La Fundación Pharmaceutical Care España cumple 18 años

Este año la Fundación Pharmaceutical Care España cumple 18 años. ¡FELICIDADES! Desde el inicio hemos trabajado por un cambio en la esencia de la profesión farmacéutica, que la reoriente hacia una Farmacia Asistencial. Obviamente esta orientación supone una colaboración efectiva entre todos los profesionales que componen los equipos de salud. Colaboración y consenso son dos de los pilares sobre los que se asienta la Fundación, por ello son miembros del Patronato de la Fundación: SEFH, SEFaP, SEFaC, SEDOF, REAP, Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Universidades, y farmacéuticos personas físicas implicadas con la Atención Farmacéutica.

En este editorial, no pretendo abordar la totalidad de las actividades realizadas en este período, pero si me gustaria poner de relieve aquellas que además de encuadrarse en los objetivos fundacionales contribuyen principalmente a potenciar la colaboración y el consenso entre profesionales y la difusión e implantación de la Atención Farmacéutica.

En este sentido hemos promovido y/o participado en estudios de investigación / proyectos de implantación de Atención Farmacéutica en coordinación con otras instituciones, favoreciendo la cooperación y la comunicación entre las mismas y con otros profesionales. Entre estas destacamos: *AF-Pres*, con la Universidad de Granada (UG) y el Cofcam, *conSIGUE* con la UG y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, *Concilia* con Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (AF-FC), *D-Valor* con SEFAC , *Medafar* (Medafar-Asma, Medafar Hipertensión y Medafar clasificación de derivaciones, este último en versión castellana e inglesa) con Semergen, y la *Guía farmacoterapéutica en Esclerosis Múltiple* con SEFH, que se ha utilizado de base en el proyecto MAPEX en Esclerosis Múltiple.

Para la difusión de los trabajos de investigación y de los avances en los diferentes campos de la Atención Farmacéutica contamos con dos potentes herramientas de comunicación: El Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, de carácter bianual, del que ya vamos por la

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

décima edición, y la revista *Pharm Care Esp* de la que se han publicado 94 números, con más de 500 artículos originales de farmacéuticos europeos e iberoamericanos.

Además, la Fundación ofrece formación y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la Atención Farmacéutica. Como por ejemplo las innovadoras jornadas que fueron en su día las de " Up-Date" o más recientemente, con el desarrollo de la nueva plataforma digital, con cursos on line como: *Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con dolor crónico*, en el que participaron más de 1800 farmacéuticos y que dio lugar a un trabajo de campo con más de 150 pacientes. O el curso de *Interpretación de pruebas analíticas* con 2100 participantes en el primer año. También la Fundación ha organizado cursos de *Farmacoeconomia*, como el realizado con el Dr. Casado centrado en los estudios de evaluación económica de intervención en el manejo de los pacientes crónicos.

Todo ello no hubiera sido posible sin la dedicación de los Presidentes que me han precedido, sin el trabajo de todos los patronos que han sido miembros de las ejecutivas, sin la colaboración del Patronato y sobretodo sin el apoyo de todos los farmacéuticos colaboradores. A vosotros en especial me quiero dirigir para comunicaros que en este próximo año queremos contar más con vuestra participación en todos nuestros proyectos. Y nuestro evento más importante en 2017 es el X Congreso Nacional de Atención Farmacéutica que con el lema: *"Del servicio profesional a la continuidad asistencial"* se celebrará en Burgos del 26 al 28 de Octubre.
Os esperamos a todos.

Mercé Martí
Presidenta Fundación Pharmaceutical Care España

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Pharmaceutical CARE

Pharm Care Esp. 2016; 18(6): 241-250

ORIGINAL

Evaluación de la contaminación con agentes citotóxicos en hospitales en Colombia.

Evaluation of contamination by cytotoxic agents in colombian hospitals.

Enciso-Zarate A[1], Guzmán-Oviedo J[1], Sánchez-Cardona F[1], Martínez-Rohenes D,[1]

Rodríguez-Palomino JC[1], Alvarez-Risco A[2], Del-Aguila-Arcentales S[3], Diaz-Risco S[4].

[1]Liga Colombiana contra el Cáncer. Colombia
[2]Instituto de Investigación. Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres. Perú
[3]Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos. Universidad de San Martín de Porres. Perú
[4]Centro de Fertilidad de Cajamarca.Perú

RESUMEN

Introducción: Las revisiones del 2007 a la farmacopea americana vigente en todo el hemisferio occidental (USP capítulo 797) incluyen una sección sobre el manejo de fármacos peligrosos como preparaciones magistrales estériles, donde se recomienda el muestreo ambiental para detectar trazas de fármacos peligrosos no contenidos, afirmando que esta medida de calidad debe llevarse a cabo de forma rutinaria.

Objetivo: Determinar la tasa de contaminación con agentes citotóxicos en las áreas de trabajo de tres instituciones hospitalarias de Colombia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Se recolectaron muestras de 18 áreas evaluando simultáneamente la presencia de tres fármacos que han sido históricamente usados como trazadores de contaminación química: Ciclofosfamida, 5-Fluorouracilo y Carboplatino. Se evalúan superficies de áreas de preparación (cabina de seguridad biológica-CSB o aislador de barrera-AB), alistamiento y administración de medicamentos oncológicos incluyendo áreas comunes a la central de mezclas y la sala de administración de medicamentos oncológicos.

Resultados: En el departamento de enfermería y farmacia existe contaminación química debido a los medicamentos citostáticos. En enfermería la contaminación se dio más debido a Carboplatino mientras que en el área de central de mezclas, el fármaco que más detectado fue 5-fluoruracilo.

Fecha de recepción 10/06/2016 Fecha de aceptación 18/11/2016
Correspondencia: Aldo Alvarez Risco
Correo electrónico: aalvarezr@usmp.pe

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

La comparación entre ambos departamentos permite evidenciar que la mayor tasa de contaminación se ha encontrado en farmacia. El principio activo más detectado fue 5-fluoruracilo.

Conclusión: Se recomienda que las instituciones revisen los estándares para la preparación y administración de fármacos peligrosos a la luz de la normatividad mundial (USP, ASHP, ISOPP) en aspectos como la política y el procedimiento actual, controles de ingeniería, procedimientos de limpieza, manipulación de los viales del fabricante, evaluación de la CSB o AB, capacitación y educación del personal tanto en las áreas de preparación y administración, uso de EPP adecuados, la incidencia de derrames recientes en el área de la farmacia o de preparación que podrían elevar los niveles de detección y la implementación de CSTD.

Palabras clave: citotóxicos, cáncer, Colombia, centros hospitalarios

ABSTRACT

Introduction: The reviews made in 2007 to the current American pharmacopoeia throughout the Western Hemisphere (USP Chapter 797) include a section about handling hazardous drugs as master sterile preparations. In this sense, environmental sampling is recommended to detect traces of dangerous and not contained drugs. It is stated this quality measure should be carried out routinely.

Objective: To determine the rate of contamination with cytotoxic agents in the working areas of three hospitals in Colombia.

Material and Methods: It was carried out a descriptive, prospective and cross-sectional study. Samples were collected simultaneously from 18 areas. It was evaluated the presence of three drugs that have been historically used as tracers of chemical contamination: Cyclophosphamide, 5-fluorouracil and carboplatin. The surface of preparation areas (biological safety cabinet or isolator CSB-barrier-AB), enlistment areas and the ones of cancer drugs administration including common areas of the central mixing and living areas of oncology drugs administration were evaluated.

Results: In the department of nursing and pharmacy exists chemical contamination caused by cytostatic drugs. In nursing pollution was mainly related to carboplatin while in the central mixing area, the most detected document was 5-fluorouracil. The comparison between both departments shows that the highest rate of contamination was found in pharmacy. The most detected active substance was 5-fluorouracil.

Conclusion: It is recommended that institutions review the standards for the preparation and administration of hazardous drugs in the light of global standards (USP, ASHP, Isopp) in areas such as politics and the current procedure, engineering controls, cleaning procedures, handling manufacturer's vials, assessment of CSB or AB, training and education of the staff both, in the areas of preparation and administration, use of appropriate PPE, the incidence of recent spills in the pharmacy or preparation area that could raise detection levels and the implementation of CSTD.

Key words: cytotoxic agents, cancer, Colombia, hospitals

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Enciso-Zarate A, Guzmán-Oviedo J, Sánchez-Cardona F, Martínez-Rohenes D, Rodríguez-Palomino JC, Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcentales S, Diaz-Risco S.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se espera que para 2030 la cifra de nuevos casos supere los 25 millones[1]. Los medicamentos usados para el tratamiento de este tipo de enfermedades, contienen fármacos de elevada toxicidad, principalmente hematopoyética, renal, hepática, digestiva y dérmica, puesto que inhiben el crecimiento de las células cancerosas mediante la alteración del metabolismo, el bloqueo de la división y la reproducción celular[2]. En 1999, OSHA (Occupational Safety and Health Administration) comienza a preocuparse por la exposición laboral del personal sanitario a antineoplásicos, y publica un manual técnico sobre el control de la exposición laboral a compuestos citotóxicos[3]. Más recientemente, ASHP (American Society of Hospital Pharmacists) actualizó sus recomendaciones para la manipulación segura de citotóxicos[4].

En términos de exposición ocupacional, los fármacos peligrosos (FP) se definen como agentes que, por su inherente toxicidad, representan un peligro para el personal sanitario. La exposición ocurre durante todo el ciclo de vida del fármaco, desde su manufactura, transporte o distribución hasta la preparación, administración y eliminación de los residuos. Así pues, el personal expuesto puede ser tanto trabajadores de la industria encargados de su producción, embalaje y distribución, como personal sanitario (médicos, farmacéuticos, personal de enfermería o técnicos sanitarios) encargados de la preparación, administración y eliminación de residuos.

Desde finales de la década de los años setenta, Flarck y col. observaron que el personal de enfermería que trabajaba sin protección en ambientes donde se preparaban y administraban fármacos citotóxicos presentaba concentraciones en orina de sustancias mutagénicas más elevadas que el personal no expuesto[5]. Estos hallazgos fueron confirmados en posteriores estudios sobre mutagenicidad urinaria, aberraciones cromosómicas e intercambios de cromátidas hermanas, en el personal sanitario que manejaba fármacos citotóxicos.[6-9]

En 2004, NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) publicó una alerta sobre la exposición laboral a agentes antineoplásicos y otros fármacos peligrosos,[10] lo cual volvió a destacar lo descrito por McDewitt desde 1993: Que la manipulación durante la preparación y administración de fármacos peligrosos puede causar al personal sanitario problemas de salud a corto y largo plazo,[11] tales como erupciones en la piel, sequedad en las mucosas, alopecia, decaimiento, infertilidad, abortos involuntarios,[12,13] defectos de nacimiento,[14,15] daño hepático,[16] y posiblemente leucemia u otros tipos de cáncer.[17,18]

Las revisiones del 2007 a la farmacopea americana vigente en todo el hemisferio occidental[19] (USP capítulo 797) incluyen una sección sobre el manejo de fármacos peligrosos como preparaciones magistrales estériles, donde se recomienda el muestreo ambiental para detectar trazas de fármacos peligrosos no contenidos, afirmando que esta medida de calidad debe llevarse a cabo de forma rutinaria. Los resultados del presente estudio pretenden cuantificar trazas de tres fármacos peligrosos (FP) en el entorno laboral de

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

tres Instituciones Prestadoras de salud (IPS) de Colombia donde reciben atención más de 1500 pacientes oncológicos al mes.

OBJETIVO

Determinar la tasa de contaminación con agentes citotóxicos en las áreas de trabajo de tres instituciones hospitalarias de Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. Se recolectaron muestras de 18 áreas evaluando simultáneamente la presencia de tres fármacos que han sido históricamente usados como trazadores de contaminación química: Ciclofosfamida, 5-Fluorouracilo y Carboplatino. Se evalúan superficies de áreas de preparación (cabina de seguridad biológica-CSB o aislador de barrera-AB), alistamiento y administración de medicamentos oncológicos incluyendo áreas comunes a la central de mezclas y la sala de administración de medicamentos oncológicos.

El método de muestreo utilizado para cuantificar la masa por centímetro cuadrado de los antineoplásicos consistió en delimitar áreas de inspección de 30 cm^2 donde se realizaría la muestra por arrastre con un par de hisopos cilíndricos absorbentes, por cada área. Cada hisopo se introduce previamente en un tubo de tapa rosca con 3 mL de alcohol isopropílico. Después de humedecerse, se deja caer el hisopo sobre el área y se realiza el arrastre en forma de «S» con un hisopo en sentido vertical y con el otro en sentido horizontal. Cada muestra se guardó en su respectivo frasco con tapa rosca identificando claramente el área a la que corresponde. Las 18 muestras tomadas por los Químicos Farmacéuticos de las instituciones que participaron en el estudio fueron remitidas al Laboratorio ChemoGLO donde fueron analizadas mediante cromatografía líquida de alta eficiencia acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS / MS)[20]. Los resultados del análisis son remitidos a cada institución para luego unificar los datos y redactar el informe final.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los resultados de las pruebas por lugar y departamento donde se ubica cada área inspeccionada. La concentración de cada fármaco está expresada en nanogramos /centímetro cuadrado [ng/cm^2]. Se puede apreciar que tanto en el departamento de enfermería como en el de farmacia existe contaminación química debido a los medicamentos citostáticos. Se aprecia, además, que en enfermería la contaminación se dio más debido a Carboplatino, mientras que en el área de central de mezclas, el principio activo que se detectó más veces fue 5-fluoruracilo.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 1. Contaminación Química por Área de Inspección

LUGAR	DEPARTAMENTO	AREA INSPECCIONADA	5-FLUOROURACILO	CICLOFOSFAMIDA	CARBOPLATINO
IPS 1	Central de Mezclas	Área de trabajo manual	>2000.00	24.22	77.40
IPS 1	Central de Mezclas	Cara Posterior CSB	77.74	211.22	78.86
IPS 1	Central de Mezclas	Cara Anterior CSB	ND	ND	ND
IPS 1	Central de Mezclas	Cara Lateral Der CSB	ND	ND	ND
IPS 1	Central de Mezclas	EPP (Bata Q.F Producción)	>2000.00	ND	93.69
IPS 1	Central de Mezclas	Exclusa	182.70	20.77	ND
IPS 1	Enfermería	Carro Transporte MED	ND	ND	ND
IPS 1	Enfermería	Área de trabajo manual	ND	ND	30.38
IPS 1	Enfermería	Almacenamiento MED	ND	1676.49	101.20
IPS 1	Enfermería	EPP (BATA ENFERMERO)	ND	ND	ND
IPS 1	Enfermería	Dosis Unitaria del MED	1229.09	ND	ND
IPS 1	Central de Mezclas	Piso en área blanca CSB	ND	37.28	ND
IPS 2	Central de Mezclas	Área de trabajo manual	111.93	908.59	13.80
IPS 2	Enfermería	Dosis Unitaria del MED	ND	ND	12.16
IPS 2	Enfermería	Área de trabajo manual	ND	ND	ND
IPS 3	Central de Mezclas	Área de trabajo manual	>4000.00	ND	25.80
IPS 3	Central de Mezclas	Carro Transporte MED	289.04	30.42	ND
IPS 3	Central de Mezclas	Exclusa	ND	ND	ND

ND = No detectable (<0,01 ng/cm^2)

Basado en los datos de la tabla 1, se muestra en la figura 1 la tasa de contaminación por los departamentos de enfermería y farmacia. La comparación evidencia que la mayor tasa de contaminación se ha encontrado en las preparaciones realizadas por el departamento de farmacia (50% de diferencia para 5-Fluorouracilo; 40% de diferencia para Ciclofosfamida; 2% de diferencia para Carboplatino).

