

## Implementación y Evaluación de un Servicio de Atención Farmacéutica en la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en el Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda

### Implementation and Evaluation of a Pharmaceutical Care in Palliative Care and Pain Relief Unit at Hospital Félix Bulnes Cerda

Aravena, Jorge <sup>(1)</sup>, Cisternas, Claudia <sup>(1)</sup>, Jorge, Liliana <sup>(1, 2)</sup>

#### Resumen

**Introducción:** La atención farmacéutica se define como la provisión responsable e individualizada del tratamiento farmacológico, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente, lo que se puede lograr mediante la correcta utilización de los medicamentos, realizando un seguimiento farmacoterapéutico para prevenir o resolver problemas relacionados con medicamentos (PRM).

Se ha comprobado que la inclusión del Químico Farmacéutico dentro de los programas de cuidados paliativos y alivio del dolor han mejorado los resultados obtenidos con la farmacoterapia y la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** Implementar y evaluar un Servicio de Atención Farmacéutica para pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en el Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.

**Materiales y Métodos:** Se realizó en 3 etapas: la primera de forma retrospectiva, se revisaron recetas de mayo a julio de 2015, provenientes de la Unidad para obtener un estado situacional. En una segunda etapa se implementó el Servicio de Atención Farmacéutica, basado en el método DADER.

En una tercera etapa, se tipificaron las intervenciones totales realizadas y se evaluó tanto la adherencia al tratamiento como la satisfacción del servicio ofrecido a los pacientes y/o cuidadores.

**Resultados:** Etapa I de 500 Recetas se seleccionaron 244, detectando 165 (67,5%) con posibles PRMs, los cuales se resolvieron en un 35% con 58 intervenciones al equipo médico.

Etapa II se enrolaron 39 pacientes a quienes se les realizaron entrevistas sucesivas, se detectaron 53 PRMs, los que se resolvieron con 39 intervenciones.

Finalmente, se evaluó el servicio ofrecido: se tipificaron 111 intervenciones (84 a médico y 27 a paciente), se evaluó adherencia terapéutica mediante test SMAQ, mejorando en un 61,5% entre la evaluación inicial y una posterior (a los 3 meses) y la satisfacción usuaria del servicio con una encuesta obteniendo un 100% de satisfacción.

**Conclusión:** La complejidad del dolor y los tratamientos actuales para aliviarlo representan un gran desafío en los actuales equipos de Cuidados Paliativos. La integración y participación activa del Farmacéutico clínico en el proceso clínico-asistencial permitió garantizar la calidad y seguridad tanto del proceso de dispensación, interviniendo en la selección de la fármaco terapia de acuerdo a parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos que apunten a la optimización e individualización de la terapia; como además interviniendo al paciente o cuidador, entregando herramientas que logren un uso racional de los medicamento. Como resultado de esto, se mejoró la adherencia al tratamiento, se entregó información sobre su correcta administración y también se realizó seguimiento farmacoterapéutico, que permitió prevenir problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Estos resultados mostraron un alto grado de aceptación, tanto por parte del equipo médico como del paciente, avalando la importancia del Farmacéutico.

**Palabras clave:** atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, cuidados paliativos.

(1) Químico Farmacéutico. Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.

Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda. Santiago. Chile.

(2) Docente Farmacia Asistencial Química y Farmacia. Facultad de Ciencias.

Universidad San Sebastián. Santiago. Chile.

#### Abstract

**Introduction:** The pharmaceutical care is defined as responsible pharmacological treatment in order to improve the life quality of a patient. May be achieved using the right drug, and monitoring the side effect to prevent problem with the medical prescription. It has been proved that pharmacist inclusion in the therapy improve the health and welfare of these patients.

**Objectives:** Carry out and evaluate a pharmaceutical care in patient that need to be relieved at Félix Bulnes Hospital.

**Method and equipment:** It was realize in three steps, in the first one the prescriptions were audited in a retrospective way from march to july in the year 2015 in this unit to evaluate this period.

**In the second step:** A pharmacological attention service using DADER method

**In the third step:** Objectives and method were evaluated and tipified .The treatment progress and the patient satisfaction were also evaluated.

**Results:** From 500 prescription in the step one 244 were selected finding on 165 (67.5%) possibles PRMs .From that number (500) only 35% were solved with the help of medical auditory.

In the second step, 39 patient were selected and interviewed finding 53 PRMs, these were solved with 39 interventions.

Finally, the service were evaluated: 111 intervention were tipified (84 to medical attention and 27 to the patient), therapeutical adherence were evaluated using SMAQ test improving 61,5 comparing the inicial evaluation with a posterior one (three month later).

