

REVISTA DE LA O.F.I.L.

VOL. 22 - N° 3 - 2012

Editorial

El futuro de la Atención Farmacéutica en Venezuela
AMARO R

109

Investigación cualitativa

Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud
SILVA CASTRO MM

111

Originales

Implantación de un procedimiento normalizado de trabajo para la conciliación farmacoterapéutica al ingreso en pacientes geriátricos
TEJERO CARRETERO L, VILLÁN QUÍLEZ MP, LÓPEZ ROMERO P, GALLEGU ÚBEDA M, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA L, TUTAU GÓMEZ F

123

Denileukin-diftitox en el tratamiento del linfoma cutáneo de células T
CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP, HERREROS DE TEJADA A

131

Preparação de unidoses em contexto hospitalar
CERQUEIRA FERREIRA SV, NETO DA COSTA RF, DA COSTA MARQUES LM

136

Artículo especial

La incorporación de la Atención Farmacéutica como materia en el Grado de Farmacia
DEL CASTILLO RODRÍGUEZ C

140

Disponible en Internet: www.revistadelaofil.org

Incluida en Índice Médico Español (IME)
Incluida en Free Medical Journal

O.F.I.L.L.

REVISTA DE LA

Disponible en Internet
www.revistadelaofil.org

Incluida en Índice Médico Español (IME)
Incluida en Free Medical Journal

Director

Manuel Machuca González

Comité Editorial

Elisa Rabito de Pino. Paraguay
Jaime Román Alvarado. España
María Lurdes de Santos Miranda. Portugal
Carmen Sandoval Moraga. Chile

Comité de Redacción

Ana Álvarez Díaz
Benito del Castillo García
Ismael Escobar Rodríguez
José Espejo Guerrero
M^a José Fáus Dader
Borja García de Bikuña
Pilar Gomis Muñoz
Ana Herranz Alonso
Alberto Herreros de Tejada
Mariano Madurga Sanz
Eduardo Mariño Fernández
Diego Marro Ramón
Joaquín Ronda Beltrán
Martha Milena Silva Castro
Mauro Silveira de Castro



La Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) surge en 1981, a partir de una idea del compañero colombiano Juan R. Robayo. Nació ante la necesidad de colaborar y de unir a los colegas ibero-latinoamericanos para el progreso de la profesión farmacéutica y conseguir así un mayor reconocimiento de la sociedad a nuestros esfuerzos en favor de la salud y el progreso científico en nuestros pueblos. Nuestra Organización (O.F.I.L.) es la única que reúne a farmacéuticos de Latinoamérica y de la Península Ibérica con los fines citados y hablando en nuestros idiomas, español y portugués.

Son sus OBJETIVOS:

- 1º Difundir la profesión farmacéutica en el ámbito ibero-latinoamericano.
- 2º Colaborar en la revisión y adecuación de los “currícula” académicos de Farmacia, con especial énfasis en Farmacia de Hospital, Farmacia Comunitaria, Farmacia Clínica, Información de Medicamentos y Tecnología Farmacéutica.
- 3º Fortalecer la influencia de la profesión farmacéutica en la sociedad.
- 4º Identificar y promover los mecanismos para la integración del farmacéutico en grupos interdisciplinarios de salud y a diferentes niveles de atención.
- 5º Unificar las disposiciones legales transnacionales de la práctica de la Farmacia y establecer los criterios básicos de la misma.
- 6º Incentivar y practicar las mejores relaciones y servicios entre los farmacéuticos de todos los países ibero-latinoamericanos.

Junta Directiva de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (O.F.I.L.) 2010-2012

Presidenta

*Maria Elisa Rabito
E-mail: mrabito@ips.gov.py*

Vicepresidente

*Mariano Madurga
E-mail: mmadurgasanz@gmail.com*

Secretaria General

*Alicia Chamorro
E-mail: aliciach04@hotmail.com*

Tesorera

*Sarah Vinader
E-mail: sarah.vinader@boller.com.py*

Presidente Anterior

*Manuel Machuca González
E-mail: mmachucag@gmail.com*

Ex-Presidentes

†Juan Robayo (Fundador de O.F.I.L.)

Colombia/EE.UU.

José Aleixo Prates e Silva (1984-1986)
Brasil

†Guadalupe Solís Chavarín (1998-2000)
México

Joaquín Ronda Beltrán (1986-1988)
España

Zully Moreno de Landivar (2000-2002)
Bolivia

Luz Milagros Gutiérrez (1988-1990)
Puerto Rico

Yaritza Castillo (2002-2003)
Venezuela

Antonio Iñesta García (1990-1992)
España

Martha Nelly Cascavita (2003-2006)
Colombia

Teresa Catalina Domecq Jeldres (1992-1994)
Chile

Joaquín Ochoa Valle (2006-2008)
Honduras

Ana María Menéndez (1994-1996)
Argentina

Carmen Sandoval Moraga (2008-2010)
Chile

Alberto Herreros de Tejada (1996-1998)
España

Manuel Machuca González (2010-2012)
España

Delegados (2010-2012)

Argentina

Fabián Pardón

E-mail: fpardon@anlis.gov.ar

Bolivia

Ana María Blanco

E-mail:

marionnblanco@yahoo.com.ar

Brasil

Divaldo Lyra Junior

E-mail: lyra_jr@hotmail.com

Chile

Patricia Acuña

Colombia

Jorge Salcedo

Costa Rica

Mario Acosta Gonzalez

E-mail:

macostag51@hotmail.com

Cuba

Zeina Mirella Bárzaga Arencibia

E-mail: zebaa@finlay.cmw.sld.cu

Ecuador

Marco Antonio Dehesa Gómez

E-mail: marcoad@yahoo.com

El Salvador

Wendi Osorio

E-mail:

wendiosorio@hotmail.com

España

Jaime Roman Alvarado

E-mail:

jaimeroman@redfarma.org

Guatemala

Eleonora Gaitan

Honduras

Pendiente de renovación

México

Maria Magdalena Vazquez Moran

E-mail: ofilmexico@hotmail.com

Nicaragua

Roger González González

E-mail: rgonzalez@unan.edu.ni

Panamá

Leida Barrios

E-mail: leidab_@hotmail.com

Paraguay

Carmen Buzarquiz

E-mail: cbuzarquis@yahoo.com

Perú

Teresa Zamame Zatta

E-mail: telisza2000@yahoo.com

Portugal

Ana Gusmao

E-mail: agusmao@esteve.es

Puerto Rico

Wanda T Maldonado

E-mail:

wanda.maldonado1@upr.edu

República Dominicana

Ana Isabel Herrera

E-mail:

anaisabelhp@hotmail.com

Uruguay

Washington Díaz

E-mail: wdiaz@adinet.com.uy

Venezuela

Rafael Amaro

E-mail:

rafaeleduardo2@hotmail.com

EDITORIAL

- 109 The Future of Pharmaceutical Care in Venezuela
AMARO R

QUALITATIVE RESEARCH

- 111 Qualitative analysis of the pharmacotherapeutic experience: the case of pain treated with medications as a phenomenon within a health anthropology perspective
SILVA CASTRO MM