La figura 2 muestra la cantidad total detectada de los medicamentos. En términos generales, el principio activo más detectado fue 5-fluoruracilo.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Figura 1: Tasa de contaminación por departamento

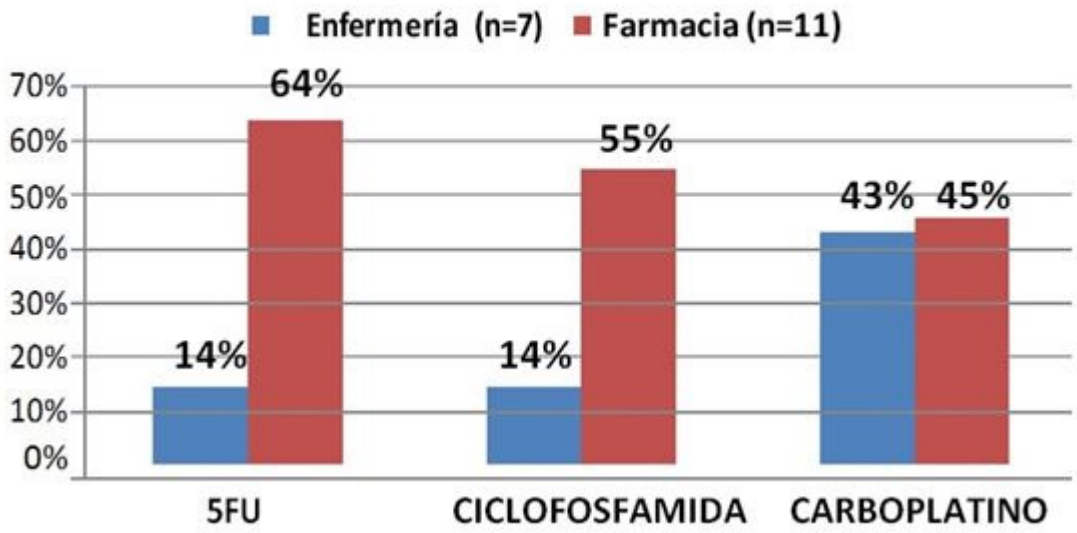

Figura 2: Cantidad total detectada (ng/cm²)

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

DISCUSIÓN

Para este estudio, la tasa media de contaminación de superficies es del 43%, lo que se correlaciona con los estudios publicados por Connor[21] y Siderov[22] que demuestran que los niveles de contaminación química producto de la liberación de vapores y aerosoles de medicamentos peligrosos prevalece a pesar de la existencia de controles de ingeniería primarios (cabinas de seguridad biológica o aisladores de barrera) y secundarios (filtros, sistemas de ventilación),[23] llegando incluso a contaminar el producto terminado (dosis unitaria) y las áreas de enfermería donde se administran estos medicamentos. La tasa media de contaminación por departamento muestra que un 25% de las áreas de enfermería y un 55% de las áreas de las centrales de mezclas están contaminadas con alguno de los FP evaluados.

El nivel de contaminación química es más alto para 5-Fluorouracilo que para los demás fármacos evaluados aunque cabe resaltar que cualquier nivel detectable es inaceptable y constituye riesgo para la salud. Este estudio concentra su análisis en tres fármacos marcadores de contaminación, sin embargo, la exposición laboral de los trabajadores de la salud asociados a la práctica de oncología puede ser mayor a la registrada pues hay exposición a vapores y aerosoles de más de 20 fármacos peligrosos todos los días.

Así pues, la evidencia actual pone de manifiesto la necesidad del uso obligado de equipo de protección personal (EPP), reducir la exposición del personal sanitario a los fármacos peligrosos, ya que pueden ser potencialmente peligrosos para la salud. En Colombia, ya está disponible la tecnología que podría ayudar a contener este importante riesgo laboral: Los sistemas cerrados de transferencia de medicamentos (CSTD, por sus siglas en inglés),[24] que suponen un complemento ideal para la contención del riesgo de exposición química y cuya eficacia ha sido probada durante casi dos décadas[25-27]. Estudios han encontrado presencia de fármacos peligrosos o sus metabolitos en la orina de los trabajadores de la salud expuestos a ambientes de trabajo contaminados, incluso el personal expuesto a FP en tabletas orales da positivo a pruebas en orina[28]. Esto prueba que la exposición a contaminantes químicos en el sitio de trabajo es la causa inicial de que dicha contaminación traspase las medidas de prevención (CSB/AB y EPP).

Un principio general de economía establece que las necesidades en salud pueden ser infinitas mientras que los recursos disponibles para atenderlas son cada vez más escasos. Una forma de evaluar si los recursos en salud están siendo bien invertidos es realizando evaluaciones económicas completas de las tecnologías sanitarias utilizadas en el contexto del sistema de salud propio de cada país. Adoptar o rechazar una tecnología sanitaria considerando solamente su costo de implementación, sin evaluar su eficacia o seguridad es con frecuencia el error más costoso para un sistema de salud, por tal razón es imperativo que los tomadores de decisiones cuenten con información suficiente para calificar una tecnología sanitaria, compararla con la que esté vigente y establecer si la sociedad o el sistema de salud debe asumir lo que se está dispuesto a invertir por una tecnología que suponga un avance en efectividad y seguridad. En el escenario del

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

sistema de salud colombiano, la implementación de nuevas tecnologías como los CSTD puede surgir desde varias perspectivas. En Chile, por ejemplo, la industria farmacéutica ha empezado a subsidiar la implementación de los CSTD como estrategia de Bioseguridad, en Norteamérica y Europa el uso de CSTD es asumido por el sistema de salud, pues se ha demostrado con creces su coste-efectividad. De cualquier forma, por definición, es el generador del riesgo quien debe mitigarlo y asumir el coste de las estrategias para su contención, indicar cual actor del sistema de salud deba hacerlo claramente no es objetivo de este análisis.

Estudios como este, tienen como objeto despertar conciencia profesional de personal de farmacia y enfermería, así como promover la salud y seguridad laboral. Sin embargo, se requiere mayor compromiso de los organismos de inspección y vigilancia para controlar aspectos críticos en las preparaciones magistrales estériles como son: el riesgo de contaminación química, el manejo de residuos tóxicos y la estabilidad microbiológica del contenido de los viales una vez reconstituidos, aspectos sobre los cuales los verdaderos CSTD ofrecen una solución definitiva.

CONCLUSIÓN

La evidencia recopilada en este estudio concuerda con lo descrito en la literatura y pone de manifiesto el grave riesgo para la salud del personal asistencial expuesto a agentes citostáticos y demás fármacos peligrosos. Basándose en los resultados de este estudio, se recomienda que las instituciones revisen los estándares para la preparación y administración de fármacos peligrosos a la luz de la normatividad mundial (USP, ASHP, ISOPP) en aspectos como la política y el procedimiento actual, controles de ingeniería, procedimientos de limpieza, manipulación de los viales del fabricante, evaluación de la CSB o AB, capacitación y educación del personal tanto en las áreas de preparación y administración, uso de EPP adecuados, la incidencia de derrames recientes en el área de la farmacia o de preparación que podrían elevar los niveles de detección y la implementación de CSTD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa: Cáncer. [Consultado 16 Feb 2016). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
2. González-Álvarez A, López-Montenegro Soria MA, Albert Marí A, Martínez Gómez MA, Porta Oltra B, Jiménez Torres NV. Exposición a fármacos citotóxicos en el personal sanitario. Farm Hosp. 2012; 36(5):368-373
3. Occupational Safety and Health Administration OSHA Technical Manual. Disponible en: http://www.osha.gov/dts/osta/otm/otm toc.html/
4. ASHP Reports: ASHP Guidelines on Handling Hazardous Drugs. Am J Health Syst Pharm. 2006; 63:1172-1191.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

5. Falck K, Grohn P, Sorsa M, Vainio H, Heinonen E, Holsti LR. Mutagenicity in urine of nurses handling cytostatic drugs. Lancet. 1979; 1:1250-1.
6. Baker ES, Connor TH. Monitoring occupational exposure to cancer chemotherapy drugs. Am J Health Syst Pharm. 1996; 15:2713-23.
7. Sorsa M, Anderson D. Monitoring of occupational exposure to cytostatic anticancer agents. Mutat Res. 1996; 17:253-61.
8. Sessink PJ, Bos RP. Drugs hazardous to healthcare workers - Evaluation of methods for monitoring occupational exposure to cytostatic drugs. Drug Saf. 1999; 20:347-59.
9. Valanis BG, Vollmer WM, Labuhn KT, Glass AG. Acute symptoms associated with antineoplastic drug handling among nurses. Cancer Nurs. 1993;16(4):288-295.
10. National Institute for Occupational Safety and Health. DHHS (NIOSH) Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Healthcare Settings. Publication No 2004-165; 2004.
11. McDevitt JJ, Lees PS, McDiarmid MA. Exposure of hospital pharmacists and nurses to antineoplastic agents. J Occup Med. 1993; 35(1):57-60.
12. Lawson CC, Rocheleau CM, Whelan EA. Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206(4):327.e1-8.
13. Hemminki K, Kyronen P, Lindbohm ML. Spontaneous abortions and malformations in the offspring of nurses exposed to anaesthetic gases, cytostatic drugs, and other potential hazards in hospitals, based on registered information of outcome. J Epidemiol Community Health. 1985; 39(2):141-147.
14. Skov T, Maarup B, Olsen J, Rørth M, Winthereik H, Lynge E. Leukaemia and reproductive outcome among nurses handling antineoplastic drugs. Br J Ind Med. 1992; 49(12):855-861.
15. Cavallo D, Ursini CL, Perniconi B, et al. Evaluation of genotoxic effects induced by exposure to antineoplastic drugs in lymphocytes and exfoliated buccal cells of oncology nurses and pharmacy employees. Mutat Res. 2005; 587(1-2):45-51.
16. Sotaniemi EA, Sutinen S, Arranto AJ, Sutinen S, Sotaniemi KA, Lehtola J, et al. Liver damage in Nurses handling cytostatic agents. Acta Med Scand. 1983; 214(3):181-189.
17. Hansen J, Olsen JH. Cancer morbidity among Danish female pharmacy technicians". Scand J Work Environ Health.1994; 20(1):22-26.
18. Connor TH, DeBord DG, Pretty JR, Oliver MS, Roth TS, Lees PD, et al. Evaluation of antineoplastic drug exposure of health care workers at three university-based US cancer centers. J Occup Environ Med. 2010; 52(10):1019-27.
19. USP <797> Pharmaceutical Compounding – Sterile Preparations. Revision Bulletin 2007.
20. ChemoGlo. How to Conduct Wipe. Disponible en: https://www.chemoglo.com/wipeprocedure.aspx
21. Connor TH, Anderson RW, Sessink PJ, Broadfield L, Power LA. Surface contamination with antineoplastic agents in six cancer treatment centers in Canada and the United States. Am J Health Syst Pharm. 1999; 56(14):1427-32.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

22. Siderov J, Kirsa S, McLauchlan R. Surface Contamination of Cytotoxic Chemotherapy Preparation Areas in Australian Hospital Pharmacy Departments. Journal of Pharmacy Practice and Research. 2009; 39(2):117-121.
23. Crauste-Manciet S, Sessink PJ, Ferrari S, Jomier JY, Brossard D. Environmental contamination with cytotoxic drugs in healthcare using positive air pressure isolators. Ann Occup Hyg. 2005; 49(7):619-628.
24. Power LA. Closed-system transfer devices for safe handling of injectable hazardous drugs, Pharmacy Practice News, June 2013.
25. McMichael D, Jefferson D, Carey E et al. Utility of the PhaSeal closed system drug transfer device. The American Journal of Pharmacy Benefits. 2011; 3(1): 9-16
26. Rowe EC, Savage SW, Rutala WA, Weber DJ, Gergen-Teague M, Eckel SF. An economic and microbiologic evaluation of single dose vial extension for hazardous drugs. J Oncoloy Practice. 2012; 8(4):e45-e49.
27. Carey, E. et al. Second look utilization of a closed-system transfer device (PhaSeal). Am J Pharm Benefits. 2011;3(6): 1-18.
28. Nyman HA, Jorgenson JA, Slawson MH. Workplace contamination with antineoplastic agents in a new cancer hospital using a closed-system drug transfer device. Hospital Pharmacy. 2007; 42(3):219-225.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Pharmaceutical CARE

Pharm Care Esp. 2016; 18(6): 251-264

Original

Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe.(Cartagena, Colombia)

Adherence, treatment satisfaction and quality of life in patients with breast cancer at the Hospital Universitario del Caribe. (Cartagena, Colombia)

Álviz Amador A[1], Martínez Zambrano J[2], Marrugo Padilla A[2], Taron Dunoyer A[2], Diaz Mulford A[2], Paut Quiñonez AE[2].

[1]Quimico Farmacéutico. Profesor de la Facultad de Ciencias Farmaceuticas. Departamento de Farmacia. Universidad de Cartagena (Colombia)

[2]Universidad de Cartagena, Facultad de Ciencias Farmacéuticas, E.S.E. Hospital Universitario del Caribe, Grupo de

RESUMEN

Objetivos: Determinar la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, trasversal, desarrollado en el Hospital Universitario del Caribe, entre agosto de 2014 y abril de 2015. La muestra fueron 23 pacientes, diagnosticadas de cáncer de mama. La adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida se determinaron con los instrumentos siguientes: Cuestionario simplified medication adherence questionnaire (SMAQ), registro de dispensación del hospital (RD), test de satisfacción ESTAR del Estudio ARPAS adaptado y el cuestionario WHOQOL BREF respectivamente. El cuestionario ESTAR fue validado por expertos y mediante alfa de Cronbach.

Resultados: El 54,78% de las pacientes (según SMAQ), fueron no adherentes a quimioterápicos, la satisfacción fue de 3,94 (rango 0-6). La calidad de vida estuvo en un promedio de 3.2 (rango 1-5), con valores de 14,5% y 7,14% en el nivel 5 del rango. La mayoría de dimensiones del cuestionario de calidad de vida guardan una correlación directamente proporcional con el nivel total de satisfacción al tratamiento; arrojando un dato negativo (-0,3207) únicamente en la dimensión de satisfacción con la eficacia al tratamiento

Fecha de recepción 05/07/2016 Fecha de aceptación 10/11/2016
Correspondencia: Antistio Álviz Amador
Correo electrónico: aalviza@unicartagena.edu.co

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Conclusiones: La calidad de vida fue media y baja, la adherencia y satisfacción al tratamiento fueron bajas y se presentó una correlación inversa entre calidad de vida y la satisfacción al tratamiento, probablemente a causa de reacciones adversas indeseables que se constituyen en disminución de la calidad de vida.

Palabras clave: Cáncer de mama, adherencia, calidad de vida y satisfacción al tratamiento

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence, treatment satisfaction and quality of life of patients with breast cancer.

Materials and methods: A descriptive, prospective, cross-sectional study, developed at the Hospital Universitario del Caribe, between August 2014 and April 2015. The sample consisted of 23 patients, diagnosed with breast cancer. Adherence, Treatment Satisfaction and quality of life were determined with the following instruments: Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) , Dispensing Record (DR) , satisfaction test ESTAR of ARPAS Study adapted and WHOQOL BREF respectively. The ESTAR questionnaire was validated by experts using Cronbach's alpha

Results: 54.78 % of patients (according SMAQ) were no adherent to chemotherapy, satisfaction was 3.94 (range 0-6) . Quality of life was on average 3.2 (range 1-5), with values of 14.5% at level 1 and 7.14% at level 5 range . Most dimensions of QoL questionnaire bear a direct correlation with the overall level of satisfaction to treatment; casting a negative figure (-0.3207 ***) only in the dimension of satisfaction with treatment effectiveness.

