

doi: 10.60103/phc.v25i5.823
Artículos Originales · Original Articles

Integración del modelo biopsicosocial en la implantación de Comprehensive Medication Management para pacientes tratados en una institución oncológica en Colombia

Biopsychosocial Model Integration in the implementation of Comprehensive Medication Management for patients treated in an oncological institution in Colombia

Información

Fechas:
Recibido: 27/05/2023
Aceptado: 08/10/2023
Publicado: 15/10/2023

Correspondencia:
Adriana Serrano-Uribe
adrianaserranou@gmail.com

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación:
Esta investigación no contó con financiación económica, realizándose desde la voluntad del equipo investigador.

Agradecimientos
A las mujeres participantes por permitir orientarlas en su medicación en momentos tan complejos como es enfermar de cáncer en medio de una pandemia. A la Institución CAL-ONCOLÓGICOS de Bucaramanga por permitir pilotar este proceso asistencial.

© 4.0 BY-NC-SA

Autorías

Adriana Serrano-Uribe¹  0000-0001-7870-011X
Martha Milena Silva-Castro²  0000-0002-3705-5406
Fabio Alejandro Olivella Cicero³  0009-0002-6614-3090
Paula Ximena Lancho Cáceres⁴  0009-0004-1691-6280
Tomás Carlos Durán Blanco⁵  0009-0003-7206-4062

¹Farmacéutica Investigadora, CAL- ONCOLÓGICOS, Bucaramanga, Colombia.
²Doctora en Farmacia y Antropóloga. Vocalía de Investigación de la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia, Madrid, España.
³Oncólogo Clínico, CAL- ONCOLÓGICOS, Bucaramanga, Colombia.
⁴Química Farmacéutica, CAL- ONCOLÓGICOS, Bucaramanga, Colombia.
⁵Gerente, CAL- ONCOLÓGICOS, Bucaramanga, Colombia.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Nota de las/os autoras/es

Los resultados preliminares de esta investigación fueron presentados en el XI Congreso Nacional y XI Congreso Sudamericano de Farmacia Hospitalaria celebrado en Colombia obteniendo el premio a la investigación Químico Farmaceutico Fabián Beltrán con el tercer puesto.

Cómo citar este trabajo

Serrano-Uribe A, Silva-Castro MM, Olivella Cicero FA, Lancho Cáceres PX, Durán Blanco TC. Integración del modelo biopsicosocial en la implantación de Comprehensive Medication Management para pacientes tratados en una institución oncológica en Colombia. Pharm Care Esp. 2023;25(5):20-39. doi: 10.60103/phc.v25i5.823

RESUMEN

Introducción: Las personas con cáncer necesitan recibir cuidados enfocados en aspectos biopsicosociales considerando la experiencia con la medicación (MedExp), la evolución de esta enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud (CRVS). Se presentan los resultados del Comprehensive Medication Management (CMM) implantado en una institución colombiana especializada en oncología.

Método: Diseño cuali-cuantitativo mixto observacional, descriptivo y prospectivo. Los datos se obtuvieron mediante triangulación de técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad y observación participante) y cuantitativas (entrevistas clínicas con cuestionarios validados). Las entrevistas fueron presenciales y telemáticas por la pandemia (febrero-octubre 2021). Según los estándares del CMM, se generó la historia farmacoterapéutica, se registró la información biopsicosocial y se analizó la MedExp y la CVRS utilizando Medicines Optimization Software®.

Resultados: Se evaluaron los estándares antes y después de su implantación. La valoración inicial tuvo un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) consensuando estrategias para desarrollar CMM. El servicio de oncología derivó 17 personas, 10 mujeres aceptaron participar. Se completaron 30 entrevistas recogiendo narrativas sobre experiencias, observaciones y datos clínicos contextualizados a partir de las que se realizaron intervenciones biopsicosociales. Se resolvieron 2 condiciones clínicas, 2 mejoraron, 7 permanecieron estables, 9 mejoraron parcialmente y 4 no tuvieron mejoría. Tras recibir CMM, las participantes mejoraron su autopercepción en salud, y mejoraron principalmente las dimensiones de movilidad, realización de actividades cotidianas y ansiedad/depresión.

Conclusiones: En la implantación del CMM se integró el modelo biopsicosocial considerando las experiencias reales de padecer cáncer alcanzando mejoría en condiciones clínicas y en CVRS de las pacientes atendidas.

Palabras clave: Gestión Integral de la Medicación; Atención Farmacéutica; Servicios Farmacéuticos; Servicios de Oncología; Modelo biopsicosocial; Calidad de vida relacionada con la Salud.

ABSTRACT

Introduction: People with cancer need to receive care focused on biopsychosocial aspects, considering medication experience (MedExp), disease and illness progression, and health-related quality of life (HRQoL). The results of the Comprehensive Medication Management (CMM) implemented in a Colombian institution specialized in oncology are presented.

Method: Mixed observational, descriptive, and prospective qualitative-quantitative design. Data were obtained by triangulating qualitative (in-depth interviews and participant observation) and quantitative techniques (clinical interviews with validated questionnaires). Data was collected through interviews carried out face-to-face and remotely due to the pandemic situation during February-October 2021. According to CMM standards, the pharmacotherapy history was obtained, recorded, and MedExp and HRQoL were analyzed using Medicines Optimization Software®.

Results: The standards of pharmaceutical care practice were established through the implementation of a SWOT analysis to support care process. The oncology service referred 17 people; 10 women agreed to participate. Thirty interviews were completed collecting narratives about experiences, observations and contextualized clinical data from which biopsychosocial interventions were carried out. Clinical results obtained were: 2 clinical conditions resolved, 2 improved, 7 stable, 9 partially improved and 4 unimprovement. After receiving CMM, the participants improved their self-perception of health, and HRQoL dimensions of mobility, daily activities, and anxiety/depression improved.

Conclusions: Through the implementing of CMM, clinical conditions related to the patients' medications were improved. Results guided the actions to be followed when implementing this biopsychosocial model in the institution. Providing benefits for patients and caregivers, in terms of avoiding the deterioration of quality of life despite suffering from of oncological diseases.

Keywords: Comprehensive Medication Management; Medication Therapy Management; Pharmaceutical Services; Oncology Services; Biopsychosocial Model; health-related quality of life (HRQoL).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ indica que anualmente, en América, más de 462.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100.000 mueren por esta causa. Para Latinoamérica y el Caribe, el cáncer de mama es el más común y el segundo en mortalidad. En Colombia, la incidencia y mortalidad estimada más alta fue para cáncer de mama y próstata seguidos por cáncer de estómago y de cuello uterino teniendo estos más del 50% de la carga de esta enfermedad⁽²⁾. En el departamento colombiano de Santander⁽³⁾, la carga de esta enfermedad se debe “principalmente a años de vida perdidos por muerte prematura en ambos sexos y para todos los grupos de edades”.

Las características del cáncer hacen que los pacientes requieran farmacoterapia diversa y compleja. Es un desafío asistencial, para farmacéuticos y demás profesionales, la permanente adaptación técnico-científica, clínica y humana⁽⁴⁾ a implementar para afrontar la experiencia vivida por cada persona con cáncer⁽⁵⁾. Mediante el *Comprehensive Medication Management (CMM)*^(6,7)-Gestión Integral de la Medicación- que los farmacéuticos pueden liderar⁽⁸⁾, se cuida también al paciente oncológico y a su familia, promoviendo un modelo biopsicosocial⁽⁹⁾ de atención en salud. Desde los servicios farmacéuticos, este modelo se enfoca en el paciente como persona y como agente social⁽⁴⁾ porque considera intersubjetivamente las decisiones que toma sobre su medicación y porque puede integrarse en entornos culturales diversos como en el contexto colombiano⁽¹⁰⁾.

Atendiendo la complejidad de la quimioterapia oral y/o endovenosa^(4,11) más la necesidad de abordar el cuidado del paciente oncológico desde el modelo biopsicosocial⁽¹²⁾, se reconoce que implantar CMM permitiría la intervención coordinada de distintos profesionales para detectar, prevenir y resolver necesidades relacionadas con la medicación a partir de la experiencia de cada paciente. Transformando la experiencia con la medicación (MedExp)⁽¹³⁾, que incluye las actitudes, expectativas, preocupaciones, comprensión, motivaciones, creencias y comportamientos cuando usan su medicación⁽⁶⁾, pueden concretarse cambios en la calidad de vida de la salud en los pacientes, independientemente del estado de su enfermedad oncológica⁽¹⁴⁾.

