

Muchas gracias Foppe, por tu impronta como farmacéutico y como persona.

Un escalofrío me recorrió la espalda. Era ya de noche y me acababan de dar la noticia de la muerte de Foppe Van Mil.

Era difícil de creer. Un tiarrón con esa altura y esa envergadura. Pero es que además, no lo quería creer. Me entró una dolorosa sensación de orfandad profesional. ¿Quién iba a tirar ahora del carro de la Atención Farmacéutica en Europa? ¿Qué iba a ser de la PCNE?

Todas las personas y organizaciones reconocemos la importancia que han tenido algunas personas en nuestro devenir. Y sinceramente, Foppe está en la cabeza de muchos/as farmacéuticos/as, no sólo de Europa sino de todo el mundo. Decir “Pharmaceutical Care” en cualquier país de Europa era decir “Foppe Van Mil”. Foppe era un estudioso, un líder, una persona con muchos conocimientos, un hombre con una gran capacidad de transmisión de ideas, que además defendía con una gran convicción.

Este complicado de por sí año 2020, nos ha traído la pérdida de Foppe, y para la Fundación Pharmaceutical Care es un gran vacío. Digamos que en nuestro nacimiento, Foppe ya estaba ahí, y por eso le invitamos al ya mítico I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en Donostia San Sebastián en 1999, y organizado por MA Gastelurrutia.

Desde entonces, la relación entre Foppe Van Mil y la Fundación Pharmaceutical Care ha sido estrecha y cordial. Esta relación institucional, y gracias al carácter de Foppe, ha derivado también en una relación de amistad profunda entre nuestro querido Foppe y muchos miembros del Patronato de nuestra Fundación.



Foppe Van Mil siempre se acordaba de la Fundación, y le estaremos siempre agradecidos. Foppe ha organizado infinidad de simposiums, encuentros, jornadas, en los que generalmente participaba algún miembro de la Fundación. Sería complicado de recordar y enumerar todos los encuentros en los que Foppe Van Mil y la PCNE quisieron contar con nosotros. Pero recuerdo uno bastante especial, como fue la 2ª Reunión de trabajo de la PCNE celebrada en Hillerod (Dinamarca) y a la que asistieron un nutrido grupo de patronos de nuestra Fundación: Nuestra actual Presidenta Ana Dago, Joaquim Bonal (+), Flor Álvarez de Toledo, MA Gastelurrutia, Fernando Fernández-Llimós...Después de esa primera vez vendrían muchas más, hasta llegar a Estepona (Málaga) en 2018. Estuve en Málaga representando a la Fundación, Foppe Van Mil seguía siendo el alma y la estrella de estos encuentros en los que se encargaba de poner en contacto a farmacéuticos/as de todo el mundo y transmitía su espíritu de unión y trabajo a todas los participantes. Todos reconocíamos en él a ese líder cuya falta ahora deja un poco tocada a la Atención Farmacéutica en Europa.

Foppe, sirvan estas líneas para agradecerte el empeño que pusiste en contar siempre con nuestra Fundación, gracias por tenernos en cuenta y por recibir con agrado nuestras aportaciones. Nuestra Fundación te estará siempre muy agradecida. Las personas que además tuvimos la suerte de tratarte, de trabajar y de reírnos contigo, te recordaremos siempre con mucho afecto, y ahora estamos muy cerca de tu familia, tus amigos/as, la PCNE.....Y no nos podemos olvidar de Roelof, la persona que quizá más tuvo que soportar tus ausencias cuando estabas volcado con la Atención Farmacéutica.

Foppe, amigo, compañero, hasta siempre. Gracias.

Borja García de Bikuña
Expresidente Fundación Pharmaceutical Care España

❖ ORIGINAL

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Drugs Shortage: a constantly growing problem

Castellano Copa P¹, Mejuto Pérez del Molino B².

¹Facultativo Especialista de Área en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Lucus Augusti. Estructura Organizativa de Xestión Integrada Lugo, Cervo y Monforte de Lemos. Lugo, España.

²Facultativo Especialista de Área en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia, Hospital Clínico Universitario de Santiago. Estructura Organizativa de Xestión Integrada Santiago. Santiago de Compostela, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

Los resultados del estudio han sido publicados parcialmente como comunicación científica en el 64 congreso nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

207

ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
EAHP: Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios
UE: Unión Europea
EMA: Agencia Europea de Medicamentos
UH: Uso Hospitalario
EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica
SNS: Sistema Nacional de Salud

Fecha de recepción: 07/01//2020 Fecha de aceptación: 18/06/2020

Correspondencia: Paloma Castellano Copa

Correo electrónico: paloma.castellano.copa.@sergas.es

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

RESUMEN

Objetivo: Análisis de los desabastecimientos de medicamentos ocurridos en España en el año 2018.

Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Los datos de los medicamentos con problemas de suministro se obtuvieron, trimestralmente, realizando una descarga a través de la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

El estudio estadístico de las comparaciones bivariantes se realizó mediante el test Chi-cuadrado (variables categóricas) y la prueba U Mann-Whitney (variables continuas).

Resultados: El número de desabastecimientos ocurridos fue 1143, afectando a 990 especialidades y 429 principios activos, lo que supone 3,16% y 17,44% de las especialidades y principios activos comercializados, respectivamente. 324 especialidades eran de uso hospitalario y 447 genéricas. Se vieron implicados el 100% de los códigos ATC y 178 compañías farmacéuticas.

La mediana de días de desabastecimiento fue 79, sufriendo retraso en el restablecimiento del suministro el 30,2% de las especialidades.

El 73,6% de las especialidades afectadas tenían alternativa con mismo principio activo, dosis y vía de administración. De las 302 para las que no existía una alternativa igual, 41 tampoco disponían de alternativa terapéutica.

Conclusiones: Los resultados obtenidos ratifican la fuerte evidencia de que la escasez de medicamentos es un problema extremadamente común tanto a nivel hospitalario como comunitario y un problema de gestión diario en los servicios de farmacia.

Se ve dificultada la atención farmacéutica, sobrecargadas las consultas médicas y comprometida la seguridad del paciente.

Es necesario que las autoridades sanitarias apliquen soluciones rápidas y efectivas para frenar el problema y que la situación no se cronifique.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

Palabras Clave: *Desabastecimiento de medicamentos; Atención Farmacéutica; Seguridad del Paciente; Política de Salud; Gestión; España.*

ABSTRACT

Objective: Analysis of the drugs shortages that occurred in Spain in 2018.

Methods: Observational, descriptive, retrospective study. Data on medications with supply problems were obtained, quarterly, by downloading them from the website of the Spanish Agency for Medicines and Health Products.

The statistical study of the bivariate comparisons was developed using the Chi-square test (categorical variables) and the Mann-Whitney U test (continuous variables).

Results: The number of shortages occurred was 1143, affecting 990 specialties and 429 active principles, which represents respectively, 3.16% and 17.44% of the specialties and active principles marketed. 324 specialties were hospital drugs and 447 generic ones. 100% of the ATC codes and 178 pharmaceutical enterprises were involved.

The average of shortages days was 79, with 30.2% of the specialties delayed in the restoration of supply.

73.6% of the affected specialties had an alternative with the same active substance, dose and route of administration. Among the 302 for which there was no equal alternative, 41 nor had a therapeutic alternative.

Conclusions: The obtained results confirmed the strong evidence that nowadays drugs shortage is a common problem both, at the hospital and community level but also a problem of daily management in pharmacy services. Pharmaceutical care is hampered, medical consultations overloaded and patient safety compromised.

It would be necessary that health authorities apply solutions quickly and effectively reverse the situation and try to avoid that the problem becomes chronic

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

Keywords: *Drugs Shortages, Pharmaceutical Care, Patient Safety, Health Policy, Management, Spain.*

INTRODUCCIÓN

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) define un problema de suministro como la situación en la que las unidades disponibles de un medicamento en el canal farmacéutico son inferiores a las necesidades de consumo nacional o local. Las causas más frecuentes son problemas en la fabricación o distribución del fármaco, aunque no son los únicos motivos¹⁻³.

Los problemas que causan la escasez de medicamentos son graves, y se han convertido en uno de los principales quebraderos de cabeza para la gestión de los servicios de farmacia hospitalaria, y por lo tanto para la adecuada distribución de los fármacos en los hospitales y la correcta atención a los pacientes. Pero el desabastecimiento de medicamentos no es un problema exclusivo de la prestación de asistencia sanitaria en el sector hospitalario, sino que también influye de manera importante en el sector comunitario⁴.

Tampoco se trata de un problema exclusivo de España, ni siquiera es un problema contenido dentro de las fronteras de Europa, sino que es un problema mundial, y desde luego no es un fenómeno nuevo, pero se ha ido incrementando en los últimos años²⁻⁶.

En el año 2013 se realizó una encuesta desde la Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) para comprender mejor la magnitud y la naturaleza del problema en la Unión Europea (UE). Los resultados obtenidos, con más de 300 respuestas de 27 países, fueron contundentes: el 99% de los farmacéuticos de hospitales de toda Europa estaban experimentando problemas con la escasez de medicamentos; el 63% decía que el problema era semanal, a veces a diario; y el 77% exponía que el problema había empeorado en el último año⁷.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

En noviembre de 2018, esta misma asociación publicó la tercera y más reciente encuesta sobre desabastecimientos, y los resultados subrayan que estos siguen siendo un contratiempo importante para los pacientes de los hospitales europeos. Con 1.666 respuestas de 38 países, destaca el porcentaje de farmacéuticos que declaran que la escasez de medicamentos es un problema en cuanto a la prestación de la mejor atención sanitaria a los pacientes pasando del 86,2% en el año 2014 al 91,8% de los encuestados en el 2018⁶.

Para intentar controlar el problema, ya en 2013, se publicó un documento de posicionamiento común sobre el desabastecimiento de medicamentos, elaborado por representantes de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para pacientes y profesionales de la salud. En él se describían las responsabilidades de los diferentes actores de la cadena de suministro, se abordaban las posibles causas y se proponía medidas para prevenir y gestionar el déficit de suministro⁸.

En octubre del año 2016, en la primera reunión informal de los ministros de Salud de la UE se abordó este tema, dejando claro que es un problema que sufren todos los estados miembros e incluyendo en la agenda sanitaria europea, como una de sus máximas prioridades, el suministro de medicamentos⁹.

Y más recientemente, la revisión realizada por la EAHP en el año 2018, ha conducido a la adopción del último documento de posicionamiento, donde se aconseja a los gobiernos nacionales evaluar si las medidas y los sistemas de gestión que están aplicando logran controlar y minimizar el impacto de la escasez de medicamentos y corregir las deficiencias donde y cuando sea necesario. Pide a la Comisión Europea que comience urgentemente una investigación sobre el problema, examinando los factores causantes y proponiendo soluciones que ayuden a aliviar o resolver la escasez. Hace un llamamiento para mejorar el intercambio de información entre las autoridades y los distintos eslabones de la cadena de suministro, así como el apoyo a la implementación

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

de estrategias de gestión de los organismos reguladores nacionales pertinentes para promover la seguridad del paciente. Y, en último lugar, insta a la EMA y a los jefes de las Agencias de Medicamentos a considerar el desarrollo de una estrategia de comunicación integral sobre la escasez de fármacos¹⁰.

Los problemas causados por el desabastecimiento de medicamentos son graves, amenazan el bienestar de los pacientes y tienen consecuencias de gran alcance para los sistemas sanitarios. Conocer la situación actual en nuestro entorno es importante, y por ello hemos analizado los problemas de suministro de medicamentos ocurridos en España a lo largo del año 2018.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Trimestralmente se realizó una descarga a través de la página web de la AEMPS para obtener los datos de las especialidades farmacéuticas con problemas de suministro en los tres meses anteriores. Las fechas de descarga fueron: 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2018. Este listado incluía tanto los fármacos que en ese momento sufrían problemas de abastecimiento como aquellos que habían restablecido su suministro en ese periodo. Se realizó un filtro para eliminar aquellas notificaciones que aparecían en varios periodos y así no duplicar datos.

Los datos obtenidos en la descarga eran: especialidad afectada, laboratorio titular de la autorización de comercialización, fecha de inicio, fecha de finalización prevista o fecha de reanudación del suministro para aquellos fármacos que ya habían restablecido su suministro e información adicional como la necesidad de solicitud como medicamento extranjero, si era un desabastecimiento temporal, si existía distribución controlada de unidades limitadas o autorización de comercialización excepcional de fármacos con acondicionamiento en idioma distinto al castellano.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

La fecha de reanudación del suministro se consideró en aquellos fármacos que, en el momento de obtención de datos desde la página web de la AEMPS, ya no se encontraban en desabastecimiento.

Los desabastecimientos temporales tienen un impacto nulo en los pacientes, ya que debido a la corta duración del problema se mantiene un abastecimiento normal del medicamento con las unidades existentes en el canal de distribución.

La distribución controlada supone el suministro de un número máximo de unidades, en general teniendo en cuenta el histórico de solicitudes, lo que permite asegurar una distribución más acorde a las necesidades, intentando que las unidades disponibles lleguen a todos los que las necesitan.

A través del Centro de Información on-line de Medicamentos de la AEMPS se obtuvieron el resto de datos analizados: principio activo de cada especialidad con problema de suministro, si la especialidad era de uso hospitalario (UH) y/o especialidad farmacéutica genérica (EFG), código ATC al que pertenecían, si se retrasó el restablecimiento del suministro y si existía alternativa comercializada con el mismo principio activo, dosis y para la misma vía de administración o alternativa terapéutica.

La duración del desabastecimiento se calculó utilizando los datos de fecha de inicio y fecha prevista/real de reanudación. En el caso de que no se conociese la fecha prevista de reanudación se usó como fecha fin el último día de revisión de los datos (31 de enero de 2019), por lo que la mediana de días de duración del desabastecimiento se puede encontrar infraestimada.

El estudio estadístico de las comparaciones bivariantes se realizó mediante el test Chi-cuadrado en el caso de las variables categóricas y con la prueba U Mann-Whitney para las variables continuas.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

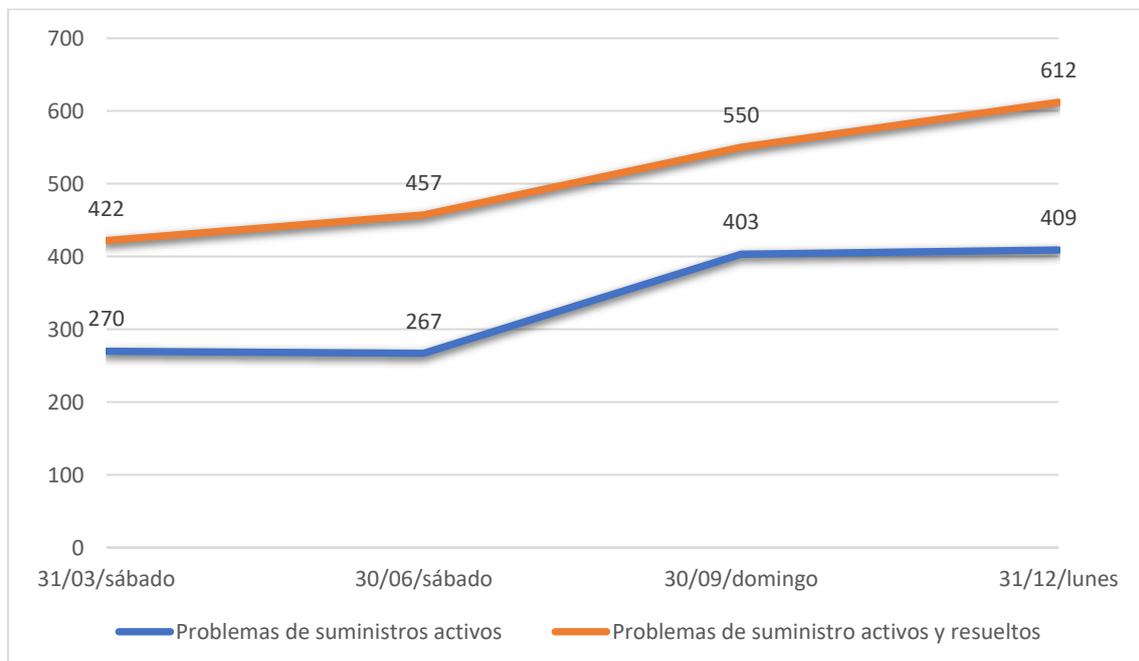
Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

RESULTADOS

El número de eventos ocurridos a lo largo del año 2018 fueron 1.143, viéndose afectadas 990 especialidades farmacéuticas y 429 principios activos distintos. Según datos de la AEMPS al final del periodo de estudio estaban comercializados 2.460 principios activos y 31.283 especialidades, esto supone que el 3,16% y el 17,44% de las especialidades y principios activos, respectivamente, se vieron afectados en algún momento del año.

El número de notificaciones fue en aumento con el paso de los meses, pasando de 270 problemas de suministros activos en la primera descarga de datos a 409 el último día del año. En el período de revisión de datos se habían resuelto 44 de los 409 desabastecimientos, por lo que a fecha de finalización de la misma se mantenían activos 365, de los cuales el 52,9% (n=193) no tenían prevista fecha de reanudación. (Figura 1)



Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

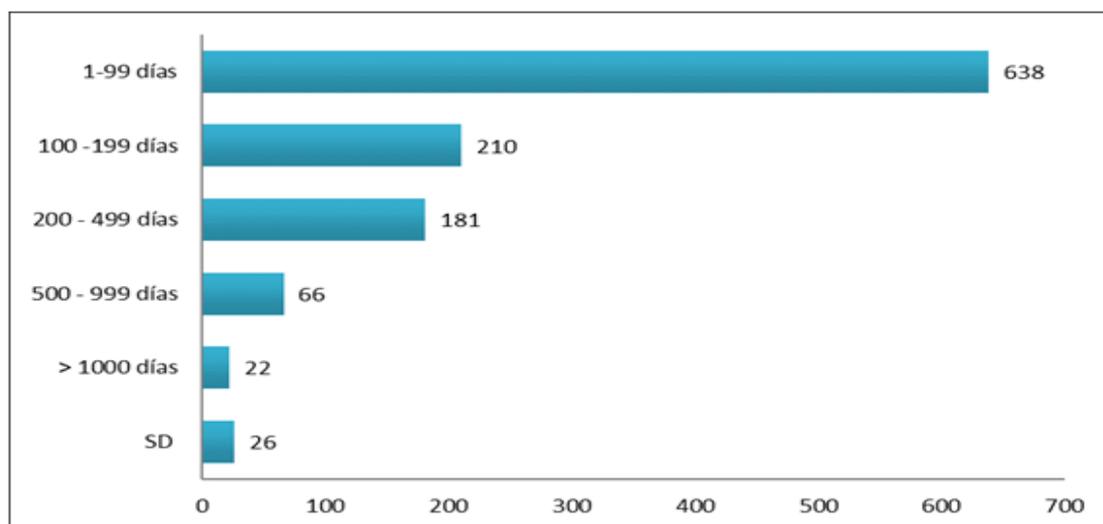
Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

Figura 1: Evolución de los problemas de suministro activos y resueltos trimestralmente en el año 2018

El número de especialidades de UH que se vieron afectadas fue 324 (28,4%).