Conclusions: The quality of life was medium and low, adherence and treatment satisfaction the decreased treatment and an inverse correlation between quality of life and treatment satisfaction, probably because of undesirable adverse reactions are in declining quality of life.

Key words: Breast cancer, Adherence, Quality of life and Treatment Satisfaction

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno de mayor frecuencia en mujeres, presentando más de 1,2 millones de casos diagnosticados cada año y produciendo unas 500.000 muertes anuales en todo el mundo, consolidándose así como la primera causa de muerte por neoplasias en la mujer[1]; este es un tumor raro antes de los 25 años[2] y representa el segundo cáncer más frecuente en América Latina[3], incrementado en incidencia y mortalidad en la última década[4], con cifras aproximadas de 83 muertes de mujeres por día[5].

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

En Colombia, entre el 2010 y el 2014 se posicionó como la primera neoplasia más incidente[6] con 7627 casos reportados (Observatorio Nacional de Salud ONS). En el mismo periodo fue reportado como el tumor que más muertes ocasionó, presentando un aumento en la tasa de mortalidad ajustada pasando de 12,58 en el 2010 a 13,09 en el 2014 por cada 100.000 habitantes[7,8].

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células del tejido mamario[5], representa una familia de enfermedades compuesta por 4 tipos moleculares bien definidos, los cuales se diferencian con base en la expresión de receptores de membrana por parte de la célula cancerosa, incluidos el receptor del factor de crecimiento epidérmico (HER2) y receptores hormonales (Estrógenos y progestágenos). De esta manera encontramos tumores hormonodependientes o luminales (subclasificados en A y B), tumores con amplificación del oncogén HER2 y los denominados triple negativos, que no expresan ninguno de los receptores descritos[1].

Las posibilidades de recurrencia o metástasis del cáncer de mama dependen del momento en que se establezca el diagnóstico, del estadio de la enfermedad y del tratamiento instituido[3], siendo este último de vital importancia para contrarrestar el crecimiento celular. Existen cuatro modalidades de tratamiento, incluidas la cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia[9], las cuales se emplean según el estadio patológico, de esta manera los estadios I, II y III requieren tratamiento local (cirugía +/- radioterapia) y tratamiento complementario o adyuvante con medicamentos cuya composición depende de las características moleculares del tumor[1].

En la actualidad van en aumento las investigaciones sobre el impacto del cáncer sobre la salud biopsicosocial, demostrándose que tanto la enfermedad como los tratamientos, son capaces de generar pérdidas en la percepción de calidad de vida en cada una de sus dimensiones (físico, psicológico, social y espiritual)[10], entendida la calidad de vida como un concepto subjetivo y multifactorial, que especifica la noción humana relacionada con el grado de satisfacción sobre su condición física, estado emocional, vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le otorga a su propia vida[11,12]. En el ámbito oncológico, el concepto de calidad de vida se relaciona con la habilidad de los pacientes para manejar sus actividades diarias en función de su condición física (control de síntomas), bienestar psicológico y la ejecución de quehaceres cotidianos[4]. El diagnóstico y tratamiento quirúrgico inicial del cáncer de mama son acontecimientos estresantes que producen en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento de su calidad de vida, afectando la feminidad, la autoestima y la sexualidad[5]. Numerosas investigaciones concluyentes muestran la quimioterapia como el tratamiento médico adyuvante relacionado con una más marcada disminución en la Calidad de Vida del paciente oncológico[11].

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas. Sanabria[13], recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social[12]. El objetivo del presente trabajo fue determinar la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe, (Cartagena de Indias, Colombia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y de cohorte trasversal, desarrollado en el servicio de oncología de la E.S.E Hospital Universitario del Caribe del distrito Cartagena de Indias (Colombia), durante un periodo de ocho meses, enmarcados en el intervalo de tiempo de agosto 2014 al mes de abril de 2015.

Selección de los participantes. La muestra de estudio estuvo conformada por 23 pacientes de sexo femenino, diagnosticadas con cáncer de mama, que aceptaron participar en el estudio, con previa firma del consentimiento informado. Los pacientes se seleccionaron mediante entrevista inicial al llegar al servicio de oncología ambulatorio de la ESE Hospital Universitario del Caribe (HUC), durante el periodo de selección se presentaron 30 pacientes, de los cuales 25 aceptaron formar parte de manera activa, sin embargo dos de estas salieron de la estudio por no cumplir con los criterios de inclusión, incluidos la edad entre 30 y 60 años, padecer el cáncer en etapa no terminal y no presentar trastornos psicóticos diagnosticados con o sin tratamiento psiquiátrico instaurado.

Caracterización sociodemográfica de las pacientes. Una vez seleccionada la muestra de estudio y posterior a la firma del consentimiento informado, se llevó a cabo el proceso de socialización del trabajo con cada una de las pacientes, se aplicó el instrumento para la recolección de la información sociodemográfica como edad, ocupación, escolaridad entre otras.

Determinación de la adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de las participantes. Estos parámetros fueron determinados mediante aplicación de los instrumentos cualitativos de medición: cuestionario simplified medication adherence questionnaire (SMAQ) y registro de dispensación del hospital (RD) del área de oncología del HUC, para el caso de la adherencia, la satisfacción al tratamiento se determinó mediante la aplicación del test de satisfacción ESTAR del Estudio ARPAS para pacientes VIH adaptado a mujeres con Cáncer de mama en el presente estudio[14,15], finalmente se empleó el cuestionario WHOQOL BREF para el seguimiento de la calidad de vida de las pacientes, este último representa una herramienta que permite medir el perfil de calidad de vida en cuatro áreas definidas, incluidas la física, psicológica, ambiental y de relaciones sociales[16], debido a la relación que estas presentan como factores influyentes en el bienestar del individuo[13].

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Análisis de resultados. Los datos obtenidos fueron analizados empleando estadística descriptiva, para el caso particular de los resultados de adherencia según SMAQ y el RD se evaluó el grado de concordancia mediante Kappa de Cohen, aceptando como concordantes valores de k < 1. Con relación al cuestionario ESTAR adaptado a pacientes con cáncer de mama, se realizó el análisis de confiabilidad alfa de Cronbach y validez por expertos en psicología y farmacia. Por último, fueron realizadas asociaciones estadísticas utilizando correlaciones bivariadas de Pearson entre los datos de calidad de vida y satisfacción al tratamiento, aceptando correlación estadística a valores de P < 0,05; finalmente se aplicó una prueba T de students entre los grupos de pacientes adherentes y no adherentes, en función a la satisfacción del tratamiento tanto con SMAQ y RD, aceptando diferencias estadísticas significativas con un valor de p< 0,05

RESULTADOS

Las características sociodemográficas desglosadas en la tabla 1, exponen los elementos más representativos de la muestra, como el intervalo de edad entre 51 a 60, el sexo femenino predominante, la comercialización de productos como actividad productiva de las pacientes, el nivel ocupación elevado, grado de escolaridad básica secundaria, el estado civil unión libre y la presencia de un núcleo familiar definido, con valores y porcentajes de (14,0 – 60,9%; 23,0 - 100%; 6,0 – 26,1%; 18,0 – 78,3%; 7,0 – 30,4%; 7,0 – 30,4%; 21,0 – 91,3%) respectivamente.

Los resultados de la adherencia de las pacientes al tratamiento quimioterápico contra el cáncer, basado en SMAQ y RD, arrojaron resultados cualitativos y cuantitativos, de esta manera según el SMAQ y como lo ilustra la tabla 3, diez pacientes equivalentes al 43,5% fueron adherentes y las 13 restantes (56.5%) no lo fueron, mientras que según el RD 14 pacientes (60,9%) fueron adherentes en contraste con 9 (39,1%) no adherentes.

Al comparar los resultados de adherencia arrojados por las dos herramientas empleadas para su evaluación se puede observar que estos no presentaron diferencia estadística significativa, el grado de concordancia fue de 0,6.

Los resultados obtenidos para la satisfacción al tratamiento se desglosan en la tabla 3, junto con los ítems adaptados del test ESTAR, su contenido fue validado por expertos y para medir confiabilidad aplicando el alfa de Cronbach, el cual dio como resultado un alfa de 0,8, lo cual indica muy buena confiabilidad.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 1. *Características socio demográficas de las pacientes integrantes de la muestra de estudio*

Intervalos de Edad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
30 – 40	2	8,7
41 – 50	7	30,4
51 – 60	14	60,9
Sexo	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Femenino	23	100
Masculino	0	0,0
Ocupación	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Docente	2	8,7
Ama de casa	5	21,7
Vendedora / Comerciante	6	26,1
Trabajadora independiente	3	13,1
Empleada doméstica	4	17,4
Costurera	2	8,7
Gerente	1	4,3
Nivel de ocupación	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Empleada	18	78,3
Desempleada	5	21,7
Nivel de escolaridad	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Ninguno	1	4,3
Básica Secundaria	7	30,4
Técnico Profesional	6	26,1
Tecnológico Profesional	5	21,7
Profesional	3	13,1
Postgrado	1	4,3
1Estado civil	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Soltera	3	13,0
Unión libre	7	30,4
Casada	6	26,1
Viuda	2	8,7
Separada / Divorciada	5	21,7
Situación familiar	**Número de pacientes**	**Porcentaje (%)**
Sin núcleo familiar	2	8,7
Con núcleo familiar definido	21	91,3

Tabla 2. *Adherencia de los pacientes según SMAQ y registro de dispensación*

	ADHERENCIA (n:23)			
	SMAQ		REGISTRO DE DISPENSACION	
	n	%	n	%
Pacientes adherentes	10	43,5	14	60,9
Pacientes no adherentes	13	56,5	9	39,1
Kappa: 0,6				

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 3. *Cuestionario ESTAR adaptado a pacientes Colombianas con cáncer de mama. N =23*

Dimensiones	Rango	Media ± ESM	% Vmin (0)	%Vmax (6)
1. Satisfacción al tratamiento	0 -6	5,17 ± 0,23	0%	52,17%
2. satisfacción con eficacia del tratamiento	0 -6	4,65 ± 0,17	0%	17,39%
3. Satisfacción efectos secundarios de la quimioterapia	0 -6	4,04 ± 0,29	4,35%	21,73%
4. Satisfacción exigencias del tratamiento	0 -6	4,04 ± 0,36	13,04%	26,08%
5. Satisfacción con la comodidad del tratamiento.	0 -6	4,69 ± 0,26	0%	39,13%
6. Satisfacción con conocimiento sobre cáncer de mama	0 -6	2,78 ± 0,40	39,13%	13,04%
7. Satisfacción cómo se adapta la quimioterapia a su forma de vida	0-6	4,43 ± 0,33	4,347%	43,47%
8. Satisfacción al continuar con el tratamiento	0-6	1,73 ± 0,18	52,17%	0%
Media	0-60	34±0,27	14,13%	26,63%
Total	0-60	31,5±2,22		
Alfa de Cronbach		0,76		

Por otro lado, Los resultados obtenidos al evaluar la calidad de vida de las pacientes empleando el test WOQOL BREF, son presentados en la tabla 5. De ésta puede inferirse basados en el promedio calculado (3.2), que las pacientes poseen una calidad de vida intermedia.

Con respecto a los análisis de correlación bivariada de Pearson entre calidad de vida y satisfacción al tratamiento, los resultados se presentan en la Tabla 5.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla Nº 4. Test de calidad de vida WOQOL BREF

Dimensiones	Rango	Media ± ESM	%Vmin (1)	%Vmax (5)
1- ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1 -5	4,0 ± 0,11	0%	13%
2- ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1 -5	3,04 ± 0,18	4,35%	0,0%
3- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1 -5	3,0 ± 0,13	4.35%	0,0%
4- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1 -5	4.75 ± 0,16	0%	78,3%
5- ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1-5	2,47 ± 0,22	26,1%	0,0%
6- ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1-5	2,86 ± 0,07	0%	0,0%
7- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1-5	2,95 ± 0,19	8,7%	0,0%
8- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1-5	2,26 ± 0,21	26,1%	0,0%
9- ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1-5	4,65 ± 0,13	0%	73,9%
10- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1-5	3,04 ± 0,09	0%	0,0%
11- ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1-5	3,52 ± 0,19	0%	13%
12- ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1-5	2,04 ± 0,19	21,7%	0,0%
13- ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1-5	2,39 ± 0,17	8,696%	0,0%
14- ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1-5	4,0 ± 0,16	0%	26,09%
Media		**3,2**	7,14%	14,5%

DISCUSION

El análisis de los resultados obtenidos, válidos sólo para el presente estudio, indican la presencia de elementos que impactan directamente en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama incluidas en la muestra de estudio, en su satisfacción al tratamiento y adherencia farmacológica. Inicialmente al revisar los resultados de la tabla 1, vemos que la mayoría de pacientes tienen por oficio ser vendedoras ambulantes o amas de casa, a lo que se le suma su asistencia a la ESE Hospital Universitario del Caribe, una empresa social del estado que recibe pacientes con una característica en común, pertenecer a estratos sociales medio-bajo con ingresos económicos bajos.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Este grupo de pacientes hacen parte del régimen subsidiado, que en Colombia representan una población vulnerable y por su condición de pobreza, el estado asume sus gastos de salud, corroborando la dificultad que tienen para acceder a tratamientos instaurados de diversa índole, promoviendo la disminución de su adherencia.

En el caso particular de las pacientes incluidas en el estudio, más de un 50% fueron no adherentes según SMAQ y aproximadamente un 40% según el registro de dispensación de la farmacia del Hospital Universitario del Caribe, resultados concordantes entre sí debido al valor de kappa entre mediciones de 0.6. La no adherencia al tratamiento quimioterapico fue alta, pudiéndose atribuir a varios factores, como la disponibilidad de los quimioterapicos de manera oportuna y debido al impacto negativo que tienen las reacciones adversas asociadas a la quimioterapia en las pacientes, evidenciadas con la aplicación del test de satisfacción al tratamiento.

Tabla N°5 *Correlaciones de Pearson de la encuesta satisfacción con las dimensiones del test de calidad de vida*

Dimensiones del test de calidad de vida	Correlaciones Satisfacción
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	0,4260***
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?	-0,3207***
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	0,3467***
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	0,5604**
5 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	0,7963***
6 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	0,4918*
7 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	0,4959*
8 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	0,6194**
9 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	0,4167*
10. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	0,07263
11. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	0,4100
12. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	0,4086
13 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	0,5438**
14. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	0,4357*

Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral); **correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral); ***correlación significativa al nivel 0,001 (bilateral).

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Los resultados de satisfacción al tratamiento expuestos en la tabla 3, mostraron puntajes más altos para las dimensiones 1, 2 y 5 con promedios de 5,17 - 4,69 y 4,65 respectivamente, lo que nos indica que las pacientes se encuentran satisfechas al tratamiento y se sienten cómodas con este, dando un efecto suelo de 0% de las pacientes en el nivel 0, y efecto techo para la dimensión 1 de 52,17% en el nivel 6. A su vez, las dimensiones 2 y 5 mostraron valores bajos para el efecto techo con porcentajes de (17,39% y 39,13%) respectivamente, indicando que algunas de las pacientes se encontraba en un bajo nivel de satisfacción, atribuible a la satisfacción al tratamiento quimioterapico, parámetro que puede aumentar o disminuir la adherencia al tratamiento, creando incumplimiento en los regímenes de dosificación debido a los efectos adversos citotoxicos. Las dimensiones 7 y 8 mostraron en promedio resultados más bajos, con valores de 4.43 y 1.73 respectivamente, al evaluar el efecto techo para la dimensión 7 indica que el 43.47% de las pacientes se encontraban en nivel de 6 de satisfacción en la escala, en contraste con la dimensión 8 donde su efecto techo fue de 0%. Lamentablemente, las pacientes integrantes de la muestra de estudio no poseían suficiente conocimiento sobre la patología que padecían, lo cual las motivaba a dudar de la importancia de respetar la continuidad del tratamiento farmacológico, con base en lo contraproducente que puede ser dejarlo estando en un estadio inicial o intermedio de la patología.