ORIGINALS

- 123 Implementation of a standard operating procedure for pharmaceutical conciliation on admission of geriatric patients
TEIJEIRO CARRETERO L¹, VILLÁN QUÍLEZ MP¹, LÓPEZ ROMERO P¹, GALLEGO ÚBEDA M², CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA², DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA L², TUTAU GÓMEZ F
- 131 Denileukin-diftitox in the treatment of cutaneous T-cell lymphoma
CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP, HERREROS DE TEJADA A
- 136 Preparation of unidosis in the hospital setting
CERQUEIRA FERREIRA SV, NETO DA COSTA RF, DA COSTA MARQUES LM

SPECIAL ARTICLE

- 140 Incorporating Pharmaceutical Care as matter Degree of Pharmacy
DEL CASTILLO RODRÍGUEZ C

EDITORIAL

- 109 El futuro de la Atención Farmacéutica en Venezuela
AMARO R

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 111 Análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica: el caso del dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la antropología de la salud
SILVA CASTRO MM

ORIGINALES

- 123 Implantación de un procedimiento normalizado de trabajo para la conciliación farmacoterapéutica al ingreso en pacientes geriátricos
TEIJEIRO CARRETERO L¹, VILLÁN QUÍLEZ MP¹, LÓPEZ ROMERO P¹, GALLEGO ÚBEDA M², CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA², DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA L², TUTAU GÓMEZ F
- 131 Denileukin-diftitox en el tratamiento del linfoma cutáneo de células T
CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP, HERREROS DE TEJADA A
- 136 Preparação de unidoses em contexto hospitalar
CERQUEIRA FERREIRA SV, NETO DA COSTA RF, DA COSTA MARQUES LM

ARTÍCULO ESPECIAL

- 140 La incorporación de la Atención Farmacéutica como materia en el Grado de Farmacia
DEL CASTILLO RODRÍGUEZ C

Recepción de originales

Director de la Revista:

Dr. Manuel Machuca González

E-mail: mmachucag@gmail.com

o bien en

E-mail: publicacion@revistadelaofil.org

Edita:

O.F.I.L.

Depósito Legal: BA-12/2001

ISSN: 1131-9429

Diseño y Coordinación editorial:

Ibáñez&Plaza Asociados S.L.

Avda. Reina Victoria, 47 (6º D)

28003 Madrid (España)

Tel./Fax: +34 915 537 462

E-mail: ofil@ibanezyplaza.com

web: <http://www.ibanezyplaza.com>

Impresión: Alba

editorial

El futuro de la Atención Farmacéutica en Venezuela

Rev. O.F.I.L. 2012, 22;3:109-110

RAFAEL AMARO
DELEGADO OFIL-VENEZUELA 2012-2014

“Lo que perseguimos es práctica, práctica y más práctica...”

Se han hecho grandes esfuerzos por transformar la profesión farmacéutica de un profesional dirigido al producto a uno enfocado al paciente, después de casi 15 años de esfuerzo académico por un grupo de farmacéuticos de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Venezuela, tan solo hoy es cuando en Venezuela estamos viendo este cambio de paradigma, una ruptura del molde, una anomalía en el sistema.

Actualmente hemos hecho esfuerzos para motivar y estimular a todos aquellos profesionales para que presten el servicio de Atención Farmacéutica o como es llamando en el presente Gestión Integral de la Farmacoterapia, hace algunos años se están viendo los frutos de toda esta oleada de cursos, talleres, congresos y esfuerzo académico que se ha hecho.

Ahora bien, en esta historia tan larga, hace no más de 3 años entré yo con algunos inicios tímidos, después de una gran búsqueda por poder utilizar los conocimientos adquiridos en la carrera, encontré lo que yo denomino mi filosofía profesional y de vida, una práctica enfo-

cada en satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes, tomando en cuenta los aspectos biomédicos y biopsicosociales del paciente, integrando un servicio adaptado a la realidad de la sociedad.

Desde el 2009 se creó un evento académico denominando Congreso Internacional de Atención Farmacéutica en donde nuestra bandera ha sido y seguirá siendo demostrar las ventajas de la Atención Farmacéutica en nuestro país, este congreso el cual he presidido las tres veces que se ha realizado, tiene un objetivo muy claro, ofrecer a los farmacéuticos de la mano de los expertos, herramientas que permitan ofrecer una práctica centrada en el paciente. No obstante, a medida que avanza se ha hecho más que compartir conocimiento, se ha obtenido apoyo de la Academia, la empresa privada y lo más importante, nos hemos encontrado en el camino con diferentes farmacéuticos que comparten el mismo sueño, lo interesante es, que hoy por hoy, en Venezuela tenemos soporte para lo que yo considero, la siembra de una pasión que llegó para quedarse, paradójicamente, cuando he ayudado a mis paciente, algunos preguntan,

¿Por qué este servicio no se da en toda Venezuela?, mi respuesta es: porque hacen falta profesionales que quieran asumir el reto, es por esto, que nace mi necesidad de promover esta práctica en el país y sinceramente creo que se está logrando el objetivo.