El restablecimiento del suministro de estos medicamentos se retrasó en menor grado (34,9% vs 65,1%; $p=0.198$) y el periodo de desabastecimiento fue más corto (71 días vs 83 días; $p=0.014$). Las EFG supusieron 447 (39,1%) eventos y no hubo diferencia estadísticamente significativa en la demora de la reanudación del suministro (61,0% vs 39,0%; $p=0.651$) ni en la duración del desabastecimiento (88 días vs 73,5 días; $p=0.031$). Fue necesario recurrir a la solicitud de medicamentos en situaciones especiales para importar medicación extranjera en 83 (7,3%) de casos.



215

Figura 2: Distribución de las especialidades farmacéuticas desabastecidas en función de la duración del problema de suministro. SD: sin datos.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

La mediana de días de desabastecimiento fue 79 días (35-198). El tiempo de desabastecimiento varió mucho, encontrando principios activos como pramipexol, ciclopirox o candesartan que reanudaron suministro en 1 día, y en contraposición antígeno superficie B, antígeno de hepatitis A, piridoxina/cianocobalamina/tiamina o leviteracetam que acumularon cada uno de ellos más de 1000 días de desabastecimiento. Sufrieron un problema de suministro igual o mayor a 100 días 479 especialidades (41,9%). (Figura 2)

El restablecimiento del suministro se retrasó en 345 (30,2%) especialidades frente a 562 (49,2%) que se reanudaron dentro del plazo inicialmente previsto, en 218 (19,1%) no se pudo valorar ya que en el momento de análisis no se había alcanzado la fecha prevista y de 18 (1,5%) no se tenían datos.

Para un alto porcentaje de especialidades desabastecidas, 73,6% (n=841), se disponía de alternativa con mismo principio activo, dosis y vía de administración. De las 302 (26,4%) presentaciones para las que no existía una alternativa igual, 41 (13,6%) tampoco disponían de alternativa terapéutica, de ellas 13 fueron desabastecimientos temporales. Para solucionar el problema de suministro de los 28 casos restantes se importaron 21 medicamentos extranjeros, se realizaron 4 distribuciones controladas y se autorizaron 3 comercializaciones en idiomas distintos al castellano. El 58,5% (n=24) de las especialidades sin alternativa terapéutica eran medicamentos de UH.

Las especialidades que no tenían igual alternativa sufrieron menos retrasos, 53,9% vs 46,1% (p=0.003), pero la mediana de duración del desabastecimiento fue mayor, 89 (36-289) vs 76 días (34-196) (p=0.006).

Sobre el análisis de datos por código ATC, destaca que se vieron afectados el 100% de los grupos terapéuticos, aunque en distinta proporción, siendo los más afectados en cuanto al número de principios activos con problemas de suministro el N (n=73), C (n=67), J (n=66) y L (n=45) (Figura 3)

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.
Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

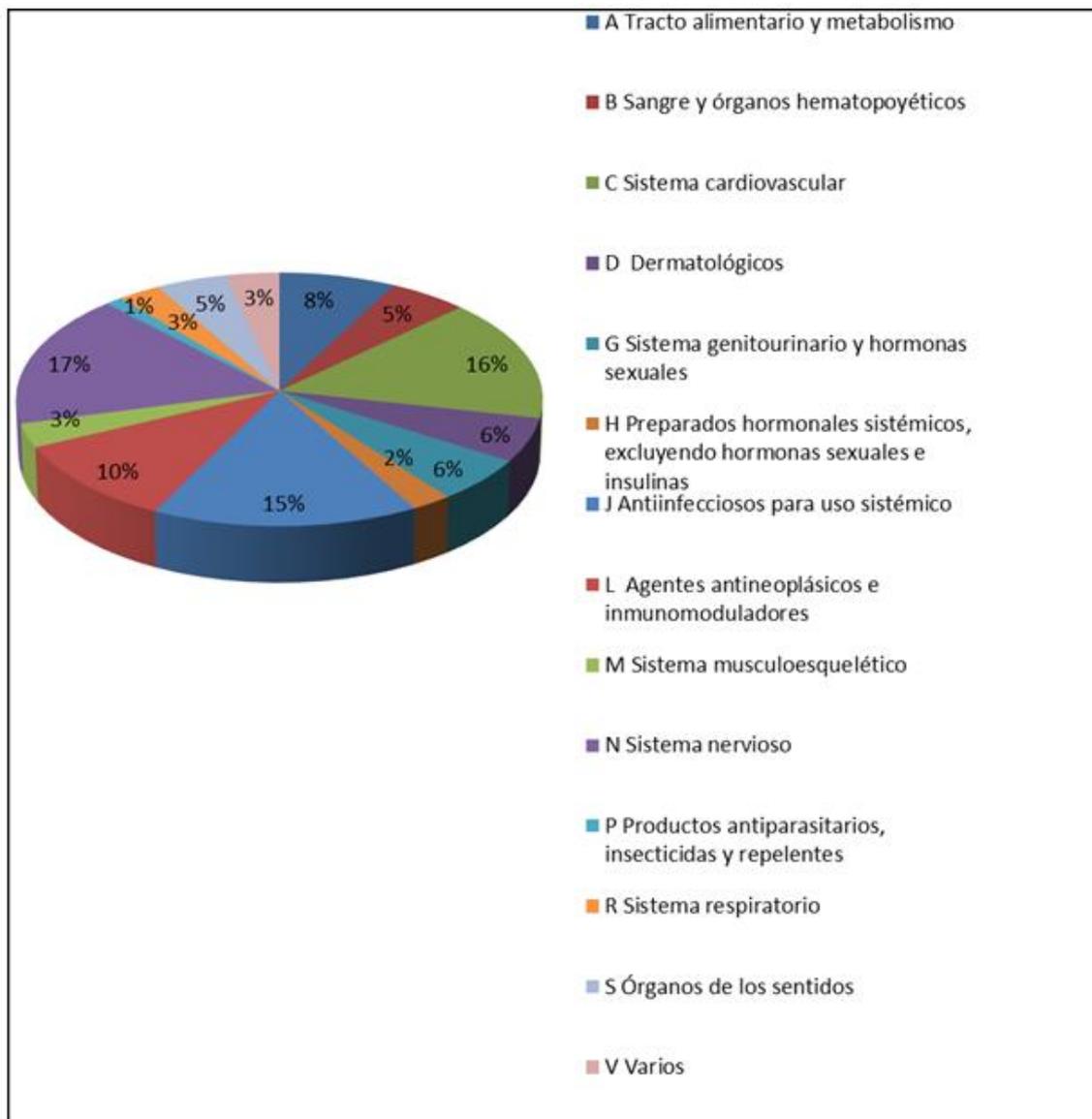


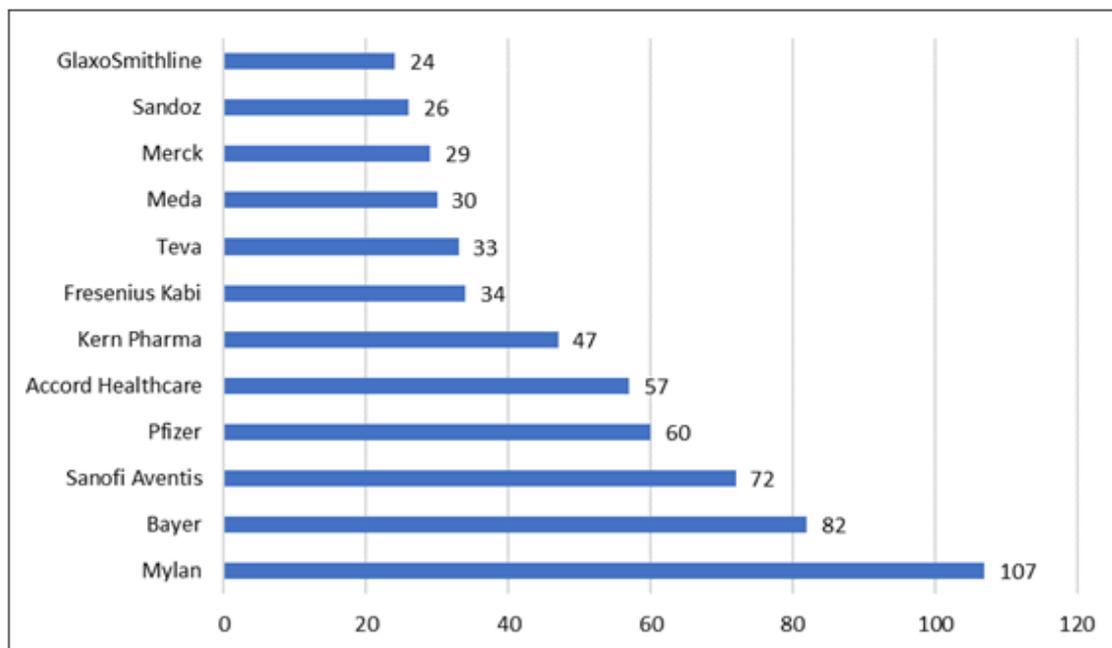
Figura 3: Distribución de los principios activos desabastecidos por grupo terapéutico de la clasificación ATC.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

Desabastecieron alguna especialidad farmacéutica 178 laboratorios titulares de autorización de comercialización, y entre 22 compañías farmacéuticas sumaban la mayoría de los problemas sufridos, en concreto el 69,3% (n= 792) de los eventos ocurridos (Figura 4).



218

Figura 4: Laboratorios titulares de comercialización con mayor número de eventos a lo largo del año 2018.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existe una fuerte evidencia de que hoy en día la escasez de medicamentos es un problema extremadamente común en los hospitales europeos⁶. Los resultados obtenidos en nuestro estudio ratifican este dato y confirman la percepción que se tiene en los servicios de farmacia de los hospitales españoles de que los desabastecimientos

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

son uno de los principales problemas a los que tenemos que hacer frente de manera diaria. Con una media de 5,59 fármacos desabastecidos al día y una mediana de duración del problema de 79 días, es necesario tomar medidas regularmente para que la escasez de medicamentos no llegue al paciente o lo haga causando el menor daño posible, a costa de dedicar más tiempo y recursos a la gestión para encontrar fuentes alternativas de suministro, dificultando la adecuada atención farmacéutica y aumentando los costes sanitarios⁶. España no es diferente al resto de los países europeos en este aspecto ya que datos de la EAHP estiman que la duración media de los desabastecimientos es 2,2 meses y calculan que el tiempo que deben dedicar los farmacéuticos hospitalarios a la gestión para solventar la escasez de medicamentos son más de 5 horas semanales⁶.

Pero este no es el único inconveniente que genera el problema de suministro que sufre nuestro país. Con casi un 30% de fármacos desabastecidos sin alternativa de fácil intercambio y un 13,6% sin alternativa terapéutica, no son pocos los casos en los que es necesario modificar la prescripción, lo que conlleva una sobrecarga de trabajo en las consultas médicas tanto en atención especializada como primaria.

La oficinas de farmacia también ven afectado su trabajo, ya que el farmacéutico deberá realizar la sustitución del fármaco prescrito en los casos que permite la ley, tal y como recoge el punto segundo del artículo 86 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios: “Con carácter excepcional, cuando por causa de desabastecimiento no se disponga en la oficina de farmacia del medicamento prescrito o concurran razones de urgente necesidad en su dispensación, el farmacéutico podrá sustituirlo por el de menor precio. En todo caso, deberá tener igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación. El farmacéutico informará en todo caso al paciente sobre la sustitución y se asegurará de que conozca el tratamiento prescrito por el médico”¹¹.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

La AEMPS ha publicado que los problemas de suministro en el año 2018 con impacto en las consultas médicas y en las oficinas de farmacia se sitúa en torno al 60%. Los casos en los que la falta del medicamento genera un impacto asistencial importante por no existir alternativa terapéutica en alguna o ninguna de sus indicaciones suponen un 10-13,9% del total de notificaciones, dato muy similar al obtenido en nuestro trabajo en el que no disponíamos de alternativa terapéutica en el 13,6% de los casos^{2,3}.

Además, con cada nueva notificación la seguridad del paciente se ve comprometida¹²⁻¹⁴. Los desabastecimientos constituyen un factor contribuyente a los errores de medicación asociados a los sistemas de trabajo, se aumenta la posibilidad de que ocurran retrasos en la toma de medicación, omisión y errores de medicamentos o fallos en la terapia entre otros^{6,13,15}. En las encuestas realizadas por la EAHP en el año 2013 y 2014 ya se realizaban preguntas sobre este punto, el 50,7% y el 75,4% de los encuestados, respectivamente, creían que la escasez de fármacos en el hospital tenía un impacto negativo en la atención al paciente^{4,7}. En el trabajo realizado por el mismo organismo en el año 2018 a la pregunta ¿La escasez de medicamentos es un problema actual en el hospital en el que trabaja en términos de ofrecer la mejor atención a los pacientes y / o funcionamiento de la farmacia del hospital? un abrumador 90% de los encuestados respondió "Sí"⁶. Con cada desabastecimiento se corre el riesgo de que el paciente omita el tratamiento prescrito, y con una tasa del 50% de adherencia al tratamiento en los pacientes crónicos los problemas de suministro que sufrimos cada vez en mayor medida no ayudan a mejorar este dato¹⁶. Este punto tiene alta relevancia teniendo en cuenta que el 71,6% de los medicamentos analizados no son de UH.

Estar informados de los problemas que surgen nos permite poner en marcha medidas preventivas y disminuir la posibilidad de que el desabastecimiento cause impacto en el paciente. El 67% de los países encuestados por la EAHP en el año 2018 tienen un sistema

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

de notificación, pero sólo el 58% lo considera efectivo⁶. En España la AEMPS notifica diariamente los problemas que se inician, modifican o resuelven en nuestro país, difunde notas informativas y desde el año 2018 publica semestralmente un informe sobre la situación de los desabastecimientos de medicamentos²⁻³.

La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (SNS) es uno de los pilares de las políticas de salud de nuestro país tal y como recoge el Plan de Calidad para el SNS. Comprende entre otros servicios que el paciente reciba los medicamentos necesarios, a las dosis precisas, durante el tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad¹⁷. Los datos del estudio muestran que la escasez de fármacos constituye un problema grave que condiciona la prestación farmacéutica e impide ofrecer la mejor atención sanitaria. Crece mes a mes e implica a todos los eslabones de la cadena del medicamento, desde las autoridades sanitarias hasta los usuarios del SNS, pasando por gestores, compañías farmacéuticas, distribuidores de medicamentos, médicos y farmacéuticos.

Por ello, consideramos necesario que las autoridades sanitarias apliquen soluciones de manera rápida y efectiva para frenarlo. En esta línea, la estrategia hasta el año 2020 de la Red de Agencias de Medicamentos de la UE ha incluido esta problemática como una de sus prioridades. Y en España, la AEMPS acaba de poner en marcha el plan de garantías de abastecimiento de medicamentos para el periodo 2019-2022 con tres objetivos generales: prevenir, gestionar e informar los problemas de suministro y un cuarto objetivo transversal y muy importante, la coordinación con otros países de la UE^{18,19}. Esperamos que las acciones emprendidas obtengan resultados y la situación que tenemos actualmente no se cronifique.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

AGRADECIMIENTOS

A Andrés Blanco Hortas, por su colaboración en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [consultado el 10/04/2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/home.htm>
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe semestral sobre la situación de los problemas de suministro en España [Internet]. 08 de Noviembre de 2018 [consultado el 10/04/2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/informe-s-semestrales/docs/primer-informe-semestral-problemas-suministro-2018.pdf>
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe semestral sobre la situación de los problemas de suministro en España [Internet]. 21 de Marzo de 2018 [consultado 10/04/2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/informe-s-semestrales/docs/segundo-informe-semestral-problemas-suministro-2018.pdf>
4. European Association of Hospital Pharmacists. Medicines shortages in European hospitals [Internet]. 2014 [Consultado el 10/04/19]. Disponible en: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages/2014-medicines-shortage-survey>
5. Heads of Mediciens Agencies [Internet]. [Consultado el 10/04/19]. Disponible en: <https://www.hma.eu/598.html>
6. European Association of Hospital Pharmacists. EAHP's 2018 Survey on Medicines Shortages to improve patient outcomes [Internet]. 2018 [Consultado el 11/04/2019]. Disponible en: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages/2018-medicines-shortage-survey>
7. European Association of Hospital Pharmacists. EAHP's 2013 survey of the medicines shortage problem [Internet]. 2013 [Consultado el 11/04/2019]. Disponible en: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages/2013-medicines-shortage-survey>
8. European Association of Hospital Pharmacists. Common position between patients', consumers, and healthcare professionals' organisations involved in the activities of the European Medicines Agency on: Supply Shortages of Medicines [Internet]. 04 October 2013 [Consultado el 11/04/2019]. Disponible en: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages>
9. Rodríguez C. El desabastecimiento de medicamentos domina el consejo informal de ministros de Salud de la UE: El Global. 4 de octubre de 2016; Política Sanitaria.

Desabastecimiento de medicamentos: un problema en constante crecimiento.

Castellano Copa P, Mejuto Pérez del Molino B.

❖ ORIGINAL

10. European Association of Hospital Pharmacists. EAHF Position Paper on Medicines Shortages [Internet]. Junio 2019 [Consultado el 2/07/2019]. Disponible en: <http://www.eahp.eu/practice-and-policy/medicines-shortages>
11. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº178, (27 de julio de 2006).
12. Said A, Goebel R, Ganso M, Zagermann-Muncke P, Schulz M. Drug shortages may compromise patient safety: Results of a survey of the reference pharmacies of the Drug Commission of German Pharmacists. Health Policy. 2018;122(12):1302-09. DOI:10.1016/j.healthpol.2018.09.005
13. McLaughlin M, Kotis D, Thomson K, Harrison M, Fennessy G, Postelnick M et al. -Effects on patient care caused by drug shortages: a survey. J Manag Care Spec Pharm, 2013;19(9):783-8. DOI: 10.18553/jmcp.2013.19.9.783
14. Gross AE, Johannes RS, Gupta V, Tabak YP, Srinivasan A, Bleasdale SC. The effect of a Piperacillin/Tazobactam Shortage on Antimicrobial Prescribing and *Clostridium difficile* Risk in 88 US Medical Centers. Clin Infect Dis 2017;65(4): 613-8. DOI: [10.1093/cid/cix379](https://doi.org/10.1093/cid/cix379).
15. Otero López MJ, Castaño Rodríguez B, Pérez Encinas M, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Sánchez Muñoz T et al. Grupo de Trabajo Ruiz-Jarabo 2000. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. Farm Hosp. 2008;32(1):38-52
16. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. [Internet] [Consultado el 26/06/2019]. Disponible en: <http://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf?v=2017>
17. Prestación farmacéutica. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Internet] [Consultado el 26/06/2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/7_CAP_17.pdf
18. European Association of Hospital Pharmacists, Heads of Medicines Agencies. EU Medicines Agencies Network Strategy to 2020 [Internet]. 2015 [Consultado el 26/06/2019]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/eu-medicines-agencies-network-strategy-2020-working-together-improve-health_en.pdf
19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Plan de garantías de abastecimiento de medicamentos 2019-2022 [Internet].08 de mayo de 2019 [Consultado el 26/06/2019]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/docs/plan-garantias-abastecimiento-AEMPS-2019-2022.pdf>

❖ ORIGINAL

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra (España).