Con respecto a la calidad de vida, Las dimensiones que arrojaron un valor alto fueron la 4 y 9, con valores promedio de 4,75 y 4,65 respectivamente. Estos resultados expresan para el caso de la dimensión 4 la necesidad de la pacientes de utilizar diariamente los tratamientos prescritos para el manejo de la patología, en aras de poder desarrollar satisfactoriamente sus actividades diarias, cabe resaltar el efecto suelo del 0%, lo cual denota que ninguna de las pacientes en el estudio necesita tratamiento en su vida cotidiana. Con respecto a la dimensión 9 los resultados obtenidos nos indica que las pacientes tienen a su disposición información clínica relevante, necesaria para el desarrollo de su vida diaria, acerca de: diagnóstico, medicamentos prescritos, hábitos alimenticios y físicos, observando un efecto techo en el 73,9% de las pacientes. La dimensión que arrojo un resultado más bajo fue la 12, indicando que la mayoría de las mujeres no se encontraban conformes para realizar las actividades desempeñadas anteriormente, incluso tuvieron que abandonar sus trabajos, debido a los efectos adversos y lo incapacitante de la quimioterapia.

De manera global se resaltan los valores de efecto techo en las dimensiones 2-3-5-6-7-8-10-12 y 13, con un valor de 0%, lo cual quiere decir que ninguna de las pacientes tuvo altos niveles de calidad de vida en estos aspectos y observando los efectos suelos también son bajos en sus razones porcentuales; éstas dimensiones en conjunto evalúan la calidad de vida de las pacientes en términos de agotamiento, incapacidad de realizar labores básicas en algunos momentos del día, impacto psicológico que implica para las mujeres padecer esta enfermedad y el giro que tomó su vida al ser diagnosticadas. Todos en conjunto disminuyen la calidad de vida, varios autores han descrito el impacto emocional que implica un diagnóstico de cáncer tanto para la persona afectada como para su familia.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Es así como Castillo & Chesla[17] en 2003 exponen que el cáncer no sólo es una enfermedad crónica que amenaza la vida, sino que simboliza además lo desconocido y lo peligroso, el sufrimiento y el dolor, la culpa, el caos y la ansiedad , lo que se correlaciona con la dimensión número 14, que obtuvo un promedio de 4, lo cual con base en la tabla de frecuencia presentan estos sentimientos.

Por otro lado, la quimioterapia ha trazado un camino en la disminución del riesgo a recurrencia y muerte temprana por cáncer de seno, cato que la ha llevado a posicionarse como un estándar de tratamiento en dicho cáncer. No obstante, en algunos estudios la han identificado como un tratamiento médico que está relacionado con una disminución en el bienestar y en la calidad de vida de los pacientes, reacciones adversas como la caída del cabello, producto directo de la quimioterapia, ha afectado seriamente la autoimagen de las mujeres sometidas a este tipo de tratamiento, quienes hacen referencia a este aspecto[18].

Se destaca a su vez la dimensión número 8 (promedio 2,26 y efecto techo 0%), en estudios de calidad de vida rara vez atienden variables asociadas con déficit económico, educativo y cultural, los cuales son muy frecuentes en países subdesarrollados, dichas variables pueden ser definitorias tanto de la calidad de vida como de una atención exitosa y, por tanto, de mejores probabilidades de recuperación[19]. En nuestro estudio la mayoría de pacientes eran de estratos bajos del distrito de Cartagena; por lo tanto hay unas que no contaban con una alimentación adecuada, ni cómo transportarse hacia el hospital, que era el lugar de tratamiento.

Por último en el estudio se realizaron correlaciones bivariadas de pearson entre las dimensiones del test de calidad de vida y el cuestionario de satisfacción al tratamiento. Algunas de las dimensiones más destacadas por su relación estrecha con la satisfacción, por ejemplo la dimensión 1, tienen una correlación significativa positiva con valor de 0,4260***; esto muestra que la satisfacción total es directamente proporcional a la puntuación de calidad de vida, pues algunas pacientes manifestaron que han disminuido los efectos adversos con los ciclos de quimioterapia, por ende, manifiestan mejoría y recesión de la enfermedad. Otra dimensión a destacar por su alta correlación positiva fue la N° 5 (0,7963***), esta se relaciona con el ambiente en el cual reciben el tratamiento; las pacientes destacan la labor de enfermería y de todo el personal médico y farmacéutico del área de oncología, lo cual a su vez aumenta la calidad de vida. Es decir, entre mejor sea el ambiente físico a su alrededor, como el área de administración de medicamentos, el personal entre otros factores, mejor va a ser la satisfacción de las pacientes con el tratamiento. Finalmente la dimensión N° 2 arrojó una alta relación, pero esta vez negativa (-0.3207***), en este caso, la satisfacción al tratamiento baja a medida que la calidad de vida de paciente aumenta; esto se presenta a menudo en pacientes crónicos como las que padecen cáncer de mama, las cuales suelen abandonar el tratamiento si no están satisfechos con este, lo que aumenta la morbilidad; sin embargo, hay una disminución de efectos adversos y por ende esto le da al paciente una sensación psicológica y social de una mejor calidad de vida.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

CONCLUSIONES

En el presente estudio se logró determinar que más de la mitad de la mujeres con cáncer de mama, no eran adherentes a los tratamientos quimioterápicos y que su satisfacción al tratamiento fue media, lo cual resalta la necesidad del tratamiento, pero al mismo tiempo lo devastador del mismo. También se concluyó, que la calidad de vida en general de las pacientes fue media, con porcentajes de pacientes que respondieron en valores máximos (5) y mínimos (1), lo cual es un indicador de baja calidad de vida desde la percepción de algunas mujeres bien sea por la severidad de la enfermedad o por efectos adversos a la quimioterapia.

También se evidencia con los datos de correlación entre la calidad de vida y satisfacción al tratamiento, que la mayoría de dimensiones del cuestionario de calidad de vida guardan una correlación directamente proporcional con el nivel total de satisfacción al tratamiento; por ejemplo, la dimensión de satisfacción relacionada con la eficacia al tratamiento quimioterápico y la calidad de vida. Esto último puede ser pues hay medicamentos que le promueven la recesión de la enfermedad pero al mismo tiempo causan reacciones adversas que disminuyen la calidad de vida por lo que la adherencia se ve afectada y hasta la continuidad con el tratamiento en general.

Para muchas mujeres después de la cirugía someterse a tratamientos coadyuvantes representa seguir atentando contra su físico y más aun con feminidad y sexualidad, a razón de reacciones adversas como la caída del cabello y el deterioro físico en general, así como también la dificultad para acceder a la quimioterapia por ser de escasos recursos económicos, lo cual las hace desistir del tratamiento. Aunque, reconocen que con los tratamientos pueden prologar la sobrevivencia y es por esto que se requieren más manejo multidisciplinario y multidimensional en el afrontamiento biopsicosocial del cáncer de mama y esto incluyen la participación del farmacéutico clínico en todo el proceso de manejo y uso racional de los medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1- Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura. 2015; 191(773): 1 - 7. Disponible en: http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewFile/2037/2531

2. Sánchez J, Vergara B. Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo?. Revista Ciencias Médicas. 2011; 15(1):14-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942011000100003

3. Martínez M, Flores B, Sánchez C, Sánchez E. Seguimiento en pacientes con cáncer de mama después del tratamiento multimodal. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(2):107-12.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

4. Ocampo J, Valdez J, Ivonne González N, Andrade P, Oblitas L García, R. Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. Rev Argent Clin Psicol. 2011; XX (3): 265-269. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826009.pdf

5. Llerena C, Martínez D, Vera F, Echverry S, Muñoz D, Quelal K, Sánchez D, Urbano S. (2010). Calidad de vida en pacientes en tratamiento de cáncer de mama, Pereira, Colombia 2010. Investigaciones Andina. 2013; 15(27):811-823. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/2390/239028092007.pdf

6. Ospina ML, Huertas JA, Montaño JI, Rivillas JC. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer en Colombia. Revista Nacional de Salud Pública. 2015; 33(2):1-15 Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/observatorio-nacional-cancer-colombia-ospina-huertas-montano-rivillas.pdf

7. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007 – 2011. (2015). Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto nacional de cancerología. V.1. p: 148. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia1.pdf

8. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2015). Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. Disponible en:
www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/.../5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf

9. Arraras J, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E, Domínguez M. Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. Psicooncología. 2007; 4(2-3):367-384. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0707220367A/15617

10. Castañeda A. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. Rev Cuid. 2015; 6(1):906-13. Disponible en: http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/146

11. Bajuk L, Reich M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. Ciencias Psicológicas. 2011; 1:19 –30.Disponibleen: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168842212011000100003

12. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. 2006; 5(3):487-499. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf

13. Sanabria R. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. En Borrero, Restrepo, Rojas & Vélez. (Eds.) Nefrología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2003

14. Ventura Cerda JM, Casado Gomez M, Morales Gonzalez JM, Ortega Valin L, Ibarra Barrueta O, Escobar Rodriguez I. Caracteristicas psicometricas de la escala de satisfacción con el tratamiento antirretroviral (ESTAR): Estudio ARPAS (I). Farm Hosp. 2007; 31(6):331–9.. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13118259&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=121&ty=165&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v31n6a13118259pdf001.pdf

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

15. Campo T, Alviz A. Análisis de la terapéutica de pacientes con VIH-sida ambulatorios que reciben tratamiento con antirretrovirales en la ciudad de Cartagena desde la óptica de la atención farmacéutica. Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Cartagena.2010

16. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139:579-586. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872011000500003

17. Castillo E, Chesla C. Viviendo con el cáncer de un hijo. Colomb Med. 2003; 34(3):155-163. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334308.

18. Lafaurie v MM, Choachí SJ, Gómez J. ÁP, et al. Mujeres con cáncer de seno: experiencias y significados. Women with breast cancer: meaning and experiences. Rev Colomb Enfermería. 2011;7(7):12-21.

19. Palacios X, Vargas L.(2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. PSICOONCOLOGÍA. 2011; 8(2-3):423-440. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37890. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/37890/36658

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Pharmaceutical CARE

Pharm Care Esp. 2016; 18(6): 265-279

ORIGINAL

¿Qué servicios puede aportar la farmacia comunitaria al paciente crónico?: Opinión de los profesionales

Which services can community pharmacy offer to chronic patients?: Professionals' opinion

Segu Tolsa JL.

Oblikue Consulting

RESUMEN

Introducción: La repercusión de las patologías crónicas en la calidad de vida de los pacientes y en los recursos consumidos por el sistema sanitario ha llevado al desarrollo de estrategias para su abordaje, tanto a nivel central como autonómico. Estos planteamientos, afectan de forma directa al modelo de gestión del medicamento y de los servicios farmacéuticos, tanto desde una perspectiva global y poblacional, como gestora y clínica. El enfoque multidisciplinar planteado en las estrategias requiere identificar claramente las acciones y servicios que las Farmacias Comunitarias (FC) pueden aportar, así como los elementos facilitadores para el desarrollo de los mismos.

Objetivo: Describir los elementos sustanciales que, en opinión de los profesionales farmacéuticos asistentes al IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica de Toledo, facilitarían el desarrollo de servicios dirigidos al paciente crónico desde la FC.

Metodología: Se elaboró un cuestionario de 15 preguntas relativas a la demanda potencial de servicios a la cronicidad desde la FC, los servicios que deberían proveerse, los elementos internos necesarios y las condiciones externas que facilitarían su desarrollo. El cuestionario fue administrado a los asistentes a una sesión plenaria centrada en las necesidades del paciente crónico. El cuestionario se respondió individualmente a través de un sistema de voto anónimo y electrónico (Power Vote). En la sesión se fueron presentando las preguntas en el orden establecido (1 a 15) y se votaron en el mismo orden.

Fecha de recepción 03/08/2016 Fecha de aceptación 14/11/2016
Correspondencia: Josep Lluis Segu
Correo electrónico: lsegu@oblikue.com

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este ejercicio de opinión, indican la necesidad de cambio y de adecuación de los servicios de la FC. Las FC deben aportar su valor integrándose en la cadena asistencial de forma coherente y útil y, para ello el resto de servicios farmacéuticos y, especialmente los de primaria son fundamentales. La FC debe desarrollar y garantizar las capacidades necesarias para poder responder a los requerimientos de los pacientes y del SNS. Desde una perspectiva profesional, todo el colectivo farmacéutico debe entender la importancia de la FC en su horizonte profesional. El concepto de profesionalismo va vinculado a "hacer algo que no pueden hacer otros" y, eso, en el caso del farmacéutico, hoy en día solo puede entenderse desde la perspectiva de la atención farmacéutica. Muy probablemente, de lo que ocurra en un futuro en este ámbito asistencial dependerá el futuro de toda la profesión.

Palabras Clave: Cronicidad, Atención Farmacéutica, Farmacia Comunitaria

ABSTRACT

Introduction: The impact of chronic diseases in patient's quality of life and in the resources consumed by the healthcare system has lead to the development of strategies to its approach both, in national and regional level. These proposals affect directly the medicine and the pharmaceutical care management systems not only from a global and population point of view but also from a managing and clinical too. The multidisciplinary perspective shown in the strategies implies to identify clearly the actions and the services that Community Pharmacies (CP) can provide just as the enablers to their development.

Objective: To describe the substantial elements that, from the professionals that participate in the IX Pharmaceutical Care Congress in Toledo point of view, would make easier the creation of pharmaceutical care services aimed to chronic patients from CP.

Method: It was created a questionnaire consisting of 15 questions related to: the potential demand of services to chronicity from the CP, the services that should be provided, the necessary internal elements and the external conditions that would facilitated their development. The questionnaire was given to the audience of a plenary session focused on the needs of the chronic patient. The questionnaire was answered individually through an anonymous and electronic voting system (Power Vote). During the session, questions appeared in the established order (1 to 15) and were voted in the same order too.

Results: 178 people participated in t he enquiry. All of them voted for the 15 questions. The vast majority of respondents consider that there is a potential demand of services to chronic patients not covered by CP and also that a value proposition has to be developed. Besides, they believe this proposition has to be created together with the National Healthcare System; it has to be offered by accredited CP and financed by the system without rejecting users' copayment. Internally, respondents think that the provision of this services offer implies the development or the adaptation of capacities, abilities and instruments and that is essential the coordination with the rest of units and healthcare professionals and also the

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

community pharmacist access to the necessary individual health information. The current model of relation with the National Healthcare System is not, according to the widespread view, the most appropriate one to promote the pharmaceutical care. The primary healthcare is shown as the most suitable professional environment to channel the interaction of the CP with the rest of the welfare network.

Conclusions: The results obtained in this opinion exercise show the need for change and adaptation of the CP services. CP have to add their value taking part of the welfare chain in a coherent and useful way and, for it, the rest of pharmaceutical services and, especially, the primary ones are essential. The CP has to develop and ensure the necessary capacities to be able to answer the patients and national healthcare system demands. From a professional point of view, the entire pharmaceutical sector has to understand the CP importance on its professional horizon. The professionalism concept is linked to "do something that others cannot do" and this, nowadays, in the case of a pharmacist can only be understood from the pharmaceutical care perspective. Probably, the future of the whole profession will depend on what happens in this healthcare sector in the future.