Cabe destacar que culminamos el 3er. CIDAF acompañado por la 2da. Jornada de OFIL–Venezuela en Julio de 2012, donde conferencistas de diversos países del mundo compartieron con nosotros experiencias y propuestas para el desarrollo de esta práctica en Hispanoamérica, definiendo este congreso como un punto de encuentro para aquellos que viven y respiran esta práctica asistencial, es a partir de allí, que obtuvimos un resultado para muchos ambicioso, para nosotros necesario, como lo es: **el Proyecto GESFAR**, utilizando mi posición de Delegado de OFIL–Venezuela, propuse desarrollar un plan que tuviese como objetivo impulsar la práctica de la Atención Farmacéutica, en donde un grupo de farmacéuticos decidimos trabajar en conjunto, utilizando como base los documentos escritos por L. Strand, R. Cipolle y P. Morley, la finalidad de este proyecto es entrenar a diferentes voluntarios para el emprendimiento de esta labor, crear redes de trabajo y asimismo propusimos diseñar un marco metodológico coherente, para implementar y poder obtener resultados que permitan mostrar el impacto de la Atención Farmacéutica en el país. De manera personal, creo que cada uno de nosotros desde nuestras parcelas debemos hacer nuestra propia lucha tratando de consolidar esta práctica, no por llenar un vacío profesional,

sino por los pacientes que nos necesitan, quizás, toda esta energía me permitió tomar grandes decisiones, que me llevaron a consolidar mi propio logro, implementando la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia–GESFAR, donde el planteamiento es un establecimiento dirigido a la capacitación de multiplicadores, el desarrollo de investigación y la prestación del servicio, lo interesante de este sitio es que no está delimitado en una oficina de farmacia, si diseño un espacio dedicado a la Gestión Integral de la Farmacoterapia, obteniendo pacientes de una unidad ambulatoria en donde se integre a la UOF a los diferentes servicios ofrecidos para los pacientes.

Estoy convencido que en Venezuela, tenemos un futuro prometedor, las bases conceptuales cada día se digieren mejor, para prueba está todo lo comentado anteriormente, hemos fortalecido cada día que pasa nuestras debilidades, para poder asumir este compromiso, creo que le ha llegado el momento, mi llamado es para que los otros países de Hispanoamérica se integren a este esfuerzo, reflexionemos con esta frase escrita por Magaly Pedrique, Delegada saliente de OFIL–Venezuela, “Tu primer paciente puede estar durmiendo a tu lado en este momento”.

No dejemos que nuestro conocimiento solo llegue al suministro de un medicamento de calidad, en Venezuela estamos dispuestos a compartir lo poco que llevamos con todos los interesados, la idea es mirar todos hacia un mismo camino y poder mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

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

SILVA CASTRO MM

Unidad de Optimización de la Farmacoterapia. Farmacia Olivet. Granollers. Barcelona. España

Resumen

Se presenta una revisión crítica de literatura biomédica y antropológica sobre los fenómenos sociomédicos que pueden afectar la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes, en concreto en el caso del dolor tratado con analgésicos. Esta revisión contrastada se ha basado en estudios con enfoque etnográfico y fenomenológico provenientes de la antropología de la salud donde se ha estudiado el dolor y el sufrimiento como experiencia vivida. Fruto de esta revisión se plantea que desde la antropología de la salud se puede poner a disposición el enfoque fenomenológico y la metodología etnográfica para hacer un análisis cualitativo de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes que se atienden en Unidades de Optimización de la Farmacoterapia.

Palabras clave: Experiencia farmacoterapéutica, análisis cualitativo, gestion integral de la farmacoterapia, atención farmacéutica, fenómenos sociomédicos, etnografía.

Correspondencia:
Martha Milena Silva Castro
Correo electrónico: mmsilvacastro@sfhospital.com

Qualitative analysis of the pharmacotherapeutic experience: the case of pain treated with medications as a phenomenon within a health anthropology perspective

Summary

A critical review of the biomedical and anthropological literature is presented regarding the sociomedical phenomena which may affect the pharmacotherapeutic experience of patients, specifically in the case of pain treated with analgesics. This contrasted review is based on studies having an ethnographic and phenomenological approach in health anthropology where pain and suffering have been studied as a lived experience.

As a result of this review it is proposed that health anthropology can offer the phenomenological approach and the ethnographic methodology to enable a qualitative analysis of the pharmacotherapeutic experience of patients cared for in pharmacotherapy optimisation units.

Key Words: Medication experience, qualitative analysis, medication therapy management, pharmaceutical care, sociomedical phenomena, ethnography.

En las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia, los farmacéuticos asistenciales pretendemos realizar una Gestión Integral de la Farmacoterapia¹ (*Medication Therapy Management*), un proceso asistencial que busca satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, que trata de asegurar que cada medicamento que utiliza se evalúa de forma individual, para asegurar que tiene un propósito concreto, y se utiliza de la forma más adecuada como para que sea efectivo para el problema de salud que trata, y sea seguro, junto al resto de medicamentos que usa y problemas de salud que padece. El objetivo asistencial del farmacéutico es mejorar o alcanzar resultados favorables en la salud del paciente en función de sus necesidades particulares. Dada la complejidad de los medicamentos, este proceso asistencial pretende sacar el máximo beneficio de la medicación que toma buscando que la farmacoterapia sea la indicada, efectiva, segura y adecuada para cada situación clínica².

Al brindar este proceso asistencial, los farmacéuticos hemos introducido el cuidado centrado en el paciente en nuestro desempeño

clínico. Es así como este enfoque en el paciente es inherente a esta práctica asistencial³. Sin embargo, muchos aspectos que condicionan los resultados de la farmacoterapia que utilizan los pacientes –y que creemos modificar a través de la intervención farmacoterapéutica– pueden estar condicionados por fenómenos socioculturales⁴ ocultos a nuestra mirada biomédica proveniente de la formación recibida como profesionales de ciencias de la salud. De hecho, estos condicionamientos pueden pasar desapercibidos en la práctica clínica habitual y afectar determinantemente los resultados en salud en los pacientes tras el uso de la farmacoterapia.

Por tanto, como farmacéuticos asistenciales es imprescindible empezar a comprender los fenómenos socioculturales que rodean estos **procesos complejos de salud–enfermedad–tratamientos–recuperación de la salud** que involucran sustancias farmacológicas. Específicamente la antropología de la salud, viene aportando una mirada diferente al fenómeno de la “curación farmacológica” que contribuiría a detectar aspectos que pueden ser omitidos con gran facilidad si

sólo se considera la perspectiva biomédica para el análisis de la realidad que rodea el uso de medicamentos.