The satisfaction in the attention service using a survey were 100%.

**Conclusion:** The pain and nowadays treatments complexity to relieve it are such a big challenge for current palliative care teams. The active integration and participation of clinical pharmacist in the clinical assistance process guarantees quality and security, not only on the dispensation process by intervening the pharmacotherapy selection according to pharmacokinetic and pharmacodynamic parameters that work on optimization and individualization therapy, but also by intervening the patient and assistant, by giving them necessary tools to get a rational drug use. As a result, the adherence to treatment was improved, information about the correct drug use was given and there was also a pharmacotherapy tracing that allowed to avoid any problems related to the drugs themselves. These results showed a higher acceptance degree either for patiens and professionals.

**Key words:** pharmaceutical care, pharmacotherapeutic follow-up, palliative care.

#### Introducción

La esperanza de vida ha aumentado de gran forma en los últimos años. Uno de los factores atribuibles a este crecimiento es el acceso a salud, medicamentos, nuevas

tecnologías, etc. (1). Los medicamentos son uno de los instrumentos más utilizados hoy en día que justifican dicho aumento, además éstos mejoran la calidad de vida, ya sea curando la enfermedad, previniéndola o aliviando su sintomatología (2).

Sin embargo, todavía hay enfermedades que no se pueden curar; por ejemplo, el cáncer, que se establece como la segunda causa de muerte a nivel mundial y se estima que esta enfermedad aumentará cada año, siendo un factor que pone en riesgo la salud (3).

La situación en Chile no es muy distinta a la situación mundial, ya que el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013) ubica al cáncer como segunda causa de mortalidad. De esta manera, en paralelo al aumento en la esperanza de vida de la población, se produce un incremento en la probabilidad de padecer dolor, lo que ha generado nuevas necesidades y requerimientos por parte de los equipos de salud.

En Chile se implementó el año 2005 la Guía Clínica AUGÉ del Programa de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud (MINSAL). Esta guía refiere los pasos a seguir según la condición de los pacientes e indica los medicamentos que el gobierno brinda por el sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES). Esta guía sugiere la integración del Químico Farmacéutico (QF) al grupo multidisciplinario, compuesto por profesionales de la salud para la cooperación del seguimiento farmacoterapéutico del paciente ingresado a este servicio, realizando atención farmacéutica y proporcionando información de la farmacoterapia recibida (4, 5, 6, 7).

Sin embargo, la inclusión del QF en muchas unidades no se ha generado y es de gran significancia clínica integrarlo al equipo de profesionales de la salud, ya que cuando se utiliza una farmacoterapia, no siempre se obtienen resultados óptimos; en algunos casos, ésta genera efectos indeseados, lo que se desvía del objetivo terapéutico buscado (8, 9, 10).

La Unidad de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda es una de las unidades donde se prescriben una mayor cantidad de medicamentos, aproximadamente una relación de 6 prescripciones por receta.

No obstante, esta Unidad no cuenta con horas asignadas para Químico Farmacéutico para labores clínicas, como la atención farmacéutica, a pesar que la guía clínica lo sugiere. Esta falta puede aumentar la probabilidad de fallos en el tratamiento farmacoterapéutico, deteriorando la calidad de vida del paciente (11, 12).

La falla en la farmacoterapia trae daños perjudiciales para la salud, además de provocar una pérdida de dinero importante en materia de salud, recursos que podrían ser utilizados para cubrir otras necesidades de los pacientes, por lo que se llama a los QFs a realizar atención farmacéutica (13, 14, 15).

Debido a lo planteado anteriormente, se desea implementar un plan de atención farmacéutica dirigido a la correcta utilización de los medicamentos, para así fomentar el uso racional de éstos y ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.

## Materiales y Método

Este proceso se desarrolló en tres etapas:

### Etapa I:

Se revisaron de forma retrospectiva recetas provenientes de dicha Unidad de los meses de mayo a julio de 2015 para obtener un estado situacional del uso de medicamentos e identificar posibles problemas relacionados con medicamentos (PRM). Éstos se categorizaron según el Segundo Consenso de Granada en términos de necesidad, efectividad y seguridad. Estos resultados permitieron orientar las acciones a intervenir posteriormente. Junto con esto, se informó al cuerpo médico de estos hallazgos y se tomaron las medidas correspondientes.

### Etapa II:

Se implementó el Servicio de Atención Farmacéutica durante los meses de agosto a octubre de 2015. Se ofreció el servicio a todos los pacientes que desearan participar, se utilizó el método DADER para las entrevistas y seguimiento farmacoterapéutico; y simultáneamente se evaluó la adherencia al tratamiento inicial y posterior, mediante el test SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire), con la finalidad de entregar herramientas como pautas de administración, junto con observaciones orientadas a optimizar el uso del medicamentos, asegurando un mejor cumplimiento del tratamiento y evitando posibles interacciones medicamentosas.

