

Investigación original / Original Research

Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria

Results of pharmacotherapy follow-up in a community pharmacy

Victoria VAZQUEZ, Juan CHACÓN, José ESPEJO, María José FAUS

Texto en español

RESUMEN*

La Atención Farmacéutica surge como respuesta a una necesidad social, basada en obtener el máximo beneficio de la farmacoterapia de los pacientes, requisito para una atención sanitaria de calidad.

Objetivos:

1) Evaluar la eficacia del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes. 2) Determinar la capacidad para prestar el Seguimiento Farmacoterapéutico con la estructura normal de una farmacia comunitaria. 3) Determinar las dificultades encontradas para llevar a cabo este servicio.

Método: Estudio retrospectivo, de Nov-2001 a Nov-2003, en una farmacia comunitaria de Chiclana de la Frontera. Se analizan 50 pacientes en seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder.

Resultados: Se realizaron 125 intervenciones sobre los 50 pacientes. La mayoría de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) sobre los que se intervino fueron de tipo 5, 3 y 1 en este orden. Un 20,8% de los PRM fueron causados por incumplimiento. El 85,6% de las intervenciones fueron aceptadas y el 81,6% de los problemas de salud resueltos. La vía de comunicación más utilizada fue la Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico.

Conclusiones: El método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es eficaz para la detección, prevención y resolución de los PRM y optimizar la farmacoterapia de los pacientes. Se ha podido implantar en una farmacia comunitaria con una estructura normal. Existen dificultades que restan calidad al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Palabras clave: Atención Farmacéutica. Seguimiento Farmacoterapéutico. Problemas Relacionados con los Medicamentos.

ABSTRACT†

Pharmaceutical care appears as a reply to a societal necessity based on obtaining the maximum benefit from therapy in patients, as a prerequisite for a high quality healthcare.

Objectives:

1) To assess the efficacy of the Dader Method for patient pharmacotherapy follow-up. 2) To determine the capability to provide pharmacotherapy follow-up with current pharmacy structure. 3) to Determine difficulties encountered to provide this service.

Method: Retrospective study from Nov-2001 to Nov-2003 in a community pharmacy in Chiclana de la Frontera (Cadiz-Spain). 50 patients under pharmacotherapy follow-up by the Dader Method were analyzed.

Results: A total of 125 clinical interventions were made on patients. Most of intervened drug therapy problems (DTP) were type 5, 3, and 1 respectively. 20.8% of DTP were caused by non-compliance. 85.6% of interventions were accepted and 81.6% of health problems were resolved. Communication way more commonly used was written pharmacist-patient-physician.

Conclusions: The Dader Method is efficacy to detect, prevent, and resolve DTP, and to optimize pharmacotherapy in patients. It was possible to implements it in a community pharmacy with current structure. There exist some difficulties that diminished quality to pharmacotherapy follow-up.

Keywords: Pharmaceutical Care. Pharmacotherapy follow-up. Drug therapy problems

*Victoria VAZQUEZ. Licenciada en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Chiclana de la Frontera (Cádiz)

Juan CHACON. Licenciado en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Chiclana de la Frontera (Cádiz)

José ESPEJO. Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR).

María José FAUS Doctora en farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR).

Dirección: Farmacia Chacón. Arenal, 52. 11130 Chiclana de la Frontera (Cadiz)

†Victoria VAZQUEZ. BSCharm. Community Pharmacist at Chiclana de la Frontera (Cadiz – Spain)

Juan CHACON. BSCharm. Community Pharmacist at Chiclana de la Frontera (Cadiz – Spain)

José ESPEJO. Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR).

María José FAUS Doctora en farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR).

Address: Farmacia Chacón. Arenal, 52. 11130 Chiclana de la Frontera (Cadiz)

(Español)

INTRODUCCIÓN

Las políticas de calidad de la atención sanitaria en la actualidad, pretenden orientar el trabajo de los profesionales sanitarios hacia la evidencia científica, es decir, incorporar en el trabajo elementos que evalúen la efectividad conseguida en la práctica clínica, especialmente la referida a la eficacia de los tratamientos farmacológicos (1).