Training preferences of the community pharmacists of the province of Pontevedra (Spain).

Andrés-Rodríguez NF¹, Fornos-Pérez JA², Rodríguez-Barreiro E³, Mera-Gallego R⁴, García-Rodríguez P⁵, Guisado-Barral B⁶, Barreiro-Juncal M⁴, Tenorio-Salgueiro L⁵, Mera-Gallego I⁷.

¹ Doctor en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo, Pontevedra, España.

² Doctor en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Cangas de Morrazo, Pontevedra, España.

³ Licenciada en Farmacia. Centro de Información de Medicamentos. Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra, Pontevedra, España

⁴ Licenciada en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Vigo, Pontevedra, España

⁵ Licenciada en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Cangas de Morrazo, Pontevedra, España

⁶ Licenciada en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Crecente, Pontevedra, España

⁷ Licenciada en Farmacia. Grupo Berbés de Investigación y Docencia, Maella, Zaragoza, España

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

Resultados parciales de este estudio se presentaron en el II Congreso Médico Farmacéutico de SEMERGÉN-SEFAC en enero de 2020.

224

ABREVIATURAS

COFPO: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra.

CONGRAL: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

DE: desviación estándar.

FC: farmacéutico comunitario.

Foro AF-FC: Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.

SPF: servicios profesionales farmacéuticos

Fecha de recepción: 02/03//2020 Fecha de aceptación: 18/06/2020

Correspondencia: N Floro Andrés

Correo electrónico: fandresr@galicia.com

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

RESUMEN

Objetivos: Conocer las preferencias de los farmacéuticos comunitarios (FC) de Pontevedra en relación con la formación continuada, qué materias despiertan mayor interés y posibles relaciones entre preferencias y características demográficas.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en diciembre 2017 y enero 2018. Participaron farmacéuticos colegiados en Pontevedra ejercientes en farmacias comunitarias.

El tamaño muestral se calculó para una precisión del 10,0%, un intervalo de confianza para poblaciones finitas al 95% bilateral, y una población de 495 titulares y 768 adjuntos, en 72 titulares y 75 adjuntos.

Se elaboró una encuesta que se pilotó con seis FC, se hicieron las modificaciones resultantes del pilotaje y se difundió a todos los FC colegiados, que la cumplimentaron en la web del Colegio o impresa.

Resultados: Se recibieron 261 cuestionarios (77 titulares, 29,5% y 184, 70,5% adjuntos), correspondientes al 20,7% de los colegiados ejercientes en farmacia comunitaria. El 62,5% cree que no tiene suficiente formación.

Las materias formativas más demandadas fueron Farmacología/Farmacoterapia, 206 FC (78,9%), Nutrición, 175 (67,0%) y Servicios Profesionales Farmacéuticos, 161 (61,7). La modalidad semipresencial (contenidos teóricos *online* y talleres presenciales) (48,3%), frecuencia trimestral (47,9%), duración de 20-30 horas/año (48,7%), y obligatoriedad de un mínimo de créditos anuales (46,0%) son las opciones preferidas. Para el 69,0% la duración de los talleres presenciales debe ser entre 1 y 4 horas. La organización de la formación cotinuada debe estar a cargo del Colegio.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

Conclusiones: El estudio permitirá elaborar programas formativos dirigidos a los colegiados ejercientes en farmacias comunitarias mejor adaptados a sus necesidades y preferencias.

Palabras clave: *Formación continuada; farmacéutico comunitario; preferencias; metodología de la formación.*

ABSTRACT

Objectives: To know the preferences of the community pharmacists (CP) of Pontevedra in relation to continued education, which subjects arouse the greatest interest and possible relationships between preferences and demographic characteristics.

Methods: Cross-sectional observational study in December 2017 and January 2018. Collegiate community pharmacists participated in Pontevedra. The sample size was calculated for an accuracy of 10.0%, a confidence interval for finite populations at 95% bilateral and a population of 495 holders and 768 attached, in 72 holders and 75 attached. A survey was prepared and piloted with six CPs, the modifications resulting from the piloting were made and disseminated to all collegiate CPs, who completed it on the College website or printed.

Outcomes: 261 questionnaires (77 holders, 29.5% and 184, 70.5% attached) were received, corresponding to 20.7% of the collegiate pharmacists working in a community pharmacy. 62.5% think they don't have enough training. The most demanded training subjects were Pharmacology/Pharmacotherapy, 206 CP (78.9%), Nutrition, 175 (67.0%) and Professional Pharmaceutical Services, 161 (61.7). Semi-presencial modality (online theoretical content and face-to-face workshops) (48.3%), quarterly frequency (47.9%), duration of 20-30 hours/year (48.7%), and mandatory minimum annual credits (46.0%) are the preferred options. For 69.0% the duration of the face-to-face workshops should

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

be between 1 and 4 hours. The organization of the countinuated education must be in charge of the College.

Conclusions: The study will allow to develop training programs targeted to the CPs who are members of the College and practice in community pharmacies. These programs will be better adapted to their needs and preferences.

Key words: *Continuing education; community pharmacist; preferences; training methodology.*

INTRODUCCIÓN

El farmacéutico comunitario (FC) desarrolla su labor profesional en el ámbito de la atención primaria de Salud. Su función se centra en atender las necesidades de los pacientes en relación a los medicamentos que utilizan, desarrollando todos aquellos servicios profesionales (SPF) que estén relacionados con la salud, dentro de sus competencias y ámbito de actuación profesional¹. El farmacéutico ha de garantizar a la población el acceso a los medicamentos y productos sanitarios, ayudando a los pacientes en el correcto proceso de uso, seguro, efectivo, eficiente y responsable, implicándose en la consecución de los mejores resultados en salud¹.

Existe, por tanto, en el FC, una permanente necesidad de actualización de conocimientos y adquisición de nuevas habilidades para su ejercicio diario. Si bien estas actividades de formación continuada están recogidas y reguladas por ley² y por normas de buenas prácticas, no existe una exigencia expresa de acreditar o demostrar su realización, ya que no está reconocido ningún tipo de carrera o desarrollo profesional que las incorporase como un elemento de evaluación y obtención de méritos, pese a propuestas existentes en este sentido³.

La formación del grado, tal como está planteada en la mayor parte de las facultades de Farmacia, no es suficiente para que el alumno adquiriera las competencias necesarias e

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

incorpore las habilidades imprescindibles para la implementación de estos SPF⁴ en el ejercicio profesional diario. La universidad ignora las necesidades formativas de la modalidad de ejercicio que va a acoger a más del 70% de los egresados. La estancia de prácticas tuteladas sería el momento ideal para ejercitar lo que debería haber sido objeto de adquisición de competencias en la facultad, pero tampoco aquí se seleccionan tutores ni farmacias con acreditación o experiencia en su prestación, por lo que tras finalizarlas, en la mayor parte de los casos, el alumno no ha alcanzado una formación suficiente.

Recientemente un documento de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) elaborado por representantes de la organización colegial, sociedades científicas y varias universidades realizó una “Propuesta de Contenidos Específicos en Atención Farmacéutica”⁵ en la que se trata de manera específica cada uno de los contenidos consensuados como indispensables para la adquisición por los estudiantes del grado de Farmacia, los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarios para la prestación de los SPF que posibiliten un ejercicio responsable de su labor profesional y la obtención por los pacientes del máximo beneficio de sus tratamientos. Desconocemos si este documento ha sido asumido y sus propuestas incorporadas por unas facultades de Farmacia que ignoran las demandas de una sociedad que ha cambiado y de la mayor parte de los farmacéuticos que salen de ellas.

Ante estas carencias de la universidad, son otras instituciones las que llevan el peso de la formación continuada: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CONGRAL), los propios colegios provinciales, sociedades científicas, laboratorios farmacéuticos, cooperativas, etc. Todas ellas, apoyadas hoy en los avances tecnológicos, permiten una variada oferta metodológica para un eficaz aprendizaje: desde las clásicas sesiones presenciales y los contenidos impresos a la formación totalmente *on line*, formatos mixtos semipresenciales, videoconferencias, resolución de casos prácticos en

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

formatos digitales, simulaciones, etc. La acreditación de las actividades de formación continuada facilita la elección de las más adecuadas a las preferencias del alumno y al mismo tiempo la preceptiva evaluación por las Comisiones correspondientes garantiza su calidad⁶. El farmacéutico comunitario puede así confeccionar un currículum adaptado a su interés y orientación profesional.

El interés por analizar las preferencias en materia de formación continuada por parte de las diferentes instituciones que se ocupan de impartirla, se encuentra reflejado en diversas publicaciones tanto en el extranjero⁷⁻¹¹ como en España¹²⁻¹⁵, aunque analizando diferentes aspectos y utilizando metodologías no siempre comparables.

La existencia en la actualidad de numerosas posibilidades metodológicas en la formación continuada hace necesario conocer cuáles se adaptan mejor a las necesidades y conveniencias de los destinatarios. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra (COFPO) planifica su oferta formativa anual, para lo cual en 2017 la vocalía de Docencia e Investigación confeccionó una encuesta sobre las preferencias de formación con el fin de establecer un plan que diera satisfacción a las necesidades formativas de los colegiados.

OBJETIVOS**General**

Conocer las preferencias de los farmacéuticos comunitarios ejercientes en la Provincia de Pontevedra en relación con las acciones de formación continuada.

Específicos

Conocer qué materias despiertan mayor interés para su formación.

Determinar qué aspectos de la formación continuada son los preferidos.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

Valorar posibles relaciones entre las preferencias y las características demográficas de los FC.

MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional transversal realizado durante los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018.

Sujetos: Farmacéuticos colegiados en el COFPO con ejercicio en farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra, que respondieron a la encuesta de preferencias de formación.

Cálculo del tamaño muestral: Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el mismo criterio que en el trabajo de Aguas y Fernández-Llimós¹⁴. El número de colegiados con ejercicio en FC de la provincia de Pontevedra es de 1.263, de los que 495 (39,2%) son titulares y 768 (60,8%) adjuntos, sustitutos o regentes¹⁶. Se preguntó a 12 FC colegiados si habían participado en actividades formativas del COFPO o del CONGRAL en los últimos 5 años (48% respondió afirmativamente) y en los últimos dos años (32% respondió afirmativamente). En consecuencia, y para conseguir una precisión del 10,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 32% en ambos grupos y que el tamaño total de ambas poblaciones es de 495 y 768 sujetos, será necesario incluir 72 titulares y 75 adjuntos en el estudio. Considerando un margen de pérdidas del 10% de posibles encuestas incompletas o no válidas, se pretendió incluir 80 titulares y 84 adjuntos.

Procedimiento: Tomando como base la encuesta realizada por Martínez Romero et al en 1993¹⁷, el Departamento Profesional del COFPO en colaboración con el grupo investigador elaboró una encuesta en la que se añadieron varias preguntas de contenido específico para los objetivos del plan de formación (Anexo 1).

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

Con el fin de comprobar la validez y funcionalidad de la encuesta resultante, se realizó una prueba piloto con 6 farmacéuticos a los que se administró. A la vista de sus comentarios se hicieron pequeños cambios en la redacción de las preguntas para resolver las dudas que se podían suscitar. Se elaboró también un documento con las instrucciones para su cumplimentación.

Mediante correo electrónico se informó a todos los colegiados de Pontevedra ejercientes en FC de la disponibilidad de la encuesta y del documento de instrucciones en la página web del COFPO. La cumplimentación de la encuesta se podía realizar directamente mediante un formulario en la web o tras imprimirla en papel que se hacía llegar al colegio con la colaboración de los medios de transporte de la Distribución.

Expresión de los resultados y análisis estadístico: Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS® 22.0 para Windows®. Los datos cualitativos se expresaron como porcentajes y los cuantitativos como media \pm desviación estándar (DE) y rango.

Se utilizaron los test de chi-cuadrado o de Fisher para el análisis de variables cualitativas, t de Student para variables cuantitativas con distribución normal y U Mann-Whitney para variables cuantitativas con distribución no normal. La correlación entre las variables cuantitativas se realizó mediante la R de Pearson o la Rho de Spearman. La significación estadística con todos los análisis se fijó en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recibieron 261 (77 titulares, 29,5% y 184, 70,5% adjuntos) cuestionarios cumplimentados, correspondientes al 20,7% (15,6% de los titulares y 24,0% de los adjuntos) de los colegiados ejercientes en FC, por lo que podemos considerarlo una muestra amplia y válida.

Las características demográficas se muestran en la tabla 1.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

 ORIGINAL

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total n (%)		
Sexo	204 (78,2)	57 (21,8)	261 (100,0)		
Edad m (DE) (Mín-Máx)	40,2 (10,7) (23-64)	40,3 (11,5) (24-67)	40,2 (10,8) (23-67)		
Localidad					
Rural	20 (9,8)	10 (17,5)	30 (11,5)		
Semiurbana	67 (32,8)	17 (29,8)	84 (32,2)		
Urbana	117 (57,4)	30 (52,6)	147 (56,3)		
Totales	204 (78,2)	57 (21,8)	261 (100,0)		
Ejercicio					
Titular	50 (24,5)	27 (47,4)	77 (29,5)		
Adjunto/Sustituto/Regente	154 (65,5)	30 (52,6)	184 (70,5)		
Totales	204 (78,2)	57 (21,8)	261 (100,0)		
Años desde el final de la carrera m (DE) (Mín-Máx)					
Titulares	22,9 (10,6) (1-40)	21,2 (10,2) (7-43)	22,3 (10,4) (1-43)		
Adjunto/Sustituto/Regente	12,8 (8,9) (0-36)	8,1 (7,1) (1-34)	12,1 (8,8) (0-36)		
Totales	15,3 (10,3) (0-36)	14,3 (10,9) (1-43)	15,8 (15,6) (0-43)		
Tiempo de desplazamiento a las sedes colegiales					
	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Titulares n (%)	Adjuntos n (%)	Total n (%)
Sede de Pontevedra					
Menos de 1/2 hora	43 (21,1)	12 (21,1)	19 (24,7)	36 (19,6)	55 (21,1)
Entre 1/2 hora y 1 hora	120 (58,8)	35 (61,4)	49 (63,6)	106 (57,6)	155 (59,4)
Más de 1 hora	41 (20,1)	10 (17,5)	9 (11,7)	42 (22,8)	51 (19,5)
Sede de Vigo					
Menos de 1/2 hora	93 (45,6)	27 (47,4)	39 (50,6)	81 (44,0)	120 (46,0)
Entre 1/2 hora y 1 hora	80 (39,2)	24 (42,1)	32 (41,6)	72 (39,1)	104 (39,8)
Más de 1 hora	31 (15,2)	6 (10,5)	6 (7,8)	31 (16,8)	37 (14,2)

Tabla 1: Características demográficas de la muestra.

No se encontraron diferencias significativas entre adjuntos y titulares, ni entre sexos, ni por edad, localidad de ejercicio, años desde la licenciatura, o tiempo de desplazamiento a las sedes colegiales de Pontevedra o de Vigo. Tampoco entre la distribución de la muestra en relación con la totalidad de ejercientes en FC de la provincia en cuanto a

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

sexo ($p=0,1390$) y categoría profesional ($p=0,0669$), pero sí en relación con la localidad de ejercicio ($p=0,0349$).

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Titulares n (%)	Adjuntos n (%)	Total n (%)
Farmacología/Farmacoterapia	161 (78,9)	45 (78,9)	57 (74,0)	149 (81,0)	206 (78,9)
Nutrición	138 (67,6)	37 (64,9)	49 (63,6)	126 (68,5)	175 (67,0)
Servicios Profesionales Farmacéuticos	125 (61,3)	36 (63,2)	48 (62,3)	113 (61,4)	161 (61,7)
Salud ocular y auditiva	85 (41,7)	24 (42,1)	33 (42,9)	76 (41,2)	109 (41,8)
Ortopedia	69 (33,8)	19 (33,3)	25 (32,5)	63 (34,2)	88 (33,7)
Fiscal/Laboral/Legislación farmacéutica	50 (24,5)	23 (40,4)	31 (40,3)	42 (22,8)	73 (28,0)
Colostomía: bolsas, colectores, apósitos, etc.	42 (20,6)	11 (19,3)	12 (15,6)	41 (22,3)	53 (20,3)
Cuidados especiales a los mayores: medicación, alimentación, completos nutricionales, higiene	43 (21,1)	9 (15,8)	12 (15,6)	40 (21,7)	52 (19,9)
Fitoterapia	102 (50,0)	28 (49,1)	37 (48,1)	93 (50,5)	130 (49,8)
Formulación magistral	79 (38,7)	25 (43,9)	20 (26,0)	84 (45,7)	104 (39,8)
Gestión/Marketing	68 (33,3)	24 (42,1)	33 (42,9)	59 (32,1)	92 (35,2)
Tecnologías (redes sociales, community manager, internet)	54 (26,5)	20 (35,1)	32 (41,6)	42 (22,8)	74 (28,4)
Antibioterapia. Antiinfecciosos en general	42 (20,6)	13 (22,8)	15 (19,5)	40 (21,7)	55 (21,1)
Dermocosmética	125 (61,3)	33 (57,9)	43 (55,8)	115 (62,5)	158 (60,5)
Conocimiento y uso de los diferentes inhaladores	29 (14,2)	14 (24,6)	14 (18,2)	29 (15,8)	43 (16,5)
Idiomas	17 (8,3)	3 (5,3)	4 (5,2)	16 (8,7)	20 (7,7)
Primeros auxilios	37 (18,1)	9 (15,8)	17 (22,1)	29 (15,8)	46 (17,6)
Análisis	75 (36,8)	10 (17,5)	21 (27,3)	64 (34,8)	85 (32,6)

Tabla 2: Materias formativas más demandadas por los FC participantes en la encuesta.

Las materias formativas más demandadas fueron Farmacología/Farmacoterapia, por 206 FC (78,9%) y Nutrición, 175 (67,0%); y las menos solicitadas Idiomas, 20 FC (7,7%) y Conocimiento y uso de los diferentes inhaladores, 43 (16,5%) (tabla 2).

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

 ORIGINAL

Las características de la formación de los FC participantes en la encuesta se reseñan en la tabla 3, distribuidas por sexo y puesto de trabajo. Los n y % se refieren al número de FC que eligen cada respuesta del total de FC. Se podía seleccionar más de una respuesta, por lo que su suma no coincide con el número de farmacéuticos participantes en la encuesta.