Para abordar estos condicionantes, los antropólogos de la salud han descrito, dentro de los procesos de salud-enfermedad-tratamientos-recuperación, los **fenómenos sociomédicos** (*sociomedical phenomena*) como aquellos fenómenos condicionados conjuntamente por factores biológicos y sociales que finalmente afectan el éxito de los tratamientos, la evolución y la curación de ciertas enfermedades. FARMER⁵ hace un análisis a profundidad de estos fenómenos sociomédicos mediante un ensayo denominado *“Social Scientist and the New Tuberculosis”* en donde el uso de fármacos antituberculosos juega un papel diferencial en la evolución de la nueva tuberculosis. En este estudio se hace una mirada crítica desde la medicina y desde la antropología simultáneamente sobre la aportación de los dos puntos de vista de estas disciplinas a la comprensión de la tuberculosis como una enfermedad social. Además de sintetizar los aportes básicos de la antropología a la biomedicina, plantea una idea clave para reflexionar sobre la investigación clínica y la práctica asistencial en el marco de la Gestión Integral de la Farmacoterapia y del Seguimiento Farmacoterapéutico:

“Adopting a patient-centered approach, though important, is insufficient.” (Farmer, 2010)⁵.

Este planteamiento de FARMER, puede cuestionar la práctica asistencial centrada en los pacientes propia del Seguimiento Farmacoterapéutico que veníamos desarrollando³ de manera que estimula a ampliar la visión la práctica farmacéutica para incorporar estos fenómenos sociomédicos y reflexionar acerca de cómo avanzar en este enfoque centrado en el paciente, *importante pero insuficiente*.

En este sentido, por parte de los farmacéuticos, ya existía la preocupación acerca de cómo experimentan los pacientes sus tratamientos farmacológicos⁶. Si bien, como parte de esta práctica asistencial, autores como Strand, Cipolle y Morley, que idearon el concepto de *Pharmaceutical Care*, han desarrollado el concepto de **Medication Experience**:

“The medication experience is the sum of all the events in a patient’s life that involve medication use. This is the patient’s personal experience

with medications. This lived experience shapes the patient’s attitudes, beliefs and preferences about drug therapy. It is these characteristics that principally determine a patient’s medication taking behaviour.” (Cipolle, Strand, Morley, 2004).

En la práctica asistencial cotidiana de las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia, la **Experiencia Farmacoterapéutica** se ha ido convirtiendo en una narrativa⁷ del paciente necesaria para establecer la versión subjetiva que manifiesta sobre el uso de su medicación. Básicamente los “datos” que se han recogido se han utilizado principalmente para realizar un proceso cognitivo de análisis de efectividad y seguridad de la medicación en un caso clínico concreto y resolver problemas de salud derivados del uso de medicamentos⁸. Sin embargo se viene observando que esta experiencia, al margen del análisis que se pudiera hacer de ella, estaba vinculada directamente con la **dimensión experiencial del sufrimiento humano**.

Diariamente acuden a las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia pacientes que tienen regímenes farmacoterapéuticos complejos y diversos que están prescritos para tratar enfermedades crónicas comunes pero aún más complejas tales como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, enfermedades endocrinas, enfermedades osteoarticulares, enfermedades infecciosas, enfermedades del sistema nervioso, entre tantas que además pueden estar presentes a la vez en un mismo paciente. Y en esta realidad asistencial que vivimos se ha tratado de reflexionar cómo podría aportar el análisis fenomenológico a esta cuestión de la experiencia farmacoterapéutica. La bibliografía de la antropología de la salud que se ha revisado revela enfoques diversos de análisis de enfermedades que se tratan con medicamentos tales como las enfermedades mentales⁹, las enfermedades infecciosas¹⁰, las adicciones¹¹, entre otras. No obstante, el planteamiento antropológico de Byron J. Good¹² en **“El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico”**, es fundamental para este análisis de la experiencia farmacoterapéutica por lo que se retoman algunos apartados relacionados con la farmacoterapia del paciente en que se basa el capítulo citado.

“... tenía una cara inexpresiva, acaso como consecuencia de la medicación.”

“... lo trataron con antidepresivos y ansiolíticos, que seguía tomando en la época en la que tuvimos la entrevista. Los misteriosos hechos ocurridos... están inscritos en su historia personal así como en su cuerpo y provocan un terror no mitigado por la medicación ni por la psicoterapia.”

“Ha tenido periodos de respiro y esperanza, cuando los tratamientos parecían surtir cierto efecto beneficioso, pero siempre han sido periodos breves.”

(Palabras de Brian, citadas por Good, 2004).

Esta realidad del caso expuesto por Good¹², podría ser la de algunos pacientes que se han atendido cuando acuden a las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia, o inclusive, cuando acuden a los Servicios de Farmacia, buscando encontrar una medicación más efectiva, una alternativa farmacoterapéutica mejor. En varias ocasiones se ha brindado asistencia a pacientes que visiblemente presentan cambios en sus expresiones por la medicación que usan, otros toman antidepresivos o ansiolíticos como coadyuvantes a su tratamiento analgésico, y muchos tienen alivio temporal o no permanente del dolor que les aqueja. Es así como el dolor crónico es un fenómeno de gran utilidad para aproximarse a la Experiencia Farmacoterapéutica desde el punto de vista biomédico y desde el punto de vista antropológico.

Inicialmente, para entender la postura analítica biomédica proveniente de nuestra formación profesional sanitaria, hemos de reflexionar que, en el abordaje del dolor crónico como farmacéuticos asistenciales, se parte de dos presupuestos¹³ principales:

Por una parte, el dolor como problema de salud acompaña a muchas enfermedades crónicas como síntoma con lo cual es, más bien, una manifestación transversal presente en muchas enfermedades crónicas tratadas con fármacos. Según el estudio de la Sociedad Española del Dolor en el año 2004, el dolor crónico frecuentemente acompaña a otras enfermedades como hipertensión, hiperlipemias y diabetes, con riesgo de alteraciones en su medicación, y el 44% de los pacientes precisan hipnóticos para poder dormir. Casi el 70% de los pacientes consideran que el dolor influye mucho en su calidad de vida y afecta a sus relaciones familiares (58%) y más de la mitad requieren asistencia (54,6%)¹⁴. Por

otra parte, es reconocido clínicamente que el dolor, como síntoma, tiene una gran variación en cuanto a la intensidad lo que determina su gravedad y toda la atención sanitaria correspondiente. Desde el punto de vista de la farmacoterapia analgésica, ésta la prescribe el médico o la indica el farmacéutico, en función de la intensidad del dolor. De hecho, existe una gran gama de analgésicos que van desde aquellos que se utilizan para dolores de poca intensidad sin ninguna restricción para los pacientes (automedicación y venta libre), pasando por analgésicos para dolores de intensidad media de indicación farmacéutica, hasta los analgésicos destinados a dolores de altísima intensidad que son sustancias de difícil manejo clínico, que requieren ingreso hospitalario y cuyo uso tiene importantes implicaciones para y por el sistema sanitario (prescripción médica, incluso restringida a especialistas en el ámbito hospitalario)¹⁵. De hecho, las tendencias de prescripción de analgésicos se basan en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que inicialmente fueron elaboradas para aliviar el dolor oncológico pero que en la actualidad se han extendido a otro tipo de dolores¹⁶.

Este fundamento biomédico farmacológico también incluye tendencias del abordaje del dolor que se han intentado incorporar a los procesos asistenciales de cuidado centrado en el paciente porque plantean que no sólo se debe conseguir alivio o bienestar en la persona sino también van encaminadas a evitar que el dolor no mitigado degenera en un dolor crónico mucho más difícil de tratar y que pueda tener efectos psicológicos y sociales sobre el paciente¹⁷. Además se reconoce que el dolor puede desencadenar otras enfermedades, principalmente psicopatologías, estando relacionado de manera más clara el dolor agudo con estados de ansiedad y el dolor crónico con depresión¹⁸. En estos casos, la identificación de estas enfermedades asociadas es importante tanto para evitar que interfieran en la rehabilitación total del dolor como para instaurar su tratamiento paralelo¹⁹.

Partiendo de estos presupuestos provenientes de la formación biomédica y tomando como base el análisis fenomenológico del dolor que plantea Good¹², se analiza el caso de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes trata-

dos con analgésicos bajo la mirada antropológica, más específicamente bajo la mirada fenomenológica.

Una vez centrados en la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes que usan analgésicos para tratar el dolor que padecen, los documentos revisados plantean que la fenomenología^{20,21} y la etnografía^{22,23}, tienen en común que buscan la explicación de las creencias y acciones de los pacientes en términos de lo que significa para ellos el dolor y su experiencia, en este caso concreto al tratar este dolor con medicamentos [dolor/(uso de analgésicos)]. Es interesante encontrar en este aspecto común un punto de partida para comprender la frase que señalaba uno de nuestros pacientes:

“Gracias a eso (señalando su analgésico), parece que me amortigua un poco el dolor. Yo le tengo un poco de fe, es que si no lo tomo me vuelvo loco del dolor”. (JM. Paciente atendido en una farmacia comunitaria).

Lo que vive JM en términos de dolor es “algo que le pasa”, algo que le afecta, algo que vive en su cuerpo. Es un fenómeno que interesa analizar etnográficamente. Haciendo el ejercicio de dejar de pensar en el analgésico que toma e intentando reflexionar sobre lo que siente con y sin tratamiento, se observan dos vivencias/experiencias distintas: la primera –un dolor que lo enloquece–, la segunda –un dolor amortiguado por una sustancia externa a la que le tiene fe–. Pareciera que son dos situaciones distintas pero son complementarias. No existe la una sin la otra pero se diferencian claramente entre sí. JM siente algo, tiene una experiencia “tan vivida en su cuerpo” que manifiesta que lo vuelve loco. Pero *consigue a través del uso del analgésico transformar esta experiencia*. Pareciera que dice que gracias a esta sustancia no se vuelve loco aunque el dolor persista. El medicamento consigue disminuir la intensidad de su dolor, lo transforma a su favor. Entonces aparece otra experiencia vinculada pero distinta. No volverse loco aunque sienta un dolor atenuado. Luego, conforme se ha repetido esta experiencia de usar medicación se entiende que surge la creencia. Dice **“Yo tengo un poco de fe”** y *este uso de la medicación ya tiene un significado* para él.

Desde el punto de vista fenomenológico, el uso de analgésicos como hecho que revela que JM tiene su propia intención y pretende algo. Como sugiere Vallverdú²⁴ esta pretensión, este algo, es lo que la fenomenología ayudaría a descubrir poniendo en “suspense” todas las indagaciones referentes al mundo empírico-objetivo exterior, con el fin de ver, oír, sentir, y percibir los fenómenos en esencia y sus significados esenciales. Vallverdú cita a De Waal mencionando que la tarea fenomenológica sería la descripción de lo concebible y surgido de la evidencia dada inconvertiblemente, más que la deducción de lo racional-relacional lógico que sería lo que pretende finalmente el estructuralismo.

En este orden de ideas, lo que describe JM y que es una evidencia inconvertible en esta cuestión de la experiencia farmacoterapéutica es que, el uso del analgésico modifica su vivencia dolorosa. Y así como el dolor lo vive en su cuerpo, también experimenta en su cuerpo los efectos del analgésico. Aún más, la expresión **“... si no lo tomo me vuelvo loco del dolor”** reitera que en esta experiencia su cuerpo es parte esencial de su yo y no puede ser diferenciado de sus estados de conciencia. El cuerpo de JM no es sólo un objeto físico o un estado fisiológico sino que **su cuerpo es sujeto, es un agente de experiencia**.

Entonces la experiencia analgésica está diluida dentro de la experiencia dolorosa aunque sean diferenciables entre sí en un mismo cuerpo. Se anticipa que tendrá unas características particulares para entender el fenómeno de la experiencia farmacoterapéutica haciendo el ejercicio de diferenciarla de la experiencia dolorosa para poder comprenderla. Y es en este punto cuando el cuerpo* como agente de experiencia^{12,25} sirve de guía para esta reflexión.