### Etapa III:

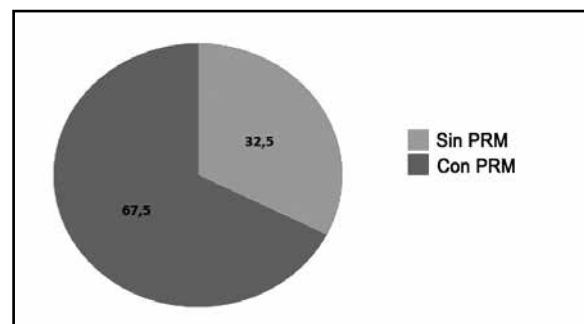
Se evaluó la implementación del servicio ofrecido: las intervenciones realizadas (aceptadas y rechazadas) a pacientes y médicos, las que también fueron tipificadas. Se tabularon los resultados del test de adherencia y, posteriormente, se realizó una encuesta de satisfacción usuaria al servicio ofrecido.

## Resultados

### Etapa I:

Se revisaron 500 recetas durante los meses de mayo a julio de 2015, seleccionando 244 recetas, de las cuales se encontraron 165 posibles PRMs, que representaron el 67,5%, como se observa en la Figura 1.

Figura 1: Pacientes con posibles PRMs



Luego se clasificaron, de acuerdo al Segundo Consenso de Granada, en cuanto a necesidad, efectividad y seguridad, cuyos resultados se observan en la Tabla 1.

Tabla 1: Clasificación posibles PRMs

Clasificación PRM	Nº Posibles PRMs	%
PRM 1	0	0
PRM 2	17	10,3
PRM 3	0	0
PRM 4	15	9,1
PRM 5	106	64,3
PRM6	27	16,3
TOTAL	165	100

Posteriormente a esta revisión y clasificación, se entregó la información al cuerpo médico tratante, que incluía 14 intervenciones, lo que reflejó una disminución de un 35% de estos posibles PRMs que fue verificada en una posterior revisión de recetas.

**Etapas II**

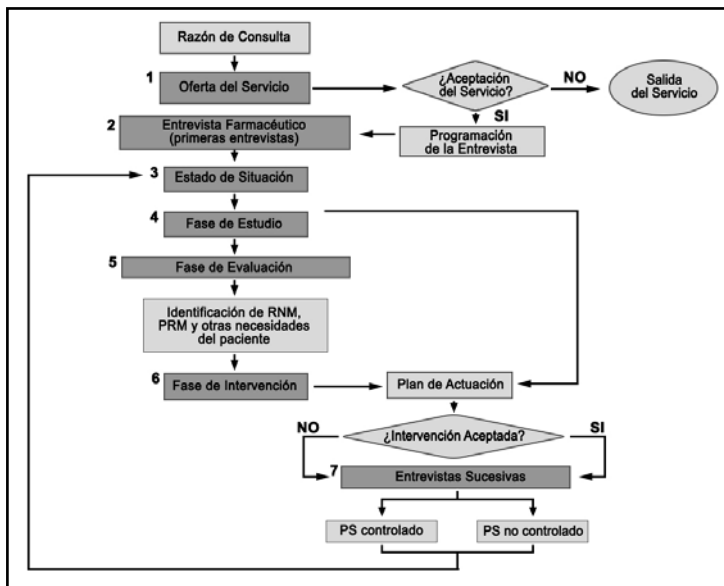
Se enrolaron 39 pacientes al servicio de atención farmacéutica, quienes firmaron una declaración de consentimiento informado. Se clasificaron los pacientes según edad y sexo (Tabla 2).

Tabla 2: Clasificación según edad y sexo de pacientes enrolados

Edad	Sexo	Número de pacientes	%
< 60 años	Masculino	3	7,7
> 60 años	Masculino	10	25,6
< 60 años	Femenino	5	12,8
> 60 años	Femenino	21	53,9

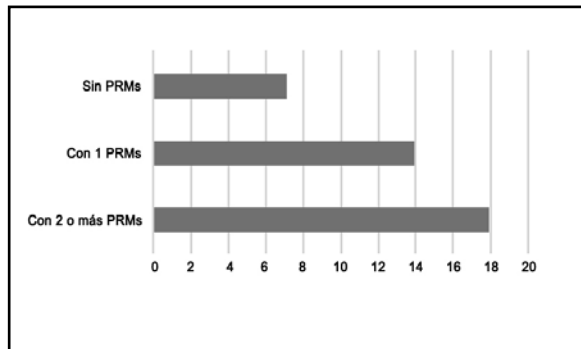
Se utilizó el método DADER para realizar el seguimiento farmacoterapéutico, cuyos resultados se presentan en la Figura 2.