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Titulares n (%)	Adjuntos n (%)	Total n (%)
¿Crees que tienes suficiente formación para realizar todas las tareas diarias de tu práctica profesional? *					
Sí	79 (38,7%)	19 (33,3)	31 (40,3)	67 (36,4)	98 (37,5)
No	125 (61,3%)	38 (66,7)	46 (59,7)	117 (63,6)	163 (62,5)
¿Quién debería responsabilizarse de la organización de la formación continuada? *					
Universidad	42 (20,6)	13 (22,8)	16 (20,8)	39 (21,2)	55 (21,1)
Colegio de Farmacéuticos	127 (62,3)	39 (68,4)	46 (59,7)	120 (65,2)	166 (63,6)
Administración	43 (21,1)	15 (26,3)	22 (28,6)	36 (19,6)	58 (22,2)
Conjuntamente	81 (39,7)	20 (35,1)	28 (36,4)	73 (39,7)	101 (38,7)
Lo de menos es quién lo organice	14 (6,9)	7(12,3)	12 (15,6)	9 (4,9)	21 (8,0)
Distribución	17 (8,3)	3 (5,3)	7 (9,1)	13 (7,1)	20 (7,7)
¿Con qué frecuencia crees que deberían organizarse cursos de formación continuada? *					
Mensual	51 (25,0)	17 (29,8)	20 (26,0)	48 (26,1)	66 (26,1)
Trimestral	105 (51,5)	20 (35,1)	33 (42,9)	92 (50,0)	125 (47,9)
Semestral	40 (19,6)	10 (17,5)	19 (24,7)	31 (16,8)	50 (19,2)
Anual	8 (3,9)	10 (17,5)	5 (6,5)	13 (7,1)	18 (6,9)
¿Crees que la formación continuada debería ser obligatoria para poder seguir ejerciendo, por ejemplo exigiendo un número mínimo de créditos anuales? *					
Sería lo normal	92 (45,1)	28 (49,1)	36 (46,8)	84 (45,7)	120 (46,0)
Me gustaría	65 (31,9)	16 (28,1)	23 (29,9)	58 (31,5)	81 (31,0)
Me es indiferente	20 (9,8)	8 (14,0)	8 (10,4)	20 (10,9)	28 (10,7)

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

 ORIGINAL

No me gustaría	27 (13,2)	5 (8,8)	10 (13,0)	22 (12,0)	32 (12,3)
Si fuese obligatoria, ¿cuántas horas crees que serían suficientes? *					
10 a 20 horas/año	54 (26,5)	12 (21,1)	17 (22,1)	49 (26,6)	66 (25,3)
20 a 30 horas/año	100 (49,0)	27 (47,4)	39 (50,6)	88 (47,8)	127 (48,7)
>30 horas/año	50 (24,5)	18 (31,6)	21 (27,3)	47 (25,5)	68 (26,1)
Modalidad formativa					
Presenciales	57 (27,9)	14 (24,6)	33 (42,9)	38 (20,7)	71 (27,2)
Online (<i>e-learning</i>)	73 (35,8)	17 (29,8)	17 (22,2)	73 (39,7)	90 (34,5)
Semipresenciales	96 (47,1)	30 (52,6)	33 (42,9)	93 (50,5)	126 (48,3)
Horario preferido para la formación presencial					
A partir de las 20:00 horas	101 (49,5)	29 (50,9)	44 (57,1)	86 (46,7)	129 (49,4)
Toda la tarde	84 (41,2)	22 (38,6)	33 (42,9)	73 (39,7)	106 (40,6)
Al mediodía	38 (18,6)	16 (28,1)	25 (32,5)	29 (15,8)	54 (20,7)
El sábado por la mañana	32 (15,7)	9 (15,8)	9 (11,7)	32 (17,4)	41 (15,7)
Toda la mañana	32 (15,7)	8 (14,0)	5 (6,5)	35 (19,0)	40 (15,3)
Duración de la formación presencial *					
Cursos entre 1 y 4 horas	145 (71,1)	35 (61,4)	53 (68,8)	127 (69,0)	180 (69,0)
Píldoras formativas de menos de 1 hora	58 (28,4)	14 (24,6)	20 (26,0)	52 (28,3)	72 (27,6)
Cursos o talleres de 1 o 2 días	56 (27,5)	15 (26,3)	22 (28,6)	49 (26,6)	71 (27,2)
Cursos de más de 3 días en varias semanas	40 (19,6)	20 (35,1)	17 (22,1)	43 (23,4)	60 (23,0)
Cursos de más de 3 días en la misma semana	9 (4,4)	4 (7,0)	4 (5,2)	9 (4,9)	13 (5,0)
Aspectos más valorados de la formación					
Práctica, concisa y que la pueda aplicar fácilmente al día a día	123 (60,3)	14 (24,6)	46 (59,7)	108 (58,7)	154 (59,0)
Que sea novedosa y actualice mis conocimientos	88 (43,1)	17 (29,8)	32 (41,6)	82 (44,6)	114 (43,7)
Que me aporte herramientas para utilizar en mi trabajo (protocolos, plantillas, fuentes de información)	80 (39,2)	30 (52,6)	31 (40,3)	79 (42,9)	110 (42,1)

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

 ORIGINAL

¿Quién debe impartirla?					
Profesionales de prestigio, preferentemente farmacéuticos	86 (42,2)	29 (50,9)	36 (46,8)	79 (42,9)	115 (44,1)
Profesionales de prestigio, sin necesidad de que sean farmacéuticos	107 (52,5)	24 (42,1)	37 (48,1)	94 (51,1)	131 (50,2)
Solo farmacéuticos	11 (5,4)	4 (7,0)	4 (5,2)	11 (6,0)	15 (5,7)
Conveniencia de aval institucional y acreditación					
Debe estar avalada y, además, debe estar acreditada	120 (58,8)	32 (56,1)	38 (49,4)	114 (62,0)	152 (58,2)
Me es indiferente que esté avalada o acreditada si la formación es de calidad	65 (31,9)	19 (33,3)	38 (36,4)	58 (31,5)	85 (32,6)
Debe estar avalada por el Colegio, Consejo o Sociedad Científica	19 (9,3)	5 (8,8)	11 (14,3)	12 (6,5)	24 (9,2)

 Las preguntas señaladas con * coinciden con las de la encuesta de Martínez Romero et al¹⁷.

Tabla 3: Características de la formación preferidas por los FC participantes.

97 (37,5%) participantes (38,7% mujeres vs 33,3% hombres y 40,3% titulares vs 36,4% adjuntos) creen tener formación suficiente para realizar todas las tareas diarias de su práctica profesional. No hay diferencias significativa entre adjuntos y titulares, entre sexos, edad o localidad de ejercicio.

Relaciones entre variables

Se presentan solo las relaciones entre variables en las que se encontraron diferencias significativas.

¿Quién debería responsabilizarse de la organización....?: La Distribución es más importante para los titulares 15,6% que para los adjuntos 4,9%, $p < 0,01$.

¿Con qué frecuencia crees que deberían organizarse.....?: hay diferencias significativas entre sexos: las mujeres las prefieren trimestrales (51,5%) frente a los hombres (35,1%), ($p < 0,01$) y los hombres las prefieren anuales (17,6%) frente a las mujeres (3,9%), $p < 0,01$.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

Modalidad formativa preferida: no existen diferencias significativas entre las distintas variables, excepto para la formación presencial, preferida por los titulares en un 42,9% frente al 20,7% de adjuntos, $p < 0,001$.

Conveniencia de aval institucional y acreditación: los titulares valoran más el aval del Colegio, Consejo o Sociedad Científica (14,3%) que los adjuntos (6,5%), $p < 0,01$. Los adjuntos dan más importancia (62,0%) a que la formación debe estar avalada y acreditada, frente a los titulares (49,4%), $p < 0,01$.

Preferencias de formación:

Fiscal/Laboral/Legislación farmacéutica: se encontró diferencia significativa por categorías, titulares (40,3%) frente a los adjuntos (22,8%) $p < 0,01$. Y más los hombres (40,4%) que las mujeres (24,5%) $p < 0,05$.

Formulación magistral: los adjuntos la prefirieron en mayor porcentaje (45,7%) que los titulares (26,0%), $p < 0,01$.

Tecnologías: los titulares la prefirieron en mayor porcentaje (41,6%) que los adjuntos (22,8%), $p < 0,01$.

Análisis: más las mujeres (36,8%) que los hombres (17,5%), $p < 0,01$.

DISCUSIÓN

La composición de la muestra, aunque no coincide exactamente con la del conjunto de FC que ejercen en Pontevedra, en cuanto a sexo (78% de mujeres vs 72% colegiadas), modalidad de ejercicio (70% adjuntos vs 61%) y localidad (R: 12% vs 22%, SU: 32% vs 31% y U: 56% vs 49%)¹⁶, se aproxima lo suficiente para considerarla representativa, ya que solo en la localidad de ejercicio se encontraron diferencias significativas.

Algunas de las preferencias reflejadas en el presente estudio parecen resultar ampliamente mayoritarias entre los farmacéuticos encuestados. Entre las materias

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

propuestas Farmacología/Farmacoterapia, Nutrición, Servicios Profesionales Farmacéuticos y Dermocosmética fueron elegidas por más del 60% de los participantes. La modalidad de formación semipresencial (contenidos teóricos *online* y talleres prácticos presenciales), una duración de 20-30 horas/año, y la obligatoriedad de conseguir un número mínimo de créditos anuales son las opciones preferidas por casi el 50%. Para el 69% la duración de los talleres presenciales debe ser de entre 1 y 4 horas. La comparación de los items del cuestionario coincidentes con los de Martínez Romero et al¹⁷ y Aguas y Fernández-Llimós¹⁴, únicos encontrados con objetivos y metodología similar, muestra diferencias considerables. No se pudo comparar con el de Hernández Perelló et al¹⁵, realizado también entre farmacéuticos comunitarios, pues tan solo estudia la coincidencia de la oferta en formación continuada con las preferencias de los encuestados.

Los FC de Pontevedra reconocen en mayor proporción la necesidad de más formación para la práctica profesional, 63% vs 50% en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴ y 58% en Martínez Romero et al¹⁷. No hubo diferencias entre sexos, modalidad o localidad de ejercicio, por lo que la diferencia puede corresponder a una mayor concienciación sobre la necesidad actual de una mejor formación para poder ofrecer más y mejores servicios profesionales a los pacientes. Esta necesidad de la formación continuada para la actualización de conocimientos no es discutida hoy en ninguna de las profesiones sanitarias^{6,18}.

De nuevo encontramos diferencias importantes con los estudios mencionados en cuanto a la frecuencia de la formación. Los FC de Pontevedra se inclinan por una periodicidad mensual (26%) o trimestral (48%), con diferencias entre sexos en cuanto a la periodicidad rtrimestral (52% las mujeres vs 35% los hombres); frente a 14% y 30% en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴ y 21% y 28% en Martínez Romero et al¹⁷. Con respecto a la obligatoriedad de la formación continuada, la opción más exigente (“Sería lo normal”)

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

alcanza el 46% en nuestro estudio, frente a 22,3% en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴ y el 29% en Martínez Romero et al¹⁷. La duración de 20-30 horas de formación es mayoritaria en los tres estudios y alcanza el 50% en Pontevedra, mientras que en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴ no llega al 40% y en Martínez Romero et al¹⁷ es elegida por el 43% de los encuestados. Los horarios preferidos, a partir de las 20 horas (49%) o toda la tarde (41%) muestran una cierta influencia de las jornadas laborales continuadas, que permiten disponer de la tarde completa para la formación, y, al contrario que en el estudio de Aguas y Fernández-Llimós¹⁴, la disposición a emplear en estas actividades parte del tiempo libre disponible (a partir de las 20 horas, momento tradicional del cierre en el horario partido).

Constatamos, al igual que señalan Aguas y Fernández-Llimós¹⁴, que continúa el descrédito de la universidad para la organización de las acciones de formación continuada, aunque no de manera tan radical. En nuestro caso el 21% mantienen su confianza, frente al 33% en Martínez Romero et al¹⁷ y el 3% en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴; aunque la mayor parte de los FC de nuestro estudio (64%) prefieren al Colegio profesional (COFPO), mientras que en Aguas y Fernández-Llimós¹⁴ era el 32% y en Martínez Romero et al¹⁷ el 36%.

Las modalidades de formación semipresencial (contenidos teóricos *online* y talleres prácticos presenciales) (48%) o totalmente *online* (*e-learning*) (35%) fueron las preferidas. Las diferencias entre titulares y adjuntos en cuanto a la preferencia de formación presencial (43% vs 21%) se explican por la mayor facilidad de aquellos para asistir a este tipo de actividades. Por otro lado, está claro que las nuevas tecnologías se imponen como una herramienta fundamental para el éxito de los programas de formación continuada, permitiendo formatos innovadores que optimizan la docencia y dotan de valor añadido y flexibilidad a la estructura, la metodología y el esfuerzo del aprendizaje^{18,19}.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

Probablemente por esta razón la localidad de ejercicio no resultó tener influencia significativa en las preferencias formativas de los FC de Pontevedra. Por otro lado, la existencia de dos sedes del Colegio provincial (Pontevedra y Vigo), puede también contribuir también a explicar este hecho ya que más casi el 85% de los encuestados están a menos de una hora de distancia de una de las dos sedes, desarrollándose en ambas las acciones formativas presenciales.

Entre los aspectos más valorados de la formación el 59% de los farmacéuticos se inclinan por que sea “Práctica, concisa y se pueda aplicar al día a día”, aunque los otros dos aspectos, “Que sea novedosa y actualice mis conocimientos” y “Que me aporte herramientas útiles en mi trabajo...”, también fueron elegidos por un porcentaje elevado de participantes (44% y 42%), lo que indica que todos ellos despertan el interés y son valorados positivamente.

Como era de esperar, los farmacéuticos adjuntos dan mayor importancia que los titulares a la acreditación de la formación (62% vs 49%). La inclusión de los cursos de formación continuada acreditados en los baremos de los concursos de adjudicación de nuevas farmacias supone el reconocimiento a su esfuerzo y una excelente oportunidad de promoción profesional.

Al contrario que en los trabajos de Martínez Romero et al¹⁷ y Aguas y Fernández-Llimós¹⁴, que reconocen una mayor dispersión en sus resultados, en nuestro estudio, aparte de las diferencias ya señaladas, el perfil de preferencias formativas no difiere significativamente entre farmacéuticos comunitarios titulares y adjuntos, mientras que coinciden en aspectos tan importantes como la necesidad de la formación, las materias que deberían formar parte de los programas formativos, los responsables de la formación, su obligatoriedad, frecuencia y duración, etc.

Creemos, por tanto, que este conjunto de resultados y su comparación con los antecedentes nos permite afirmar que los FC de la provincia de Pontevedra son

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

conscientes de la importancia de la formación continuada para la puesta al día de los conocimientos sobre sus áreas de responsabilidad profesional y la adquisición de nuevas competencias en la prestación de servicios asistenciales a los pacientes y usuarios de las farmacias comunitarias.

Confiamos en que, salvado las lógicas diferencias entre Colegios, este conjunto de preferencias manifestadas por los farmacéuticos participantes en nuestro estudio pueda servir de apoyo y orientación a las vocalías de Docencia a la hora de elaborar nuevos programas formativos dirigidos a sus colegiados ejercientes en farmacias comunitarias.

CONCLUSIONES

Las materias formativas más demandadas fueron Farmacología/Farmacoterapia, Nutrición, Servicios Profesionales Farmacéuticos y Dermocosmética.

Las preferencias mayoritarias fueron: organización por el Colegio Oficial de Farmacéuticos, modalidad de formación semipresencial (contenidos teóricos online y talleres prácticos presenciales), periodicidad trimestral, duración de 20-30 horas/año y obligatoriedad de conseguir un número mínimo de créditos anuales.

El perfil de preferencias formativas de farmacéuticos comunitarios, en cuanto a modalidad de ejercicio, sexo o localidad de ejercicio es muy similar, encontrándose tan solo diferencias, aunque parciales, en la preferencia de formación presencial (titulares/adjuntos), la periodicidad (entre sexos) o la necesidad de acreditación (titulares/adjuntos).

El estudio permitirá elaborar programas formativos dirigidos a los colegiados ejercientes en farmacias comunitarias mejor adaptados a sus necesidades y preferencias.

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

AGRADECIMIENTOS

A los 261 farmacéuticos comunitarios colegiados en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra que tuvieron la amabilidad de responder la encuesta. Al personal del Departamento Profesional del COFPO por su colaboración en la recogida y tratamiento de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baixauli VJ, Satué E, Gil M, Roig JC, Villasuso B, Sáenz S, (Comisión de Servicios Profesionales de SEFAC) [Internet]. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. 2013. [Acceso 21/12/2019]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/InformeServProf_Int1013.pdf
2. Cortes Españolas. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 2003(280):41442-58.
3. Andrés NF, Baixauli VJ, Calle J, Rodríguez MJ, Rua FJ. Propuesta de modelo de carrera profesional en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2011; 3(1):10-15.
4. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria [Internet]. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Sexto comunicado Foro AF-FC, Madrid, 14 de junio de 2016. [Acceso 21/12/2019]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/comunicaciones/Documents/2016-6o-Comunicado-FORO-AF-FC-Servicios-Profesionales-Farmacuticos-Asistenciales.pdf>
5. Foro de AF en FC. Mariño EL, Martínez F (coordinadores). Propuesta de contenidos específicos en Atención Farmacéutica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2017. ISBN: 978-84-697-8717-5
6. Gual A. Estado actual de la acreditación de la formación médica continuada en España *FEM* 2018; 21(6):265-269.
7. Scott VG, Amonkar MM, Madhavan SS. Pharmacists' preferences for continuing education and certificate programs. *Ann Pharmacother*. 2001 Mar; 35(3):289-99.
8. Namara KP1, Duncan GJ, McDowell J, Marriott JL. Community pharmacists' preferences for continuing education delivery in Australia. *J Contin Educ Health Prof*. 2009; 29(1):52-7. doi: 10.1002/chp.20006.
9. Mohamed Ibrahim OH. Assessment of Egyptian pharmacists' attitude, behaviors, and preferences related to continuing education. *Int J Clin Pharm*. 2012; 34(2):358-63. doi: 10.1007/s11096-012-9616-4