Así como la enfermedad que le causa dolor está presente en el mundo vital de JM, las modificaciones experimentadas en su propio cuerpo al usar el analgésico también representan un cambio en su mundo vital. Probablemente tomar este medicamento no constituye un retorno a una situación de bienestar pero sí modifica su experiencia subjetiva de este padecimiento. Por tanto, dentro del proceso asistencial del farma-

*Esteban (2004) ya había aclarado que para el estudio del cuerpo en las ciencias sociales “el cuerpo se convierte ahora en nudo de estructura y acción, y en centro de reflexión social y antropológica”.

cético también supone un reto integrar la vivencia de los pacientes en lo que pudieran ser sólo los relatos de la percepción de los efectos de los fármacos que otorgan datos para una evaluación “objetiva” de la farmacoterapia.

Es así como se ha de considerar la necesidad de encontrar relatos inmediatos de lo que sienten los pacientes a la experiencia farmacoterapéutica. Se entiende que las descripciones de los pacientes tendrán las características de **descripción densa**, concepto equivalente a **etnografía** según Clifford Geertz. Se supone que lo que les sucede a los pacientes corresponderá, como dice Geertz²⁶, a una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales estarán superpuestas o enlazadas entre sí. Entonces aplicar el enfoque antropológico interpretativo propuesto por Geertz, implicaría captar la variedad de significados y hacerlos accesibles situándonos en el punto de vista del paciente para hacer el análisis²⁷. La interpretación para hacer el análisis antropológico empezaría intentado llegar al nivel más básico de elaboración de lo que expresa cada persona y nuestra interacción (como farmacéuticos) con el paciente usuario de analgésicos estaría reflejada en la interpretación. Por tanto el análisis interpretativo debe ser recíproco y generado por las experiencias compartidas.

Rosaldo²⁸ añade un aspecto fundamental para el análisis etnográfico y es que las interpretaciones se realizarían según seamos sujetos ubicados. Se ha de considerar que, aunque el desempeño profesional se realice en el ámbito asistencial, somos sujetos ubicados con una mirada o postura analítica biomédica proveniente de la formación farmacéutica. De hecho, como profesionales de la salud, la postura analítica ha intentado forzosamente ser “objetiva” para cumplir con los requisitos de la investigación biomédica pero desde la investigación antropológica la postura analítica ha de reubicarse hasta tratar de comprender la experiencia farmacoterapéutica del paciente como un hecho, como lo que le sucede, como algo que le pasa y vive el paciente en primera persona de manera literal y válida como tal.

Por tanto, el objeto de la descripción densa serían los acontecimientos dolorosos/analgésicos tal cual los expresan los pacientes, aunque esto suponga que esa descripción dependa de su interacción con el profesional que le brinde

asistencia. Para llevar a cabo esta elaboración, se identificarían temas sobre su experiencia farmacoterapéutica, se buscaría la vinculación entre la experiencia dolorosa y la experiencia analgésica, y se trataría de comprender la estructura simbólica presente. Sería fundamental detectar algún momento “pre-objetivo”, donde inicia la experiencia dolorosa más la experiencia farmacoterapéutica analgésica como tal sin que se halla hecho un juicio de valor ni ningún razonamiento lógico, es decir, encontrar aquel momento donde el paciente percibe su experiencia en toda su indeterminación y riqueza. Para este fin, un momento ideal sería el inicio de un cuadro doloroso nuevo para el paciente que pueda ser tratado con analgésicos inmediatamente después sin haber recibido medicación alguna, en la práctica farmacéutica sería el momento de la primera dispensación de un analgésico para un “nuevo dolor”. La experiencia farmacoterapéutica sería novedosa y puede captarse antes de que operen en la persona aquellos mecanismos mentales lógicos, racionales y objetivos que modifican la interpretación de su propia experiencia analgésica sensorial y emocionalmente vivida.

Siguiendo a Csordas²⁹, en este momento pre-objetivo habría que examinar el desplazamiento de la percepción desde el cuerpo –menos dolorido por los analgésicos–, la base de su experiencia física y la intencionalidad de sus expresiones, a los objetos tal como se constituyen en su percepción del dolor o en la modificación analgésica.

Tal como cita Good¹² de Merleau-Ponty³⁰, la fenomenología como ciencia descriptiva ofrecería una representación del espacio, el tiempo y del mundo tal como los pacientes lo viven y trataría de aportar una descripción de la experiencia tal como es. Good mencionaba que la experiencia del dolor crónico –en el cuerpo fenoménico, social y político del paciente– tiene características especiales dentro de una cultura y un sistema médico, también mencionaba que el dolor ponía en evidencia las contradicciones de las metáforas de la mente y el cuerpo. Además volvía a citar a Merleau-Ponty respecto a que el dolor empieza en el cuerpo pre-objetivo, pero en el proceso de percepción pone de relieve la distinción entre objeto-sujeto, mente-cuerpo.

Csordas³¹ también desarrolla el concepto de Merleau-Ponty refiriendo al cuerpo como el ámbito más importante de experiencia y por lo mismo de la comprensión del mundo fenomenológico. Csordas plantea que la cultura viene en gran manera de la experiencia del cuerpo y por tanto el dolor (y usar sustancias para evitarlo) al experimentarse en el cuerpo estará condicionado por el mundo cultural del paciente. Siguiendo la relación entre experiencia perceptual y la práctica colectiva, la experiencia farmacoterapéutica analgésica respecto a los conceptos de *embodiment*²⁹ y modos de atención somática³¹ se ubicaría según se explica en la Tabla 1.

Este hecho de tratar el dolor con analgésicos para cambiar lo que se vive en el cuerpo es un proceso que acaba en conceptos culturales constitutivos pero que se habrá originado inconscientemente. Evitar el dolor debe tener un grado intersubjetividad. Seguir este argumento implica que al estudiar la experiencia del dolor crónico se debería explorar la organización de sensibilidad personificada, de la experiencia en todas sus modalidades sensitivas, así como los objetos de las experiencias (Tabla 2).

Tal como expresaba Esteban²⁵, desde esta perspectiva se busca la ruptura o el diálogo entre las principales dualidades del pensamiento occidental: mente/cuerpo, sujeto/objeto, objetivo/preobjetivo, pasivo/activo, racional/emocional. Esta forma de análisis surge en tanto que la biomedicina ha estado atrapada en la dicotomía cartesiana, lo que genera oposiciones entre naturaleza y cultura, natural y sobrenatural, real o irreal, probablemente debida a la que denominaban “ansiedad cartesiana” como el miedo por la ausencia de seguridad si la producción científica no estuviera basada en el fundamento objetivo del conocimiento y en consecuencia, el rechazo a entrar en el caos que podría suponer la subjetividad y el relativismo. Por tanto aprovechando el nuevo momento por la aparición de alternativas médicas heterodoxas, se da cabida a este análisis porque actualmente ya se comprende que la mente y el cuerpo son inseparables en la experiencia de la enfermedad, el sufrimiento y la curación. En este sentido incluso Good¹² advertía que el dolor crónico desafiaba un supuesto básico en biomedicina –“que el conocimiento objetivo del cuerpo humano y la enfermedad son posibles al margen de la experiencia subjetiva”–.

