado, debía responder de acuerdo con las características del paciente simulado descritas anteriormente. Para la indicación, se presentaba solicitando consejo para un dolor muscular en la pierna derecha, sin ofrecer más información, y en caso de ser preguntado, debía responder conforme a las características ya descritas<sup>18</sup>.

Las visitas se llevaron a cabo de manera que, en una sola mañana (4 horas), todas las farmacias de un mismo grupo, ya fuesen control o de intervención, fueron visitadas por el mismo paciente con el mismo escenario. Se necesitaron un total de 240 visitas a lo largo de 6 mañanas, en las cuales nunca un paciente simulado visitó dos veces la misma farmacia con el mismo escenario. El día de la semana seleccionado para llevar a cabo estas visitas fue el sábado, debido a los compromisos laborales de los voluntarios y del investiga-

dor principal del estudio. Asimismo, aunque no existe evidencia acerca del número de veces que un paciente simulado puede escenificar su rol sin agotarse<sup>14</sup> (*actor fatigue*), el estudio se diseñó de manera que cada paciente escenificó como máximo 60 veces una misma situación, 30 veces cada uno a lo largo de 2 mañanas separadas entre sí alrededor de 3 meses (tabla 1).

Los pacientes simulados, debido a la falta de financiación, no recibieron gratificación económica por su participación en este estudio.

### Variables

La variable principal (el grado de implementación de procedimientos de dispensación e indicación) se evaluó mediante la realización de una encuesta de cumplimiento de dichos protocolos tras la visita del paciente simulado (figura 2). El registro de resultados se efectuó inmediatamente tras cada visita y de camino a la siguiente, con el fin de minimizar posibles pérdidas de información<sup>16</sup>.

### Análisis estadístico

Se utilizó el programa G-Stat®. Los datos cualitativos se expresaron como porcentajes y los cuantitativos como media  $\pm$  desviación estándar. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon del 95% utilizando los test de la ji al cuadrado para variables cualitativas y, en el caso de muestras pequeñas, la técnica de Fisher. Se empleó la t de Student para variables cuantitativas cuando las distribuciones eran normales (test de Kolmogorov con las correcciones de Lilliefors) y la prueba de Mann-Whitney (Wilcoxon) para variables sin distribución normal. Las correlaciones se determinaron mediante la r de Pearson o la rho de Spearman según fueran o no variables paramétricas. La significación estadística se fijó en  $p < 0,05$ .

Cumplimiento del protocolo de dispensación												
Farmacia n.º	1	2	3	4	5	...	25	26	27	28	29	30
<b>Necesidad</b>	¿Para <b>quién</b> es?											
	¿Situaciones especiales?											
	¿Es la <b>primera</b> vez?											
<b>Efectividad</b>	¿Sabe <b>para qué</b> es?											
	¿Sabe <b>cómo</b> tomarlo?											
	¿Le han <b>cambiado</b> la dosis?											
<b>Seguridad</b>	¿Le <b>va bien</b> ?											
	¿Otros medicamentos?											
	¿Otras enfermedades?											
<b>Intervención farmacéutica</b>	IPM											
	ES											
	SF											
	DM											
	DM + PRM/RNM											
	Dispensación											
	No dispensación											
	<b>Observaciones:</b>											

DM: derivar al médico; ES: educación sanitaria; IPM: información personalizada sobre el medicamento; PRM: problemas relacionados con medicamentos; RNM: resultados negativos asociados a la medicación; SF: seguimiento farmacoterapéutico.

Cumplimiento del protocolo de indicación												
Farmacia n.º	1	2	3	4	5	...	25	26	27	28	29	30
<b>PA</b> ¿Para quién es?												
<b>SI</b> ¿Qué le duele?												
<b>T</b> ¿Desde cuándo le duele?												
<b>A</b> ¿Ha tomado algún medicamento?												
<b>M</b> ¿Toma algún otro medicamento?												
<b>A</b> ¿Alergias?												
<b>E</b> ¿Alguna patología?												
¿A qué se debe?												
Tratamiento farmacológico oral												
Tratamiento farmacológico tópico												
Tratamiento frío/calor												
Masajes												
Ejercicios/posturas												
Fisioterapia												
Otros tratamientos (reposo)												
Derivar al médico si no remite tras unos días												
<b>Observaciones:</b>												

Figura 2. Registro de cumplimiento de los procedimientos

## Resultados

### Análisis de homogeneidad control/intervención (inicio)

Los grupos control y de intervención eran homogéneos en cuanto a la aplicación de los protocolos de indicación y dispensación, ya que no existía diferencia estadísticamente significativa entre el total de preguntas ( $Cm \pm DE$ ). Indicación: control  $2,40 \pm 1,04$ ; intervención  $2,03 \pm 0,93$  ( $p > 0,1$ ). Dispensación: control  $0,33 \pm 1,18$ ; intervención  $0,20 \pm 0,80$  ( $p > 0,6$ ). Lo mismo sucedía al comparar el porcentaje de farmacéuticos que realizaban, en los dos grupos, las distintas preguntas en ambos procedimientos (valor  $p > 0,05$  para todas las preguntas).