Key words: Chronicity, Pharmaceutical Care, Community Pharmacy

INTRODUCCIÓN

La situación económica de los últimos años ha acelerado un proceso de reflexión en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Aspectos como la cobertura, la cartera de prestaciones, el grado de descentralización de las decisiones, la incorporación sostenible de la innovación, la colaboración público-privada, el acceso a la información, la corresponsabilización de pacientes y profesionales o los escenarios de compra por resultados, son elementos de discusión actualmente vigentes y para los cuales no existe aún una respuesta clara ni única.

Pero no solo la limitación de recursos derivados de la reciente crisis económica hace necesaria esta reflexión. El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población supone el incremento de la prevalencia de patología crónica. España es el tercer país del mundo con un mayor porcentaje de personas mayores de 65 años. En el año 2.000 este grupo representaba el 17% de la población y se prevé que sea el 34% en el año 2.050[1]. El 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico y la patología crónica supone el 75% del gasto sanitario, el 60% de las hospitalizaciones y el 80% de las visitas ambulatorias[1]. La repercusión de las patologías crónicas en la calidad de vida de los pacientes y en los recursos consumidos por el sistema sanitario ha llevado al desarrollo de estrategias para el abordaje de la cronicidad, tanto a nivel nacional como autonómico.[2-13]

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Prácticamente todas las estrategias definidas incorporan bases y líneas de acción similares, fundamentadas en adecuar el modelo de atención y la organización asistencial a dar respuesta a la realidad existente y a los problemas derivados del envejecimiento y la cronicidad, a fin de conseguir un SNS sostenible y el desarrollo de actuaciones efectivas y eficientes. También, todas ellas, destacan que el manejo de las patologías crónicas requiere del trabajo multidisciplinar entre los profesionales de los diferentes ámbitos de atención sanitaria, así como centrar el tratamiento en el paciente y contar con su máxima participación. Igualmente, se destaca el papel imprescindible de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como instrumento para recopilar y compartir información clínica, mejorar la seguridad y favorecer las interacciones profesional-usuario, así como favorecer la capacitación de las personas.

Estos planteamientos, afectan de forma directa al modelo de gestión del medicamento y de los servicios farmacéuticos, tanto desde una perspectiva global y poblacional, como gestora y clínica. Los servicios farmacéuticos asistenciales disponibles en España, se ubican de forma bastante independiente en los Hospitales, los Centros de Atención Primaria y en la Farmacia Comunitaria (FC).

Las FC conforman una red de farmacias privadas contratadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) para dispensar los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios. Tienen un contacto "privilegiado" con el paciente y una visión de la globalidad farmacoterapéutica del mismo que facilitaría el desarrollo de actividades de atención farmacéutica y de apoyo a programas de salud publica.

En España existen más de 21.000 FC repartidas en el territorio con una ratio de aproximadamente 2.186 habitantes por farmacia[14]. El modelo existente en nuestro país favorece una ubicación de estos dispositivos muy relacionada con la distribución poblacional, garantizando un acceso fácil, de calidad y profesional al medicamento en prácticamente todos los municipios españoles.

Si bien la Ley de Regulación de Servicios de Oficinas de Farmacia[15] y la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios[16] define funciones amplias para la FC, lo cierto es que el sistema público las contrata fundamentalmente para la distribución y dispensación. El desarrollo de otras actividades, si bien son profesionalmente reconocidas, no lo son económicamente por el SNS.

El papel de la FC en la cronicidad, como red asistencial y en coordinación con el resto de las estructuras de atención del SNS está aún por definir, no obstante, el necesario enfoque multidisciplinar de abordaje de la cronicidad hace relevante para la FC y para el propio SNS, identificar claramente las acciones y servicios que esta red asistencial puede aportar, así como los elementos facilitadores para el desarrollo de los mismos.

En el mes de Octubre del año 2015 se celebro en Toledo el IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Durante el desarrollo de este congreso se llevo a cabo una consulta estructurada a parte de los asistentes sobre su percepción en cuanto al desarrollo de servicios al paciente crónico.

El objetivo de este artículo es describir los elementos sustanciales que, en opinión de los profesionales farmacéuticos asistentes, facilitarían el desarrollo de servicios efectivos y eficientes para el SNS dirigidos al paciente crónico desde la FC.

METODOLOGÍA

En el desarrollo del Congreso, se realizó una sesión plenaria centrada en las necesidades del paciente crónico. En la misma, dos ponentes presentaron a los asistentes el contenido de las estrategias de gestión de la cronicidad en el SNS español y aspectos relativos a la necesidad de integrar al paciente como elemento activo del proceso asistencial y estrategias para conseguirlo. Posteriormente a esta presentación, se procedió a administrar a los asistentes un cuestionario estructurado de 15 preguntas que permitiera registrar sus opiniones acerca de la necesidad y la forma de desarrollar servicios adaptados al paciente crónico desde la FC.

Las 15 preguntas planteadas en el cuestionario (ANEXO 1) fueron desarrolladas y validadas por un grupo de profesionales y tenían por objetivo registrar las percepciones de los asistentes en cuanto a 4 aspectos relevantes:

1. *Existencia de una demanda insatisfecha necesidades del paciente crónicos y aquellas que podrían tener respuesta efectiva desde las Oficinas de Farmacia (preguntas 1 y 2)*
2. *Identificar las líneas de servicio fundamentales a desarrollar, ámbito de prestación, clientes y condiciones de financiación (Preguntas 3 a 7)*
3. *Identificar las condiciones internas (de las FC) que deben desarrollarse para la provisión efectiva de los servicios (Preguntas 8, 9, 10 y 15)*
4. *Identificar las condiciones externas (de relación con el SNS y con otros entornos asistenciales) que deberían desarrollarse para hacer efectivos los servicios planteados (Preguntas 11 a 14)*

La administración del cuestionario se realizó en el propio plenario a través de un sistema de voto anónimo y electrónico (Power Vote) que permitía controlar que cada encuestado realizara la votación una sola vez para cada pregunta y con una sola respuesta a cada una y no obligaba a contestar a todas ellas. Se fueron presentando en el orden establecido (1 a 15) cada una de la preguntas y se votaron en el mismo orden (se presentaba y votaba la pregunta 1 y se pasaba a la siguiente).

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

El sistema registró para cada pregunta planteada la selección de cada uno de los asistentes y el número de los mismos que contestaron. El resultado para cada pregunta fue presentado al final de cada votación y se realizó en plenario una valoración conjunta de las percepciones explicitadas por los participantes en el proceso.

RESULTADOS

El número de personas presentes en la sesión que participaron en la consulta fue de 178. Todas ellas seleccionaron y votaron todas y cada una de las 15 preguntas. No se registró ninguna participación parcial o preguntas sin respuesta por parte de alguno de los participantes.

En la Tabla 1 (I,II y III) se registran las peguntas, las respuestas más votadas y también aquellos aspectos adicionales relevantes para cada pregunta que, a juicio de los autores, pudieran aportar mayor información sobre la tendencia expresada por los participantes.

Tabla 1(I): Resultados obtenidos del proceso

PREGUNTA*	Opinión Mayoritaria	%	Otras respuestas
1 ¿Cree que los servicios profesionales al paciente crónico desde la FC suponen una demanda insatisfecha?	Considera que existe una demanda explicita pero una oferta poco estructurada y no financiada	49,4	Un 39,9% considera que no existe una demanda explicita
2 ¿Cree que en general los servicios profesionales actuales de la FC dan respuesta a las necesidades del paciente crónicos?	Sí, pero es necesario desarrollar otras líneas de servicios	64,6	Un 29,2% consideró que los servicios actuales no daban respuesta en absoluto a las necesidades
3 ¿Cree que la FC debería disponer de una Cartera de Servicios definida adaptada a las necesidades del Paciente Crónico?	Sí	95,5	
4 ¿Qué servicios considera que deberían incluirse en una cartera definida para el paciente crónico?	Los que el SNS considere o que aporten más valor al proceso asistencial	42,1	Un 32,6% contesto que los que los pacientes crónicos consideren más prioritarios y un 25,3 los que decida la FC
5 ¿Quién debería prestar los servicios incluidos en la cartera?	Únicamente las FC acreditadas para prestar cada servicio	57,3	Un 27,5% contesto que todas y un 20,2% que las FC que quisieran

* Las preguntas y opciones de respuesta se describen en el Anexo I

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 1(II): Resultados obtenidos del proceso

PREGUNTA*	Opinión Mayoritaria	%	Otras respuestas
6 ¿Quién debería ser el cliente de los servicios ofertados?	Cualquiera de los clientes planteados (pacientes, SNS o Centros de Atención Primaria)	60,7	Un 19,7% consideró que el SNS y un 14,6 % los dispositivos de Atención Primaria
7 ¿Cómo cree que deberían financiarse estos servicios?	Financiación del SNS y copago del usuario (financiación mixta)	52,2	Un 20,2% considero únicamente la financiación por parte del SNS
8 ¿Qué tipo de capacitación adicional cree que sería necesaria para prestar estos servicios?	Formación complementaria acreditada	58,4	Sólo un 12,4% consideró que no se requería formación adicional a la propia de la licenciatura
9 ¿Sería necesaria una acreditación/autorización específica para la prestación de estos servicios?	Sí para algunos servicios	48,9	Un 39,9% consideró que sí para todos los servicios
10 ¿Quién cree que debería acreditar la capacidad de la FC para prestar los servicios definidos?	Los órganos oficiales regulatorios establecen las condiciones y los colegios y sociedades profesionales los aplican	44,4	Un 22,5% consideró que sería tarea exclusiva de los Colegios y un 20,2% exclusiva de los órganos oficiales regulatorios

* Las preguntas y opciones de respuesta se describen en el Anexo I

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como único objeto describir y comentar la opinión de un grupo amplio de profesionales que participaban en el IX Congreso de Atención Farmacéutica, respecto de la situación actual de desarrollo de servicios dirigidos al paciente crónico desde la FC, así como algunos elementos de definición de esos servicios y de las barreras y elementos facilitadores existentes.

La metodología utilizada hace imposible extrapolar las percepciones obtenidas a todo el colectivo de profesionales de la FC. Por un lado, el marco donde se desarrolla esta experiencia supone por si mismo un sesgo de selección, ya que la mera asistencia a un Congreso de Atención Farmacéutica incorpora una determinada tendencia en la perspectiva profesional. Por otro lado, los participantes que respondieron al cuestionario eran únicamente aquellos que asistieron a la sesión plenaria correspondiente y tampoco era posible conocer la filiación de los encuestados y si éstos pertenecían (o en que porcentaje) al ámbito profesional de la FC.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 1(III): Resultados obtenidos del proceso

PREGUNTA*	Opinión Mayoritaria	%	Otras respuestas
11 ¿Cree que el modelo actual de relación (provisión y financiación) entre la FC y el SNS incentiva el desarrollo de servicios de atención farmacéutica al paciente crónico?	Sí, parcialmente a través de la exclusividad	48,9	Un 25,3% considera que no los incentivan en absoluto y un 25,8% que totalmente
12 ¿Cree que mejorar el nivel de coordinación y comunicación entre la FC y el resto de centros y profesionales del SNS facilitaría el desarrollo de servicios de atención farmacéutica al paciente crónico?	Imprescindible	66,3	Un 30,3% considera que no es imprescindible pero los facilitaría
13 ¿Con que ámbitos asistenciales del SNS le parecería más relevante coordinarse?	Con todos pero especialmente con Atención Primaria de Salud (APS)	59,6	Un 23,6% considera que especialmente con APS
14 ¿Cree que las dificultades de acceso a la historia farmacoterapéutica del paciente por parte de la FC es un problema para la prestación de servicios profesionales?	Sí, por que incorpora dificultades a la atención por falta de información y dificulta la comunicación	69,7	Un 25,3% considera que si pero sólo por falta de información
15 ¿Cree que en general la FC dispone de instrumentos normalizados y sistemas de información adecuados para la prestación de estos servicios?	Existen pero deberían mejorarse sustancialmente	62,3	Un 29,7% considera que no se dispone de herramientas adecuadas

* Las preguntas y opciones de respuesta se describen en el Anexo I

No obstante, las percepciones de un grupo amplio de farmacéuticos vinculados a la atención farmacéutica y a la FC no son despreciables a la hora de valorar las posibilidades de evolución de este entorno profesional. Se trataría en definitiva de un colectivo especialmente motivado que puede ser motor de cambio y de incorporación de otras perspectivas al desarrollo de la FC.

La opinión expresada por los 178 participantes indica que la FC debe adaptar sus servicios a las necesidades del paciente crónico y que, si bien no se expresa en muchas ocasiones por diferentes motivos, existe una demanda potencial no satisfecha a la que dar respuesta.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Respecto a los servicios a desarrollar, los encuestados opinan mayoritariamente que deben ser aquellos que defina el SNS en función del valor añadido que aporten al sistema y a los pacientes, y que, además, estos servicios no deberían ser prestados por todas las FC sino únicamente por aquellas que estuvieran acreditadas.

El valor aportado por los servicios de Atención Farmacéutica desde la FC dispone de evidencias que han llevado al desarrollo de carteras de servicios específicas en algunos Sistemas de Salud desarrollados.[17-22] También a nivel nacional se dispone de evidencias sobre sus potencialidades[23-27] y éstas reflejan, por un lado la posibilidad de desarrollar servicios adecuados a las necesidades y, por otro, el valor añadido de los mismos para un Sistema de Salud y sus pacientes.

En relación a la financiación de estos servicios, los encuestados opinan que debería ser mayoritariamente pública (SNS) aunque sin excluir algún posible copago por parte de los pacientes.

Es relevante observar que, en opinión de los encuestados, los clientes a los cuales deben dirigirse los servicios serían indistintamente el SNS, los pacientes y la Atención Primaria de salud. El hecho de que se tenga en cuenta a la Atención primaria de Salud como potencial cliente de los servicios de la FC, supone incorporar la idea de que este ámbito asistencial con responsabilidad poblacional, pudiera ser un punto de referencia desde el cual definir los servicios farmacéuticos necesarios e incluso compararlos (obviamente para su población). Este modelo no es extraño en otros entornos como por ejemplo en el National Health Service de Reino Unido.[21,22]

Los encuestados reconocen también debilidades internas que afectan al desarrollo de nuevos servicios. Consideran necesario adecuar las capacidades y habilidades de los profesionales a través de procesos adicionales de formación. Así mismo entienden que la prestación de servicios de Atención Farmacéutica debe acreditarse y que esta acreditación ha de ser definida por los órganos regulatorios competentes y aplicada por los colegios profesionales y sociedades científicas.

Este último punto rompe con el tradicional modelo de relación con el SNS, según el cual los servicios deben ser prestados por todas las FC. El concepto adaptativo y no general en la prestación del servicio enlaza con el anterior referente al papel de la Atención Primaria en la definición de necesidades. Posiblemente, no todos los entornos territoriales y poblacionales tienen las mismas necesidades (cualitativas y/o cuantitativas) y, por tanto, si bien la dispensación de medicamentos puede ser algo genérico y universal para toda la red de FC, el desarrollo de Servicios de Atención farmacéutica debe adaptarse al entorno en el que está, a las necesidades del mismo y a las políticas de medicamentos locales que se desarrollen.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

A nivel más operativo, los encuestados consideran también necesario el desarrollo y adaptación de instrumentos y sistemas de información adecuados para la prestación de estos servicios.

Los elementos externos, relacionales con el resto del sistema, son considerados como muy relevantes a la hora de incentivar o frenar el desarrollo de nuevos servicios y capacidades profesionales desde la FC. Así, los encuestados consideran que el modelo de relación actual con el SNS no es el más adecuado para incentivar el desarrollo de servicios de atención farmacéutica dirigidos a pacientes crónicos. Este es un elemento ampliamente discutido desde hace tiempo, ya que el modelo de relación con el SNS, sobre todo desde la perspectiva económica, reconoce únicamente la labor logística y de dispensación. Esta relación es, además, vehiculizada económicamente a través de un margen sobre el producto dispensado. En definitiva, el SNS paga por lo dispensado en base a su precio, y cualquier otra actividad vinculada no es reconocida formalmente.