Esta cuestión resulta especialmente relevante por el aumento de la esperanza de vida, considerado como uno de los principales cambios demográficos que está teniendo lugar en todos los países desarrollados (datos del Instituto Nacional de Estadística, INE, sitúa la esperanza de vida en torno a los 78 años) (2), lo que trae consigo la presencia cada vez más elevada de ancianos en nuestras sociedades (según la OMS, España es el noveno país en el ranking de envejecimiento). El incremento de la población anciana, con mayor frecuencia de enfermedades crónicas, genera un mayor porcentaje de pacientes polimedcados. La polimedcación en ancianos, se asocia a una mayor aparición de problemas relacionados con los medicamentos (efectos adversos, toxicidad, interacciones, incumplimiento de los tratamientos prescritos y duplicidades). Se hace necesario por tanto, aplicar estrategias de prevención sobre la salud en este grupo de población (3,4).

Como respuesta a una necesidad social, surge la Atención Farmacéutica, basada en ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de su farmacoterapia, pues ésta falla en muchas ocasiones por producir efectos adversos o no alcanzar los objetivos terapéuticos deseados (5). La Atención Farmacéutica es fundamental para conseguir una atención sanitaria de calidad, según la OMS con su actual estrategia en "Salud para todos en el siglo XXI" (1).

El profesional sanitario más adecuado para realizar el Seguimiento de la Farmacoterapia a los pacientes, es el farmacéutico comunitario, no sólo por su formación específica sobre medicamentos, sino además por su accesibilidad a los pacientes (5). La legislación hace referencia a esta práctica profesional y al farmacéutico como responsable del seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, obligándole a intervenir cuando se observe algún problema relacionado con los medicamentos.

Marco legal:

- Ley 25/I.990, de 20 de Diciembre, del Medicamento (6).
- Ley 16/I.997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (7).
- Documento Consenso sobre AF publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (8).

En oficinas de farmacia se han realizado estudios que demuestran que los PRM son un problema de salud de alta prevalencia, y que un alto porcentaje (hasta 70%), puede ser evitable con la intervención del farmacéutico. (9,10).

El objetivo general de este estudio fue evaluar la eficacia del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, a pacientes que acuden a la farmacia comunitaria y acceden al servicio, con el fin de prevenir, detectar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos y optimizar al máximo su farmacoterapia.

Como objetivos específicos se propusieron los siguientes:

- Determinar la capacidad para prestar el Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes, con la estructura normal de una farmacia comunitaria.
- Determinar las dificultades encontradas para llevar a cabo este servicio.

METODO

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, llevado a cabo durante un periodo de 24 meses, comprendido entre Nov-2001 y Nov-2003.

Emplazamiento: Farmacia comunitaria de Chiclana de la Frontera (Cádiz).

La población objeto de estudio: Todos los pacientes que acuden a la farmacia, mayores de 18 años, sin discapacidad física o mental que dificulte una comunicación eficaz y que manifiestan alguna preocupación o demandan algún tipo de información con respecto a su estado de salud o farmacoterapia.

La metodología utilizada ha sido el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (11), con todos los documentos registro y fases para llevar a cabo este servicio, que comienza con la entrevista al paciente, y les sigue cada una de las fases que componen este procedimiento concreto:

- Estado de situación
- Fase de estudio
- Fase de evaluación
- Fase de Intervención
- Resultado de la Intervención
- Nuevo estado de situación
- Entrevistas sucesivas.

Para ofrecer el servicio, colaboran auxiliares y farmacéuticos a pié de mostrador. Una vez acceden los pacientes a una primera cita en fecha y hora pactadas con éstos, el equipo de farmacéuticos (titular y adjunto) llevan a cabo la entrevista y las sucesivas fases, manteniendo sesiones clínicas a demanda para el intercambio de información sobre los pacientes y su farmacoterapia.