### Descripción del grupo de intervención

Las 30 oficinas de farmacia correspondientes al grupo de intervención se distribuían como sigue: 14 urbanas (46,67%), 12 semiurbanas (40%) y 4 rurales (13,33%). En cuanto al número de farmacéuticos por farmacia, había un único farmacéutico en 15 oficinas (50%), dos farmacéuticos en 7 (23,33%), tres en 5 (16,67%), cuatro en 2 (6,67%), y más de cuatro en 1 (3,33%). Los 63 farmacéuticos que trabajaban en ellas eran en su mayoría mujeres (54; 85,71%), con una media de edad de  $39,7 \pm 8$  años, y correspondían a 53 (84,13%) adjuntos y 10 (15,87%) titulares. Treinta (47,62%) afirmaron realizar dispensación activa «siempre», 37 (58,73%) indicación «a veces» y 42 (66,67%) seguimiento «a veces».

### Análisis de la aplicación del protocolo de indicación

La media de preguntas que realizaron los farmacéuticos al aplicar el protocolo de indicación aumentó de forma estadísticamente significativa:  $2,03 \pm 0,93$  frente a  $2,77 \pm 1,3$  ( $p = 0,0286$ ).

El 100% de los farmacéuticos comprobó quién era el paciente y, aunque aumentó el número de ellos que realizaron las distintas preguntas del protocolo, solamente se observó un aumento significativo desde el punto de vista estadístico en dos de esas preguntas (tabla 2).

En cuanto al tratamiento y/o las recomendaciones indicados por el farmacéutico, observamos que después de la intervención educativa aumentaron los farmacéu-

**Tabla 2.** Farmacéuticos que realizaron las preguntas del protocolo de indicación

Pregunta	Inicio (%)	Final (%)	p
¿Para quién es?	100	100	1
¿Qué le duele?	70	86,67	0,1172
¿Desde cuándo le duele?	10	36,67	0,0146
¿Ha tomado algún medicamento?	23,33	33,33	0,3901
¿Toma algún otro medicamento?	0	0	1
¿Alergias?	0	20	0,0237
¿Alguna otra patología?	0	0	1

ticos que proponían tratamiento oral y consejos no farmacológicos (tabla 3).

### Análisis de la aplicación del protocolo de dispensación

La media de preguntas que realizaron los farmacéuticos al aplicar el protocolo de dispensación aumentó, pero no de forma estadísticamente significativa:  $0,17 \pm 0,65$  frente a  $0,87 \pm 1,83$  ( $p = 0,1067$ ).

En el análisis pormenorizado de las preguntas observamos que después de la intervención formativa aumentó el número de farmacéuticos que cumplimentaron la mayoría de las preguntas del protocolo (tabla 4).

### Análisis comparativo control/intervención (final)

Al final, no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto al número de preguntas que los farmacéuticos realizaron en los procedimientos de indicación y dispensación (tabla 5).

En el análisis de la aplicación del procedimiento de indicación encontramos que, en comparación con el grupo control, existían diferencias significativas únicamente en la pregunta sobre la posible existencia de alergias (tabla 6). En la aplicación del procedimiento de dispensación no hubo diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de intervención (tabla 6).

## Discusión

Numerosos estudios atestiguan lo complejo que resulta modificar la práctica profesional<sup>11,19-21</sup>. Como vere-



**Tabla 3.** Indicación. Farmacéuticos que indicaron tratamiento y/o recomendaciones

	Tipo de tratamiento	Farmacéuticos (%)		p
		Inicio	Final	
Tratamiento farmacológico	Oral	36,67	63,33	0,0389
	Tópico	80	73,33	0,5416
Tratamiento no farmacológico	Tratamiento frío/calor	0	20	0,0237
	Masajes	30	40	0,4168
	Ejercicios/posturas	10	10	1
	Fisioterapia	0	0	1
	Otros	6,67	6,67	1
Derivación al médico si no remite		0	0	1

mos, esta dificultad se puso de manifiesto también en este estudio.