TABLA 1

Embodiment	Experiencia perceptual (dolor vivido antes de usar analgésicos y su modificación tras usar analgésicos)	Modos de atención somática
	Práctica colectiva (uso de analgésicos normalizado por la sociedad y como estrategia de salud)	

A este nivel cobra gran utilidad la noción de *mindful body* en la que Scheper-Hughes y Lock³² proponen una forma de análisis del cuerpo y la salud que puede ser aplicable al caso del dolor. Precisamente, en el análisis de Scheper-Hughes y Lock se hace la reconstrucción de los conceptos de cuerpo desde tres perspectivas o formas de ver el cuerpo: 1) El **cuerpo individual** que se refiere a la experiencia fenomenológica individual (*body-self*), 2) el **cuerpo social**, es decir la naturaleza simbólica de pensar las relaciones entre naturaleza, sociedad y cultura, y 3) el **cuerpo político** como artefacto de control político y social.

Aplicando estas categorías de análisis al cuerpo dolorido tratado con analgésicos para el análisis antropológico de la experiencia farmacoterapéutica en los pacientes que usan analgésicos se plantearía que:

1) el **cuerpo individual** estaría vinculado con el par de vivencias del paciente que se han analizado previamente, la experiencia del dolor sin tratamiento y del dolor con tratamiento analgésico.

2) el **cuerpo social** se ve lastimado cuando no hay legitimación del padecimiento doloroso y/o del uso de fármacos para tratarlo por parte de la familia o de quienes tratan al paciente. A continuación se describe un testimonio de una paciente que refleja como afecta la legitimación del [dolor/(uso de analgésicos)] al cuerpo social:

“Pues yo creo que si me influye el dolor que siento en mis relaciones personales porque yo me retraigo muchísimo, me quedo en casa, no quiero reunirme y... pues me fastidia que no me crean, dicen que estoy enganchada a todas las medicinas, es que de verdad, que todo el tiempo me están contradiciendo.”

TABLA 2

Texto (narrativas de los pacientes)	Textualidad	Representación	Semiótica	Intertextualidad	↑ ↓
Cuerpo (dolorido en tratamiento)	Embodiment	"being-in-the- world"	Fenomenología	Intersubjetividad	
Auténtico campo cultural de manifes- tación del dolor. Proceso material de interacción social	Cuerpo dolorido en su dimensión inten- cional, activa y relacional	El dolor modifica la percepción del mundo a través de una posición alte- rada del cuerpo en el tiempo y en el espacio	Perspectiva de la experiencia encar- nada, el cuerpo vivido. Condición existencial	Significados compartidos para y por el uso de anal- gésicos para aliviar al cuerpo dolorido	

Yo he ido a psiquiatras y se los he explicado y me han dicho "no, no señora, sí es como usted lo cuenta" porque ellos (los psiquiatras) saben si les estás mintiendo o no"... por qué mi familia no me cree?"

(MC. Paciente atendida en una farmacia comunitaria).

En este caso la familia de MC no legitima el dolor del que ella se queja, en tanto que el psiquiatra en este caso sí lo legitima. Sin embargo, también se presentan casos en que es el profesional de la salud él que no legitima el dolor ante la incapacidad de encontrar causas objetivas de tratar el dolor.

3) el **cuerpo político**, que en el ámbito iberoamericano se puede ver condicionado respecto al control surgido en las políticas que afectan a las especialidades analgésicas complejas (medicamentos de control especial) dispensadas con cargo a la Seguridad Social, y en especial a las limitaciones en la prescripción en atención primaria de analgésicos opiáceos³³. Desde los años 90 está reconocida esta problemática que BAÑOS³⁴ ha denominado "opiofobia" y que ha ido extendiéndose a las políticas de acceso de medicamentos conllevando a muchas experiencias de dolor infratratado. De hecho, la administración de este tipo de analgésicos no ha alcanzado todavía un nivel adecuado, en cantidad y en calidad. Como consecuencia, se describe que más del 40% de los pacientes oncológicos no recibe una analgesia suficiente^{35,36}. Como explica Baños³⁷ en otro artículo, una de las causas es que los efectos secundarios de la morfina y de otros

opioides se han convertido en un "mito de la medicina" que facilita un sentimiento de respeto o de miedo frente a los analgésicos opioides. Y esto se traduce en que su empleo no llegue a alcanzar las cifras de consumo que resultarían recomendables para paliar dolores de gran intensidad. Algunos profesionales cuestionan que los pacientes sufran dolor innecesario por los argumentos infundados sobre estos fármacos y proponen que uno de los medios para aliviar esta situación sea promover y difundir el empleo sensato de estos fármacos a través de la formación del personal sanitario porque se piensa que se disminuirían estas desigualdades formando al mayor número de médicos y de personal sanitario en conjunto en el uso de opioides³⁸.

Esta breve revisión de la literatura biomédica sobre el tema invita a reflexionar que en el caso de la opiofobia y de los mitos en este ámbito del tratamiento analgésico no se ha llegado a plantear que más bien estos hechos respondieran a un artefacto de control social o político. Quizás cabría el planteamiento de que esta realidad lastima al cuerpo político. Pareciera que en el caso del manejo clínico de los opioides si estuvieran permitidos argumentos subjetivos a los profesionales para emitir o no una prescripción. Este hecho indiscutiblemente condiciona la experiencia de analgésica de los pacientes, que va desde la misma estigmatización por ser un potencial adicto a los opioides hasta los permanentes conflictos entre los pacientes, los médicos y los farmacéuticos por "obtener" el tratamiento analgésico controlado legal y burocráticamente.