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

10. Alkhateeb FM, Attarabeen OF, Alameddine S. Assessment of Texan pharmacists' attitudes, behaviors, and preferences related to continuing pharmacy education. *Pharm Pract (Granada)*. 2016 Jul-Sep;14(3):769.
11. Sacre H, Tawil S, Hallit S, Hajj A, Sili G, Salameh P. Attitudes of Lebanese pharmacists towards online and live continuing education sessions. *Pharm Pract (Granada)*. 2019 Apr-Jun;17(2):1438. doi: 10.18549/PharmPract.2019.2.1438.
12. Cordero L1, Cadavid MI, Fernández-Llimós F, Díaz C, Sanz F, Loza MI. Continuing education and community pharmacists in Galicia: a study of opinions. *Pharm World Sci*. 2004; 26(3):173-7.
13. Arias-Rico R. Aplicación del análisis conjunto en la formación continua de un servicio de farmacia. *Farm Hosp*.2010; 34(4):181–187
14. Aguas Y, Fernandez-Llimós F. Preferencias de formación continua en farmacéuticos comunitarios de la provincia de Badajoz. *Pharm Care Esp*. 2015; 17(2):316-330.
15. Hernández Perelló S, Cuesta Jiménez JL, Deleito Molina O, Cachafeiro Jardón MJ, Pons Thomas B, Ferrer Cabecean C, et al. Análisis comparativo entre preferencias y hábitos formativos de los profesionales de la farmacia en España. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2018; 10(Supl.1):380.
16. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra. Datos demográficos de farmacéuticos colegiados. Comunicación personal. 10/10/2019.
17. Martínez Romero F, Martínez Martínez F, González Carmona A. Encuesta sobre formación continuada del farmacéutico comunitario. *OFFARM*. 1993; 12(10):58-61.
18. Becerril R, Cerón M [Internet]. La formación médica continuada como herramienta de Marketing. 2011. [Acceso 4/12/2019]. Disponible en: <http://www.pmfarma.es/articulos/1053-la-formacion-medica-continuada-como-herramienta-de-marketing.html>
19. Sánchez JM [Internet]. El futuro de la formación on line en salud. Octubre 2014. [Acceso 2/12/2019]. Disponible en: <http://www.pmfarma.es/articulos/1685-el-futuro-de-la-formacion-on-line-en-salud.html>

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL

ANEXO 1

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios colegiados en la provincia de Pontevedra



PREFERENCIAS DE FORMACIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS COLEGIADOS DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

Nº Colegiado:		Edad: Años	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Localidad de ejercicio: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> U		Año de finalización de la carrera:	
Puesto de trabajo: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Adjunto/Sustituto/Regente			
¿Crees que tienes suficiente formación para realizar todas las tareas diarias de tu práctica profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Quién debería responsabilizarse de la organización de la formación continuada?		<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Colegio de Farmacéuticos <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Conjuntamente <input type="checkbox"/> Lo de menos es quién lo organice <input type="checkbox"/> Distribución	
¿Con qué frecuencia crees que deberían organizarse cursos de formación continuada?		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
¿Crees que la formación continuada debería ser obligatoria para poder seguir ejerciendo, por ejemplo exigiendo un número mínimo de créditos anuales?		<input type="checkbox"/> Sería lo normal <input type="checkbox"/> Me gustaría <input type="checkbox"/> Me es indiferente <input type="checkbox"/> No me gustaría	
Si fuese obligatoria, ¿cuántas horas crees que serían suficientes?		<input type="checkbox"/> 10 a 20 horas/año <input type="checkbox"/> 20 a 30 horas/año <input type="checkbox"/> >30 horas/año	
Tiempo de desplazamiento a las sedes colegiales	Sede de Pontevedra		Sede de Vigo
	<input type="checkbox"/> Menos de 1/2 hora		<input type="checkbox"/> Menos de 1/2 hora
	<input type="checkbox"/> Entre 1/2 hora y 1 hora		<input type="checkbox"/> Entre 1/2 hora y 1 hora
<input type="checkbox"/> Más de 1 hora		<input type="checkbox"/> Más de 1 hora	
Horario preferido para la formación presencial:		Duración de la formación presencial	
<input type="checkbox"/> A partir de las 20:00 horas		<input type="checkbox"/> Cursos entre 1 y 4 horas	
<input type="checkbox"/> Toda la tarde		<input type="checkbox"/> Pildoras formativas de menos de 1 hora	
<input type="checkbox"/> Al mediodía		<input type="checkbox"/> Cursos o talleres de 1 o 2 días	
<input type="checkbox"/> El sábado por la mañana		<input type="checkbox"/> Cursos de más de 3 días en varias semanas	
<input type="checkbox"/> Toda la mañana		<input type="checkbox"/> Cursos de más de 3 días en la misma semana	

Preferencias de formación de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Pontevedra.

Andrés-Rodríguez NF, Fornos-Pérez JA, Rodríguez-Barreiro E, Mera-Gallego R, García-Rodríguez P, Guisado-Barral B, Barreiro-Juncal M, Tenorio-Salgueiro L, Mera-Gallego I.

❖ ORIGINAL



Modalidad formativa preferida	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> No presencial (a través de Internet) <input type="checkbox"/> Semipresencial	
Aspectos más valorados de la formación		
<input type="checkbox"/> Práctica, concisa y que la pueda aplicar fácilmente al día a día <input type="checkbox"/> Que sea novedosa y actualice mis conocimientos <input type="checkbox"/> Que me aporte herramientas para utilizar en mi trabajo (protocolos, plantillas, fuentes de información)		
Preferencias de formación (Se puede elegir más de una opción)	<input type="checkbox"/> Farmacología/Farmacoterapia <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Servicios Profesionales Farmacéuticos <input type="checkbox"/> Salud ocular y auditiva <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Fiscal/Laboral/Legislación farmacéutica <input type="checkbox"/> Colostomía: bolsas, colectores, apósitos, etc. <input type="checkbox"/> Cuidados especiales a los mayores: medicación, alimentación, completos nutricionales, higiene	<input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Formulación magistral <input type="checkbox"/> Gestión/Marketing <input type="checkbox"/> Tecnologías (redes sociales, community manager, internet) <input type="checkbox"/> Antibioterapia. Antiinfecciosos en general <input type="checkbox"/> Dermocosmética <input type="checkbox"/> Conocimiento y uso de los diferentes inhaladores <input type="checkbox"/> Idiomas <input type="checkbox"/> Primeros auxilios <input type="checkbox"/> Análisis
¿Quién debe impartirla?		
<input type="checkbox"/> Profesionales de prestigio, preferentemente farmacéuticos <input type="checkbox"/> Profesionales de prestigio, sin necesidad de que sean farmacéuticos <input type="checkbox"/> Solo farmacéuticos		
Conveniencia de aval institucional y acreditación		
<input type="checkbox"/> Debe estar avalada y, además, debe estar acreditada <input type="checkbox"/> Me es indiferente que esté avalada o acreditada si la formación es de calidad <input type="checkbox"/> Debe estar avalada por el Colegio, Consejo o Sociedad Científica		
Comentarios o sugerencias:		

❖ ORIGINAL

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto.

Medication experience in patients with chronic kidney disease treated by the Nephrology Service of a hospital in Costa Rica. A pilot study.

Orozco-Solano S¹, Silva-Castro MM²

¹Farmacéutica del Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica;

²Directora del Máster Universitario en Atención Farmacéutica y Farmacoterapia. Grupo de Investigación en Farmacoterapia Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de San Jorge, Zaragoza, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

246

Objetivo: Describir la experiencia farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica que asisten al Programa de Atención Farmacéutica del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia en Costa Rica.

Métodos: Estudio cualitativo en pacientes con enfermedad renal crónica que asisten al Programa de Atención Farmacéutica del Servicio Farmacéutico del Hospital. Las categorías de análisis se obtuvieron de los discursos de los pacientes sobre su experiencia farmacoterapéutica y de las notas del diario de campo de la farmacéutica del programa. El análisis cualitativo y la triangulación se realizaron incorporando la reflexividad a la revisión por pares de los datos cualitativos.

Resultados: Sobre la experiencia farmacoterapéutica 5 de los 11 pacientes comentaron sobre la cantidad de medicamentos que deben tomar, 5 pacientes se refirieron a falta

Fecha de recepción: 29/06//2020 **Fecha de aceptación:** 11/08/2020

Correspondencia: Sofía Orozco Solano

Correo electrónico: sorozcos6@gmail.com

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

de conocimiento y/o comprensión de la medicación, 4 manifestaron su temor a reacciones adversas.

Discusión: Al describir la experiencia farmacoterapéutica la mayoría de los participantes mencionaron la gran cantidad de medicamentos que debían tomar. Esta polimedición provocó una actitud aversiva en algunos pacientes que tenían enfermedad renal crónica en fases avanzada, pero de forma contraria en los pacientes trasplantados renales produjo una actitud favorable. Otros pacientes indicaban falta de comprensión de la medicación, probablemente asociada al modelo paternalista de atención en el ámbito costarricense. Como principal preocupación, los pacientes dicen que sienten miedo a las reacciones adversas. En estas situaciones, el acompañamiento y disponibilidad del farmacéutico para resolver dudas y aportarle opciones terapéuticas para afrontar estas reacciones ha contribuido a la confianza en usar los medicamentos con mayor tranquilidad.

Palabras Clave: *Experiencia farmacoterapéutica; necesidades farmacoterapéuticas; enfermedad renal crónica; Gestión Integral de la Farmacoterapia; Práctica de la Atención Farmacéutica.*

ABSTRACT

Objective: Describe the medication experience of patients with chronic kidney disease included in the Pharmaceutical Care Program of a Hospital Calderón Guardia in Costa Rica.

Methods: Qualitative study in patients with chronic kidney disease that were treated by the Pharmaceutical Care Program. Analytical categories were defined based on patients' feedback on their medication experiences as well as the pharmacist's field notebook.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Qualitative analysis and triangulation were obtained by incorporating reflexivity into the peer review of qualitative data.

Results: As part of the medication experience, 5 of 11 patients shared feedback on medications quantities to be taken, 5 patients did not have sufficient knowledge and/or understanding of it, and finally, 4 expressed their fear to adverse reactions.

Discussion: Most of the feedback received was related to number of medications that each patient was prescribed. Polymedication caused an averse attitude in some of them, especially on those who had chronic kidney disease. Kidney transplant recipient patients did not display the same behavior. Other participants described a general lack of understanding on the use of medication, probably derived from Costa Rica's paternalistic model of care. Overall, most of the patients expressed their worry and fear towards adverse reactions. In these situations, the availability of the pharmacist to answer questions and provide therapeutic options to deal with these reactions, as a care support strategy, contributed to increasing confidence towards medication use.

Keywords: *Medication Experience; Pharmacotherapy needs; Chronic Kidney Disease (CKD); Comprehensive Medication Management (CMM); Pharmaceutical Care Practice.*

INTRODUCCIÓN

La experiencia farmacoterapéutica es la suma de todos los eventos en la vida de un paciente que implican el uso de medicamentos¹. También Cipolle, Strand y Morley² indican que esta experiencia vivida da forma a las actitudes, creencias, expectativas, preocupaciones y preferencias del paciente de acerca de la medicación. Estas son las características que determinan los comportamientos vinculados con la toma de la medicación por parte del paciente. Toda persona posee su propia experiencia farmacoterapéutica y ésta entra en juego en las decisiones que toma el paciente acerca

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

de su propia farmacoterapia. Por tanto, la experiencia individual que tiene cada persona al hacer uso de los medicamentos dependerá del contexto social, político y cultural, en el que el individuo se desenvuelve. Como bien lo menciona Machuca³ condicionará la manera que decida el paciente como utilizarlos, de aquí la importancia del acompañamiento del profesional en salud, en este caso el farmacéutico, para orientar conjuntamente de una manera favorable la decisión que tome el paciente respecto a la utilización de los medicamentos.

Cuando los pacientes tienen itinerarios prolongados de uso de medicamentos Shoemaker y Ramalho de Oliveira⁴, mencionan que la experiencia que tiene el paciente al tomar un medicamento diariamente, de forma crónica, puede incluir efectos corporales tanto positivos como negativos, e inclusive podría ocasionar que el paciente cuestione la necesidad de tomarlo siempre. Provocando que el paciente altere la forma de usar los medicamentos^{4,5}. En este sentido, analizar la experiencia farmacoterapéutica revela como los pacientes toman sus decisiones acerca de los medicamentos. Incluye lo que ellos consideran que es efectivo, lo que ha fracasado para ellos en el pasado, el por qué y el cómo toman, o no toman, los medicamentos en el presente⁶.

En contextos latinoamericanos, también se debe considerar la experiencia farmacoterapéutica en la búsqueda de conseguir mejores resultados clínicos que se ajusten a las necesidades de los pacientes atendiendo a sus particularidades culturales. Morales et al⁷, mencionan la importancia de considerar la perspectiva del paciente de manera contextualizada en la práctica asistencial sobre la convergencia de la utilización de productos de uso tradicional, iniciados como decisión propia de los pacientes partiendo del comprensión de los beneficios o perjuicios percibidos de los medicamentos convencionales.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Atendiendo a modelos asistenciales enfocados en la experiencia del paciente⁸, tales como Medicines Optimisation propuesto por la Royal Pharmaceutical Society⁹ con la finalidad de optimizar la farmacoterapia del paciente a partir de su propia experiencia o siguiendo el enfoque holístico e integrador del Comprehensive Medication Management (CMM)¹⁰, los equipos interdisciplinarios buscan lograr obtener el máximo beneficios de la farmacoterapia. Ambos enfoques parten de la comprensión de la experiencia de los pacientes con sus medicamentos e incorporando en el proceso asistencial sus inquietudes, preferencias, creencias y comportamientos asociados con sus medicamentos^{02,11}.

En el estudio cualitativo de Ramalho-de Oliveira et al (2003), en el que participaron farmacéuticos que brindaban CMM, mencionaron que los pacientes expresan las actitudes hacia los medicamentos de muchas maneras diferentes, afectando cómo cada paciente toma sus medicamentos. A la vez, reconocieron que en la mayoría de las experiencias de medicamentos de los pacientes estaba la raíz de los problemas con la farmacoterapia⁵. Por tanto, en la práctica clínica del farmacéutico es fundamental conocer la experiencia farmacoterapéutica, ya que le ayudará a comprender mejor las actitudes del paciente con los medicamentos y promover un cambio positivo del paciente con su medicación⁹.

Entendiendo la relevancia de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes complejos, fue necesario explorar la experiencia farmacoterapéutica como paso previo a la implantación de un servicio de CMM en un hospital de Costa Rica. Por este motivo, el propósito de este estudio preliminar fue analizar la perspectiva de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en estadios avanzados y su experiencia farmacoterapéutica en el contexto latinoamericano, específicamente en Costa Rica^{12, 13}. Por su condición clínica de enfermedad renal, estos pacientes tienen un abordaje

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

terapéutico complejo, inclusive limitación en la nutrición y líquidos. Algunos tienen terapias de reemplazo renal, hemodiálisis o diálisis peritoneal, con la finalidad de disminuir los síntomas urémicos y desintoxicación, y otros pacientes con trasplante renal¹⁴. En estos pacientes es determinante para evitar el progreso de la enfermedad atender diversas necesidades farmacoterapéuticas, por lo que comprender las actitudes, motivaciones, expectativas, preocupaciones y comportamientos es requisito previo para implantar cualquier proceso asistencial basado en un modelo de decisiones compartidas y que incorpore la perspectiva del paciente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo sobre la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con ERC derivados a la farmacéutica del Programa de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, Costa Rica¹⁵, quienes recibieron CMM, durante los meses de febrero a octubre del 2018. La farmacéutica ha estado en contacto previo con la población en investigación durante 2 años y medio.

La captación de los participantes se realizó en el Consultorio de Atención Farmacéutica 2 del Hospital. También se seleccionaron pacientes por derivación médica al egreso hospitalario, es decir, pacientes que estuvieron hospitalizados y valorados por nefrología durante su estancia hospitalaria. Los principales criterios de derivación al programa fueron por incumplimiento del tratamiento y educación sobre los medicamentos. Los criterios de selección fueron usuarios con ERC estadio 3b a 5, con diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal. Se excluyeron paciente en estadios de ERC 1 al 3a porque en la Caja Costarricense de Seguro Social la atención de estos

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

pacientes corresponde a atención primaria. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal aguda y si tenían una edad inferior a 18 años.

Paralelamente al proceso asistencial se aplicaron técnicas de investigación cualitativa: la entrevista a profundidad aplicada en la experiencia farmacoterapéutica para obtener discursos sobre expectativas, preocupaciones y motivaciones respecto a la medicación; la observación participante respecto a la experiencia farmacoterapéutica para descubrir actitudes, comprensión y comportamientos en las prácticas de uso de medicamentos. Ambas técnicas contrastándolas con la reflexividad^{16,17} como herramienta con una perspectiva autoetnográfica¹¹. El análisis cualitativo y la triangulación se realizaron incorporando esta reflexividad a la revisión por pares de los datos cualitativos (ver figura 1).

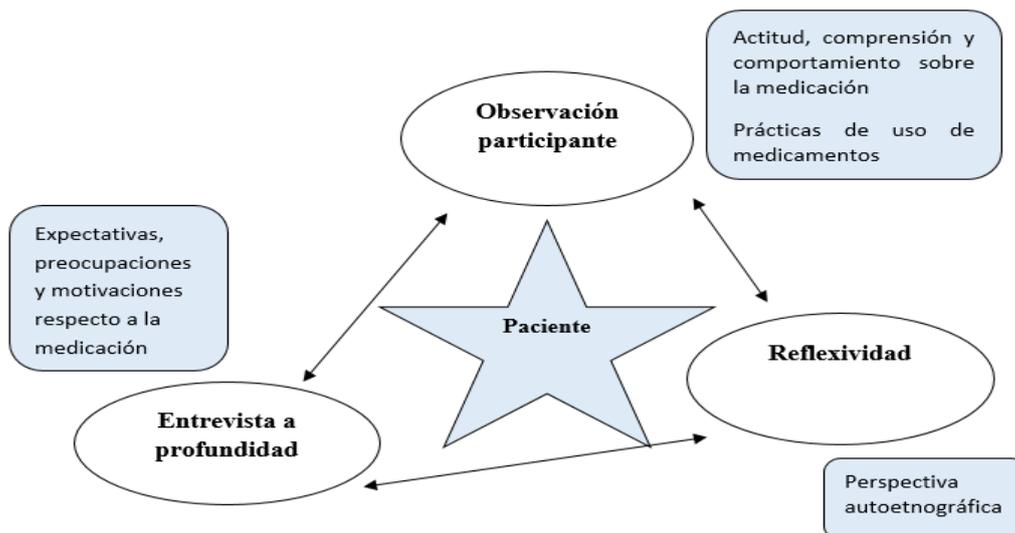


Figura 1: Triangulación de técnicas de investigación cualitativa

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

La entrevista a profundidad se basó en una guía de entrevista (Anexo 1). Un listado de preguntas o temas fueron cubiertos durante o al final de cada visita. Además, se conoció la perspectiva de la farmacéutica sobre la experiencia farmacoterapéutica de cada paciente, por medio del registro de entradas cronológicas en el diario de campo de observación participante, en cada visita. Se realizaron grabaciones de cada entrevista para el posterior análisis cualitativo contrastado por pares. Se realizaron tres entrevistas a profundidad para contrastar los discursos de cada participante y del diálogo con la farmacéutica en el transcurso del proceso asistencial, de tal manera que se pudieran detectar expectativas, preocupaciones, contradicciones, afinidades y comportamientos modificados o reiterativos durante el periodo de estudio.

Respecto a los aspectos éticos del estudio, previo al inicio, los participantes brindaron su consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados en las entrevistas y grabaciones, mediante el almacenamiento en base de datos privada con filtros de seguridad, para evitar accesos no autorizados.

Además, durante todo el proceso asistencial se cumplieron las normas de buena práctica clínicas de investigación, como la Declaración de Helsinki. No hubo riesgo para los pacientes y no recibieron retribución económica o en especie por su participación.