La técnica del paciente simulado nos permitió comprobar si las farmacias del grupo de intervención modificaban sus hábitos de dispensación e indicación, incorporando los procedimientos incluidos en la acción formativa.

Existen distintas técnicas para analizar la calidad de los servicios sanitarios<sup>11</sup>: observadores externos, cuestionarios a los pacientes, encuestas a los profesionales, etc. Entre estas técnicas destaca la del paciente simulado, por su eficacia y su validez interna<sup>18,22</sup> y por la ausencia del efecto Hawthorne<sup>22</sup>. El efecto Hawthorne describe la situación en la que los resultados de un experimento no se deben a los factores experimentales, sino a al hecho de que los sujetos objeto de estudio son conscientes de participar en un experimento en el que se valoran sus actuaciones, lo que se traduce generalmente en una mayor motivación, productividad, celo, etc.

Los detractores de la técnica del paciente simulado la acusan de falta de validez externa y de limitaciones éticas. La falta de validez externa se basa en la hipótesis de que el paciente suele facilitar de forma natural mucha información acerca de su patología<sup>18</sup>, cosa que no ocurre con nuestros pacientes simulados.

En primer lugar, no coincidimos con esa idea del flujo de información procedente del paciente. Es más, la práctica diaria de la dispensación en la farmacia nos demuestra que el flujo de información es escaso, inclu-

**Tabla 4.** Farmacéuticos que realizaron las distintas preguntas del protocolo de dispensación

Pregunta	Inicio (%)	Final (%)	p
¿Para quién es?	6,67	20	0,1287
¿Situaciones especiales?	3,33	0	0,3132
¿Es la primera vez?	0	0	1
¿Sabe para qué es?	0	13,33	0,0384
¿Sabe cómo tomarlo?	6,67	20,00	0,1287
¿Otros medicamentos?	0	16,67	0,0195
¿Otras enfermedades?	3,33	16,67	0,0195

**Tabla 5.** Comparación de los grupos al inicio y al final. Media de preguntas (entre paréntesis, DE) realizadas por los farmacéuticos de los dos grupos

		Control	Intervención	p
Inicio	Indicación	2,40 (1,04)	2,03 (0,93)	0,1453
	Dispensación	0,33 (1,18)	0,20 (0,81)	0,6435
Final	Indicación	2,40 (1,04)	2,77 (1,3)	0,3963
	Dispensación	0,33 (1,18)	0,87 (1,83)	0,2631

so nulo. El paciente no cuenta nada a menos que se le pregunte, y precisamente en esas preguntas es donde se materializa la implicación del farmacéutico en el acto profesional. En cuanto a la indicación, el paciente simulado facilita la mínima información necesaria para posibilitar la indicación farmacéutica. Ahora bien, de la pericia del farmacéutico depende llevar a cabo una indicación de baja o alta calidad en función del cumplimiento de un procedimiento incorporado. Por todo ello, en nuestra opinión, esta técnica no carece de validez externa.

Distintos comités éticos internacionales han dado el visto bueno a la técnica del paciente simulado como método de investigación experimental<sup>12,23</sup>. En nuestro caso, los datos obtenidos fueron sometidos a un proceso de encriptación, de manera que no podían ser asignados a ninguna farmacia, a excepción del investigador principal. Por tanto, esta técnica no infringe aspecto ético alguno.

Recientemente, Werner y Benrimoj<sup>24</sup> han demostrado la necesidad de incorporar un sistema de grabación de audio a las visitas del paciente simulado para evitar la pérdida de datos, por olvidos o errores por parte de és-

**Tabla 6.** Farmacéuticos que realizaron las preguntas de los protocolos

Indicación. Farmacéuticos (%) que realizaron las preguntas			
Pregunta	Control	Intervención	p
¿Para quién es?	100	100	1
¿Qué le duele?	80	86,67	0,4800
¿Desde cuándo le duele?	33,33	36,67	0,7866
¿Ha tomado algún medicamento?	20	33,33	0,2429
¿Toma otros medicamentos?	3,33	0	1
¿Alergias?	0	20	0,0098
¿Alguna patología?	3,33	0	1
Dispensación. Farmacéuticos (%) que realizaron las preguntas			
Pregunta	Control	Intervención	p
¿Para quién es?	10	20	0,2781
¿Situaciones especiales?	0	0	1
¿Es la primera vez?	3,33	0	0,3132
¿Sabe para qué es?	3,33	13,33	0,3533
¿Sabe cómo tomarlo?	10	20	0,2781
¿Otros medicamentos?	3,33	16,67	0,0852
¿Otras enfermedades?	3,33	16,67	0,0852