Los resultados humanísticos de procesos asistenciales centrados en la MedExp de los pacientes han sido medidos en otros estudios^(15,16) mediante cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁽¹⁷⁾ valorando dimensiones como movilidad, cuidado personal, realización de actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión antes y después de brindar CMM. Utilizando estos instrumentos han podido evaluar si las intervenciones eran realmente beneficiosas para los pacientes tanto de los resultados individuales como del grupo de pacientes atendidos en el servicio farmacéutico.

Basados en esta evidencia, el objetivo principal de este estudio fue establecer los resultados de la implantación del CMM brindado en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) colombiana especializada en oncología. La implantación se desarrolló siguiendo los estándares internacionales del *Pharmaceutical Care Practice*⁽⁶⁾ y la guía para integrar CMM en optimizar resultados para los pacientes⁽¹⁸⁾. Fueron considerados como resultados humanísticos el análisis cualitativo de la MedExp y la valoración de la CVRS después de recibir CMM.

Métodos

Se diseñó un estudio cuali-cuantitativo mixto observacional, descriptivo y prospectivo, para analizar los resultados tras implantar CMM en CAL- ONCOLÓGICOS. Esta institución presta servicios de salud especializados en cáncer para el departamento de Santander en Bucaramanga (Colombia). Se brindó CMM en consulta externa o durante la administración de quimioterapia siguiendo los estándares descritos en Cipolle *et al*⁽⁶⁾, las guías para proveer CMM por equipos interdisciplinarios^(7,18), la Guía para la Implantación de Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia de la Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos (OFIL)⁽¹⁹⁾ y los Principios de la Sociedad Española de Optimización de la farmacoterapia (SEDOF)⁽²⁰⁾.

Desde febrero hasta octubre del 2021, se realizaron entrevistas clínicas semiestructuradas y en profundidad⁽²¹⁾, incluyendo algunas visitas domiciliarias. Estos encuentros incorporaron observación participante⁽²²⁾ como técnica de investigación cualitativa. Los datos individuales se recolectaron durante tres entrevistas correspondientes al CMM: *data collection- assessment, care plan y follow-up evaluation*⁽⁶⁾. Algunas entrevistas fueron realizadas de forma telepresencial por restricciones por COVID-19. Principalmente fueron telemáticas las visitas de seguimiento y monitorización que solían hacerse en la IPS. Este inconveniente fue solventado siguiendo las recomendaciones para proveer CMM telemáticamente⁽²³⁾.

En las entrevistas en profundidad se indagaron las categorías de MedExp⁽⁶⁾: actitudes, expectativas, preocupaciones, comprensión, motivaciones, creencias y comportamientos al usar medicamentos. La información clínica fue revisada en las historias clínicas de la IPS. Se creó la historia farmacoterapéutica por episodios documentando mediante la plataforma *cloud Medicines Optimisation Software*[®] que permite registrar, gestionar y analizar, de manera securizada, los datos terapéuticos, clínicos y cualitativos de los pacientes (figura 1). El uso de esta herramienta fue aprobado porque cumple la legislación colombiana sobre protección de datos personales⁽²⁴⁾ y la legislación sobre historia clínica⁽²⁵⁾, siguiendo los protocolos de la IPS para gestionar información.

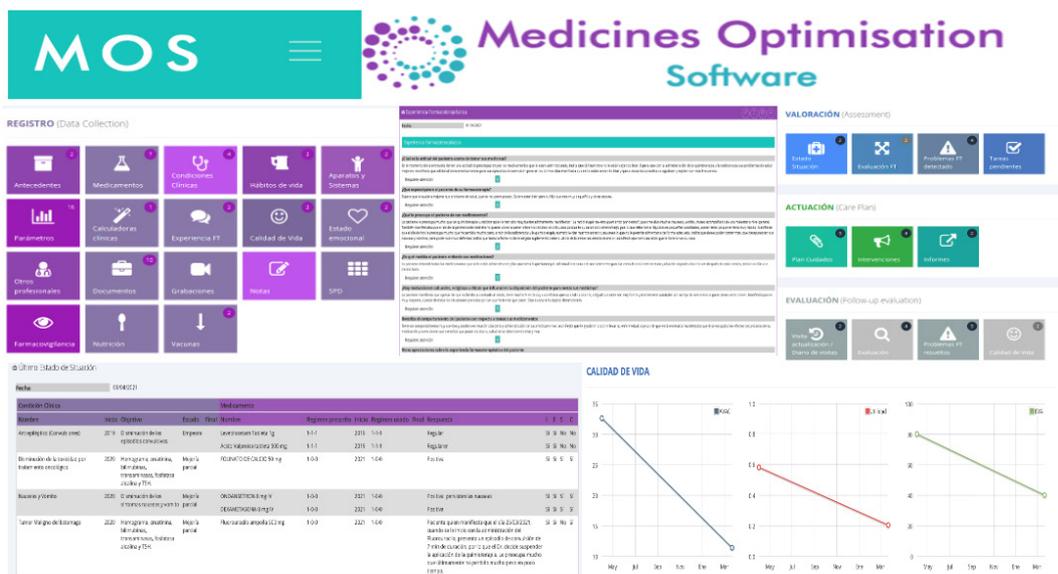


Figura 1. Ejemplo de una historia farmacoterapéutica electrónica documentada en Medicines Optimisation Software®. Versión 1.1. Barcelona; Díaz-Caneja Consultores: 2020. Disponible en: <https://www.medicinesoptimisation-software.com/>)

Las participantes firmaron los consentimientos informados previamente a las entrevistas. Las farmacéuticas entrevistadoras registraron las anotaciones de sus observaciones en el diario de campo, incorporando los filtros de seguridad necesarios para proteger datos personales. Ninguno de los proveedores del Servicio Farmacéutico de la IPS fue patrocinador de las participantes ni pagó honorarios adicionales a los profesionales que desarrollaron esta implantación.

Para seleccionar las participantes, el oncólogo clínico derivó al Servicio Farmacéutico pacientes con problemas de adherencia y desconocimiento de sus tratamientos. Se incluyeron las pacientes derivadas que aceptaron participar y se excluyeron quienes tuvieran COVID-19, menores de 18 años y embarazadas.

De cada paciente se registró su perfil: género, edad, sexo, ocupación, cobertura sanitaria y sus datos clínicos: antecedentes, medicamentos, condiciones clínicas, hábitos de vida, revisión por aparatos y sistemas, analíticas, MedExp, test de CVRS, estado emocional, vacunación. Para la evaluación: estado de situación, evaluación farmacoterapéutica (FT), problemas FT detectados. Para el plan de cuidados: intervenciones e informes. Para las visitas de seguimiento: actualizaciones, evaluación de intervenciones, problemas FT resueltos, y test de CVRS. En Medicines Optimisation Software® también se registraron narrativas de las pacientes sobre su MedExp, las interconsultas a otros clínicos y las reflexiones de los profesionales participantes en la implantación.

Se analizó cualitativamente la intersubjetividad de las experiencias relatadas desde el paradigma interpretativo y desde el constructivismo social (22). Se realizó el análisis de contenido de las entradas del diario de campo y de las entrevistas documentadas haciendo revisión por pares entre las farmacéuticas asistenciales y la farmacéutica antropóloga. Se corroboraron los

hallazgos cuali-cuantitativos haciendo la triangulación⁽²⁶⁾ de la información obtenida en las entrevistas semi-estructuradas de carácter clínico, con las entrevistas en profundidad de índole más cualitativa más la observación participante. A partir de las narrativas de las pacientes y del proceso reflexivo de los profesionales, se procedió a la implantación.

La evaluación de la CRVS de las participantes se utilizó como medida de resultados humanísticos. Se aplicó el EuroQol EQ-5D-5L⁽¹⁷⁾ en la primera y en la tercera entrevista para conocer los cambios en las 5 dimensiones de la CVRS y en la autopercepción en salud evaluada con EQ-VAS.