Tabla 1. Distribución de los problemas relacionados con medicamentos sobre los que se realizó una intervención, según el Segundo Consenso de Granada

n =125		Nº	%
NECESIDAD		47	37,6%
PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.	29	23,2%
PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir una medicación que no necesita.	18	14,4%
EFFECTIVIDAD		42	33,6%
PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.	29	23,2%
PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.	13	10,4%
SEGURIDAD		36	28,8%
PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	34	27,2%
PRM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	2	1,6%

Otras actuaciones llevadas a cabo desde la oficina de farmacia fueron:

- Elaboración de informes sobre la farmacoterapia de los pacientes con los datos de presión arterial y/o analíticos.
- Utilización de pictogramas o cuadros con dosis de medicamentos para reforzar la información oral sobre el uso de los medicamentos (12).
- Entrega de material informativo sobre patologías y medidas higiénico-dietéticas.
- Entrega de dosificadores para mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Educación sanitaria.

RESULTADOS

Muestra estudiada: 50 pacientes (40% hombres; edad media de 66,44 años, el 72% son mayores de 65 años y polimedicados 76% frente al 24% que toman menos de 5 medicamentos.

Tabla 2. Distribución de las causas de los problemas relacionados con medicamentos sobre los que se realizó una intervención, según el Programa Dáder.

n =125	Nº	%
Interacción	12	9,6%
Incumplimiento	26	20,8%
Duplicidad	7	5,6%
Ninguna de las anteriores	80	64,0%

Se consideró "paciente polimedicado" a todo aquel que toma cinco o más medicamentos, por cualquier vía de administración (oral, tópica, rectal, inhalada, parenteral etc), que haya sido prescrito por su médico por un periodo igual o superior a los seis meses de duración de tratamiento, en el momento de la primera entrevista.

Abandonos y excluidos: De los 50 pacientes en seguimiento se intervino en 41 (82%), y se realizaron 125 intervenciones. No se intervino en 9 pacientes (18%) y los motivos fueron:

- 10% (5 pacientes) en Seguimiento Farmacoterapéutico, no necesitaron intervención farmacéutica.
- 6% (3 pacientes) abandonaron el servicio de SF antes de una posible intervención.

- 2% (1 paciente) Exitus.

Análisis de los datos obtenidos: Durante los 24 meses de SF a los 50 pacientes, se realizaron 125 intervenciones, se estima una media pues, de 5.2 intervenciones / mes y 2.08 pacientes / mes acceden al servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Tabla 3. Distribución de los resultados de las intervenciones realizadas

INTERVENCIONES	PROBLEMA DE SALUD			
	Resueltos		No resueltos	
n = 125	Nº	%	Nº	%
Aceptadas	101	80,8%	6	4,8%
No aceptadas	1	0,8%	17	13,6%

Con respecto a la distribución de PRM de las intervenciones realizadas, según la clasificación del Segundo Consenso de Granada (13), hay que destacar que las intervenciones más frecuentes se producían por PRM tipo 5 en primer lugar, seguidos de los PRM tipo 1 y 3 en igualdad de proporción.

Tabla 4. Distribución de las vías de comunicación de las intervenciones realizadas

n =125	Nº	%
Verbal Farmacéutico-Paciente	27	21,6%
Escrita Farmacéutico-Paciente	0	0,0%
Verbal Farmacéutico-Paciente-Médico	19	15,2%
Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico	79	63,2%

Según la clasificación de las causas con las que se comunican las intervenciones al programa Dáder, los 125 PRM intervenidos se distribuyen en la proporción mostrada en la tabla 2. El 20,8% de los PRM fueron causados por incumplimiento, seguido de una menor proporción de interacción y duplicidad como causas de PRM. Aunque la mayoría de los PRM (64%) se debieron a otras causas.

De los resultados obtenidos en las 125 intervenciones realizadas, se desprenden los siguientes datos: el 85,6% de las intervenciones fueron aceptadas y 81,6% de los problemas de salud fueron resueltos (Tabla 3).

Y en las intervenciones realizadas para tratar de resolver los PRM se utilizó como vía de comunicación mayoritariamente la Escrita Farmacéutico-Paciente-Médico (63,2%). Como dato de interés señalar que el médico colaboró en un 78,4% de las intervenciones para su resolución, tras la comunicación verbal o escrita del farmacéutico a través del paciente (tabla 4).