La actual crisis económica y la reducción de precio de los medicamentos han puesto en evidencia que un modelo de pago que durante mucho tiempo ha podido ser considerado como beneficioso para la FC, tiene sus riesgos y consecuencias negativas, ya que ha supuesto directamente la reducción del reconocimiento económico de los honorarios profesionales de los farmacéuticos. Posiblemente el modelo de relación económica entre el SNS y la FC es un aspecto crítico a desarrollar, en el cual deberán considerarse muy detenidamente la vinculación del honorario profesional con el precio del producto y sus consecuencias económicas y profesionales.

Dos elementos externos adicionales que han sido identificados como relevantes por los encuestados son, la necesidad de desarrollar un modelo de coordinación con los dispositivos asistenciales (especialmente atención primaria) y el acceso de la FC a la información clínica del paciente. Estos dos aspectos, ponen en evidencia, más allá de las buenas palabras, que la FC sigue siendo considerada por el SNS como algo ajeno a la práctica asistencial, cuyo único objetivo es dispensar lo que otros ordenan. Difícilmente se podrá desarrollar un modelo de FC profesionalmente vinculado a aportar valor al SNS, sin una adecuada coordinación con el resto de profesionales que interactúan con el paciente y sin disponer de información clínica (o por lo menos farmacoterapéutica) suficiente como para hacer bien el trabajo.

Es cierto que la receta electrónica, desarrollada prácticamente en todo el territorio español, ha aportado alguna información relevante y, en algunos casos, un medio de comunicación entre la FC y los profesionales médicos y de enfermería. No obstante no es suficiente y comunicarse no es lo mismo que coordinarse. En este aspecto, el papel que pueden (y deben) jugar otros profesionales farmacéuticos es fundamental, ya que alguien debe catalizar la articulación entre los diferentes dispositivos que interactúan con el paciente, en beneficio del paciente.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

En resumen, los resultados obtenidos en este ejercicio de opinión, indican la necesidad de cambio y de adecuación de los servicios de la FC. El papel de la FC debe ser potenciado, no porque le vaya bien a la FC, sino porque le irá bien al SNS y, porque de la misma forma que ocurre con otros dispositivos asistenciales, cada vez es más evidente que fragmentar los servicios y las acciones no es la forma más eficiente de abordar la atención.

Las FC deben aportar su valor integrándose en la cadena asistencial de forma coherente y útil y, para ello el resto de servicios farmacéuticos y, especialmente los de primaria son fundamentales. También es cierto que la FC debe desarrollar y garantizar las capacidades necesarias para poder responder a los requerimientos de los pacientes y del SNS.

Desde una perspectiva profesional, todo el colectivo farmacéutico debe entender (y si puede ser rápido) la importancia de la FC en su horizonte profesional. En definitiva, es el colectivo profesional no sólo más numeroso, sino el más visible socialmente y seguramente el más valorado por la población.[28,29] Obviamente la FC es un negocio privado y cada quien puede decidir como enfrentar el futuro, no obstante el concepto de profesionalismo va vinculado a "hacer algo que no pueden hacer otros" y, eso, en el caso del farmacéutico, hoy en día solo puede entenderse desde la perspectiva de la atención farmacéutica. Muy probablemente, de lo que ocurra en un futuro en este ámbito asistencial dependerá el futuro de toda la profesión.

ANEXO 1: Cuestionario de opinión

1. ¿Cree que en general los servicios profesionales actuales que oferta la Farmacia Comunitaria dan respuesta a las necesidades del paciente crónico?

- Sí, totalmente
- No, en absoluto
- Si parcialmente, pero es necesario desarrollar otras líneas de servicio

2. ¿Cree que la FC debería disponer de una cartera de servicios definida adaptada a las necesidades del paciente crónico?

- Sí
- No

3. ¿Qué servicios considera que deberían incluirse en la cartera de servicios profesionales definida a las necesidades del paciente crónico?

- Cualquiera que el colectivo de la FC decida (en función de los criterios que se consideren)
- Los que los pacientes crónicos consideren más prioritarios
- Los que el SNS consideren más prioritarios o que aportan más valor al proceso asistencial

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

4. ¿Quién debería prestar los servicios incluidos en la cartera de servicios profesionales definida?

- Todas y cada una de las FC
- Únicamente las FC que quieran prestar estos servicios
- Únicamente las FC acreditadas para poder prestar los servicios (todos o algunos)

5. ¿Quién cree que debe ser el cliente de los servicios profesionales ofrecidos?

- Los pacientes que los compren
- El SNS en su conjunto
- Los dispositivos de Atención Primaria del SNS
- Todos ellos o cualquiera de ellos

6. ¿Cómo cree que deben financiarse los servicios profesionales ofrecidos?

- Financiación pública (100%) del SNS a través del Concierto con los COFs
- Financiación pública (100%) a través de la compra de servicios desde la atención primaria de salud (no general)
- Financiación parcial SNS y copago de los usuarios
- Financiación parcial atención primaria y copago de los usuarios
- Pago íntegro de los usuarios

7. ¿Que tipo de capacitación adicional cree que sería necesaria para prestar los servicios profesionales al paciente crónico?

- Formación complementaria acreditada
- Formación de post grado universitario
- Especialización reglada (Título Especialista)
- Ninguna aparte de la propia titulación (Grado)

8. ¿Cree que, en general, debería ser necesaria una acreditación/autorización especifica para la prestación de servicios profesionales al paciente crónico?

- Sí, totalmente
- Sí, para algunos servicios
- No en absoluto

9. ¿Quién debería acreditar la capacidad de una Farmacia Comunitaria para prestar un servicio profesional al paciente crónico?

- Los órganos colegiales farmacéuticos
- Los organismos oficiales regulatorios (Estado o CCAA)
- Sociedades científicas farmacéuticas
- Los organismos regulatorios establecen los requisitos y los organismos colegiales y/o sociedades científicas acreditan

10. ¿Cree que la actual forma de compra de los servicios a la FC por parte del SNS incentiva el desarrollo de servicios profesionales al paciente crónico?

- No los incentiva en absoluto
- Sí, parcialmente a través de la exclusividad y porque los servicios de atención farmacéutica permiten atraer clientes a la FC
- Sí, totalmente

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

11. ¿Cree que los servicios profesionales en FC a pacientes crónicos suponen una demanda insatisfecha?

– No hay demanda ni necesidad
– No existe una demanda explícita pero sí potencial (pacientes y SNS) que debería incentivarse en base a explicar los servicios y demostrar su valor
– Sí existe una demanda explícita por parte de los pacientes pero la oferta es poco estructurada y los servicios no tienen financiación publica
– Sí existe una demanda explícita por parte de los centros asistenciales del SNS pero no existe una forma general de articularla

12. ¿Mejorar el nivel de coordinación y comunicación entre la FC y los centros asistenciales y los profesionales del SNS, facilitaría el desarrollo y prestación de servicios de atención farmacéutica al paciente crónico?

– No es necesario, se pueden prestar los servicios de AF sin necesidad de coordinación o comunicación con el resto de profesionales
– Sí los facilitaría
– Sí es imprescindible

13. ¿Con que ámbitos asistenciales del SNS cree que es más importante coordinarse?

– Especialmente con el nivel hospitalario
– Especialmente con la atención primaria de salud
– Con todos, pero especialmente con la APS
– Con todos pero especialmente con el nivel hospitalario
– Con ninguno en especial

14. ¿Las dificultades de acceso del farmacéutico a la historia farmacoterapéutica del paciente es un problema para la prestación de servicios profesionales?

– No en general, ya que con la receta electrónica es suficiente
– Sí porque impide conocer información relevante para la prestación del servicio de atención farmacéutica
– Sí porque impide conocer información relevante y además permitiría comunicarse directamente con el resto de profesionales

15. ¿Cree que, en general, se dispone de instrumentos normalizados y sistemas de información adecuados para la prestación de servicios profesionales?

– Sí, se dispone de los adecuados
– Existen pero deberían mejorarse sustancialmente
– No disponemos de las herramientas adecuadas para la prestación de los servicios

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. Sevilla: Consejería de Salud; 2012.
3. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León. Valladolid: Servicio de Salud de Castilla y León; 2014.
4. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Barcelona: Departament de Salut; 2012.
5. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi Osakidetza. Vitoria: Oficina para la estrategia de cronicidad; 2010.
6. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2013.
7. Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Pamplona: Departamento de Salud; 2013.
8. Estrategia para la atención de pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2014.
9. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Santiago de Compostela: Servicio Galégo de Saúde; 2014.
10. Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015 – 2019. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015.
11. Directrices para un plan integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Gijón: Consejo Asesor de Sanidad; 2014.
12. Plan IB-Salut 2020 Promoción de la Salud. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut, Familia i Benestar Social; 2012.
13. Plan director de atención a la cronicidad en un modelo de integración asistencial 2014 – 2017. Toledo: Servicio de salud de Castilla-La Mancha; 2104.
14. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias. Madrid: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2013.
15. Regulación de servicios de las oficinas de farmacia. Ley 16/1997 de 25 de abril. Madrid, Boletín Oficial del Estado, nº 100, (26-4-1997).
16. Garantías y Uso racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de julio. Madrid, Boletín Oficial del Estado, nº 178, (27-7-2006).
17. The legal and social issues legislation committee inquiry into the role and opportunities for community pharmacy in primary and preventative care in Victoria. Victoria, the Pharmacy Guild of Australia. Submission 13, junio 2014. Disponible en: https://www.guild.org.au.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

18. Guiding principles to achieve continuity in medication management. Canberra: Australian pharmaceutical advisory council; 2005.
19. Roughead EE, Kalisch LM, Ramsay EN, Ryan P, Gilbert AL. Continuity of care: when do patients visit community healthcare providers after leaving hospital? Inter Med J. 2011; 41(9):662-7.
20. Labelling and packaging practices: A summary of some of the evidence. Canberra: Department of health and ageing; 2013.
21. Pharmacy in the future: Implementing the NHS plan. London: National Health Service; 2000.
22. Local pharmaceutical services (LPS) guidance. London: Department of health; 2004.
23. Segu JL. ¿Centros de atención primaria y farmacias comunitarias o un ámbito integrado de atención comunitaria? La experiencia del barrio de la Barceloneta. SEMERGEN. 2004; 30(9):1-5.
24. Camos F, Coderch J, Cols M. Integración Farmacéutica. Barcelona: El Farmacéutico Hospitales. Ed. Mayo; 2008.
25. Gastelurrutia MA, Casado de Amezúa MJ, Gil M, Noain MA, Castrillón C. Integración de diferentes estrategias para impulsar la adopción del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas. Pharm Care Esp. 2009; 11(2):52-62.
26. Gorgas MQ, Pàez F, Camós J, Puig E , Jolonch P, Homs E et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. Farm Hosp. 2012; 36(4):229-39.
27. Jodar-Sanchez F, Malet-Larrea A, Martin JJ, Garcia-Mochon L, Lopez Del Amo MP, Martinez-Martinez F, et al. Cost-utility analysis of a medication review with follow-up service for older adults with polypharmacy in community pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. Pharmacoeconomics. 2015; 33(6):599-610.
28. Universidad de Pacientes. Necesidades del paciente crónico en atención farmacéutica. Barcelona: Fundación Josep Laporte; 2009.
29. Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad. Proyecto REFCOM. Madrid: Sociedad española de farmacia familiar y comunitaria; 2015.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Pharmaceutical CARE

Pharm Care Esp. 2016; 18(6): 280-288

CASO CLÍNICO

Decisiones razonables y razonadas sobre medicamentos convencionales y de uso tradicional. El Seguimiento Farmacoterapéutico, integrador de la perspectiva del paciente.

Reasonable and reasoned decisions linked to conventional and traditional medicines. Pharmaceutical care practice as the integrator of patient's perspective.

Morales Martín AS[1], Silva-Castro MM[2], Díaz García GE[1].

[1]Programa Farmacéutico Locatel. MASTER LCTL S.A.S. Universidad Nacional de Colombia
[2]Coordinadora Módulo de Atención Farmacéutica del Master de Atención Farmacéutica y Farmacoterapia de la Universidad San Jorge de Zaragoza.

ABREVIATURAS

AAO: American Academy of Oftalmology (United States). **AAS**: Acido acetilsalicílico.

CEDIMCAT: Centro de Información de Medicamentos de Cataluña.

HTA: Hipertensión Arterial. **NOF**: National Osteoporosis Foundation (United States).

SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico.

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente con síndrome metabólico y comorbilidades asociadas que acude a un consultorio farmacéutico del nivel primario de Atención en Salud en Bogotá (Colombia), donde recibe seguimiento farmacoterapéutico. La paciente usa tratamientos prescritos por sus médicos y se automedica con productos naturales, como son el extracto de balsamina para regular niveles de glucosa, el extracto de arándano azul europeo para problemas oculares y el uso de lecitina de soja para control de triglicéridos. Para la evaluación de la farmacoterapia, se localizó evidencia científica sobre el uso y conveniencia de cada

Fecha de recepción 21/07/2016 Fecha de aceptación 23/11/2016

Correspondencia: Martha Milena Silva
Correo electrónico: mmsilvacastro@sfthospital.com

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

producto en el tratamiento de sus problemas de salud, realizándose las siguientes intervenciones: continuar con la toma de la balsamina, el Bilberry y la lecitina de soja, ya que existen reportes de su utilidad como coadyuvantes en el control de las enfermedades que presenta y la elaboración de un plan de medicación para reforzar la adherencia a los tratamientos. Cuando se evalúan las intervenciones, encontramos que las cifras de glicemia, presión arterial y función hepática se encuentran dentro de objetivos terapéuticos. En este caso, el químico farmacéutico tiene una labor integradora de las terapias de los pacientes, basados en la valoración del riesgo-beneficio y a través del seguimiento farmacoterapéutico obtiene información clínica que permite tomar decisiones sustentadas para el futuro, más aún en el contexto de Latinoamérica, donde los productos naturales son ampliamente usados en la población.

Palabras clave: seguimiento farmacoterapéutico, síndrome metabólico, terapias complementarias, balsamina, arándano azul, programas de Atención Farmacéutica en Latinoamérica.

ABSTRACT

It is set out a case of a patient with metabolic syndrome and associated comorbidities. This patient goes to a Colombian primary care pharmacy service, where Pharmaceutical Care is offered to her. The patient uses medicines prescribed by her General Practitioner and natural products supported by popular knowledge, like bitter melon extract to control glucose levels, blueberry extract for ocular diseases and soy lecithin to control the triglycerides levels. During the pharmacotherapy assessment, it is done a clinical evidence search based on the use and convenience of each health product according to her clinical conditions. The results led to the following interventions: on the one hand, the continuation of the use of bitter melon, blueberry and soy lecithin, sustained in evidence of its use as coadjutant in the control of her diseases. On the other hand, it is designed a medication plan to reinforce the patient's adherence to medical treatment. When interventions are evaluated, the blood glucose, blood pressure and hepatic functionality levels achieve the therapeutic targets. Therefore, Pharmacist can perform an integration role in patient's therapies based on risk-benefit analysis. Furthermore, through Pharmaceutical Care, can be obtained clinical information that helps to make supported decisions for the future, especially in the Latin American context, where natural products are widely used by the population.