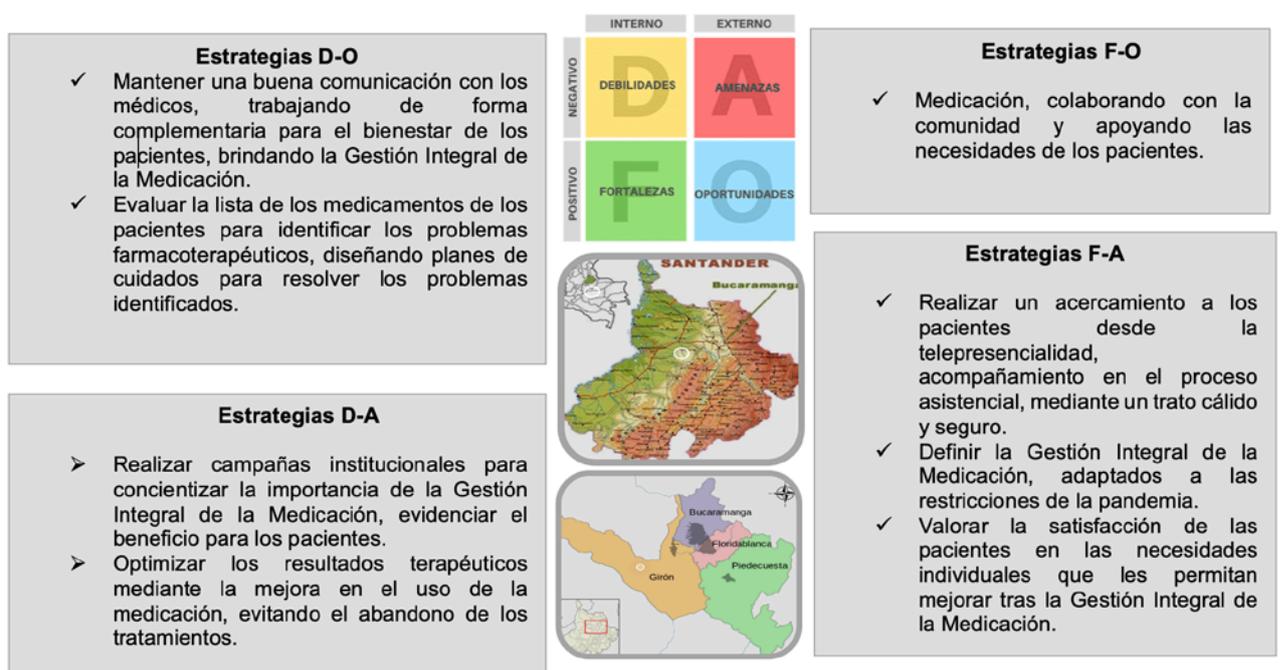
Resultados

Al realizar la evaluación inicial de los estándares de la práctica se estableció que la IPS contaba con un programa de adherencia y farmacovigilancia como exigen las autoridades colombianas. Aunque no correspondía a CMM, se valoraron los estándares afines.

Se socializaron los estándares⁽⁶⁾ como punto de partida para realizar el análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades)⁽²⁷⁾ apoyando la implantar del proceso asistencial. Se consensuaron las siguientes estrategias (Figura 2).

Como resultados del CMM fueron derivados 17 pacientes oncológicos (11 mujeres y 6 hombres). De estas personas, 10 mujeres aceptaron y ninguno de los hombres aceptó participar. Aunque había aceptado, una mujer no pudo participar por empeoramiento de su enfermedad. Completaron las 3 entrevistas del CMM 10 participantes, realizando 30 entrevistas semiestructuradas y en profundidad (Tabla 1).

Figura 2. Estrategias DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) para implantar CMM para pacientes oncológicos en Bucaramanga (Colombia).



Siguiendo a Cipolle *et al*⁽⁶⁾, se intervino en 23 problemas farmacoterapéuticos, 7 (30,43%) estuvieron relacionados con la indicación, 3 (13,04%) con la efectividad, 2 (8,69%) con la seguridad, 11 (47,82%) con la adherencia/concordancia. Las intervenciones biopsicosociales planteadas en los planes de cuidado fueron realizadas según las experiencias de las participantes⁽²⁸⁾ considerando: el componente biomédico oncológico⁽⁸⁾, el componente psicológico utilizando *counselling* para gestionar las emociones y para transformar las motivaciones de cambio, aunque se padezca cáncer⁽²⁹⁾, y el componente social para promover la salud basada en activos⁽³⁰⁾.

Las narrativas expresadas por las pacientes y su relación con las intervenciones biopsicosociales realizadas durante CMM se resumen en la Tabla 2.

Tabla 1. Perfiles de las participantes.

Perfil (P.)	Edad (años)	Diagnóstico principal	Medicación Principal	Situación Socioeconómica		
				Domicilio	Ocupación	Régimen
M1	60	Tumor maligno de mama	Trastuzumab, Exemestano	Urbano	Cesante	Contributivo
M2	60	Tumor maligno de mama	Tamoxifeno, Ácido Ibandronico, Carbonato de calcio, Calcitriol, Acetaminofen	Urbano	Cesante	Contributivo
M3	37	Tumor maligno de mama	Docetaxel, Trastuzumab, Pertuzumab, Carboplatino, Pegfilgastrim, Prednisolona, Ondasetron, Omeprazol, Palonosetron	Urbano	Labora	Contributivo
M4	69	Tumor maligno de la mama	Trastuzumab, Tamoxifeno, Sertralina	Rural	Cesante	Subsidiado
M5	33	Tumor maligno de estomago	Fluorouracilo, Folinato de cálcio, Ondasetron, Dexametasona, Levetiracetam, ácido valproico	Rural	Cesante	Subsidiado
M6	34	Tumor maligno de la mama	Docetaxel, Carboplatino, Trastuzumab, Ondasetron, Dexametasona, Pegfilgastrim, Fosaprepitan, Prednisolona, Ondasetron	Urbano	Labora	Contributivo
M7	60	Tumor maligno de la mama	Ribociclib, Letrozol, Omeprazol, Levotiroxina, Hidroclorotiazida, Losartan, Carvedilol, Amlodipino, Espironolactina, Atorvastatina, Bisacodilo, Ácido acetisalilico, Acetaminofen	Rural	Cesante	Subsidiado
M8	65	Tumor maligno de la mama	Trastuzumab, Letrozol, Calcitriol, Ácido valproico, Levomepromazina, Alprozalam, Levotiroxina, Alopurinol, Atorvastatina, Losartán, Amlodipino	Urbano	Pensionada	Contributivo
M9	40	Tumor maligno del colon	Capecitabina, Irinotecan, Bevacizumab, Ondasetron, Dexametasona, Atropina, Loperamida, Pegfilgastrim, Fosaprepitan.	Rural	Cesante	Subsidiado
M10	60	Tumor maligno de la mama	Tamoxifeno	Rural	Cesante	Subsidiado

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país tiene acceso a los servicios de salud y el Régimen Contributivo corresponde a la población con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla 2. Relación de la experiencia con la medicación narrada por las participantes con las intervenciones realizadas a través de CMM.