La distribución por grupos terapéuticos de los medicamentos que han producido PRM, es la presentada en la tabla 5. En cuanto a los grupos terapéuticos que mayor número de PRM han originado, han sido los medicamentos que pertenecen al sistema nervioso (34,55%), seguido del aparato cardiovascular con un 25%.

GRUPO TERAPÉUTICO	%
A: Aparato Digestivo y Metabólico	11,76%
B: Sangre y órganos hematopoyéticos	7,35%
C: Aparato cardiovascular	25%
D: Terapia dermatológica	2,20%
G: Terapia genitourinaria	0,73%
H: Terapia hormonal	2,20%
J: Terapia antiinfecciosa, uso sistémico	1,47%
L: Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores	0,73%
M: Aparato Locomotor	11,76%
N: Sistema Nervioso	34,55%
P: Antiparasitarios, insecticidas y repelentes	0,00%
R: Aparato Respiratorio	2,20%
S: Órganos de los sentidos	0,00%
V: Varios	0,00%
Clasificación Terapéutica de Medicamentos de la Base de Datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Traducción Española de la Clasificación ATC (Anatomo-Terapéutica-Química) aceptada por la OMS.	

DISCUSIÓN

En este estudio el número de PRM / paciente referido al total de la muestra (50) fue de 2.5 frente a un 1.11 que presentan estudios comunicados por el Programa Dáder de SF (10), así como un 3.04 de PRM / paciente en seguimiento que presenta algún PRM (41 pacientes de la muestra), frente a un 2.06. Esto puede ser debido a que la mayoría de los pacientes de la muestra de estudio, son pacientes con una media de edad de 66,44 años, con mayor frecuencia de enfermedades crónicas y polimedicados en el 76%, por tanto más susceptible de tener PRM, no tratándose de una muestra representativa de la población general.

En un estudio realizado por farmacéuticos de atención primaria en un centro de salud, se concluye que la polimedicación representa un factor de riesgo para presentar un PRM (14) .

En cuanto a la distribución de los PRM y sus causas, los datos obtenidos sí se asimilan más a los desprendidos por los estudios comunicados al Programa Dáder (10) .

La falta de información adecuada a los pacientes puede ser el motivo del incumplimiento que causa PRM en un 20,8%, y se resuelven con la intervención verbal Farmacéutico-Paciente. Se demuestra como en otros estudios, que el cumplimiento de la prescripción mejora enormemente con el refuerzo oral por parte del farmacéutico y que el mayor motivo de incumplimiento terapéutico es la falta de información (15, 16).

La edad media de la muestra es de 66,44 años, esto es, el 72% de los pacientes son mayores de 65 años, lo que conlleva una mayor proporción de pacientes con dificultades de retener las instrucciones dadas por los profesionales o de cumplimiento terapéutico, por ello, se hace necesario aplicar en las personas mayores estrategias de orientación en el cumplimiento terapéutico (pictogramas y dosificadores) y reforzar la información más que en otro grupo de pacientes, para mejorar la incapacidad en este grupo de población.

El 76% de los pacientes de la muestra son polimedicados y/o pluripatológicos (con mayor riesgo de PRM), resulta más compleja la evaluación de PRM y valorar el beneficio-riesgo de sus terapias medicamentosas.

En cuanto a la prestación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico, se hace necesario fomentar mecanismos para que los pacientes lo conozcan, en qué consiste, para qué, cómo y cuándo utilizarlo. La mayoría se extrañan cuando se les ofrece y dudan de su gratuidad. Es necesario una mayor información, no sólo a través de las farmacias o los farmacéuticos (posibilidad de información sesgada), sino a partir de otros colectivos sanitarios y / o instituciones sanitarias.

Limitaciones de la investigación: Inherentes al lugar donde se ha llevado a cabo el estudio, la farmacia comunitaria.