te, durante la transcripción. Según estos autores, un 10% de las visitas tuvieron que ser corregidas, lo que supuso una variación de un 10-20% en la valoración de las farmacias. Aunque estas grabaciones no suponen limitación ética alguna, nuestras visitas se llevaron a cabo sin grabación de audio, por lo que su ausencia debe considerarse en la valoración de los resultados. El papel de paciente lo desarrollan normalmente actores<sup>13,14</sup>, estudiantes de farmacia<sup>15</sup> o personas retribuidas<sup>24</sup>. Finn y Kayane<sup>25</sup> abogan por la eficiencia del «paciente simulado profesional», una persona adecuadamente entrenada para el tipo de visita a realizar y remunerada por el periodo de entrenamiento y por cada visita realizada. Para obtener el mayor rigor en el presente estudio, nuestros pacientes simulados fueron intensamente entrenados en la correcta realización de las visitas y tenían la formación científica suficiente como para entender la importancia de su tarea.

Como ya hemos señalado en un trabajo reciente, los farmacéuticos asistentes al curso dicen realizar dispensación activa «siempre» e indicación y seguimiento «a veces». Consideran asimismo que el nivel de implantación de la atención farmacéutica en las farmacias de Pontevedra es alto, especialmente en las farmacias semirrurales. Sin embargo, nuestros resultados difieren

notablemente de estas respuestas subjetivas, puesto que en realidad revelan un nivel de implantación bajo de los procedimientos de atención farmacéutica en indicación y dispensación de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Es posible que los farmacéuticos participantes afirmen hacer algo que en la práctica no realizan. Ahora bien, también es posible que realmente digan lo que hacen. Por tanto, para poder analizar correctamente la afirmación anterior, la interacción del paciente simulado con la farmacia debería haberse canalizado a través del asistente al curso.

Aun así, el profesional tiene la obligación ética de difundir sus conocimientos al resto del personal de la farmacia para prestar un mejor servicio al paciente. Sin embargo, esta obligación se encuentra con todas las barreras descritas por Gastelurrutia et al.<sup>26</sup> a la implantación de servicios cognitivos en farmacias comunitarias. Para tratar de explicar por qué un farmacéutico formado adecuadamente en atención farmacéutica no lleva a la práctica los conocimientos adquiridos, debemos centrarnos en el perfil medio del asistente a este curso, que en el caso de nuestro estudio corresponde a una adjunta de 39 años en una farmacia urbana con un único farmacéutico. Para esta profesional,



implantar un servicio cognitivo en «su farmacia» no supone ningún beneficio. Su esfuerzo y su actualización científica no se ven remunerados ni suponen mejora alguna en su carrera profesional, que por otro lado no existe. Incluso en el caso de que los servicios de atención farmacéutica se remuneren, es probable que dichos emolumentos recaigan en la farmacia comunitaria o, lo que es lo mismo, en su titular (que no asistió al curso).

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe preguntarse por qué asisten entonces los adjuntos a los cursos de formación continuada. No son obligatorios, por lo que deberían darse tasas de participación tan mínimas como las de sus titulares. La respuesta radica claramente en los créditos que obtienen al superar los cursos. Créditos que les ayudarán, llegado el momento, a buscar unas mejores condiciones laborales vía oposición o al establecimiento de su propia farmacia mediante un concurso de nueva apertura.

A pesar de todo, nuestra intervención educativa mejoró el nivel de implantación de la atención farmacéutica en la indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular, aunque no en la dispensación. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Norris en lo referente a la dispensación de diclofenaco<sup>12</sup> y con la potencia del impacto de un programa de formación continuada en asma desarrollado en Canadá<sup>27</sup>.

La diferencia entre la mejora observada en indicación y dispensación se explica por la rigidez y la comodidad que supone el actual sistema de receta médica. El farmacéutico se relaja ante la presencia de la receta, dispensando con la ley del mínimo esfuerzo y actuando solamente ante las demandas del paciente. El paciente no demanda servicios que desconoce y el farmacéutico no se implica porque no obtiene beneficio.

En nuestra opinión, la indicación en dolor osteomuscular mejoró debido a la facilidad de transmisión de estos nuevos conocimientos entre el personal de la farmacia. La indicación es una situación donde el paciente busca de primera mano al farmacéutico, sin la mediación del médico a través de la receta. Actualmente es la situación más clínica a la que se enfrenta el farmacéutico, esté o no implicado en la atención farmacéutica. De ahí que transmita más fácilmente sus conocimientos al resto del equipo.