P.	Narrativas sobre la experiencia con la medicación de las participantes*	Principales Intervenciones realizadas durante la implantación de CMM basadas en narrativas significativas
M1	<p><i>"...no la he pasado muy bien..., tengo malestar general..."</i> [Manifiesta que después del COVID-19], <i>"...mi vitalidad ya no es la misma, me canso con mucha facilidad, hay días en los que estoy muy estresada, me duelen los hombros... después de la quimioterapia tengo muchas náuseas y vómito, gracias a Dios cuento con el apoyo de mis hijos..."</i> [aunque están en el pueblo]. <i>"...últimamente me está doliendo mucho todo el cuerpo después de la administración de las quimioterapias, hay días que olvido la toma de los medicamentos..."</i> [Narrativas relacionadas con –la seguridad y la adherencia a su medicación]</p>	<p>Náuseas y vómito: Se le solicitó al médico incluir premedicación antes de la administración de la quimioterapia. Dolor lumbar: Se le recomendó activar su red de apoyo para realizar actividades de ocio para prevenir el estrés, volver a hacer los ejercicios dejados por la pandemia, retomando estas actividades podría disminuir el dolor lumbar.</p>
M2	<p><i>"...hay días en los que tengo mucho dolor en la espalda, debo parar, descansar un buen rato para poderme recuperar y continuar con las actividades..."</i> [Es muy sincera en manifestar que no lleva una dieta como tal], <i>"... la verdad no hago dieta, nada de ejercicio, antes de la pandemia salíamos a caminar con mi esposo, ahora no..."</i> <i>"...la verdad que me da mucha maluquera tomar tantas pastillas, y con estos malestares tan horribles todo se me olvida..."</i> [Narrativas relacionadas con la seguridad y la adherencia a su medicación].</p>	<p>Dolor: Con previa aprobación del oncólogo, se le sugirió tomar acetaminofén solo cuando presentase episodios de dolor. Medidas higiénico- dietéticas: Reflexionamos sobre el consumo de alimentos de alta densidad energética, y la importancia en su caso de reducir la ingesta de comidas rápidas y bebidas azucaradas. Analizamos los beneficios de consumir alimentos de origen vegetal (hortalizas no feculentas, y fritas), cereales sin procesar y las leguminosas.</p>
M3	<p>[Cuando se le pregunta si se toma los antieméticos enviados por el doctor contesta que no, muchas veces olvida tomarlos]. <i>"... últimamente me está molestando mucho la gastritis, no me deja respirar..."</i>, [Al preguntarle como se estaba tomando el omeprazol responde] <i>"la verdad es que también olvido tomarlo" ... "desde hace varios días mi jefe no me quiere dar permiso para las citas médicas, exámenes y la administración de las quimioterapias..."</i> [Esto la tiene muy preocupada y agobiada].</p>	<p>Gastritis: Analizamos por qué es importante para ella utilizar omeprazol 20 mg (1-0-1), igualmente evitar el consumo de alimentos irritantes para su estómago. Intervención sobre preocupación por los permisos laborales: Con la colaboración del médico, logramos obtener una incapacidad laboral para los días de administración de las quimioterapias.</p>
M4	<p><i>"...hay días en los que me siento muy mal, me siento muy decaída, no me dan ganas de hacer nada es una tristeza y pensadera..."</i> <i>"... además tengo problemas con las venas varices, se me inflaman mucho, en especial cuando voy a la administración de la quimioterapia, debe ser porque permanezco tanto tiempo en la misma posición..."</i></p>	<p>Estrés y depresión: Concluimos la importancia de usar sertralina 50 mg (0-1-0). Venas Varicosas: Con la colaboración del médico escalamos a valoración con el flebólogo para incluir un tratamiento.</p>

P.	Narrativas sobre la experiencia con la medicación de los participantes*	Principales Intervenciones realizadas durante la implantación de CMM basadas en narrativas significativas
M5	<p><i>"...en la última aplicación de la quimioterapia convulsioné mucho, por lo que me la suspendieron [refiriéndose al fluorouracilo], el médico me dijo que primero debía ganar peso... pero a mí, la verdad, no me apetece comer..."</i>, [Hace una pausa para respirar y continua], <i>"...hay días en los que me levanto muy mareada, con náuseas y vómito... solo me estoy tomando la mitad de las pastillas para las convulsiones, una amiga me lo recomendó..."</i></p> <p><i>"... cada vez temo más esas pastilla de Levetiracetam y Ácido Valproico, siento un fuego en mi estómago. No me las estoy tomando."</i> [Narrativas relacionadas con la indicación y efectividad de la medicación].</p> <p>[La paciente manifiesta que actualmente no cuenta con el apoyo de su familia, la han abandonado a su suerte]. <i>"... cuando me dan las convulsiones solo pienso en que voy a morir, pero me preocupa mi hijo, ¡qué será de él!, eso me da fuerzas para resistir, mi esposo no podrá solo con esta carga ..."</i></p> <p><i>"... no he ido a la administración de las quimioterapias, porque no tengo dinero para el transporte, estamos pasando por una situación económica muy difícil..."</i> [Narrativas relacionadas con la seguridad y la adherencia a su medicación].</p>	<p>Convulsiones: Revisamos la forma de uso del ácido valproico 500 mg (1-1-1) y levetiracetam 1000 mg (1-1-1), le sugerimos tomarlos después de las comidas, como el médico lo había indicado, pues la paciente solo se estaba tomando la mitad de cada dosis porque su amiga se lo recomendó.</p> <p>Náuseas y vómito: Concertamos que tomara ondasetron 4 mg 1-0-0, acompañado de infusiones de menta que le permitieran mejorar los síntomas molestos.</p> <p>Desnutrición: Gestionamos la donación temporal de nutrición enteral, mientras se ponía en conocimiento el caso al grupo de nutricionistas de la IPS, con el objetivo de mejorar su estado nutricional.</p> <p>Recordamos en la entrevista presencial, disolver de dos a tres cucharadas en un vaso después de cada comida (1-1-1).</p> <p>Apoyo económico: Junto con la trabajadora social gestionamos con un albergue la posada y comida durante los días de administración de las quimioterapias, ante el abandono de su familia.</p>
M6	<p><i>"...últimamente estoy presentado mucho dolor a nivel general... se agudiza en las noches, eso me preocupa mucho..."</i> [La paciente manifiesta que no está tomando nada para el dolor, solo espera que se le pase]. <i>"... las quimioterapias son muy fuertes, he perdido todo mi cabello, la metoclopramida no me está ayudando con las náuseas..."</i> [Narrativas relacionadas con la indicación y efectividad de la medicación].</p> <p>[refería que le preocupaba quedar embarazada] <i>"... en las consultas el doctor me dijo que lo ideal era no quedar embarazada durante el tiempo que estuviera en administración con quimioterapia ..."</i></p>	<p>Dolor general: Concertamos tomar acetaminofén 500 mg, si los síntomas persistían y que se valoraría con el médico la posibilidad de cambiarlo por otro medicamento.</p> <p>Anticonceptivos: Concertamos evitar el embarazo durante el tratamiento, durante la terapia y durante al menos 7 meses después de la interrupción, utilizar métodos anticonceptivos eficaces, teniendo en cuenta que tiene pareja.</p>
M7	<p>[Mencionó durante la entrevista que entre tanta medicación que toma había días que olvida la toma de algunos]. <i>"...estoy tomando muchos medicamentos, tengo que tomar en total trece, hay días que se pasan muy rápido, la verdad olvido la toma de algunos... los estoy tomando ya desde hace años..."</i></p> <p>[Cuando se le preguntó que si se tomaba los valores de presión en su farmacia más cercana para ver cómo iba con sus valores, respondió] <i>"...no, yo la verdad me siento bien, ya desde hace rato no me da dolor de cabeza, ni me siento mareada..."</i></p> <p>[Cuando se le preguntó por los horarios de la medicación y como los tomaba, ella indico] <i>"... la verdad es que el medicamento que se me olvida tomar es ese de la pepita pequeña..."</i>, [refiriéndose al losartán. Con el ácido acetilsalicílico ella manifestaba] <i>"... la verdad me la toma todas las noches antes de irme a dormir con el resto de 'pepas' [forma de referirse a las pastillas], me las tomo todas al tiempo...me gusta comer muchos dulces, los como desde que era una niña... dietas la verdad no llevo, como de todo lo que tenemos en la despensa de la casa, sé que algunas cosas no me hacen bien... pero que más hago, es lo que tenemos..."</i></p>	<p>Hipotiroidismo: Concertamos tomar media tableta de levotiroxina 50 mcg (1-0-0) como se lo había indicado su médico, la paciente manifestaba que se estaba tomando 100 mcg (1-0-0). Al igual que para el ácido acetilsalicílico 100 mg (0-0-1) tomándolo todos los días a la misma hora.</p> <p>Antihipertensivo: Acordamos tomar una tableta de losartán 50 mg (1-0-1) en ayunas y otra después de la cena, reiteramos la importancia de la toma del medicamento todos los días a la misma hora, si fuera posible colocar una alarma en su teléfono para recordarlo. Junto con el médico se acordó suspender la hidroclorotiazida, teniendo en cuenta que esta se encontraba controlada con el losartán.</p> <p>Medidas higiénico-dietéticas: Reflexionamos en la importancia de llevar una dieta balanceada con el objetivo de prevenir eventos cardiovasculares que para su edad pudiesen ser muy riesgosos, consumiendo alimentos de origen vegetal como (hortalizas no feculentas), cereales sin procesar y leguminosas, limitar la ingesta de carnes rojas y no consumir carnes elaboradas.</p> <p>Activos en salud: Se le recomendó retomar las caminatas que realizaba con su nieto con el objetivo de mantener bien su estado físico y emocional.</p>