Key Words: Pharmaceutical care, metabolic syndrome, complementary therapies, bitter melon, blueberry, Latin American Pharmaceutical Care Programs

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

INTRODUCCIÓN

En Colombia se están dando los primeros pasos para implantar servicios asistenciales en establecimientos farmacéuticos integrados en la comunidad, dada la inexistencia de un modelo de Farmacia Comunitaria profesionalizado como el europeo. Es así como se han constituido consultorios de profesionales químicos farmacéuticos en el nivel de atención primaria para efectuar actividades clínicas dirigidas a los pacientes desde redes de farmacias de proximidad, entre las cuales el SFT es la actividad principal.

Como resultados del SFT se presenta el caso clínico de una paciente con síndrome metabólico y comorbilidades asociadas, cuya farmacoterapia comprende medicamentos prescritos por diferentes médicos y productos naturales empleados por cuenta de la paciente, sustentados en la sabiduría popular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 65 años, que acude al consultorio farmacéutico a revisar su presión arterial porque ha notado su aumento recientemente.

Respecto a la experiencia farmacoterapéutica de la paciente, cabe resaltar que siente miedo sobre los medicamentos convencionales en contraposición a los productos naturales, que no considera "peligrosos". Es una persona que, a pesar de su escasa formación, toma decisiones razonables respecto a su farmacoterapia y demanda información detallada sobre los efectos de sus medicamentos. (Tabla 1)

EVALUACIÓN

Se evaluaron los problemas de salud, los medicamentos y la conveniencia de la automedicación de productos naturales. El análisis se enfocó desde la perspectiva del síndrome metabólico (Tabla 2) porque presenta las siguientes condiciones clínicas:

- **Alteración de la glucemia**: usa balsamina (extracto) por iniciativa propia, porque conoce sus beneficios en diabéticos. Aunque el tratamiento de primera línea es modificar hábitos de vida, el extracto muestra efectos positivos al controlar los niveles de glicemia y algunos estudios[1], sugieren su utilidad en síndrome metabólico e hígado graso, mientras otras fuentes[2] advierten problemas histopatológicos en el hígado y contraindicación en daño hepático.
- **HTA y arritmia cardiaca**: manifiesta elevaciones de la presión arterial, estando tratada con losartán 50mg, hidroclorotiazida 25mg y metoprolol 50mg.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Tabla 1. Resumen de los datos clínicos de la paciente

Género	Femenino	Edad	65 años	IMC	23,8Kg/m²	Perímetro de cintura	101cm
Alergias	Ninguna	Antecedentes		Enfermedad Cardiaca (Padre)		Fecha de Inicio de SFT	17/12/2015

Problema de Salud				Medicamentos			
Inicio	Problema de Salud	Preocupa	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta Prescrita	Pauta Usada
2005	HTA	Si	Si	2005	Losartán 50mg	(1-0-1)	(1-0-1)
				2005	Hidroclorotiazida 25mg	(1-0-0)	(1-0-0)
2009	Arritmia con predominio de taquicardia	No	Si	2009	Metoprolol 50mg	(Una al dia. No tenía horario)	(Una al dia. No tenía horario)
2010	Prediabetes	Si	Si	2010	Extracto de balsamina (gotas)	Auto-medicado	(30-30-30)
2010	Hiper-trigliceridemia	Si	Si	2010	Fenofibrato 200mg	(0-1-0) L-X-V-D	(0-1-0) No cumple la pauta y lo reemplaza con lecitina
				2010	Lecitina de soja 1200mg	No prescrito	(0-1-0)
2008	Prevención de Riesgo Cardiovascular	Si	Si	2008	Acido acetilsalicílico 100mg	(0-1-0)	(0-1-0)
2010	Hígado Graso	Si	Si	-	No tiene tratamiento	-	-
2013	Hipotiroidismo	Si	Si	2013	Levotiroxina 50mcg	(1-0-0)	(1-0-0)
2008	Cataratas	Si	No	2010	Extracto de Bilberry	No prescrito	(0-1-0)
2016	Osteopenia	Si	No se sabe	2016	Calcio Carbonato 600mg + Vitamina D 400UI	(0-1-0)	(0-1-0)
2014	Vena várice	Si	No	-	No tiene tratamiento	-	-

Analíticas de la Paciente			
Medida	Valores Normales	Resultado Obtenido	Fecha
Presión Arterial (mmHg)	<140/90	137/81	15/12/2015
		123/75	17/12/2015
Frecuencia Cardiaca (lpm)	60-100	90	15/12/2015
		73	17/12/2015
AST (U/L)	1-32	45	10/11/2015
ALT (U/L)	1-32	38	10/11/2015
Nota	La paciente no cuenta con analíticas recientes. Por lo que los demás problemas de salud se evalúan por medio de la clínica de la paciente. Se decide esperar a la realización de nuevas analíticas para la toma de decisiones		

• **Hipertrigliceridemia:** tratada con fenofibrato 200mg, primera línea, según el Consenso Latinoamericano de Síndrome Metabólico que debe utilizarse con precaución en personas con hepatopatías. Suele reemplazarlo tomando lecitina de soja.

• **Hígado Graso**: sin medicación específica, se trata controlando los factores de riesgo componentes del síndrome metabólico.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

• **Hipotiroidismo**: Tratada con levotiroxina 50mcg. No contamos con valores de TSH recientes, aunque, la paciente no manifiesta clínica sugerente de alteraciones tiroideas.

• **Cataratas**: Aunque su médico determina la alternativa quirúrgica, ella se niega a la intervención[3]. No se tiene evidencia que los suplementos nutricionales retrasen o prevengan su progresión. Sin embargo, algunos estudios[4] sugieren que la capacidad antioxidante del Bilberry, puede ser útil en múltiples desórdenes oculares del envejecimiento (como las cataratas), incluso en insuficiencia venosa o problemas del metabolismo de la glucosa.

• **Osteopenia**: Según NOF[5], se suplementa con calcio y vitamina D, además controlando los factores de riesgo endocrinos.

• **Insuficiencia Venosa Crónica**: No tiene tratamiento no-farmacológico ni farmacológico para esta condición clínica.

Tabla 2. Criterios para Clasificación de Síndrome Metabólico*

Parámetro	ALAD*	Paciente
Obesidad Abdominal	Perímetro de cintura ≥88cm	Perímetro de cintura=101cm
TG Altos	>150mg/dL (o en tratamiento hipolipemiante)	Tratamiento Hipolipemiante
cHDL Bajo	<50mg/dL	cHDL=37mg/dL
PA Elevada	PAS≥130mmHg y/o PAD≥85mmHg (o tratamiento antihipertensivo)	PA=137/81 Con tto. antihipertensivo
lteración en regulación de glucosa	Glicemia anormal ayunas, intolerancia a glucosa o diabetes	Diagnóstico de prediabetes
Diagnóstico	**Obesidad abdominal + 2 de los 4 restantes**	**Obesidad abdominal + 4 restantes**

***Tomado de Consenso Latinoamericano de Diabetes (ALAD)** (Aschner, Bastarrachea, González, & Rosas, 2010)

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Según la evaluación del caso se identifica:

- Inefectividad cuantitativa del tratamiento de la hipertigliceridemia, porque aún no logra cifras aceptables de triglicéridos.
- Inseguridad cuantitativa de balsamina, porque toma una cantidad superior a la recomendada y existe riesgo hepático.
- Inseguridad no cuantitativa de balsamina y fenofibrato por problemas hepáticos, además de posible incremento de sangrado por interacciones farmacológicas entre Bilberry y AAS.
- Problema de salud no tratado, porque la paciente no tiene tratamiento para la insuficiencia venosa crónica.

INTERVENCIÓN

Durante las tres visitas sucesivas de SFT se realizaron estas intervenciones:

• **Plan de medicación**: se elaboró este plan personalizado (Figura 1) utilizando el recurso web http://www.cedimcat.info, estableciendo un horario para los medicamentos basados en las limitaciones de absorción, como la levotiroxina en ayunas y problemas hepáticos sobre la hidroclorotiazida, interacciones farmacológicas (levotiroxina y calcio; metoprolol y AAS) y problemas de uso (horario de metoprolol). En la segunda visita se explica y se entrega el documento del plan de cuidados con recomendaciones nutricionales y farmacológicas.

• **Uso de balsamina**: Basados en la normalidad de los niveles de glucosa, hemoglobina glicosilada y de función hepática con el uso de balsamina, por lo tanto, en la tercera visita se decide continuar su uso, pero disminuyendo la dosis a lo recomendado (15 gotas en ayunas), junto con monitorización continua de efectividad y seguridad.

• **Uso del Bilberry**: Se apoya la paciente para que use Bilberry, ya que contribuye al control de la insuficiencia venosa, regulación de glucosa y de lípidos. Por otro lado, se explica la importancia de la cirugía para el tratamiento de las cataratas y se dan recomendaciones en el manejo del riesgo de sangrado.

• **Uso del Fenofibrato**: Se explica la importancia del fenofibrato para controlar la hipertrigliceridemia y el papel de la lecitina como coadyuvante.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Figura 1: Plan de Medicación

CedimCat
Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya

Plan de medicación personalizado
Nombre: MJH — Nº tarjeta sanitaria: XX — Teléfono: XXXXXXX

Imagen	Medicamento	6 h	8 h	Desayuno	10 h	12 h	Comida	16 h	18 h	20 h	Cena	22 h	24 h	Dormir
	Levotiroxina 50mcg MK	1												
	Notas: Tomar una tableta mínimo 1 hora antes del desayuno y otros medicamentos													
	Hidroclorotiazida 25mg Genfar		1											
	Notas: Tomar una tableta antes del desayuno													
	Extracto de Balsamina (Balsamax)	15 gotas 30 minutos antes del desayuno. Inicialmente por un mes (a espera de analíticas)												
	Losartán Potásico 50mg			1						1				
	Notas: Tomar una tableta inmediatamente después del desayuno y de la comida													
	Metoprolol 50mg			1										
	Notas: Tomar una tableta inmediatamente después del desayuno													
	Fenofibrato 200mg (Nortricol)						1							
	Notas: Tomar una cápsula después del almuerzo (13:00pm)													
	Ácido Acetilsalicílico 100mg						1							
	Notas: Tomar una tableta después del almuerzo (13:30pm)													
	Extracto de Bilberry							1						
	Notas: Tomar una tableta en la media tarde													
	Calcio Carbonato 600mg Vitamina D 400UI											1		
	Notas: Tomar una tableta antes de acostarse													

RESULTADOS

Pasados 3 meses de la primera entrevista (Tabla 3) se encuentra que:

- La hemoglobina glicosilada (5,7%), glicemia preprandial (<100mg/dL) y postprandial promedio (101mg/dL) alcanzan los objetivos terapéuticos.
- Las cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca son normales.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

- Los triglicéridos aún no se encuentran dentro del objetivo terapéutico. Continuamos trabajando en la adherencia al tratamiento y el complemento con lecitina de soya.
- El hígado graso se encuentra controlado, presentando valores normales de transaminasas hepáticas.

Tabla 3. Analíticas obtenidas durante las visitas sucesivas de la paciente

Medida	Valores normales	Resultado obtenido	Fecha de Realización	Fecha de Visita al Servicio
Presión Arterial (mmHg)	<140/90	119/77	17/02/2016	17/02/2016
		133/82	15/03/2016	15/03/2015
		115/69	18/05/2016	18/05/2016
Frecuencia Cardiaca (lpm)	60-100	62	17/02/2016	17/02/2016
		82	15/03/2016	15/03/2016
		86	18/05/2016	18/05/2016
Glicemia Preprandial (mg/dL)	70-100	99	02/03/2016	15/03/2016
Glicemia Postprandial (mg/dL)	<140	91	17/02/2016	17/02/2016
		102	02/03/2016	15/03/2016
		120	18/05/2016	18/05/2016
Hemoglobina Glicosilada (%)	<5,90%	5,78%	02/03/2016	15/03/2016
AST (U/L)	1-32	17	02/03/2016	15/03/2016
ALT (U/L)	1-32	21	02/03/2016	15/03/2016
Colesterol Total (mg/dL)	1-200	148	02/03/2016	15/03/2016
Colesterol LDL (mg/dL)	1-155	74	02/03/2016	15/03/2016
Colesterol HDL (mg/dL)	40-65	37	02/03/2016	15/03/2016
Triglicéridos (mg/dL)	1-150	186	02/03/2016	15/03/2016
Ácido úrico en suero (mg/dL)	1-5,7	5,4	02/03/2016	15/03/2016

DISCUSIÓN

En el SFT de ésta paciente se constata que el farmacéutico cumple una función integradora de las terapias médicas establecidas y aquellas que la paciente emplea por iniciativa propia. Es nuestra labor evaluar detalladamente los beneficios y los riesgos de cualquier tratamiento que tomen los pacientes, sin prejuicios ni ideas preconcebidas. Tener en cuenta el uso y los conocimientos de la paciente, contribuyó a tomar decisiones adecuadas que permitieron alcanzar los objetivos farmacoterapéuticos establecidos. Todo esto compartiendo decisiones y apoyando a los demás profesionales de la salud.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Existe un enorme valor en este caso, ya que la paciente toma decisiones razonables sobre su farmacoterapia que sorprendentemente contribuyen a alcanzar las metas terapéuticas y son integradas en el proceso asistencial. Ante la falta de más evidencia científica sobre determinados productos, efectuar SFT es un proceso ideal para obtener datos clínicos que permitan tomar decisiones asistenciales coherentes con la situación de cada persona. En esa línea se convierte en generador de evidencia sustentable. Así marca un camino para ir adquiriendo experiencia contrastada en el uso de productos que tienen un valor terapéutico menospreciado, o supravalorado, porque no se evalúan en la práctica clínica habitual. Esta es una contribución de, cómo, desde la práctica clínica del profesional farmacéutico, se puede romper el círculo vicioso generado con productos que no terminan de establecer su utilidad terapéutica. Aún más, en entornos como el latinoamericano donde estas prácticas son bastante comunes en la población, puede marcar un precedente clínico el hecho de conciliar la medicación convencional con la medicación usada por las tradiciones populares (balsamina) o por los usos terapéuticos importados de otras latitudes (bilberry), de una manera coherente y centrada en las necesidades farmacoterapéuticas de cada paciente.

Sin duda propiciar decisiones razonables y razonadas sobre medicamentos de uso tradicional y tratamientos convencionales en una consulta profesional, muestra la potencialidad del papel clínico y asistencial del farmacéutico. Además confirma que el SFT es una herramienta integradora de la perspectiva del paciente activo, de pacientes que son apoyados en la toma de decisiones por profesionales de la salud que buscan su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xu J, Cao K, Li Y, Zou X, Chen C, Szeto IM, et al. Bitter gourd inhibits the development of obesity-associated fatty liver in C57BL/6 mice fed a high-fat diet. J Nutr. 2014; 144(4):475-83.

2. Ministerio de la Protección Social. Vademécum Colombiano de Plantas Medicinales [Internet]. Bogotá, Colombia. 2008 Nov [Citado 2016 May 20]. 307p. Disponible en: http://www.oras-conhu.org/Data/2015911122143.PDF.

3. American Academy of Ophtalmology Cataract and Anterior Segment Panel Preferred Practice Pattern [Internet]. San Francisco, CA: American Academy of Oftalmology; 2011. [Citado 2016 May 20]. Disponible en: http://www.aao.org/preferred-practice-pattern/cataract-in-adult-eye-ppp--october-2011.

4. Chu W, Cheung S, Lau R, Benzie F. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspect [Internet]. 2nd ed. Florida (OR): CRC Pres/Taylor & Francis; 2011. Chapter 4: Bilberry (Vaccinium myrtillus L.); [Citado 2016 May 20]; Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92770/

5. Cosman F, Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, Lindsay R. National Osteoporosis Foundation (NOF). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Osteoporos Int. 2015; 26(7): 2045-47.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pedro del Río Pérez
Farmacéutico Comunitario de León. Coautor de "Averroes. Manual de terapia en Atención Primaria" Coautor de "Iatrikon. Manual de Terapéutica para Médicos de AP". Autor de "Fitoguía. Terapia con Plantas Medicinales".Colaborador de "Medimecum".