RESULTADOS

Se realizaron 31 entrevistas a profundidad y la observación participante paralelamente al proceso asistencial. El total de pacientes entrevistados en tres oportunidades fueron 11 usuarios, durante el período de investigación lograron completar la tercera visita, solamente 9 (ver figura 2).

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

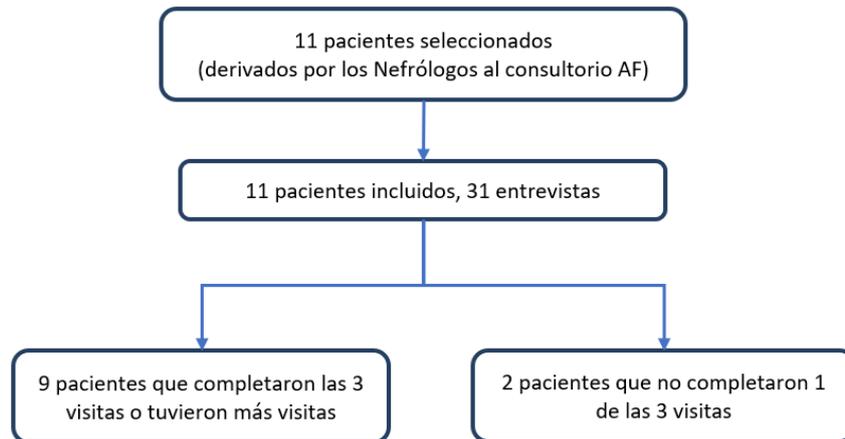


Figura 2: Participantes en el estudio piloto experiencia farmacoterapéutica

En la tabla 1 se detalla el perfil de los participantes.

De la información recopilada en la entrevista a profundidad y la observación participante, se obtuvieron las siguientes unidades de análisis: cantidad de medicamentos que usa el paciente, comprensión y/o conocimiento de la medicación y temor a las reacciones adversas.

Respecto a la **cantidad de medicamentos que usan**, 5 pacientes hacen referencia a este tema:

- “...Son muchos medicamentos, una se cansa, en la mañana tengo que tomar 7 pastillas, que tristeza le digo a mi marido, tanta pastilla que tengo que tomar, y él me dice que tómese solo los que le van a hacer bien, y yo digo bueno está bien., es que él también toma muchos...”, paciente PE. Esta mujer refiere que toma como “cien medicamentos” y se toca la cara con ambas manos, como sorprendida de la cantidad de medicamentos que ella toma.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

- *“Antes tomaba el kayexalate, para la presión y un montón de cosas...”*, paciente PF.
- Con relación a la expectativa de los medicamentos: *“...sentirme bien y quisiera no tomar tantos medicamentos...”*, paciente PH.
- *“No me ha afectado tomar los medicamentos, no son muchos los que yo tomo en comparación con otras personas que tienen una carga de pastillas de toda clase...”*, paciente PJ. Este paciente toma 11 medicamentos.
- *“A veces me canso, pero... hay que tomarlos...si a uno se los mandan (se refiere a los medicamentos) es por mi propio bien...”*, paciente PI.

Respecto a la **compresión y conocimiento de la medicación**, son una minoría los que manifiestan no conocer los medicamentos, 2 pacientes (PA y PE). Por otro lado, 4 pacientes tienen un gran conocimiento sobre su tratamiento (pacientes PB, PD, PF y PH). También, la paciente PH, a pesar de no conocer el nombre, reconoce las cajas de los medicamentos, sabe su función y cumple correctamente con el horario de toma. Por último, 5 pacientes tienen un conocimiento parcial (pacientes PC, PG, PI, PJ, y PK), saben para que se utilizan algunos medicamentos, otros conocen la dosis de algunos, y otros cumplen parcialmente con la toma de los medicamentos.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Nº Paciente	Sexo	Edad (años)	Diagnóstico Principal	Escolaridad	Provincia	Situación Familiar	Número de entrevistas
PA (mujer de 77 años, ERC 5D, difenhidramina, amlodipina, furosemida, irbesartán, ácido fólico, alfacalcidol, hidróxido de aluminio, famotidina).	F	76	ERC 5D	Primaria completa	San José	Tiene cuidador y tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PB (hombre de 39 años, trasplante renal, tacrólimus, micofenolato de mofetilo, prednisona, warfarina, valganciclovir, enterogermina, famotidina)	M	38	Trasplante renal	Educación postsecundaria no terciaria	San José	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	2
PC (mujer de 31 años, ERC 5D, metildopa, furosemida, eritropoyetina, hierro, ácido fólico, hidróxido de aluminio, salbutamol inhalador, beclometasona en inhalador).	F	31	ERC 5D	Educación primaria	San José	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PD (mujer de 48 años, Lupus eritematoso sistémico y nefritis lúpica, hidroxycloquin, prednisona, azatioprina, alfacalcidol, ácido fólico, hierro, hidroxycina, loratadina, levotiroxina)	F	48	Nefritis lúpica	Educación secundaria baja	San José	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PE (mujer de 67 años, ERC 5D, irbesartán, furosemida, atenolol, amlodipina, hidralazina, insulina NPH, paricalcitol, hidróxido de aluminio, calcio, alfacalcidol, ácido fólico, hierro, eritropoyetina, levotiroxina, anastrozol, bromuro de ipratropio inhalador, beclometasona inhalador, montelukast, loratadina, omeprazol).	F	67	ERC 5D	Analfabeta	San José	No tiene cuidador constante, y no tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PF (hombre de 38 años, trasplante renal, tacrólimus, prednisona, azatioprina, famotidina).	M	38	Trasplante renal	Educación secundaria baja	Limón	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PG (mujer de 50 años, ERC 5D, irbesartán, furosemida, atenolol, amlodipina, hidralazina, metildopa, paricalcitol, hidróxido de aluminio, calcio, alfacalcidol, ácido fólico, hierro, eritropoyetina, poliestireno).	F	50	ERC 5D	Educación primaria	Cartago	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PH (mujer de 41 años, trasplante renal, tacrólimus, micofenolato de mofetilo, prednisona, valganciclovir, trimetoprim sulfametoxazol, omeprazol).	F	41	Trasplante renal	Educación de la primera infancia	Limón	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PI (mujer de 50 años, ERC 5D, irbesartán, atenolol, paricalcitol, hidróxido de aluminio, alfacalcidol, ácido fólico, hierro, eritropoyetina, poliestireno, gemfibrozilo)	F	50	ERC 5D	Educación secundaria alta	Cartago	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3
PJ (hombre de 62 años, ERC 5D, irbesartán, atenolol, amlodipina, hidralazina, paricalcitol, hidróxido de aluminio, ácido fólico, hierro, eritropoyetina, loratadina, omeprazol)	M	62	ERC 5D	Educación secundaria baja	Limón	No tiene cuidador, pero tiene condiciones necesarias para la administración (físicas/cognitivas)	2
PK (hombre de 61 años, ERC 5D, poliestireno, irbesartán, amlodipina, metildopa, insulina NPH, paricalcitol, hidróxido de aluminio, eritropoyetina)	M	61	ERC 5D	Educación secundaria alta	Limón	No tiene cuidador, pero tiene condiciones (físicas/cognitivas)	3

Tabla 1: Perfiles de los participantes

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Sobre el **temor a las reacciones adversas**, 4 pacientes lo mencionaron es sus discursos:

- *“...Si me la hago, se me hace un pito y me da asma. Entonces mejor no la uso y utilizo mejor el salbutamol. O al revés, siento asma, me hago la beclo (refiriéndose a la beclometasona) pero rapidito me suena el pito y mejor me hago el salbutamol, es mi culpa yo lo sé...”*, paciente PC.
- *“...Me han dicho que agranda el corazón (hace referencia a la prednisona) ...”*, paciente PD.
- *“...Me levanté muy dormida en la mañana, me costó recuperarme durante el día (hace referencia a la hidroxicina) ...”*, paciente PD. También, menciona que le da miedo tomar la azatioprina, debido a que le provoque náuseas como las tuvo después de la administración de la ciclofosfamida.
- *“...Como no me dan reacción no me preocupa, tenía desconfianza de esta no recuerdo el nombre (señala al paricalcitol), pero hasta el momento no...”*, paciente PG. Además, con relación a la metildopa, indica que le provoca mucho sueño.
- *“...Que no me duela la boca del estómago...”*, paciente PH.
- *“El medicamento que yo utilizo no es un medicamento droga, lo digo por experiencia por mi esposa, ella es de psiquiatría..., y yo no puedo achacarle nada a eso, y a veces yo evito ese tipo de medicamentos, porque esos si son pesados...”*, paciente PJ. Además, añade que el paricalcitol le provoca diarrea, y con la metildopa se “descompone”.

257

Por otro lado, 7 pacientes PC, PD, PE, PF, PG, PI y PJ, como parte de su experiencia farmacoterapéutica identifican medicamentos que les han provocado reacciones adversas.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Respecto a la observación participante durante la práctica clínica y a la reflexividad de la investigadora, utilizando una perspectiva autoetnográfica, es relevante situar que la farmacéutica que estuvo en contacto directo con los participantes se desempeña en el contexto costarricense donde predomina el modelo paternalista entre los profesionales de la salud y los pacientes. El proceso asistencial que ofrece a los usuarios de un hospital público es percibido como innovador, ya que las políticas institucionales sobre la integración del paciente en la toma de decisiones en el sistema sanitario en el cual labora son relativamente recientes; por tanto, está generando la experiencia en este proceso de cuidado centrado en el paciente. Situación que también es sorprendente para los mismos usuarios. De hecho, logró observar y comprendió que la mayoría de los usuarios de este servicio están acostumbrados o solo conocen el modelo monológico de atención al paciente, por lo que les resulta extraño que se indague sobre su propia experiencia con la medicación, que le interese su punto de vista a la profesional y que se incorpore en la toma de decisiones.

No obstante, en ocasiones durante la consulta, la investigadora se ha percatado que utiliza este mismo modelo monológico con el paciente, enfocándose únicamente en el medicamento. Consciente de la situación, intenta retomar el modelo dialógico para reconducir la relación terapéutica, en búsqueda de la experiencia farmacoterapéutica del paciente. Sin embargo, cuando trató de establecer un modelo dialógico, observó una actitud que desconcierta al paciente, pero a la vez un interés en conocer más sobre su enfermedad y qué es lo mejor o cómo pueden aportar ellos en el proceso del control de sus padecimientos.

Otro punto importante de mencionar, es que la investigadora de este estudio piloto lleva dos años y medio atendiendo a la población en estudio, lo que le ha permitido tener una idea previa de la enfermedad y evolución clínica de los pacientes con los que ha

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

dialogado. Esto quiere decir que existía una relación de confianza favorable a la comunicación. Además, existe un interés personal porque pretende comprender el comportamiento y actitudes de estas personas conocidas previamente, a pesar de no contar con una formación en interpretación de la conducta o lenguaje no verbal.

DISCUSIÓN

Respecto a los perfiles de los participantes del grupo estudiado, de los 11 pacientes, 7 son mujeres y 4 son hombres. Se refuerza la idea de que las mujeres son más colaboradoras y están más dispuestas a expresar sus experiencias, sin embargo no concuerda con los antecedentes de la institución en la provincia de San José, donde se atiende a una proporción mayor de hombres con ERC¹⁸.

La experiencia farmacoterapéutica que indicaron los pacientes con ERC demostró una actitud aversiva con relación a la cantidad de medicamentos que deben tomar, situación no coherente con la gravedad de sus condiciones de salud, no comprenden o no saben qué tan “enfermos” se encuentran, al punto que no ven la necesidad de los medicamentos, y no quieren tomar tanta medicación. Muy diferente la actitud de apego a la medicación que mencionaron los pacientes trasplantados, e inclusive indicaron como expectativas del tratamiento preservar el injerto, en este aspecto, el paciente trasplantado valora “el estar trasplantado”, conocen lo que es tener una ERC en un estadio final, donde tienen restricción en la dieta y líquidos, deben asistir a una unidad de Diálisis, y no quieren regresar a ese estadio, por tanto, tienen apego a la medicación. En este punto es importante el abordaje de la experiencia farmacoterapéutica, cuando el paciente menciona por qué toma muchos medicamentos ya que en el diálogo se trata de hacer conciencia en el paciente de que no son muchos medicamentos, sino los que necesita.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Por otro lado, respecto a la seguridad de los medicamentos en los discursos de PC, PD, PG y PJ, mencionaron temor hacia las reacciones adversas, repercutiendo en la no toma del medicamento. Y en los pacientes con ERC la preocupación hacia los efectos adversos es muy marcada; derivada inclusive de experiencias farmacoterapéuticas anteriores; situación concordante con lo indicado en la literatura donde se observan reacciones adversas con una mayor frecuencia en esta población de pacientes, a lo mejor por la disminución en la eliminación y acumulación de metabolitos del medicamento¹⁹.

Respecto a la falta de comprensión de la medicación, podría deberse al modelo paternalista que se desarrolla como modelo tradicional entre el profesional en salud y el paciente en el contexto costarricense, ya que traslada toda la responsabilidad de la medicación del paciente, al personal sanitario; y olvida el rol tan importante o “actor principal” que tiene el paciente en comprender su medicación y poder tomarla lo mejor posible. Con el CMM modelo asistencial centrado en el paciente²⁰, se pretende dejar de lado ese modelo paternalista, con la finalidad de conseguir los máximos beneficios posibles para el paciente con relación a su salud, promoviendo modelos de comunicación dialógicos -comunicación bidireccional-, tomado en consideración la perspectiva y preocupaciones del paciente, dejando de lado el modelo monológico de solo transmitir información^{21,22}. Así, se propone la entrega de los planes de medicación, cajas de colores si el paciente no sabe leer ni escribir, uso de alarmas, fueron estrategias que se utilizaron para la mejora de la adherencia, involucrar al paciente en la toma de decisiones compartida en la elaboración de los horarios de medicación, así como la educación sobre la enfermedad, importancia de la medicación y los riesgos de no tomarla.

Mediante el análisis de la experiencia farmacoterapéutica a través de la observación y entrevista a profundidad de los participantes, y la reflexividad de la investigadora, se

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

obtuvieron herramientas e información para el profesional farmacéutico sobre la orientación del plan individual de medicación del paciente. Asimismo, durante el proceso de investigación la farmacéutica que tiene contacto directo con los pacientes ha tomado conciencia de la importancia del modelo dialógico para el abordaje clínico favoreciendo positivamente la relación farmacéutico-paciente-medicamento, obteniendo una comunicación con mayor apertura y/o confianza con cada usuario, al dialogar sobre el uso de medicamentos, y como en conjunto pueden mejorar esa experiencia, y su salud (ver figura 1).

Dadas las limitaciones sobre la cantidad de discursos de los pacientes, los resultados deberán extrapolarse con cautela, debido a que el propósito de la investigación era obtener un acercamiento inicial, para el comienzo de la implantación de CMM en un hospital de alta complejidad y referente para la capital de Costa Rica.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los discursos de los pacientes manifestaban que tomaban una gran cantidad de medicamentos, describieron argumentos que evidenciaron falta de comprensión de los medicamentos y mencionaron el temor a las reacciones adversas. Estas experiencias fueron asociadas con el predominio del modelo paternalista que no resuelve el miedo que sienten los pacientes ante el uso de medicamentos en situaciones clínicas complejas.

La experiencia farmacoterapéutica de algunos pacientes con ERC se manifestó a través de una actitud aversiva con relación a la cantidad de medicamentos que deben tomar, no coherente con el estadio avanzado de la enfermedad. De manera opuesta a la actitud de apego a la medicación que mencionaron los pacientes trasplantados, los cuales indicaron diversas expectativas sobre el tratamiento para preservar el injerto.

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

Los pacientes con ERC expresaron su preocupación con relación a las reacciones adversas de manera muy llamativa. En estas situaciones, el acompañamiento y disponibilidad del farmacéutico para resolver dudas y aportarle opciones terapéuticas para afrontar estas reacciones ha contribuido a la confianza en usar los medicamentos con mayor tranquilidad, que ha sido transmitida instaurando un modelo dialógico en la práctica asistencial.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Rebeca Arias Durán, Directora de Farmacia. Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cipolle R, Strand L, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill; 2004. [citado Junio 2020].
2. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services. 3°. Minnesota: The McGraw-Hill Companies; 2012. [citado mayo 2018]. Disponible en: <http://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?aid=56172001>.
3. Machuca M. Experiencia Farmacoterapéutica: un concepto clave en la práctica asistencial. Pharm Care Esp. 2018; [citado Junio 2020]. Disponible en: https://www.pharmaceutical-care.org/controler.php?secc=opinion_detail&id=832#.XvdcP-d7kaG.
4. Shoemaker SJ, Ramalho de Oliveira D, Alves M, Ekstrand M. The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. Elsevier. 2011; (83):443-450. [citado mayo 2018]. doi:10.1016/j.pec.2011.02.007
5. Ramalho-de Oliveira D, Shoemaker SJ, Ekstrand M, Alves MR. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. Journal of the American Pharmacists Association. 2012; 52(1):71-80. [citado mayo 2018]. doi:10.1331/JAPhA.2012.10239

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

6. Silva-Castro MM. Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud. Rev. O.F.I.L. 2012; 22(3): 111-122. [citado junio 2020]. Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/wp-content/uploads/2014/01/OFILn223.pdf>
7. Morales Martín AS, Silva-Castro MM, Díaz García G. Decisiones razonables y razonadas sobre medicamentos convencionales y de uso tradicional. El Seguimiento Farmacoterapéutico, integrador de la perspectiva del paciente. Pharm Care Esp. 2016; 18:280-288. [citado junio 2020]. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/357/272>.
8. Tuneu Valls L, Silva-Castro MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. Pharm Care Esp. 2008; 10: 120-130. [citado mayo 2018]. Disponible en: <https://www.pharmaceutical-care.org/revista/contenido.php?mod=archivobusqueda&menu=3.2&id=428&tipo=completo>
9. Royal Pharmaceutical Society. Medicines Optimisation: Helping patients to make the most of medicines. Good practice guidance for healthcare professionals in England. London; 2013. [citado mayo 2018]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/Portals/0/RPS%20document%20library/Open%20access/Policy/helping-patients-make-the-most-of-their-medicines.pdf>
10. Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC). The patient-centered medical home: integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes resource guide, 2nd ed. Washington, DC: PCPCC, 2012. [citado mayo 2018]. Disponible en: www.pcpcc.org/sites/default/files/media/medmanagement.pdf.
11. Álvares Machado Silva D, Araújo Medina Mendonça S, O'Dougherty M, Ramalho-de-Oliveira D, Chemello C. La Autoenografía como un instrumento de (trans)formación profesional en la práctica del Pharmaceutical Care. Pharm Care Esp. 2018; 20(6): 442-477. [citado junio 2020]. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/486>
12. Abordaje Integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021. Ministerio de Salud de Costa Rica, Estrategia Nacional, Abordaje Integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021. 2014: 1-106. [citado mayo 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/3487-estrategia-ecnt/file>.
13. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Guías latinoamericanas de práctica clínica sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. 2012. [citado junio 2018]. Disponible en: http://anhaes.org/wp-content/uploads/2012/08/guias_slanh.pdf
14. Stemer G, Lemmens-Gruber R. Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a systematic literature review. BMC Nephrology. 2011; 12:1-12. [citado octubre 2018]. doi:10.1186/1471-2369-12-35

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

15. Caja Costarricense de Seguro Social. 2006. [citado mayo 2018]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=9>.
16. De la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa [Reflexivity: a critical issue in qualitative research]. *Enferm Clin*. 2011; 21(3):163-167. [citado junio 2020]. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.005
17. Bover A. Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa [Reflexivity and positionality tools to promote theoretical-methodological congruency on commencing a qualitative study]. *Enferm Clin*. 2013; 23(1):33-37. [citado junio 2020]. doi:10.1016/j.enfcli.2012.11.007
18. Egresos hospitalarios debidos a Insuficiencia Renal Crónica por año según sexo y provincia CCSS 1997-2015. Área de Estadística de Salud, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Egresos Hospitalarios Debidos a Insuficiencia Renal Crónica Por Año, Según Sexo y Provincia 1997-2015; 2015:1-2. [citado octubre 2018].
19. Hassan Y, Al-Ramahi J, Abd Aziz N, Ghazali R. Drug Use and Dosing in Chronic Kidney Disease. *Ann Acad Med Singapore*. 2009; 38:1095-1103. [citado octubre 2018]. Disponible en: <http://www.annals.edu.sg/pdf/38VolNo12Dec2009/V38N12p1095.pdf>.
20. Montalt V, García-Izquierdo I. ¿Informar o comunicar? Algunos temas emergentes en comunicación para pacientes. *Panacea*. 2016; 17:81-84. [citado octubre 2018]. Disponible en: http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n44_editorial.pdf.
21. Martínez-Hernández A. Dialogics, ethnography and health education. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(3):399-405. [citado junio 2020]. doi:10.1590/s0034-89102010005000016
22. Collins DL, Street RL Jr. A dialogic model of conversations about risk: coordinating perceptions and achieving quality decisions in cancer care. *Soc Sci Med*. 2009; 68(8):1506-1512. [citado junio 2020]. doi:10.1016/j.socscimed.2009.01.016
23. Pharmacotherapy Workup Notes-Spanish. College of Pharmacy, University of Minnesota. 2003-2004. [citado mayo 2018]. Disponible en: <https://www.pharmacy.umn.edu/pharmacotherapy-workup-notes>

Experiencia Farmacoterapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Servicio de Nefrología de un hospital en Costa Rica. Estudio Piloto

Orozco-Solano S, Silva-Castro MM.