P.	Narrativas sobre la experiencia con la medicación de las participantes*	Principales Intervenciones realizadas durante la implantación de CMM basadas en narrativas significativas
M8	<p>[Cuando se le preguntó cómo se tomaba los medicamentos, se identifica que tenía problemas con la toma del letrozol, pues no se lo estaba tomando todos los días]. <i>"... hay días que no lo tomo (letrozol), no me apetece..."</i> <i>Últimamente me duelen mucho las piernas, subir y bajar las escaleras es muy doloroso...</i> [Cuando se le preguntó por la dieta y el ejercicio, guardo silencio por un par de minutos]. <i>"... trato en lo posible de cuidarme, pero la verdad es que soy muy descuidada, hay días en los que me cuido y otros no... en cuanto al ejercicio, antes de la pandemia era muy activa en ello, pero cuando nos confinaron todo se tornó más complicado por lo que deje de hacer... prefería quedarme en casa viendo TV a salir para evitar contagiarme... me preocupan mucho los temblores que últimamente estoy presentando, desde hace varios años se han venido intensificando, lo cual no me permite hacer bien mis actividades diarias, como escribir, leer y hacer las actividades domesticas..."</i> <i>"... vivo en un pueblito lejos de la ciudad, cuando se me acaban los medicamentos no tengo quien me los traiga..."</i> [Narrativa sobre problemas socioeconómicos que afectan adherencia a su medicación].</p>	<p>Uso domiciliario de letrozol: Concertamos tomar el letrozol 2,5 mg (1-0-0), insistimos en la importancia de tomarlo todos los días a la misma hora por vía oral. Dolores musculares repetitivos: Junto con el médico aconsejamos tomar acetaminofén 500 mg solo cuando presentara dolor, la idea era solo usar la mínima cantidad posible de medicamentos ya que se encuentra polimedificada. Temblores: Reflexionamos en disminuir la dosis de levomepromazina a 25 mg (0-0-1), y ácido valproico 500 mg (0-1-1). Acompañado de ejercicios con la ayuda de pelotas pequeñas de goma de dureza baja o toalla y flexionando los dedos hasta cerrar los puños y abrir las manos entre 10 y 15 veces. Dolores en las rodillas: se deriva al médico oncólogo para valorar la posibilidad de solicitar cita con el fisioterapeuta. Activos en salud: Planteamos retomar las actividades de ocio en su pueblo. Medidas higiénico-dietéticas Repasamos la importancia de llevar una dieta saludable baja en grasas y azúcares.</p>
M9	<p><i>"... lo que más me preocupa en estos momentos es el deterioro de mi visión, que he venido presentando desde la aplicación de las quimioterapias, me preocupa porque de mi vista depende mi trabajo... también el dolor que estoy presentando en el área donde tengo la masa cerca del colon al hacer actividades tan cotidianas como reír, toser, esfuerzo físico..."</i>, [Manifiesta su deseo de ser madre, le preocupa que no lo puede llegar a ser], [También manifiesta estar preocupada por el reflujo que está teniendo] <i>"... últimamente no puedo comer bien por el reflujo que estoy presentando, siento que las cosas se me devuelven..."</i> <i>"...el ondasestrón me da muchos mareos, no me deja trabajar tranquila, no puedo concentrarme, lo he suspendido..."</i> [Narrativas relacionadas con la indicación y efectividad de la medicación].</p>	<p>Visión borrosa: Concluimos que después de la administración de cada quimioterapias, tomara jugo de zanahoria, pescado, vegetales de hojas verdes y frutos secos que le podrían ayudar a mejorar su visión. Uso domiciliario de capecitabina: Concertamos la toma de la capecitabina 1500 mg (1-0-1), todos los días a la misma hora (tomar 3 tabletas en la mañana media hora después del desayuno, y 3 tabletas en la tarde media hora después de las comidas por 7 días, descansar 7 días y reiniciar con el nuevo ciclo), apoyarse con el recordatorio de la alarma todos los días. Anticonceptivos: Concluimos evitar el embarazo durante el tratamiento, durante la terapia y durante al menos 7 meses después de la interrupción, teniendo en cuenta que estaba casada, posterior sacar cita con el ginecólogo. Dolores a nivel general: Acordamos que, si los dolores continúan, debía tomar acetaminofén 1000 mg según dolor, solo cuando fuera necesario.</p>
M10	<p><i>"... tengo problemas con la toma del tamoxifeno, desde que me diagnosticaron tengo que estar viajando desde mi casa en el municipio de Málaga hasta Bucaramanga, los días en los que viajo no me tomo el medicamento, se me olvida..."</i>, [Manifiesta que está muy preocupada últimamente] <i>"... "estoy tomando más de trece medicamentos incluyendo los de la quimioterapia, la verdad hay días en los que olvido tomarlos, sobre todo en los días trajinados..."</i> <i>"estoy muy ansiosa por los resultados de una biopsia que me realizaron hace poco, espero que todo salga bien... voy bien con mi dieta trato en lo posible de comer sanamente, ahora todas las noches salgo a caminar y hacer estiramiento con mi hija..."</i></p>	<p>Uso domiciliario de tamoxifeno: Reflexionamos en la importancia de la toma del tamoxifeno 20 mg (0-0-1) todos los días a la misma hora antes de dormir, preferiblemente esperar unos veinte minutos en reposo, en una sola posición para evitar mareos o náuseas. Medidas higiénico-dietéticas: Analizamos la utilidad del consumo de alimentos de origen vegetal como hortalizas, cereales sin procesar y leguminosas, limitar la ingesta de carnes rojas y no consumir carnes elaboradas, que le ayudarían a ir mejor con salud.</p>

*Las narrativas literales obtenidas de las transcripciones de las entrevistas se presentan en cursiva, y las notas de observación participante registradas en el diario de campo se presentan entre corchetes.

En cuanto a los resultados clínicos: se resolvieron 2 (8%) condiciones clínicas, 2 (8%) presentaron mejoría, 7 (29%) se mantuvieron estables, 9 (38%) mejoraron parcialmente y 4 (17%) quedaron sin mejoría.

Se evaluó la CVRS en la primera y en la tercera entrevista del CMM obteniendo los siguientes resultados (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de las dimensiones y niveles de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CRVS) de las pacientes que recibieron CMM

EQ-5D-5L		Primera Valoración		Segunda Valoración		Variación		
Dimensiones	Niveles	Número de pacientes	% pacientes	Número de pacientes	% Pacientes	Empeora	Igual	Mejora
Movilidad (principalmente para caminar)	Nivel 1. Sin problemas	2	20,0%	8	80,0%			
	Nivel 2. Problemas leves	3	30,0%	1	10,0%			
	Nivel 3. Problemas moderados	4	40,0%	1	10,0%	20,0%	10,0%	70,0%
	Nivel 4. Problemas graves	1	10,0%	0	0,0%			
	Nivel 5. Incapaz de caminar	0	0,0%	0	0,0%			
Cuidado Personal (para lavarse o vestirse sola)	Nivel 1. Sin problemas	4	40,0%	6	60,0%			
	Nivel 2. Problemas leves	1	10,0%	3	30,0%			
	Nivel 3. Problemas moderados	0	0,0%	1	10,0%	30,0%	20,0%	50,0%
	Nivel 4. Problemas graves	4	40,0%	0	0,0%			
	Nivel 5. Incapaz de cuidarse	1	10,0%	0	0,0%			
Actividades Cotidianas (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)	Nivel 1. Sin problemas	3	30,0%	6	60,0%			
	Nivel 2. Problemas leves	3	30,0%	3	30,0%			
	Nivel 3. Problemas moderados	2	20,0%	1	10,0%	30,0%	10,0%	60,0%
	Nivel 4. Problemas graves	2	20,0%	0	0,0%			
	Nivel 5. Incapaz de realizarlas	0	0,0%	0	0,0%			
Dolor/ Malestar	Nivel 1. Sin dolor ni malestar	3	30,0%	3	30,0%			
	Nivel 2. Dolor o malestar leve	0	0,0%	4	40,0%			
	Nivel 3. Dolor o malestar moderado	2	20,0%	1	10,0%	20,0%	40,0%	40,0%
	Nivel 4. Dolor o malestar graves	5	50,0%	2	20,0%			
	Nivel 5. Mucho dolor o malestar	0	0,0%	0	0,0%			