- Muestra y tamaño de la misma no son representativas, limitando la extrapolación de los resultados a farmacias situadas en zonas de características demográficas distintas (zonas rurales, zonas comerciales..).
- Se cometen errores al interpretar el ratio PRM detectado por paciente. El número total de pacientes del estudio no ha estado en seguimiento farmacoterapéutico durante los dos años del estudio, es decir, hay pacientes que se incorporan al estudio meses antes de su finalización, con lo cual habría que considerar el número medio de pacientes por segmentado.
- No existe grupo control por considerar éticamente inaceptable la negativa del servicio a un determinado grupo de pacientes, y, en perjuicio de los intereses de la farmacia.
- No se disponen de las historias clínicas de los pacientes, se obtiene la información a través del propio paciente. La receta es el único medio de comunicación oficial que tiene el farmacéutico sobre la farmacoterapia de los pacientes.

Se puede interpretar que la metodología Dáder para el Seguimiento del tratamiento farmacológico es eficaz en la prevención, detección y resolución de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). No obstante, la información sobre la farmacoterapia de los pacientes es hoy día, el mayor problema que nos encontramos para llevar a cabo el SF. Para proporcionar una atención farmacéutica de calidad sería necesario ofrecer un servicio farmacéutico coordinado en todos los niveles de la red sanitaria y desarrollar estrategias que favorezcan a comunicación interprofesional (17). A los farmacéuticos comunitarios se nos abre una puerta de información, sobre la farmacoterapia de nuestros pacientes, con la nueva tarjeta identificativa del sistema de salud y en un futuro inmediato, con la receta electrónica. Se podrá acceder a una historia mínima del paciente, y se constituye como llave de acceso a una base de datos con los historiales clínicos, analíticos y farmacológicos de los pacientes (18).

CONCLUSIONES

Con los resultados que se desprenden de las intervenciones realizadas, 85.6% de las intervenciones ACEPTADAS y 81.6% de los problemas de salud RESUELTOS, se puede interpretar que la Metodología Dáder para el Seguimiento del Tratamiento Farmacológico es un método eficaz para la prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Es una metodología sencilla y que se ha podido implantar en la farmacia con su estructura normal.

Las dificultades encontradas en la implantación de la Metodología Dáder y SF:

- Desconocimiento de los pacientes sobre el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Es necesario una mayor información a los pacientes a partir de otros colectivos sanitarios y / o instituciones sanitarias.
- Los pacientes polimedcados y / o pluripatológicos presentan un mayor riesgo de PRM, resulta más compleja su evaluación y valorar el beneficio-riesgo de sus terapias medicamentosas.
- Una gran proporción de los pacientes que acceden al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico son mayores de 65 años, pacientes con dificultades de retener las instrucciones dadas por los profesionales y de cumplimiento terapéutico.
- El no tener acceso a las historias clínicas y obtener la información sobre patologías y farmacoterapia a través de los propios pacientes, con la consiguiente falta de datos objetivos.
- La falta de estrategias de comunicación desarrolladas con otros profesionales sanitarios integrados en el Sistema de Salud. La calidad del servicio mejoraría con el intercambio de información entre profesionales sanitarios, es necesario una bidireccionalidad de la información con respecto a la terapia del paciente.

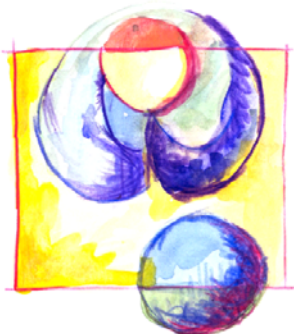
Bibliografía / References

- 1 Martínez Olmos J, Baena MI. La atención farmacéutica, requisito para conseguir una atención sanitaria de calidad y basada en la evidencia científica. 2001. *Ars Pharm* 2001; 42(1): 39-52.
- 2 Faus MJ, Giménez J, Martínez F, Zarzuelo A. Problemas Relacionados en Pacientes geriátricos. Unidad 5. Máster de Atención Farmacéutica Comunitaria.
- 3 Hours JE. Atención farmacéutica en geriatría. *El Farmacéutico*. 2003. Nº 292; 46-50.
- 4 Lledó P. Atención Farmacéutica: El aporte de la Oficina de Farmacia al cuidado de las personas mayores. Conceptos Generales (I). *El Farmacéutico*. 2003. Nº293; 38-41.
- 5 Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000. 41:1; 137-143.
- 6 Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ley 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento, modificada por leyes: 22/93 de 29 de Diciembre, 13/96 y 66/97, de 30 de Diciembre. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 7) Ley 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 8) Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Documento de Consenso en Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
- 9) Baena MI, Faus MJ, Martínez Olmos J, Martínez Martínez F. Seguimiento Farmacoterapéutico integral de pacientes en el sistema sanitario. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 325-332.
- 10 Martínez F, Fernández-Llimós F, Gastellurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharma* 2001; 42 (1): 53-65.
- 11 Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Granada: GIAF-UGR; 2003.