❖ ORIGINAL

ANEXO 1

Guía de entrevista^{23*}

1. ¿Cuál es la actitud del paciente acerca de tomar las medicinas?
2. ¿Qué espera/quiere el paciente de su farmacoterapia?
3. ¿Qué le preocupa al paciente de sus medicamentos?
4. ¿En qué medida el paciente entiende sus medicaciones?
5. ¿Hay motivaciones culturales, religiosas, o éticas que influyeran la disposición del paciente para tomar sus medicinas?
6. Describa el comportamiento del paciente con respecto a tomar sus medicamentos

*Preguntas traducidas oficialmente por la Universidad de Minnesota

❖ CASO CLÍNICO

Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Importance of ambulatory monitoring in the follow-up of the hypertensive patient.

Oliver Oliver B¹, Barceló Alemany B.²

¹Farmacéutico comunitario de la Platja de Palma. Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

²Médico de familia en C.S. Platja de Palma. Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

Este caso fue presentado en el Congreso de Pharmaceutical Care celebrado en la ciudad de Burgos el 26 de octubre de 2017. No se ha publicado anteriormente.

266

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 72 años, hipertenso, que acepta participar en un estudio sobre el control de la hipertensión con Monitorización Ambulatoria (MAPA). La medicación antihipertensiva la toma toda por la mañana. El paciente aporta cifras de presión arterial (PA) normales, medidas en su domicilio. Además, el paciente en el último año muestra un empeoramiento de su filtración renal. Tras la primera monitorización, las cifras de PA durante el periodo de actividad reflejan valores normales mientras que en el periodo de descanso los valores son altos. El seguimiento de los cambios de su medicación se hace mediante sucesivas monitorizaciones, sin lograr normalizar su PA. Tras derivarlo a la Unidad del Sueño, el paciente es

Fecha de recepción 20/06/2020 **Fecha de aceptación** 12/07/2020

Correspondencia: Bartolomé Oliver Oliver

Correo electrónico: tomeu@farmaciaoliver.com



Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

diagnosticado de síndrome de apnea obstructiva del sueño, prescribiéndole un dispositivo para presión positiva continua sobre la vía aérea (CPAP). Al fin se consigue normalizar su PA. La MAPA se muestra como herramienta imprescindible para el seguimiento del paciente hipertenso.

Palabras clave: *Presión arterial; hipertensión enmascarada; monitorización ambulatoria de la presión arterial; apnea obstructiva del sueño.*

ABSTRACT

We present the case of a 72-year-old man, hypertensive, who agreed to participate in a study on the control of hypertension with Ambulatory Monitoring (ABPM). He takes antihypertensive medication every morning. The patient provides normal blood pressure (BP) figures, self-measured at home. In addition, he shows a worsening of his renal filtration in the last year. After the first monitoring, the BP figures reflect normal values during the activity period, while in the rest period the values are high. The monitoring of his medication changes is done through successive monitorings, without managing to normalize their BP. After referring him to the Sleep Unit, the patient is diagnosed with obstructive sleep apnea syndrome, prescribing a CPAP. Finally, blood pressure is normalized. ABPM is shown as an essential tool to monitor hypertensive patients.

Key words: *Blood pressure; masked hypertension; ambulatory blood pressure monitoring; obstructive sleep apnea.*

INTRODUCCIÓN

La hipertensión enmascarada (HTE), se define como la medida de presión arterial (PA), controlada en la consulta pero que en cambio no lo está en ambiente domiciliario o ambulatorio. Se relaciona con un aumento del riesgo de complicaciones

Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

cardiovasculares y renales, especialmente cuando afecta a la PA durante el periodo de descanso.¹

Estudios recientes confirman que la media de la presión arterial sistólica (PAS) en el periodo de descanso es mejor predictor de eventos cardiovasculares (ECV) que la medida clínica y la media de la PA durante 24h. Además, la ausencia de descenso nocturno de la PA sistólica es un predictor independiente de evento cardiovascular.²

Se considera que la ingesta de uno o más fármacos antihipertensivos al acostarse normaliza el descenso relativo de la PAS del periodo de actividad al de descanso, con lo que se reduce el riesgo de eventos cardiovasculares.³

Se sabe que existe una alta probabilidad de alteración en la regulación nocturna de la PA en ancianos, obesos, pacientes con hipertensión resistente o secundaria, pacientes con diagnóstico de diabetes y/o enfermedad renal crónica (ERC), síndrome metabólico o alteraciones del sueño y que, para ellos, la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es una herramienta prioritaria.⁴

268

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 72 años que sufrió una trombosis periférica en el 2013, hipertenso, diabético, obeso (IMC: 33'03), incluido en el trabajo de investigación de pacientes hipertensos medicados, durante un año (a partir de octubre de 2016), mediante monitorización ambulatoria (MAPA) de 48h, en la farmacia. Tratado con amlodipino 5 mg (1-0-0), valsartán 160 mg (1-0-0), metformina 850 (0-1-0), atorvastatina 10 mg (0-0-1) y, warfarina (pauta según INR) como prevención secundaria.

El paciente, en la consulta con la enfermera, presenta cifras de PA ligeramente altas (148/91mmHg), pero aporta cifras de normalidad de su PA medida en su domicilio (135/85mmHg).

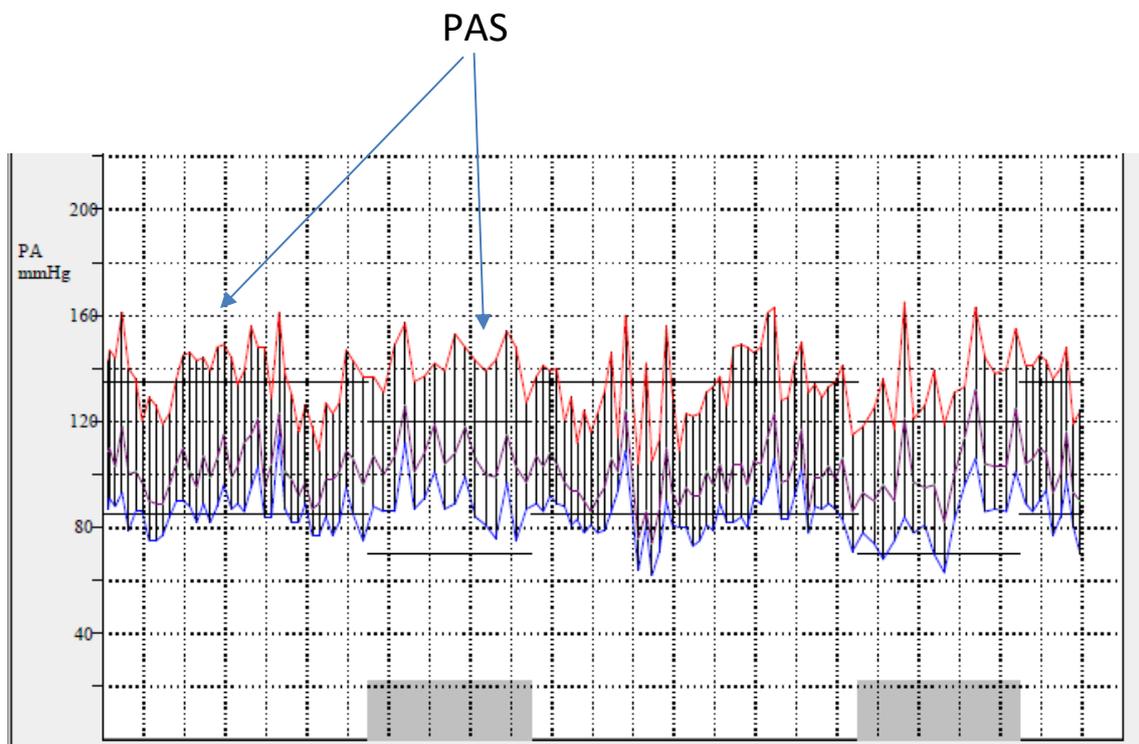
Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

Los valores analíticos están controlados (Colesterol T=145mg/dL; Colesterol HDL=45mg/dL; Hb.A1c=6,1%), excepto los referentes a la función renal, tanto filtración glomerular (FG) como en Creatinina (Cr), que muestran un empeoramiento (FG_{02/2016}=69ml/min y Cr_{02/2016}=1,07mg/dL; FG_{06/2017}=50ml/min y Cr_{06/2017}=1,40mg/dL).

En la primera monitorización vemos que se trata de un paciente con un perfil “riser” (valores de PA durante el periodo de descanso superiores a los valores en el periodo de actividad). (Figura 1).



La zona oscura representa el periodo de descanso. Las rectas horizontales representan los límites de normalidad (135mmHg/85mmHg en el periodo de actividad y 120mmHg/70mmHg en el periodo de descanso).

Figura 1: Primera monitorización. Noviembre 2016.

Contactamos con su médico y acordamos una estrategia de seguimiento.

La medicación antihipertensiva que se administraba por la mañana, con el fin de revertir el perfil “riser” (la normalidad se adquiere cuando hay un descenso de la PAS en el

Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

periodo de descanso de, al menos, un 10% con respecto al periodo de actividad), se cambia toda a la noche⁴. Por otro lado, se decide cambiar atorvastatina por pravastatina, ante el riesgo aparente de interacción de aquella con amlodipino, metabolizados, ambos, a través del Citocromo P450⁵. Tras sucesivas monitorizaciones (intervalos mínimos de dos meses), se modifica el tratamiento: se añade hidroclorotiazida y se aumenta amlodipino (Tabla 1). Conseguimos reducir los valores de su PA durante el periodo de actividad, la media de 24h y la medida clínica, sin normalizar la PA en el periodo de descanso. (Monitorización cuarta).

	ANTIHIPERTENSIVO	HIPOLIPEMIANTE	HIPOGLUCEMIANTE
INICIO	Valsartán 160 1-0-0 Amlodipino 5 1-0-0	Atorvastatina 10 0-0-1	Metformina 850 0-1-0
TRAS 1ª MAPA	Valsartán 160 0-0-1 Amlodipino 5 0-0-1	Pravastatina 10 0-0-1	Metformina 850 0-1-0
TRAS 2ª MAPA	Valsartán 160 0-0-1 Amlodipino 5 0-0-1 Hctz 12'5 0-0-1	Pravastatina 10 0-0-1	Metformina 850 0-1-0
TRAS 3ª MAPA	Valsartán 160 0-0-1 Amlodipino 10 0-0-1 Hctz 12'5 0-0-1	Pravastatina 10 0-0-1	Metformina 850 0-1-0

270

Tabla 1: Tratamiento antihipertensivo, hipolipemiante e hipoglucemiante.

Junto a las medidas clínicas en la consulta y en la farmacia. La MAPA aporta resultados de la media de la PA de las 24 horas, así como la media en los periodos de actividad y de descanso y, la profundidad (porcentaje de descenso de la media nocturna de la PA con respecto a la diurna) (Tabla 2).

Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

PA (mmHg)	24H HTA \geq 130/80			ACTIVIDAD HTA \geq 135/85			DESCANSO HTA \geq 120/70			CONSULTA HTA \geq 140/90		FARMACIA HTA \geq 140/90		MAPA
MAPA	PAS	PAD	FC	PAS	PAD	FC	PAS	PAD	FC	PAS	PAD	PAS	PAD	PROF** PAS %
1 21/11/16	136	85	68	135	85	72	139	86	56	148	91	145	90	-2,96
2 14/03/17	135	83	68	132	83	72	144	85	56	157	100	137	89	-6,67
3 24/05/17	127	78	64	122	76	66	140	83	59	140	94	115	73	-10,24
4 24/07/17	118	71	65	115	70	66	128	76	61	137	86	107	68	-8,47
5 22/01/18	125	74	61	130	79	64	113	63	64	135	84	127	75	+10,62

** PROF: Cálculo de la profundidad. (P= PAS actividad-PAS descanso/PAS actividad X 100).

Tabla 2: Resultados de las diferentes monitorizaciones.

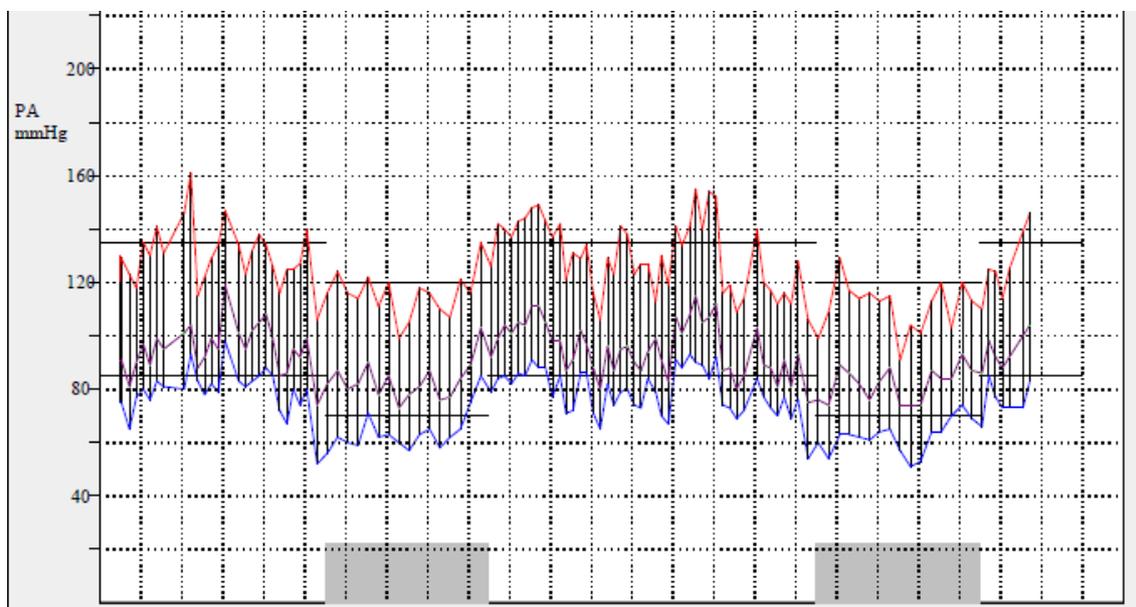
RESOLUCIÓN

A pesar de los cambios farmacológicos, tanto en la hora de administración como en la dosificación, el paciente siguió presentando valores fuera de rango de normalidad en su PA en el periodo de descanso. Aunque el paciente no percibía fatiga o adormecimiento durante el día su mujer aseguró que roncaba, dejaba de respirar y sufría pesadillas. Así que decidimos derivar al paciente a la Unidad de Sueño del Servicio de Neumología. El paciente fue diagnosticado de apnea obstructiva grave de sueño y se le prescribió un dispositivo para presión positiva continua sobre la vía aérea (CPAP).

Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO



Los valores de la PA en el periodo de descanso están dentro de los valores normales.

Figura 2: Enero 2018. Quinta monitorización.

Transcurridos cuatro meses se realizó una nueva monitorización (Figura 2) y estudio analítico, hallándose una apreciable mejora de las cifras de PA (Monitorización quinta de la tabla 2) y ligera mejoría de la función renal (FG_{06/2018}=54ml/min). Incluimos la última analítica de la función renal (FG_{11/2019}=59ml/min) (Tabla 3).

PARÁMETROS ANALÍTICOS	2016	2017	2018	2019
FILTRACIÓN RENAL (ml/min)	69	50	54	59
CREATININA (mg/d)	1'07	1'40	1,29	1,19

Tabla 3: Evolución anual de los parámetros analíticos del paciente.

CONCLUSIÓN

Las alteraciones del sueño, en este caso la apnea obstructiva, pueden modificar el comportamiento circadiano de la PA.



Importancia de la monitorización ambulatoria en el seguimiento del paciente hipertenso.

Oliver Oliver B, Barceló Alemany B.

CASO CLÍNICO

Para evitar daño en los órganos diana, el objetivo, en el paciente hipertenso, debe ser el control de la media de la PS en el periodo de descanso y normalizar el descenso relativo de la misma, del periodo de actividad al de descanso.

La administración farmacológica de los medicamentos antihipertensivos antes de acostarse favorece la normalización circadiana de la PA.