Figura 2: Algoritmo método DADER



Conjuntamente con la primera entrevista se realizó el test de adherencia a tratamiento SMAQ. Se pesquisararon 53 PRM, correspondientes al 82% con uno o más PRM de acuerdo a la Figura 3.

Figura 3: Pacientes con PRMs



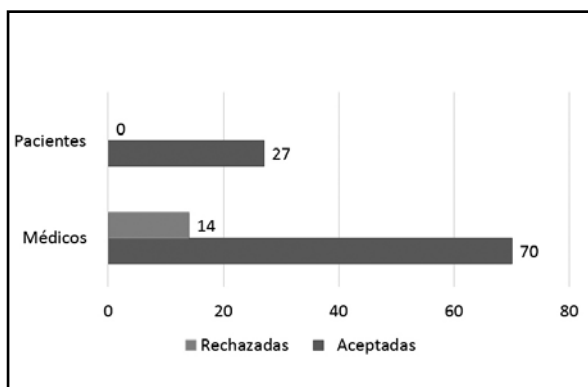
Posterior a esto, se clasificaron los PRMs encontrados de acuerdo al Segundo Consenso de Granada: el mayor porcentaje fue el PRM relacionado con efectividad, con un 52,8%, mientras que el menor fue el relacionado con seguridad, con un 13,2%, lo que se observa en la Tabla 3.

Tabla 3: Clasificación PRMs pacientes enrolados

Tipo de PRM	Nº
PRM 1	3
PRM 2	15
PRM 3	20
PRM 4	8
PRM 5	4
PRM 6	3

Para la resolución de éstos, se realizaron intervenciones al paciente, entregando información de la correcta administración del medicamento, y al médico tratante lo antes posible para informar la situación y plantear sugerencias tendientes a la modificación y/o discontinuación de la terapia, o cambio por otro medicamento con un mejor perfil de seguridad, dependiendo las características de cada paciente. Algunos ejemplos de estas intervenciones fueron: entrega de pautas al paciente con horarios de administración, junto con observaciones para evitar interacciones con alimentos u otro fármaco al paciente; y reevaluación de la prescripción con el médico. En total, se realizaron 111 intervenciones, según lo expresado en la Figura 4.

Figura 4: Intervenciones realizadas



Posteriormente, se clasificaron y tipificaron las intervenciones realizadas, cuyos resultados se muestran en la Tabla 4.

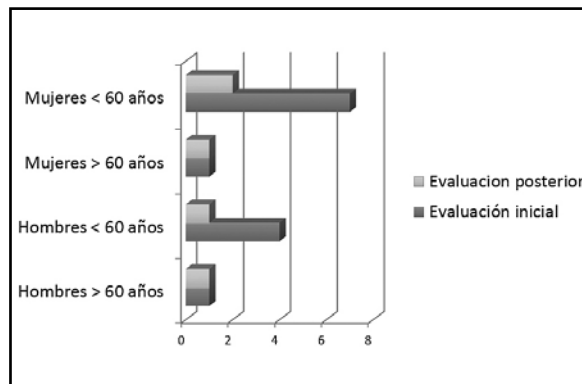
Tabla 4: Clasificación de intervenciones realizadas

Tipo de intervención	Cantidad	Realizadas al médico n°	Realizadas al paciente n°
Indicación y/o necesidad	47	47	21 (45%)
Posología	19	19	0
Vía de administración	6	6	4 (66,67%)
Interacción y/o contraindicación	31	31	0
Efectos adversos	4	4	1 (25%)
otros	4	4	1 (25%)
Total	111	111	27 (24,3%)

**Etapa III:**

Se midió la adherencia en la primera entrevista como en las posteriores, mediante la utilización del cuestionario SMAQ, cuyos resultados se observan los grados de mal adherencia en la Figura 5.

Figura 5: Pacientes mal adherentes a tratamiento



Para finalizar, se realizó una encuesta de satisfacción usuaria validada por la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), la que fue respondida por 18 pacientes de forma física y 21 por vía telefónica, la cual obtuvo un 100% de aprobación por todos los pacientes encuestados (Tabla 5).