EQ-5D-5L		Primera Valoración		Segunda Valoración		Variación		
Dimensiones	Niveles	Número de pacientes	% pacientes	Número de pacientes	% Pacientes	Empeora	Igual	Mejora
Ansiedad/ Depresión	Nivel 1. Sin estar ansiosa o deprimida	2	20,0%	5	50,0%			
	Nivel 2. Levemente ansiosa o deprimida	2	20,0%	3	30,0%			
	Nivel 3. Moderadamente ansiosa o deprimida	1	10,0%	0	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%
	Nivel 4. Muy ansiosa o deprimida	5	50,0%	2	20,0%			
	Nivel 5. Extremadamente ansiosa o deprimida	0	0,0%	0	0,0%			

Fuente de la información: Cálculos obtenidos a través de Medicines Optimisation Software®.

Entre la primera y la segunda valoración del EQ-VAS, mejoró en 8 puntos la autopercepción de la salud grupal. No obstante, las narrativas individuales explican con mayor profundidad por qué la autopercepción de salud mejora o empeora cualitativamente según sus causas subyacentes (Tabla 4).

Después de brindar CMM a las participantes, se reevaluaron los estándares de la práctica y se obtuvieron porcentajes finales de cumplimiento (Tabla 5).

P.	EQ-VAS (primera entrevista)	EQ-VAS (tercera entrevista)	Diferencia	Narrativas de las pacientes relacionadas con la autopercepción de salud
M1	80	60	20↓	"... realmente siento que las cosas no van bien, el dolor no se ha marchado continua ahí latente..."
M2	80	40	40↓	"... los días después de la administración de la quimioterapia sigo igual, el malestar no se va, espero Dios me ayude a sobre llevar esta enfermedad"
M3	80	80	0↔	"... siento que voy bien, hace una semana fui a cita de control con el doctor y me dijo que los exámenes me salieron bien..."
M4	80	80	0↔	"... las náuseas y el vómito ya no son tan fuertes, espero vayan disminuyendo con el tiempo. De las venas hace unos días me operaron, espero recuperarme pronto..."
M5	60	90	30↑	"... voy bien gracias a Dios, trato todos los días de comer dentro de lo poco que tenemos, hace dos semanas estamos recibiendo ayuda de una ONG que conoció mi caso, con las náuseas peleé todos los días, ahí vamos..."
M6	60	80	20↑	"... el último ciclo de la quimioterapia no me pegó tan fuerte, con la ayuda de Dios saldré adelante..."
M7	50	80	30↑	"... confió en Dios, en que ganaré esta batalla, estoy muy esperanzada. La próxima semana tendré cita con el oncólogo, él me dijo la vez pasada que sería el último ciclo".

Tabla 4. Resultados EQ-VAS antes y después de CMM

P.	EQ-VAS (primera entrevista)	EQ-VAS (tercera entrevista)	Diferencia	Narrativas de las pacientes relacionadas con la autopercepción de salud
M8	80	80	0↔	"...bueno ahí vamos, hay días bien, otros no tan bien. Solo espero que pronto deje de tomar tantas pepas... es agobiante..."
M9	50	80	30↑	"... siento que cada día voy de mejor, la verdad ha sido un proceso muy lento. Sin la ayuda de mis hijos y esposo no podría salir adelante..."
M10	50	80	30↑	"... muy agradecida con Dios por lo bueno y misericordioso que ha sido conmigo, con las quimioterapias siento que cada día voy de mejor, espero no tener que tomar más pastillas, ya estoy cansada..."
Media	67 puntos	75 puntos	↑ 8 puntos	
100 puntos corresponden al mejor estado de salud imaginable y 0 puntos corresponde al peor estado de salud imaginable		Mejora en 5 pacientes (50,0%) es igual en 3 pacientes (30,0%) empeora en 2 pacientes (20,0%)		

Fuente de la información: Narrativas documentadas y estadísticas obtenidas mediante Medicines Optimisation Software®.

Estándares de práctica para los profesionales	Cumplimiento de los estándares antes de la implantación (%)	Cumplimiento de los estándares después de la implantación (%)
Estándar de Cuidado 1: Obtención de la información del paciente (data collection) Verificación de 11 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.647-648.	55,45%	95,45%
Estándar de Cuidado 2: Análisis de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente (assessment) Verificación de 7 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.648.	42,86%	100,00%
Estándar de Cuidado 3: Identificación de los problemas farmacoterapéuticos (drug-therapy problems) Verificación de 5 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.649.	22,00%	98,00%
Estándar de Cuidado 4: Desarrollo de metas terapéuticas (goals of therapy) Verificación de 5 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.649.	15,00%	98,33%
Estándar de Cuidado 5: Declaración de las intervenciones y desarrollo del plan de cuidados (care plan) Verificación de 5 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.650.	22,00%	98,00%
Estándar de Cuidado 6: Programación de visitas de seguimiento (schedule for follow-up evaluations) Verificación de 4 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.650.	12,50%	100,00%
Estándar de Cuidado 7: Evaluaciones de seguimiento (follow-up evaluation) Verificación de 8 criterios de medida según Cipolle <i>et al</i> ⁶ p.651.	27,50%	98,75%

Tabla 5. Evaluación de los estándares de la práctica (*Pharmaceutical Care Practice*) antes y después de la implantación

Discusión

Una vez realizada la evaluación inicial de los estándares de la práctica⁽⁶⁾ se pusieron en marcha estrategias DAFO consensuadas para brindar CMM a las 10 participantes. Además de brindar un ciclo completo de CMM, se profundizó en su MedExp aplicando técnicas de investigación cualitativa (entrevistas en profundidad y observación participante) simultáneamente a las entrevistas clínicas. Así pudo conocerse la situación psicosocial⁽³¹⁾ de estas mujeres y se lograron triangular metodológicamente datos cuali-cuantitativos, dando validez interna a esta investigación. Varias entrevistas se realizaron telepresencialmente por la pandemia limitando el contacto personal entre participantes. Esto pudo limitar la accesibilidad al CMM que se ofrecía, pero se convirtió en una oportunidad. Después de establecer una relación de confianza, las farmacéuticas, facilitaron la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales. Esto coincide con otros hallazgos⁽³²⁾ porque la pandemia aumentó el estrés, angustia psicológica, ansiedad, preocupaciones para pacientes con enfermedades complejas, con riesgo de adquirir infecciones que empeorarían su frágil estado de salud. Dichas condiciones hicieron indispensable acompañarlas coordinadamente para atender sus necesidades individuales, agravadas por padecer cáncer.

Destaca el interés solo de mujeres en participar. Valls-Llobet⁽³³⁾ señala: “la experiencia de falta de atención o cuidado es la pérdida de soporte emocional y de tiempo para hablar”. En contraprestación al diálogo y apoyo brindado por las farmacéuticas logró interesarlas consiguiendo su participación decidida y repetida cuando eran invitadas a expresar sus experiencias. Las narrativas indican que quieren ser escuchadas y ayudadas, incluso más que los hombres que no aceptan este tipo de acompañamiento, probablemente por la cultura machista predominante en el entorno. Las participantes fueron sinceras manifestando que necesitaban ayuda para afrontar dificultades con su medicación y reconocían factores emocionales y socioeconómicos que las afectaban para superar su situación.