La MAPA se presenta como una herramienta imprescindible tanto para el diagnóstico de la hipertensión como para el seguimiento del paciente hipertenso.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a los doctores Ramón Hermida, Ana Moyá y Teresa Eyaralar por transmitirme su sabiduría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. Elsevier; 2019 Feb 1;72(2): 160.e1-160.e78.
2. Hermida RC, Crespo JJ, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy Trial. European Heart Journal. 2019 oct 22; ehz754.
3. Smolensky MH, Hermida RC, et al. Bedtime Chronotherapy with Conventional Hypertension Medications to Target Increased Asleep Blood Pressure Results in Markedly Better Chrono prevention of Cardiovascular and Other Risks than Customary On-awakening Therapy. Heart Failure Clinics. 2017 oct;13(4):775–792.
4. Hermida RC, Smolensky MH, et al. Recomendaciones 2013 para el uso de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para el diagnóstico de hipertensión en adultos, valoración de riesgo cardiovascular y obtención de objetivos terapéuticos (resumen). Recomendaciones conjuntas de la International Society for Chronobiology (ISC), American Association of Medical Chronobiology and Chronotherapeutics (AAMCC), Sociedad Española de Cronobiología Aplicada, Cronoterapia y Riesgo Vascular (SECAC), Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) y Romanian Society of Internal Medicine (RSIM). Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2013 Apr;25(2):74–82.
5. Prieto JMM, Rallo CL, Olivas FM, et al. Riesgo de interacciones farmacológicas por la coadministración de estatinas con fármacos metabolizados por la isoenzima 3A4 del citocromo P450: estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Medicina clínica. Doyma; 2014;143(10):427–432.

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

M^a Victoria Rojo Manteca

Responsable del CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ávila, España.

Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Spain.

Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F.
Pharmacy Practice 2020; 18(2): 1999
<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.2.1999>

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud (SNS) público y descentralizado que ofrece un amplio portfolio de servicios (Cartera Común de Servicios) que, si bien incluye la dispensación de medicamentos, no incorpora servicios profesionales farmacéuticos. Además, la prestación farmacéutica es el único servicio sujeto a copago. En 2018 el gasto total en salud fue del 9% del PIB español, el 71% del cual correspondió al sistema público, que se ejecuta principalmente a nivel hospitalario (63% del total).

La estructura actual del SNS está orientada al tratamiento de patologías agudas. Sin embargo, existe consenso generalizado en la necesidad de su adaptación a la realidad social actual, con pacientes mayores, crónicos y polimedicados. Por ello se están desarrollando iniciativas a nivel regional para la integración de la atención primaria y la especializada y el establecimiento de un modelo centrado en el paciente crónico. Además, el Consejo Interterritorial de Sanidad comenzó en 2018 un proceso consultivo para diseñar el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria que contó con la participación de profesionales y pacientes y estableció la necesidad de que la atención primaria asuma el liderazgo en la atención al paciente y una mayor importancia dentro del sistema sanitario.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La función de los farmacéuticos de atención primaria es asegurar la seguridad, efectividad y eficiencia en el uso de los medicamentos tanto a nivel individual como poblacional y juegan un papel fundamental coordinando y garantizando la continuidad de la farmacoterapia. Sin embargo, en la práctica tanto la atención directa a pacientes como la colaboración con la farmacia comunitaria son muy limitadas.

España tiene una ratio de 2.117 de habitantes por oficina de farmacia y el ejercicio profesional con pacientes requiere de colegiación obligatoria. La ordenación farmacéutica española se basa en la titularidad privada, ostentada exclusivamente por farmacéuticos a nivel individual, y en la regulación de las nuevas aperturas en base a criterios de distancia y población. La facturación de las farmacias proviene en un 71% de la dispensación de medicamentos frente a un 29% correspondiente a la venta de productos de autocuidado.

La Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, establece la obligación de ofrecer información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos y llevar a cabo labores de farmacovigilancia. Además, desde 2001 se han constituido en España distintos foros y grupos de trabajo, el más reciente Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), que han contado con la participación de la organización colegial, sociedades científicas y universidades y han permitido avanzar en la definición de los servicios profesionales farmacéuticos, y se han desarrollado distintos estudios que demuestran los beneficios de estos servicios.

Sin embargo, la práctica farmacéutica continúa centrada principalmente en la dispensación y la resolución de consultas sobre síntomas menores y productos OTC y la implantación de los servicios profesionales es aún muy limitada, algo que, según los autores del trabajo, se debe principalmente a la ausencia de remuneración.

Los pocos servicios actualmente implantados y remunerados en España se están desarrollando a nivel regional o local y requieren de una acreditación previa del

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

farmacéutico. Los más habituales son el suministro de metadona y la realización de test de VIH, un servicio este último que implica un copago por parte del paciente. En Cataluña las farmacias realizan cribado de cáncer colorectal y en País Vasco participan en programas de drogadicción como la dispensación de kits anti-VIH financiados o el intercambio de jeringas. Las Redes de Farmacias Centinela, que realizan labores de farmacovigilancia en distintas regiones, sólo se remuneran en Cataluña, mientras que los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPDs) se ofrecen en muchos casos sin coste o por un importe simbólico por parte las farmacias.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por su parte, está potenciando desde 2019 el desarrollo y utilización de herramientas tecnológicas por las oficinas de farmacia en el marco del proyecto Nodofarma, que incluye CISMED (sistema para la detección de desabastecimientos en tiempo real), SEVeM (Sistema Español de Verificación de Medicamentos), plataformas para la validación de prescripciones electrónicas, tanto en formato papel como informatizadas y Nodofarma Asistencial, una herramienta para ayudar a las farmacias a implantar servicios profesionales farmacéuticos. Paralelamente, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) ofrece a sus miembros la plataforma SEFAC-ePERT, que proporciona programas y protocolos para el desarrollo de servicios farmacéuticos.

Para los autores de este artículo, las principales barreras para la implantación de servicios centrados en el paciente siguen sin estar resueltas, siendo la falta de remuneración un factor crítico. Destacan que a pesar de que las organizaciones profesionales han cambiado su discurso hacia una defensa abierta y activa de una práctica profesional centrada en el paciente, los esfuerzos se dirigen hacia la educación y la tecnología, sin abordar la financiación. Además, consideran que la necesidad de un cambio de paradigma en la práctica diaria no ha calado aún en una parte de la profesión.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Las administraciones sanitarias, por su parte, suelen considerar a las farmacias comunitarias como elementos externos al sistema, meros proveedores de productos, y no son conscientes o rechazan el potencial de las farmacias para conseguir mejoras de los resultados en salud. Por el contrario, las relaciones con otras organizaciones profesionales sanitarias y asociaciones científicas médicas, por ejemplo, son muy buenas, siendo frecuentes las colaboraciones y trabajos conjuntos.

Los pacientes, por su parte, aunque están muy satisfechos con la atención prestada por las farmacias comunitarias, suelen desconocer los servicios profesionales que la farmacia puede ofrecer.

Home medicines reviews and residential medication management reviews in Western Australia.

Czarniak P, Hattingh L, Fei Sim T, Parsons R, Wright B, Sunderland B.
International Journal of Clinical Pharmacy. 2020, 42: 567–578
<https://doi.org/10.1007/s11096-020-01001-8>

Los farmacéuticos realizan revisiones de la medicación con el objetivo de mejorar la prescripción, resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos y reducir el coste asociado al uso de medicamentos y servicios sanitarios por parte de los pacientes crónicos. Distintos estudios han mostrado los beneficios asociados a la participación del farmacéutico en el cuidado directo de los pacientes. Mejora la seguridad en el uso de los medicamentos, reduciendo los ingresos hospitalarios y los eventos adversos.

En Australia, el estado remunera los servicios de Revisión del Manejo de Medicación en Residencias (RMMRs) y Revisión Domiciliaria de Medicación (HMRs) desde 1997 y 2001 respectivamente. Estos servicios son prestados por farmacéuticos acreditados que reciben formación específica. La selección de los pacientes la realizan los médicos de atención primaria (GP) en base a criterios específicos, aunque la necesidad puede ser detectada también por el farmacéutico. En el caso de HMR el paciente puede elegir qué oficina de farmacia o farmacéutico acreditado quiere que le preste el servicio. El proceso consiste en una entrevista con el paciente (generalmente en su domicilio) en la que el farmacéutico analiza la medicación que utiliza, realiza una evaluación clínica y posteriormente elabora un informe escrito para el GP con los hallazgos relevantes y recomendaciones. En el caso de las RMMRs el proceso es el mismo pero sin la entrevista inicial con el paciente.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los farmacéuticos reciben una cantidad fija por este servicio (220 dólares australianos para HMR y 111 para RMMR), independientemente del tiempo empleado y la complejidad del caso.

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de participación de los farmacéuticos del oeste de Australia (WA) en los servicios de HMR y RMMR y las características de los mismos. Para ello, se desarrolló un cuestionario ad-hoc con 5 secciones de 36 preguntas en total, algunas de las cuales eran escalas de Linkert y otras incluían tablas para que el farmacéutico registrase el tiempo invertido en las distintas tareas. La última sección pretendía recoger la opinión y satisfacción del farmacéutico sobre el servicio. La distribución de los cuestionarios se realizó a través de la Asociación Australiana de Farmacéuticos Consultores (AACP) y los datos recogidos se analizaron utilizando estadística descriptiva.

Un total de 102 farmacéuticos, el 50% de los contactados, respondieron a la encuesta. La mayoría ejercían profesionalmente en oficina de farmacia (65%) o en hospitales (22%), por lo que realizaban las revisiones de medicación a tiempo parcial, siendo el perfil mayoritario el de menores de 40 años que se habían acreditado entre 2010-14.

El 68,6 % de los participantes realizaba sólo HMR, frente a un 26,5% que ofrecía los dos servicios y un 2,9% que realizaba RMMR exclusivamente. La mayoría de los farmacéuticos llevó a cabo, en los últimos 12 meses, entre 1-10 (27,8%) ó 21-50 (28,9%) HMR, y se observó que los farmacéuticos no australianos y aquellos que llevan acreditados más tiempo son más propensos a realizar más de 51 HMR al año. El 90% de los farmacéuticos llevaba a cabo las revisiones en el domicilio del paciente. En cuanto a los RMMRs, la mayoría de los farmacéuticos atendían una sola residencia.

Se ha detectado una gran variabilidad en cuanto al tiempo empleado para las distintas tareas de cada uno los servicios, con una duración media total de al menos 3 horas para

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

HMR y 2 horas para RMMR. Los tiempos medios utilizados para la comunicación con el GP u otros profesionales son de 10 min en HMR y 15 min en RMMR.

En lo relativo a la opinión de los farmacéuticos sobre los servicios, la mayoría considera insuficiente la retribución ofrecida, especialmente en el caso de RMMRs. Sin embargo, más del 90% consideran que sus actuaciones han mejorado la salud de los pacientes y el 65% han manifestado que sus intervenciones fueron aceptadas e implementadas por los GP a pesar de que sólo el 8% de los farmacéuticos analizaban los informes en persona con el prescriptor.

El 97% de los encuestados manifestaron su intención de mantener su acreditación para la prestación del servicio, a pesar de que desde 2014 se ha detectado una estabilización e incluso reducción del número de farmacéuticos acreditados. Algo que los autores achacan a la insuficiente financiación del servicio unido al hecho de que los farmacéuticos deban abonar una cuota anual por la acreditación y hacer frente, además, a los costes de los recursos esenciales para la prestación del servicio.

280

Los autores plantean además que el limitado número de revisiones realizadas por cada farmacéutico anualmente puede deberse a la falta de coste-efectividad en el servicio, que hace que sea insuficiente como única fuente de ingresos y, por tanto, no puedan dedicarse a ello a tiempo completo. El gobierno estableció en 2014 un límite máximo de 20 HMR al mes por farmacéutico que, sin embargo, es difícilmente alcanzable por los farmacéuticos encuestados.

La principal limitación de este estudio es el posible sesgo en las opiniones de los farmacéuticos debido a que sólo la mitad respondieron al llamamiento de los autores.

Council of Europe: Resolution CM/Res(2020)3 on the implementation of pharmaceutical care for the benefit of patients and health services.

Adopted by the Committee of Ministers on 11 March 2020 at the 1370th meeting of the Ministers' Deputies.

<https://rm.coe.int/09000016809cdf26>

El Comité de Ministros del Consejo de Europa ha adoptado una nueva *Resolución para la implementación de la atención farmacéutica en beneficio de los pacientes y servicios de salud* que establece, en un apéndice con 7 secciones, un marco para promover e implementar la atención farmacéutica (AF) en los servicios de salud de cada estado.

1) Definición de atención farmacéutica:

Se utiliza la definición de Hepler y Strand*. La AF debe ser concebida como un elemento adicional a las funciones tradicionales del farmacéutico y los elementos principales de la misma son: el rol central del farmacéutico, el enfoque centrado en el paciente, colaboración e integración con cuidadores y otros profesionales sanitarios, prevención, detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y responsabilidad en la optimización del uso de la medicación.

2) Atención al paciente y el proceso de atención farmacéutica:

El proceso de AF consiste en las siguientes actividades:

- Evaluación del paciente para determinar sus necesidades y expectativas en relación con el tratamiento y conseguir información relevante sobre su estado de salud. Debe incluir una revisión exhaustiva de la medicación y el proceso debe ser riguroso, registrando la información de manera que pueda ser fácilmente actualizada y compartida.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL**❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

- Identificación, resolución y prevención de PRMs: El farmacéutico debe identificar la causa de los PRM detectados y sugerir acciones correctivas. Si el paciente no ha experimentado PRMs, la AF debe centrarse en prevenirlos con educación y entrenamiento en el uso de la medicación, seguimiento regular y reuniones periódicas con el equipo multidisciplinar que atiende al paciente.
- Elaboración de un plan individualizado de AF que coordine el uso de la medicación prescrita por distintos profesionales y potencie el empoderamiento del paciente teniendo en cuenta cualquier necesidad especial.
- Seguimiento regular para monitorizar y evaluar el progreso del paciente en relación con los objetivos establecidos en el plan de AF.
- Educación y consejo al paciente para mejorar su conocimiento sobre el tratamiento y la enfermedad, potenciar la adherencia y seguridad y facilitar el autocuidado.
- Género y salud: Los farmacéuticos deben identificar cualquier posible impacto del género y sexo de los pacientes en su salud o en el acceso a los servicios y promover la equidad entre hombres y mujeres.

282

Los farmacéuticos deben asegurar la privacidad y dignidad de los pacientes así como la confidencialidad de los datos durante todas las etapas del proceso.

3) Atención farmacéutica y servicios relacionados:

- Síntomas y patologías menores: Derivación al farmacéutico de pacientes con problemas leves de salud para que les proporcione la medicación y el consejo correspondiente.
- Servicio de nueva medicación: Debe ofrecerse a pacientes que inician tratamiento para una patología crónica y consiste en el reclutamiento del paciente, intervención (entrevista) a las dos semanas y seguimiento.
- Apoyo en patologías complejas y para pacientes vulnerables: Ofreciendo servicios como revisiones sistemáticas y multidisciplinarias de la medicación, educación y

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

entrenamiento de pacientes y cuidadores en el manejo de medicación, visitas domiciliarias para proporcionar servicios de optimización de la medicación y, cuando sea necesario, facilitar la transición al alta hospitalaria.

- Manejo de medicamentos de alto riesgo: Asegurar una correcta prescripción, conservación, administración y uso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico y ofrecer seguimiento y asesoramiento a los pacientes que los usan.

4) Servicios proporcionados en el ámbito hospitalario

- Conciliación de la medicación: Debe compararse la medicación prescrita al paciente con la que estaba tomando siempre que existan transiciones entre niveles asistenciales.
- Cuidado del paciente individual utilizando el proceso de AF descrito en punto 2.
- Alta hospitalaria: Deben proporcionarse los siguientes servicios: conciliación de la medicación, entrevista con el paciente/cuidador, provisión de información detallada sobre el tratamiento, actualización de la historia clínica y transferencia de información a todos los profesionales implicados en la atención al paciente y, si aplica, planificación del seguimiento.
- Gestión de la terapia antimicrobiana: Los farmacéuticos hospitalarios son miembros indispensables de los equipos responsables de los protocolos de uso de antibióticos, proporcionando asesoramiento y revisión de los tratamientos y formando a otros profesionales sanitarios.

5) Servicios específicos en el ámbito de la salud pública

Los sistemas sanitarios y los profesionales de salud pública deben utilizar el potencial de la red de farmacias para desarrollar campañas de promoción de la salud, inmunización, screening, etc. Los farmacéuticos deben proporcionar servicios de cribado y monitorización encaminados a la detección de factores de riesgo que, combinados con tareas de educación y asesoramiento, permitan la identificación temprana y derivación de pacientes de riesgo.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El servicio de información sobre medicamentos es otra herramienta valiosa y esencial tanto para los pacientes como para el resto de profesionales sanitarios.

6) Implementación de la atención farmacéutica en el sistema de salud

Los sistemas sanitarios deben adaptarse considerando los siguientes elementos:

- Marco normativo que permita integrar la AF en los sistemas sanitarios a nivel regional y nacional, asegurando que los farmacéuticos contribuyen a la atención de los pacientes y al diseño y desarrollo de servicios en todos los ámbitos en los que se utilicen medicamentos.
- El rol del farmacéutico en el sistema de salud: deben ser reconocidos y apoyados como proveedores de atención al paciente.
- Acceso y defensa: Debe asegurarse el acceso a la AF a todos los pacientes y los farmacéuticos deben poder actuar en defensa de los pacientes vulnerables.
- Relaciones interprofesionales: Es necesario establecer una estructura que permita generar confianza, cooperación y comunicación con otros profesionales. Los pacientes deben ser informados del papel del farmacéutico y el valor añadido de la AF, incentivándoles a que utilicen los servicios.
- Estructuras y herramientas: Deben implementarse herramientas interoperables que faciliten la transferencia de información entre todos los niveles de atención en los que se utilicen medicamentos.
- Recursos: Deben implementarse cambios en el sistema de remuneración para que esta deje de estar asociada a la dispensación y se concentre en las actividades de atención al paciente y los servicios de salud pública.
- Calidad de la AF: La implementación y prestación de AF debe estar sujeta a auditoría y evaluación. Debe potenciarse la investigación en el desarrollo de indicadores de calidad, tomándose como base los ya pilotados por la Dirección Europea de la Calidad de Medicamentos (EDQM).

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Profesionales sanitarios: Los farmacéuticos deben ser empoderados y apoyados para aprovechar al máximo sus habilidades clínicas. Sus funciones y responsabilidades deben revisarse y optimizarse regularmente para maximizar el tiempo que pueden dedicar a la AF, asegurando la derivación de los pacientes a la farmacia siempre que sea necesario.
- Educación: Debe disponerse de un marco nacional de cualificaciones que incluya el desarrollo profesional continuo y programas interprofesionales y proporcione las acreditaciones correspondientes.
- Evaluación periódica de los resultados e impacto en salud de la AF.

7) Promoción de la atención farmacéutica

Debe promoverse la AF entre todos los prescriptores y entidades implicadas directa o indirectamente en el proceso de uso de medicamentos. El avance de la AF dependerá de hasta qué punto pacientes, profesionales sanitarios y responsables de los servicios sanitarios aprecien su valor. Debe prestarse atención al interés internacional de la AF, fortaleciéndose la colaboración entre naciones y compartiendo estándares armonizados. Debe asegurarse un acceso equitativo a los servicios de AF dentro y fuera de las fronteras nacionales.

* Hepler C.D., Strand L.M. American Journal of Hospital Pharmacy. 1990; 47: 533-43.