Tabla 5: Encuesta satisfacción usuaria

Preguntas	De acuerdo	En desacuerdo
¿El tiempo dedicado por el Farmacéutico fue el adecuado?	100 %	0 %
¿Aprendí a conocer mejor los medicamentos que uso y cómo utilizarlos?	100 %	0 %
¿Solicitaría a mi médico que continúe trabajando en conjunto con mi farmacéutico?	100 %	0 %
¿Continuaría visitando a mi farmacéutico, ya que ha logrado mejorar el beneficio del uso de los medicamentos que uso?	100 %	0 %
¿Recomendaría a mis familiares o amigos que acuden al Servicio de Atención Farmacéutica cuando lo precisen?	100 %	0 %
Estoy satisfecho del servicio recibido de parte del farmacéutico	100 %	0 %

## Discusión

Si bien el número de pacientes es una limitación de este estudio, los resultados de la encuesta concluyeron que los pacientes de sexo masculino son mejor adherentes que las mujeres y que las intervenciones y el accionar del Químico Farmacéutico tuvieron un alto nivel de aceptación por parte de los pacientes enrolados y cuerpo médico.

Se rechazaron 14 intervenciones hacia el médico, las cuales no fueron claramente justificadas por el tratante.

La encuesta de satisfacción arrojó un alto grado de conformidad con el servicio entregado por el Químico Farmacéutico y sugiere una participación activa de este profesional de la salud en el equipo de la Unidad.

## Agradecimientos

Agradecemos a los pacientes que gentilmente desearon participar, a los Dres. América Román y Mariana Dittborn por la aceptación y al entusiasmo prestado a este trabajo y a la Q.F. Liliana Jorge, por todo el apoyo en este estudio.

## Referencias Bibliográficas

- (1) Scheingberg, D. (23 de agosto de 2009). Scientific & Medical ART. Recuperado el 25 de Julio de 2015, de End of Life Care - Medical Encyclopedia Article: <http://ebSCO.smartimagebase.com/end-of-life-care/view-item?ItemID=57988>
- (2) Atención farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos, 2008, pág. 7.
- (3) Norma general técnica No 32. Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, 2009).
- (4) Ministerio de Salud. (7 de diciembre de 2004). Norma técnica N° 72 sobre registros poblacionales de cáncer. Recuperado el 3 de agosto de 2015, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/NORMA72registrocancer.Pdf>
- (5) Atención farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos, 2008, pág. 11).
- (6) Faus, M. J. (2000). Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. Pharmaceutical care as responsible to social need. Granada, España.
- (7) Faus Dader, M. J., Amarillos Muñoz, P., & Martínez- Martínez, F. (2008). Atención farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergon.
- (8) Grupo de investigación de atención farmacéutica, c. d. (2002). Segundo consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Recuperado el 5 de agosto de 2015, de <http://www.ugr.es/~ars/abstract/43-179-02.pdf>
- (9) Hepler, C., & Strand, L. (1990). Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. España. Recuperado el 24 de abril de 2015, de [http://www.unifra.br/pos/aafarm/downloads/oportunidades\\_e\\_responsabilidades\\_em\\_espanhol.pdf](http://www.unifra.br/pos/aafarm/downloads/oportunidades_e_responsabilidades_em_espanhol.pdf)
- (10) García-Jiménez EA, A. P.-M.-G. (2008). Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. España.
- (11) Clopes, A. (2005). Intervención farmacéutica. En S. E. hospitalaria. España. Recuperado el 10 de agosto de 2015, de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo1/cap1314.pdf>
- (12) Faus Dáder, M. J., Sabather Hernández, D., & Silva Castro, M. (2007). Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico, 3era. Granada, España.
- (13) Armando, P. (2005). Prevención de los PRMs y el segundo consenso de Granada. Argentina. Recuperado el 10 de agosto de 2015, de [https://www.researchgate.net/publication/266455321\\_La\\_prevencion\\_de\\_los\\_PRM\\_y\\_el\\_Segundo\\_Consenso\\_de\\_Granada](https://www.researchgate.net/publication/266455321_La_prevencion_de_los_PRM_y_el_Segundo_Consenso_de_Granada)
- (14) Arbesú Michelen, M. A. (2013). La atención farmacéutica en pacientes oncológicos. Revista cubana de farmacia, 285.
- (15) Alós, M., Álvares De Toledo, F., Ausejo, M., & et al. (2008). Foro de atención farmacéutica. Granada, España.

## Conflicto de Interés:

Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 10 de febrero de 2017, aceptado con corrección para publicación el 28 de julio de 2017

Correspondencia a:  
 QF Jorge Aravena Venegas  
 Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.  
 Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda.  
 Santiago. Chile.  
 E-mail: [jorgearavenavenegas@gmail.com](mailto:jorgearavenavenegas@gmail.com)