Existe en las farmacias de nuestro entorno un conjunto de profesionales formados y motivados pero no implicados. Una vez superados los escollos del desconocimiento y una vez iniciados en el campo de la atención farmacéutica, las intervenciones educativas deberían orientarse hacia la implicación del farmacéutico en la puesta en práctica de sus conocimientos.

## Conclusiones

- La técnica del paciente simulado permitió evaluar los resultados de un programa de formación de atención farmacéutica en dolor osteomuscular en farmacias de Pontevedra.
- El nivel de implantación de los protocolos evaluados de atención farmacéutica en la dispensación e indicación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular en las oficinas de farmacia participantes en la actividad es bajo.
- La intervención educativa mejora ligeramente el grado de implantación de los protocolos de atención farmacéutica en la indicación y dispensación de AINE en pacientes con dolor osteomuscular, pero no en el nivel esperado.

## Bibliografía

1. Cortes Españolas. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE. 2006; 178: 28.122-28.165.
2. Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*. 2002; 22: 915-923.
3. Martín MT, Codina C, Tuset M, et al. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. *Aten Farm*. 2001; 3: 9-22.
4. Alonso P, Otero MJ, Maduruelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farm Hosp*. 2002; 26: 77-89.
5. Baena MI, Faus MJ, Martín R, Zarzuelo A, Jiménez-Martín J, Martínez-Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 250-255.
6. Grupo de expertos del Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, enero de 2008.
7. Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. En: *Atención Farmacéutica: servicios farmacéuticos orientados al paciente*. Madrid: Ergon, 2008.

D. González Añón, A. Acuña Ferradanes, A. Castillo Páramo, J.A. Fornos Pérez, J.C. Andrés Iglesias, N.F. Andrés Rodríguez

8. Acciones del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/taxonomia.nsf/vwDocumentos/2001F8C7A7677FE8C12574E900469989?OpenDocument>.
9. Peña López C. Formación. En: Módulo I: Atención Farmacéutica. Plan Nacional de Formación Continuada. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, 2005; 23-36.
10. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA*. 2000; 283: 1.717-1.722.
11. Caamaño F, Ruano A, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Data collection methods for analyzing the quality of the dispensing in pharmacies. *Pharm World Sci*. 2002; 24: 217-223.
12. Norris P. Purchasing restricted medicines in New Zealand pharmacies: results from a "mystery shopper" study. *Pharm World Sci*. 2002; 24: 149-153.
13. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Fam Pract*. 2002; 19: 529-536.
14. Watson MC, Skelton JR, Bond CM, Croft P, Wisdin CM, Grimshaw JM, et al. Simulated patients in the community pharmacy setting. *Pharm World Sci*. 2004; 26: 32-37.
15. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Ann Pharmacother*. 2007; 41: 1.023-1.230.
16. Benrimoj SI, Werner JB, Raffaele C, Roberts AS. A system for monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian community pharmacies. *Pharm World Sci*. 2008; 30: 147-153.
17. Lamsam GD, Kropff MA. Community pharmacists' assessments and recommendations for treatment in four case scenarios. *Ann Pharmacother*. 1998; 32: 409-416.
18. Willison DJ, Muzzin LJ. Workload, data gathering, and quality of community pharmacists' advice. *Med Care*. 1995; 33: 29-40.
19. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. 1993; 342: 1.317-1.322.
20. Davis DA, Taylor-Vaisey AL. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997; 157: 408-416.
21. Davis DA, Thomson MA, Wolf FM, Taylor-Vaisey AL. Impact of formal continuing medical education. *JAMA*. 1999; 282: 867-874.
22. Kafle KK, Madden JM, Shrestha AD, Karkke SB, Das PL, Pradhan YM, et al. Can licensed drug sellers contribute to safe motherhood? A survey of the treatment of pregnancy-related anemia in Nepal. *Soc Sci Med*. 1996; 42: 1.577-1.582.
23. Berger KI, Eickhoff C, Schulz M, Berger K, Eickhoff C, Schulz M. Counselling quality in community pharmacies: implementation of the pseudo customer methodology in Germany. *J Clin Pharm Ther*. 2005; 30: 45-57.
24. Werner JB, Benrimoj SI. Audio taping simulated patient encounters in community pharmacy to enhance the reliability of assessments. *Am J Pharm Edu*. 2008; 72: 1-7.
25. Finn A, Kayane U. Unmasking a phantom: a psychometric assessment of mystery shopping. *J Retailing*. 1999; 75: 195-217.
26. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI, Castrillón CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007; 39: 465-472.
27. Rouleau R, Beauchesne MF, Laurier C. Impact of a continuing education program on community pharmacist's interventions and asthma medication use: a pilot study. *Ann Pharmacother*. 2007; 41: 574-580.