Analizando los perfiles, 8 de las 10 participantes padecían cáncer de mama y la mitad de ellas vivían en áreas rurales, teniendo que acudir a tratarse al núcleo urbano donde se localiza la IPS. Las dificultades de acceso a Bucaramanga por distancias geográficas considerables y los costes asociados, reproducen una desigualdad estructural para recibir servicios de salud, agravando su situación socioeconómica. Solo viven en la ciudad las 2 mujeres que trabajan, por tanto, los recursos económicos de las mujeres del campo son aún más limitados para acudir a recibir sus tratamientos. Las entrevistas telemáticas constituyeron una oportunidad para disminuir costes en desplazamiento y cubrir una atención que, previamente, no estaba adaptada para el entorno rural. Fueron integradas en la atención compensando barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios. Durante la pandemia

Vázquez-Vela *et al*⁽³⁴⁾ encontraron, en oncología, que el acompañamiento y la disponibilidad de las profesionales farmacéuticas es fundamental para afrontar dificultades con sus tratamientos, resolver dudas y aportar opciones de cuidado, aumentando la confianza y tranquilidad de las pacientes al usar su medicación diariamente. Por estos motivos se mantuvo el contacto continuo, para que todos se sintieran respaldados al usar su farmacoterapia.

Como en otros estudios latinoamericanos tras implantar CMM^(17,35), se identificaron problemas farmacoterapéuticos y MedExp influenciados por determinantes psicológicos, culturales, socioeconómicos y políticos. Aunque predominaron problemas con la adherencia/concordancia, son las narrativas las que permiten comprender que las causas subyacentes no son siempre conductuales, como suponen ciertos test de adherencia, sino que dichos determinantes impiden usar los medicamentos como exigen los profesionales. Varias pacientes indican que no tienen recursos económicos para acudir a las quimioterapias intravenosas o para buscar medicación oral, que padecen efectos adversos intolerables y que olvidan tomar medicamentos por males-tares. Tal como discutían Cachafeiro *et al*⁽¹⁵⁾ los profesionales deberíamos propiciar explicaciones sobre “lo que les impide tomar su medicación o lo que les puede hacer olvidar alguna dosis de su tratamiento”, evitando hacerlas sentir confrontadas por juicios de valor sobre sus conductas, tratadas como ‘desobedientes’ de órdenes médicas o cuestionando la veracidad de sus explicaciones. Al triangular las narrativas y la observación participante con las intervenciones farmacoterapéuticas, se establecieron factores socioeconómicos que impactaban directamente en la MedExp. Vivir en un área rural influía en la administración de quimioterapias oportunamente. Asimismo, obtener permiso en sus lugares de trabajo fue un obstáculo para tratarse frente a mujeres cesantes que ya no trabajaban. En el contexto colombiano previamente han señalado⁽¹⁰⁾ que la adherencia está vinculada con factores socioeconómicos y políticos que determinan las decisiones tomadas sobre medicamentos.

Reconocer la MedExp analizando sus categorías⁽⁶⁾, pone de manifiesto emociones como tristeza, miedo, angustia, frustración, que hacen evidente el sufrimiento y aflicción condicionante del éxito de tratamientos oncológicos. Las pacientes toman decisiones cruciales para su recuperación en soledad, desprovistas de apoyo y en medio de gran incertidumbre. Por esto, individualizar las intervenciones no solo tiene que ver con resolver cuestiones farmacoterapéuticas sino con integrar experiencias psicosociales⁽³⁶⁾ al CMM, que apelen a los recursos que ellas tienen en sus redes de apoyo familiar y comunitario. Las farmacéuticas ayudaron a articular estos recursos, y varias intervenciones alcanzaron buenos resultados tras incorporar activos en salud, recuperando apoyo de familiares y amigos, e integrando a otros profesionales, como las trabajadoras sociales, quienes ayudaron a resolver situaciones socioeconómicas que afectaban más al pronóstico de la enfermedad

que la misma ineffectividad y la inseguridad farmacoterapéutica. Comparando con otros resultados en hospitales latinoamericanos⁽³⁵⁾ coincide que los participantes se preocupan por la cantidad de medicamentos que toman, solicitan acompañamiento y valoran la disponibilidad de profesionales farmacéuticos para ayudarles con su medicación. Para futuras investigaciones se recomienda analizar las narrativas con perspectiva de género⁽³³⁾, porque las mujeres manifiestan sus aflicciones y explican sus experiencias cuando se comprenden las implicaciones emocionales, psicológicas y sociales de padecer cáncer⁽³⁶⁾, y más aún en contextos inequitativos en salud.

Tras implementar CMM integrando el modelo biopsicosocial, mejoraron diversas condiciones clínicas de las pacientes. Estos resultados son concordantes^(16,17), al resolver, mejorar y estabilizar condiciones clínicas de personas atendidas por los servicios farmacéuticos. También hay condiciones clínicas que no mejoran o empeoran, sin embargo, el pronóstico no necesariamente hubiera mejorado al estar en estadios avanzados de enfermedades graves. Acompañar individualmente permitió a las farmacéuticas aportar para que obtuvieran beneficios de tratamientos instaurados y evitaran riesgos por yatrogenia de la medicación oncológica.

Indagar sobre la MedExp pudo favorecer cambios en la percepción de la calidad de vida en las participantes. Otros estudios cuali-cuantitativos^(11,16,17) señalan que profundizar en experiencias personales y en dimensiones socioculturales, conlleva mejoría en la CRVS. Se hallaron efectos favorables del CMM en la CVRS. En este grupo la dimensión que más mejoró fue la movilidad, seguida de realizar actividades cotidianas y disminuir la ansiedad/depresión. Las dimensiones cuidado personal y dolor pasaron de graves a leves siendo coherentes con las intervenciones que activaron redes de apoyo y ajustes de la medicación, incluidos los analgésicos. Respecto a la autopercepción en salud, hubo una mejora grupal de 8 puntos hacia un mejor estado de salud. El empeoramiento de esta percepción en dos de las participantes pudo deberse a la mala evolución de su enfermedad, llevaban mucho tiempo padeciéndola y referían dolor permanente. En las pacientes que mejoraron su autopercepción de salud predominaron creencias religiosas y motivaciones como luchar por sus hijos y familiares que dependían económicamente de ellas. Las creencias religiosas, ligadas a la fe para recuperar la salud tiene un componente cultural importante dadas las tradiciones en esta región colombiana. Igual que otros estudios^(16,17) la autopercepción de salud es sensible para medir el efecto del CMM permitiendo mostrar mejoría atribuible al acompañamiento farmacoterapéutico.

Finalmente, la evaluación de los estándares de esta práctica clínica utilizó los criterios de medida de cada estándar de cuidado como pauta a seguir para brindar una atención integral. Si bien, los programas de farmacovigilancia y adherencia permiten un cumplimiento parcial de algunos estándares, alcanzar con calidad estos estándares se debe a implementar una documenta-

ción ágil, securizada, sistemática y continua que incluye intervenciones en la indicación y en la efectividad de los tratamientos a largo plazo. En esta implantación se ha realizado una aproximación holística⁽³⁷⁾ considerando experiencias reales de padecer cáncer en un grupo de pacientes que, no solo son vulnerables por padecer esta enfermedad, sino frágiles psicológica y socioeconómicamente⁽³⁶⁾. La creación, accesibilidad y actualización permanente de la historia farmacoterapéutica, de manera independiente de otros sistemas de información, es un facilitador para alcanzar altos porcentajes de cumplimiento de los estándares de esta práctica. Partiendo de una documentación estandarizada, que no solo permite registrar la información clínica, sino que además incorpora aspectos psicosociales de las intervenciones, es posible responder a los desafíos⁽³¹⁾ que supone brindar una atención integral e integrada a personas que padecen cáncer. Lo cual adquiere más importancia en contextos de desigualdad e inequidad en salud que agudizan sus vulnerabilidades e impiden mejorar su calidad de vida, cuando son susceptibles de mejorar con intervenciones centradas en el factor humano del cuidado.

Concluyendo, tras implantar CMM, se mejoraron las condiciones clínicas y la CVRS de las pacientes atendidas. Estos resultados orientan acciones para implantar este modelo asistencial en instituciones de esta región. Brindar CMM con enfoque biopsicosocial permitió abordar situaciones clínicas difíciles, aportando beneficios para las pacientes, y sus allegados, incluso evitando un mayor deterioro de la CVRS, aunque padecieran enfermedades oncológicas. Un acompañamiento individualizado, considerando las experiencias contextualizadas de las pacientes, permitió al equipo de salud, obtener los máximos beneficios de los tratamientos instaurados y evitar riesgos por yatrogenia de la medicación oncológica.