- 12 Estrada M, Juvés A, Torres M, Capdevila C, Bassot T. Los pictogramas como instrumento de comunicación para reforzar la información sobre el uso de medicamentos. *Pharm Care Esp* 2001; 3. (Extraordinario).
- 13 Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre los Problemas Relacionados con los Medicamentos. Comité de Consenso. *Ars Pharm* 2002; 43(3-4): 179-187.
- 14 Chicano P. Identificación y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos: Experiencia en un centro de salud. *Pharm Care Esp* 2002; 4:300-313.
- 15 Machuca M. El cumplimiento como herramienta para mejorar la salud de los pacientes. *Pharm Care Esp* 2001; 3 (Extraordinario).
- 16 Machuca M. Influencia de la Intervención Farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. 2000.
- 17 Dago AM. Atención farmacéutica continua: comunicación entre farmacéuticos hospitalarios, comunitarios y de atención primaria. *El farmacéutico*, 2002; 283: 63-68.
- 18 Martínez F, Solá N, Montilla JC. Gestión del conocimiento farmacéutico y toma de decisiones. Atención farmacéutica en oficina de farmacia: procedimientos normalizados de trabajo (II). *El farmacéutico*, 2002; 290: 98-105.

Centro de
FORMACIÓN CONTINUA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN
ATENCIÓN FARMACÉUTICA**



PLAZO DE INSCRIPCIÓN
1º Edición: Del 15 de Septiembre al 15 de Octubre de 2004
2º Edición: Del 1 de Febrero al 15 de Marzo de 2005

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
Facultad de Farmacia, D. Francisco González
Campus de Cartuja, s/n. 18071 Granada. Tlf: 958 244 220. Fax: 958 243 182
E-MAIL: atencfar@ugr.es / atencfar@ugr.es

INFORMACIÓN GENERAL E INSCRIPCIÓN
Centro de Formación Continua de la Universidad de Granada
Avda. de la Constitución, 14. Campus de Cartuja. 18071 Granada. Tlf: 958 244 220 - Fax: 958 243 182
E-MAIL: atencfar@ugr.es / <http://www.ugr.es/ccca/formacion>

MASTER UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA 13ª EDICIÓN ABRIL 2005 – JULIO 2005

FECHAS DE REALIZACIÓN **DURACIÓN**
Del 4 de abril de 2004 al 8 de Julio de 2005 700 horas

LUGAR DE REALIZACIÓN **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**
Facultad de Farmacia Facultad de Farmacia de Granada

PROGRAMA

Módulo I: Metodología de la Atención Farmacéutica
Módulo II: Investigación en Servicios Sanitarios
Módulo III: Sistemas de documentación e información
Módulo IV: Marketing, Comunicación y Relaciones interpersonales
Módulo V: Enfermedades más prevalentes y su Seguimiento Farmacoterapéutico
Módulo VI: Prácticas en Atención Farmacéutica

Dirigido a

Licenciados/as Universitarios/as en Farmacia y/o Medicina.

Número de Plazas 35

Precios Públicos

3.287'94 € (dos plazas)

Plazo de Inscripción

Del 1 de febrero al 18 de marzo de 2005.

Información Complementaria

Facultad de Farmacia: D. Francisco González
Campus de Cartuja, s/n. 18071 Granada.
Tlf: 958 244 220 (Sr. González). Fax: 958 243 182
Correo electrónico: atencfar@ugr.es
<http://www.giaf-ugr.org/docenc/master.htm>