Pharmacist-only trimethoprim: pharmacist satisfaction on their training and the impact on their practice

Rhiannon Braund, Emily Henderson, Erica McNab, Rachel Sarten, Emily Wallace, Natalie Gauld
International Journal of Clinical Pharmacy
December 2016, Volume 38, Issue 6, pp 1357–1361

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0388-0?wt_mc=alerts.TOCjournals

En 2012, Nueva Zelandia fue el primer país del mundo desarrollado que reclasificó al trimetoprim para permitir que los farmacéuticos que habían sido adecuadamente formados, dispensasen este medicamento sin receta a las mujeres con cistitis que se ajustaban a criterios específicos.

Este estudio exploró los puntos de vista de los farmacéuticos sobre la formación recibida, su impacto en su trabajo diario así como la percepción de los propios farmacéuticos sobre las opiniones de los pacientes y de los médicos.

Se realizaron entrevistas estructuradas con 28 farmacéuticos neozelandeses formados para dispensar trimetoprim. Estos farmacéuticos fueron seleccionados de tal forma que representasen toda la extensión geográfica tanto en zonas urbanas, suburbanas y rurales. Las áreas clave para la investigación fueron: satisfacción sobre la formación recibida, adecuación de la formación, opiniones sobre la herramienta de cribado, el impacto en la práctica clínica y la percepción de los demás agentes (pacientes y médicos).
También se analizaron las entrevistas grabadas en audio.

De un total de 40 farmacias comunitarias invitadas, participaron en el estudio 28 farmacéuticos. La mayoría de los farmacéuticos estaban seguros de poder dispensar trimetoprim gracias a la formación recibida y al enfoque clínico de su práctica diaria.
El contenido de la capacitación lo consideraron adecuado, al igual que la herramienta de cribado, que fue bien utilizada durante las consultas. Se proporcionaron sugerencias menores sobre el material de capacitación y consulta. Algunos farmacéuticos informaron que la derivación al médico sin dispensación de trimetoprim, en una minoría de las consultas, frustró a algunas mujeres. La frecuencia de las dispensaciones de trimetoprim varió considerablemente entre los farmacéuticos. Desde ninguna dispensación a varias dispensaciones semanales.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Algunos farmacéuticos cuestionaron la exclusión de la dispensación a las mujeres que habían tomado antibióticos en los últimos seis meses. Muchas mujeres apreciaban el fácil acceso a la farmacia comparado con el acceso (más complicado) al médico, especialmente los fines de semana, pero a veces malinterpretaron el papel del farmacéutico en la dispensación del antiinfeccioso. Mientras que los farmacéuticos informaron que algunos médicos habían sido negativos acerca de la oferta farmacéutica, otros estaban informando a las mujeres sobre el servicio del farmacéutico.

La dispensación de trimetoprim por parte del farmacéutico que había recibido una formación obligatoria adecuada, así como una herramienta o algoritmo de selección para el suministro es factible y aceptada por los farmacéuticos

Se han recomendado cambios menores en el procedimiento.
Se necesitan más estudios para entender las perspectivas de otras partes interesadas (pacientes, médicos y enfermeros) además de los resultados para los pacientes.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Comparing medication adherence tools scores and number of controlled diseases among low literacy patients discharged from a Brazilian cardiology ward

Patrícia Carvalho Baruel Okumura, Lucas Miyake Okumura, Wálleri Christini Torelli Reis, Rangel Ray Godoy, Bianca de Oliveira Cata-Preta, Thais Teles de Souza, Maria Luiza Drechsel Fávero, Cassyano Januário Correr

International Journal of Clinical Pharmacy.

December 2016, Volume 38, Issue 6, pp 1362–1366

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0390-6?wt_mc=alerts.TOCjournals

La mayor adherencia a la terapia farmacológica prescrita se asocia con menores tasas de muerte por causas cardiovasculares.

En vista de la importancia para la salud pública, es importante comprender la relación entre la adherencia a la medicación y las puntuaciones en las herramientas que miden dicha adherencia, especialmente en los pacientes de baja alfabetización dados de alta tras un evento cardiovascular.

El objetivo de este estudio fue evaluar:

- La asociación entre el número de condiciones clínicas controladas (patologías que sufren los pacientes) y las puntuaciones obtenidas en las herramientas que miden la adherencia.
- La correlación entre las puntuaciones de tres instrumentos para evaluar la adherencia al tratamiento.

Se realizó un estudio prospectivo que incluyó a pacientes ingresados de un servicio especializado en el área cardiovascular en un hospital de Brasil.

Se compararon los resultados de los estudios Beliefs about Medicines questionnaire (BMQ), the Adherence to Refills and Medication Scale (ARMS) and the MedTake test.

De los 53 pacientes incluidos, la mayoría eran ancianos y no terminaron la escuela primaria.

En promedio, hubo seis patologías por paciente, y dos de ellas no fueron controladas adecuadamente.

El ARMS fue la única herramienta que se asoció con el número de patologías controladas.

Además, el ARMS tuvo una correlación significativa con el MEDTAKE y BMQ. El BMQ y el MEDTAKE también se correlacionaron positivamente.

Desde el punto de vista clínico, las puntuaciones del ARMS más altas (> 12) indican no adherencia al tratamiento prescrito. También se correlaciona negativamente con el número de condiciones clínicas controladas en ancianos de baja alfabetización con enfermedades cardiovasculares

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

A cross-sectional evaluation of community pharmacists' perceptions of intermediate care and medicines management across the healthcare interface

Anna Millar, Carmel Hughes, Maria Devlin, Cristín Ryan

International Journal of Clinical Pharmacy

December 2016, Volume 38, Issue 6, pp 1380–1389

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0377-3?wt_mc=alerts.TOCjournals

A pesar de la importancia que se le concede al concepto de equipo multidisciplinario en relación con la atención intermedia (IC), no se ha investigado mucho acerca de la participación de los farmacéuticos comunitarios (PC) en dichos equipos.
Las Unidades de Cuidados Intermedios constituyen formas de prestación asistencial a pacientes potencialmente críticos que permiten mejorar la relación coste-beneficio de la asistencia ofertada por los Servicios de Medicina Intensiva.

El objetivo del estudio fue determinar la aptitud de los PC y su participación en los servicios de salud de IC, así como la percepción acerca de la transferencia de la información del tratamiento farmacológico de los pacientes en el entorno de atención médica y la opinión sobre el desarrollo de un servicio de CP-IC.

El estudio se realizó en farmacias comunitarias de Irlanda del Norte. Se desarrolló y puso a prueba un cuestionario enviado a los participantes por correo postal, fundamentado en trabajos cualitativos anteriores.
El resultado principal fue cuantificar la conciencia/aptitudes de los CP y su participación en el equipo de salud de IC.

Se envió el cuestionario a 539 PC. La tasa de respuesta fue del 35,3% (190/539). Menos de la mitad (47,4%) de las PC respondieron que "estaban de acuerdo / estaban firmemente de acuerdo" en que entendían el término "cuidados intermedios" (IC). Tres cuartas partes de los encuestados no estarían involucrados o no estaban seguros de sí estaban involucrados con la prestación de servicios a IC.
Una pequeña minoría (1,2%) de los CP informó que recibieron comunicación sobre cambios de medicación desde el hospital o desde el IC "todo el tiempo". Sólo el 9,5 y el 0,5% de los encuestados «estuvieron totalmente de acuerdo» en que la comunicación desde el hospital y la IC, respectivamente, era suficientemente detallada.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

En total, 155 (81,6%) PC indicaron que les gustaría tener mayor participación con los servicios de IC. La "carga de trabajo actual" se clasificó como la barrera más importante para el desarrollo de estos servicios por parte de los farmacéuticos comunitarios.

Los autores concluyen que se reveló que los PC tenían poca conciencia de lo que era una unidad de IC, o bien dudaban de su participación con el IC. La comunicación de la información relativa a los medicamentos de los pacientes entre entornos fue percibida como insuficiente, especialmente entre IC y la comunidad farmacéutica. Las CP demostraron su voluntad de participar en el IC y en los servicios destinados a reducir la brecha de comunicación entre los centros de atención de la salud.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

The status of the performance of medication reviews in German community pharmacies and assessment of the practical performance

Claudia Greißing, Katharina Kössler, Johanna Freyer, Lucie Hüter, Peter Buchal, Susanne Schiek, Thilo Bertsche

International Journal of Clinical Pharmacy.

December 2016, Volume 38, Issue 6, pp 1425–1435

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0381-7?wt_mc=alerts.TOCjournals

Las revisiones de medicamentos desarrolladas por farmacéuticos han demostrado prevenir problemas relacionados con los medicamentos (DRPs). Hasta el momento, los datos son escasos sobre la implementación de este servicio en el trabajo rutinario de los farmacéuticos comunitarios así como las condiciones para intensificar este servicio y las habilidades prácticas de los farmacéuticos comunitarios para realizar revisiones de medicamentos.

El objetivo de este estudio fue evaluar el estado actual de la implementación de la revisión de los medicamentos en las farmacias comunitarias alemanas así como la identificación de los DRP en un ejemplo de paciente ficticio.

El estudio se desarrolló en farmacias comunitarias alemanas. Se realizó una encuesta on-line desde julio a septiembre de 2015, incluyendo preguntas sobre las revisiones de medicamentos que se realizan actualmente en el trabajo rutinario de las farmacias comunitarias y también detectar DRPs 'ocultos' en un ejemplo de paciente ficticio. Los farmacéuticos fueron invitados a participar a través de boletines de tres organizaciones locales de farmacéuticos.

Los objetivos principales del estudio fueron:

- Frecuencia, condiciones de implementación y criterios para las revisiones de medicamentos que se están llevando a cabo actualmente en la atención de rutinaria.
- Si se pide información adicional para realizar revisiones de medicamentos.
- Proporción de farmacéuticos que identificaron DRP en el ejemplo del paciente ficticio.

Un total de 143 farmacéuticos comunitarios completaron el cuestionario.

Ciento veintisiete encuestados (89%) informaron revisar la medicación regularmente durante el trabajo rutinario, mientras que 56 (39%) declararon que realizaron revisiones de medicamentos entre una y cinco veces al mes. Para 124 farmacéuticos (87%), la remuneración sería una condición necesaria para realizar revisiones de medicamentos con más frecuencia.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Al revisar la medicación, 112 (78%) de los farmacéuticos consideraron el criterio "interacciones medicamentosas" y 107 (75%) revisaron el criterio "dosis correcta". Uno de los criterios menos revisados fue la "efectividad de la medicación" [22 (16%)].

Según los participantes, los valores de laboratorio deberían estar disponibles en la farmacia comunitaria, ya que 87/143 (61%) apreciarían datos sobre la GFR (tasa de filtración glomerular) y el nivel de HbA1c. Veintidós de los 54 encuestados (41%) agradecerían instrucciones adicionales sobre la administración de los fármacos y 5 de 54 (15%) piensan que se beneficiarían de la información acerca de la duración recomendada de la medicación.

Dependiendo de la categoría, 4 (3%) y 49 (34%) de los 143 farmacéuticos identificaron el DRP oculto en el ejemplo del paciente ficticio.

Los farmacéuticos comunitarios alemanes informaron que revisaban la medicación de sus pacientes regularmente; sin embargo, la mayoría de los encuestados revisan la medicación muy raramente en el trabajo rutinario. Por lo que es necesario mejorar su rendimiento práctico.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Impact of clinical pharmacy interventions on medication error nodes

Nibal R. Chamoun, Rony Zeenny, Hanine Mansour

International Journal of Clinical Pharmacy

December 2016, Volume 38, Issue 6, pp 1436–1444

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0384-4?wt_mc=alerts.TOCjournals

La participación de los farmacéuticos en el cuidado de los pacientes ha mejorado la calidad de la atención y reducido los errores de medicación.
Sin embargo, esto ha requerido mucho trabajo que no se habría podido lograr sin la documentación de las intervenciones.

Se han propuesto varios métodos para documentar dichos errores en la literatura pero sin un proceso comprensivo y coherente. Recientemente, el Colegio Americano de Farmacia Clínica (ACCP) reconoció que la práctica farmacéutica carece de un proceso consistente para el cuidado directo del paciente y discutió varias opciones para un plan de atención farmacéutica, que abarcase esencialmente la evaluación de la terapia farmacológica, desarrollo e implementación de un plan de atención farmacéutica y finalmente evaluación del resultado. Por lo tanto, según las recomendaciones de ACCP, se buscó analizar retrospectivamente las intervenciones agrupándolas de acuerdo con los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y sus distintas fases como la prescripción; administración, supervisión, documentación y dispensación.

El objetivo de este estudio fue informar las intervenciones según la fase en la que se detecta el error de medicación (EM) y mostrar el impacto de las intervenciones farmacéuticas en la reducción de PRM. El estudio se realizó en los servicios de cardiología y enfermedades infecciosas en un hospital universitario de Beirut, Líbano.

La documentación de intervención fue completada por estudiantes de farmacia en el área de enfermedades infecciosas y rotaciones cardiológicas, luego revisadas por farmacéuticos clínicos de las respectivas especialidades.
Antes del análisis de los datos, se elaboró una nueva hoja informativa de farmacia para vincular las intervenciones de acuerdo con el PRM. A continuación, los PRM se agruparon en cinco fases o etapas EM.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Durante el proceso de documentación, si el PRM había llegado al paciente o no pudo haber sido notificado, lo que impidió la clasificación en las fases de error de medicación correspondiente como EM.

Se documentaron un total de 1174 intervenciones. Del total, 1091 intervenciones se clasificaron como PRM. Se analizaron las intervenciones por cada 1000 pacientes/día y se hallaron 340 problemas relacionados con los medicamentos/1.000 pacientes/día.
Se observó una reducción del 72% en PRM en todas las fases EM.
La mayoría de las intervenciones fueron en el campo de la cardiología seguida de las relacionadas con enfermedades infecciosas.
Cuando se analizaron las intervenciones por fases EM, se observó un alto porcentaje de aceptación de la intervención en todos las etapas, especialmente en la prescripción (68,30%), seguimiento (77,7%) y en la documentación de errores (79,36%).

El papel de los farmacéuticos en la reducción de los PRM prevenibles puede ser detallado cuando las intervenciones farmacéuticas se analizan en función de PRM y las correspondientes fases EM.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202

Al revisar la medicación, 112 (78%) de los farmacéuticos consideraron el criterio "interacciones medicamentosas" y 107 (75%) revisaron el criterio "dosis correcta". Uno de los criterios menos revisados fue la "efectividad de la medicación" [22 (16%)].

Según los participantes, los valores de laboratorio deberían estar disponibles en la farmacia comunitaria, ya que 87/143 (61%) apreciarían datos sobre la GFR (tasa de filtración glomerular) y el nivel de HbA1c.

Veintidós de los 54 encuestados (41%) agradecerían instrucciones adicionales sobre la administración de los fármacos y 5 de 54 (15%) piensan que se beneficiarían de la información acerca de la duración recomendada de la medicación. Dependiendo de la categoría, 4 (3%) y 49 (34%) de los 143 farmacéuticos identificaron el DRP oculto en el ejemplo del paciente ficticio.

Los farmacéuticos comunitarios alemanes informaron que revisaban la medicación de sus pacientes regularmente; sin embargo, la mayoría de los encuestados revisan la medicación muy raramente en el trabajo rutinario. Por lo que es necesario mejorar su rendimiento práctico.

2016 Fundación Pharmaceutical Care España. Todos los derechos reservados - ISSN 1139-6202