Bibliografía

1. Cáncer de mama [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 7 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Pardo C, Cendales R. Cancer incidence estimates and mortality in the five first types of cancer in Colombia 2007-2011. *Colomb Med (Cali)*. 2018; 49(1): 16-22. doi: <https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3596>
3. Esquiaqui-Felipe R, Posso-Valencia H, Peñaloza RE, Rodríguez-García J. Carga de enfermedad por cáncer en Santander, Colombia, 2005. *Rev Salud Pública*. 2012; 14(2): 213-225. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200003&lng=en
4. Silva-Castro MM. Gestión integral de la farmacoterapia en la atención del paciente oncológico. *Rev. O.F.I.L.* 2013; 23(2): 63-68. Disponible en: <https://ilaphar.org/wp-content/uploads/2014/01/OFILn232.pdf>

5. Holmberg C. Experiencing Cancer. An Ethnographic Study on Illness and Disease. *Recent Results Cancer Res.* 2021; 218: 245-257. doi: 10.1007/978-3-030-63749-1_16
6. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Patient Centered Approach to Medication Management.* 3^a ed. McGraw Hill. New York: McGraw-Hill companies; 2012.
7. American College of Clinical Pharmacy (ACCP). *Comprehensive Medication Management in Team-Based Care.* Lenexa, KS: ACCP; 2016. Disponible en: <https://www.pccpc.org/sites/default/files/event-attachments/CMM%20Brief.pdf>
8. Umar RM, Apikoglu-Rabus S, Yumuk PF. Significance of a clinical pharmacist-led comprehensive medication management program for hospitalized oncology patients. *Int J Clin Pharm.* 2020; 42(2): 652-661. doi:10.1007/s11096-020-00992-8
9. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004; 2(6): 576-582. doi: 10.1370/afm.245
10. Morales Martín A, Silva-Castro MM, Díaz García G. Decisiones razonables y razonadas sobre medicamentos convencionales y de uso tradicional. El Seguimiento Farmacoterapéutico, integrador de la perspectiva del paciente. *Pharm Care Esp.* 2016; 18(6): 280-8. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/357>
11. Yeoh TT, Si P, Chew L. The impact of medication therapy management in older oncology patients. *Support Care Cancer.* 2013; 21(5): 1287-93. doi:10.1007/s00520-012-1661-y
12. Novy DM, Aigner CJ. The biopsychosocial model in cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2014; 8(2): 117-123. doi: 10.1097/SPC.000000000000046
13. Hillman LA, Peden-McAlpine C, Ramalho-de-Oliveira D, Schommer JC. The Medication Experience: A Concept Analysis. *Pharmacy (Basel)* 2020; 9(1): 7. doi: 10.3390/pharmacy9010007
14. Cachafeiro Pin AI, Villaverde Piñeiro L, Martín Clavo S, Silva-Castro MM. Necesidades y experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con leucemia mieloide crónica tratados con inhibidores de la tirosina cinasa: revisión sistemática. *Farm Hosp.* 2023; 47(2): 85-92. doi: 10.1016/j.farma.2022.11.002
15. Silva-Castro MM, Font Olivet A, Rius Font L, Díaz-Caneja G, Bermúdez-Tamayo C. Avaluació del seguiment farmacoterapèutic en pacients d'una unitat d'optimització de la farmacoteràpia. *Circular Farmacèutica* 2015; 7(4):19-26. Disponible en: <https://www.cofb.org/documents/10136/252210/Circular73-4+v2.pdf/161e3b45-81d8-46f2-8f67-a66f65dbe352>
16. Orozco-Solano S, Silva-Castro MM. Implantación del Comprehensive Medication Management en pacientes costarricenses con enfermedad renal crónica. *Rev OFIL-ILAPHAR* 2021 [first online]. 2022: 32(3); 267-274. doi: 10.4321/S1699-714X20220003000010

- 17.** Euroqol.org [sitio de internet]. EQ-5D™ standardized instrument for use as a measure of health outcome. ©2014 EuroQol Group. Disponible en: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>.
- 18.** Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC). Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes. 2ª edición. Washington, DC: PCPCC-ACCP; 2012. Disponible en: <https://www.accp.com/docs/positions/misc/CMM%20Resource%20Guide.pdf>
- 19.** Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni P, Arriagada L, Silva-Castro MM, Escutia R, et al. Guía para la Implantación de Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia. Grupo de trabajo de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos OFIL: Sevilla: OFIL; 2012: 1-17.
- 20.** Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia (SEDOF). Principios de la Optimización de la Farmacoterapia adoptados por la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia –SEDOF-. Barcelona: SEDOF; 2016. Disponible en: <http://sedof.es/index.php/sedof/sobre-sedof/principios-de-la-optimizacion-de-la-farmacoterapia>
- 21.** Pérez Rodríguez RO, González-Valdivieso M, Silva-Castro MM. Entrevistas en profundidad: técnica complementaria a las entrevistas clínicas en las intervenciones basadas en necesidades del paciente. Pharm Care Esp; 23(5): 34-41. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/644>
- 22.** Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. 4ª Edición. Londres: SAGE; 2018.
- 23.** Badowski ME, Walker S, Bacchus S, Bartlett S, Chan J, Cochran KA, et al. Providing Comprehensive Medication Management in Telehealth. Pharmacotherapy. 2018; 38(2): e7-e16. doi: 10.1002/phar.2071
- 24.** Ley Estatutaria 1581/2012, de 17 de octubre, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales - Habeas Data en Colombia. Diario Oficial de Colombia, número 48587, (18 de octubre de 2012). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- 25.** Resolución 3100/2019, de 25 de noviembre, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Diario Oficial de Colombia, número 51149: 11-69, (26 de noviembre de 2019). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
- 26.** Benavides Mayumi O, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista Colomb Psiquiatr. 2005; 34(1): 118-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008&lng=en
- 27.** American Pharmacists Association (APhA). SWOT Analysis for an MTM Practice. Medication Therapy Management Services: Developing a Practice as an Independent MTM Pharmacist. Washington, DC: APhA; 2008. Disponible en: https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/mtm_swot_analysis.pdf

- 28.** Rotegård AK, Fagermoen MS, Ruland CM. Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery. *Cancer Nurs.* 2012;35(1): E8-E17. doi:10.1097/NCC.0b013e3182116497
- 29.** Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.
- 30.** Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016; 30 Suppl 1: 93-98. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004. PMID: 27481068.
- 31.** Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. *Gen Psychiatr.* 2022; 35(5): e100871. doi: 10.1136/gpsych-2022-100871
- 32.** Villaverde Piñeiro L, Cachafeiro Pin AI, Martín Clavo S, Parra Parra E, Neira Blanco P, Silva-Castro MM. Influencia psicoemocional de la pandemia por COVID-19 en la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con patologías reumáticas. *Rev. OFIL-ILAPHAR 2021* [first online]: 1-7. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/influencia-psycoemocional-de-la-pandemia-por-covid-19-en-la-experiencia-farmacoterapeutica-de-los-pacientes-con-patologias-reumaticas/>
- 33.** Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. 2ª edición. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A.); 2010.
- 34.** Vázquez Vela V, Sánchez-Matamoros Piazza MV, Bermúdez-Tamayo C, Gavira Moreno R, López Muñoz MJ, Silva-Castro MM. Gestión Integral de la Farmacoterapia a pacientes ambulatorios oncohematológicos en el contexto de la pandemia de COVID-19. ¿Un desafío o una oportunidad? *REV. OFIL-ILAPHAR 2022* [first on line]. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/gestion-integral-de-la-farmacoterapia-a-pacientes-ambulatorios-oncohematologicos-en-el-contexto-de-la-pandemia-de-covid-19-un-desafio-o-una-oportunidad/>
- 35.** Orozco-Solano S, Silva-Castro MM. Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto. *Pharm Care Esp.* 2020; 22(4): 246-265. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/587>
- 36.** Campbell-Enns H, Woodgate R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2015; 13(1): 112-21. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1795
- 37.** Rojas EI, Dupotey NM, De Loof H. Comprehensive Medication Management Services with a Holistic Point of View, a Scoping Review. *Pharmacy (Basel).* 2023;11(1):37. doi: 10.3390/pharmacy11010037