Esta reconstrucción del análisis del cuerpo a partir del concepto del *mindful body* de Scheper-Hughes y Lock³² para comprender la experiencia farmacoterapéutica analgésica muestra que en este caso también hay una interacción entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político en la producción y expresión del dolor tratado con medicamentos. Se observa una forma de comunicación (en el lenguaje del sistema sensorial) a través del cual la naturaleza, la sociedad y la cultura hablan simultáneamente. Al igual que otras experiencias límite, en el caso de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes que sufren dolor crónico intenso probablemente estos tres cuerpos se vuelvan uno solo y que en realidad se trata de un cuerpo invadido por la consciencia. Aunque el cuerpo individual pueda ser visto “más inmediatamente” por cada paciente, entran en juego las verdades y las contradicciones sociales tal como se mencionó anteriormente, así como se convierte en el *locus* personal de resistencia social, creatividad y lucha cuando el paciente decide: 1) usar o no usar los analgésicos a pesar de los efectos adversos –los que se creen que sucederán o los que realmente padece–, 2) sobreponerse o actuar según lo que los demás sean familiares, amigos y profesionales de la salud, piensen sobre el uso de los analgésicos para su dolor, y/o 3) enfrentar o no enfrentar a la burocracia para conseguir el tratamiento que el cree adecuado para sus circunstancias.

A partir de esta conceptualización del cuerpo se sigue la misma línea de Scheper-Hughes y Lock para realizar una propuesta del estudio de la parte emocional del [dolor/(uso de analgésicos)] y así conseguir una aproximación al sujeto que usa analgésicos para aliviar su sufrimiento.

La teoría de las emociones, y entender la enfermedad como metáfora en la representación del cuerpo y la mente doloridos como plantea DiGiacomo³⁹, será necesaria en el abordaje de la experiencia analgésica porque las emociones afectan la forma como el cuerpo, la enfermedad y el dolor son experimentados y proyectados en imágenes de bienestar o malestar, funcionando el cuerpo social y el cuerpo político. Sería necesario detectar en las emociones producidas en los momentos de

dolor que refieren los pacientes si existe una dicotomía entre sentimientos culturales y pasiones naturales.

Para encontrar elementos de análisis de las emociones es interesante retomar la propuesta de Rosaldo²⁸ sobre la **fuerza cultural de las emociones** que consideraría la posición del paciente dentro del área de las relaciones sociales, para comprender la experiencia emocional. Podría ser que el dolor crónico intenso pudiera ser equivalente a un estado emocional poderoso. Partiendo de este supuesto, se podría aplicar la propuesta de Rosaldo en tanto que debería encontrar la fuerza y la densidad de las emociones vinculadas al dolor en las prácticas informales de la vida de los pacientes. También es probable que el momento doloroso sea una **interacción transitada** dentro de todo un prolongado proceso de salud–enfermedad–tratamientos–recuperación de la salud.

Probablemente el aporte de una investigación cualitativa en una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia apoyada en la antropología de la salud debería ser explorar la fuerza cultural de las emociones asociadas a la experiencia farmacoterapéutica analgésica en relación con las pasiones que provocan diversas formas de conducta asociadas al uso de analgésicos. Este concepto de fuerza y/o profundidad cultural daría lugar a la intensidad residente en la conducta. La noción que sugiere Rosaldo respecto a la **fuerza de las emociones involucraría tanto la intensidad afectiva como consecuencias importantes que surjan con el paso del tiempo. Por lo tanto, para poder incorporarse a la investigación cualitativa en las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia debe comprenderse que los pacientes tratados con analgésicos son sujetos analizantes que nos pueden interrogar de forma crítica, por encima de lo que se considere objetivo y verdadero de la farmacoterapia desde las ciencias de la salud. Rosaldo²⁸ pone de manifiesto la fuerza cultural de la emoción y esto tiene una relación importante con el argumento de Good¹² de la necesidad de conseguir herramientas para acceder a la experiencia vivida.**

Se entiende que esta fuerza cultural variará en distintos colectivos y por esto cobraría importancia el aporte de Kleinman⁴⁰ para el estudio de la experiencia (*explanatory model* – modelo

explicativo). El **modelo explicativo** propuesto por Kleinman indicaría como el paciente da sentido a su enfermedad y a sus experiencias dolorosas. Sería útil desde el punto de vista de la etnografía de la experiencia farmacoterapéutica en la medida en que puede usarse para explicar como ven su [dolor/(uso de analgésicos)] en términos de como pasa, lo que creen que es la causa, como los afecta, y que los hará sentirse mejor. Como una forma de acceder a la información desde la práctica clínica habitual en una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia se podría utilizar el cuestionario propuesto por Kleinman para la toma de datos como parte de un proyecto de investigación de antropología aplicada que se centrara en el dolor tratado con medicamentos como fenómeno abordable desde la etnografía.

Modelo Explicativo (Explanatory Model)⁴¹

- ¿Qué cree usted que ha causado su problema?
- ¿Por qué cree usted que empezaron?
- ¿Qué cree que le hace la enfermedad a usted?
- ¿Cómo de grave es su enfermedad? Tendrá una duración larga o corta?
- ¿Qué tipo de tratamiento cree usted que debería recibir?
- ¿Cuál son los resultados más importantes que espera obtener de este tratamiento?
- ¿Cuáles son los principales problemas que la enfermedad le ha causado?
- ¿Qué es lo que más teme de su enfermedad?

Este modelo ha sido usado tanto en investigación de prácticas clínicas como en la investigación cualitativa ya que constituye una manera de obtener las explicaciones individuales de un fenómeno particular, de tal manera que ha permitido a los investigadores recoger datos textuales. Además de retomar estos datos textuales, el modelo explicatorio también permitiría saber como los pacientes interpretan sus condiciones clínicas, y en el caso concreto permitiría establecer como experimentan e interpretan el uso de analgésicos para aliviar el dolor que padecen. En concreto, para el farmacéutico asistencial sería una herramienta valiosa para entender las razones que tienen los pacientes para su comportamiento respecto al uso de los analgésicos y para

comprender por qué dejan de usar un analgésico, por qué se niegan a seguir ciertas órdenes médicas, por qué pueden usar en exceso algún medicamento o por qué sus acciones no están en concordancia con lo que sería apropiado a nivel farmacoterapéutico. En cuanto a la parte asistencial, este modelo ayudaría a establecer estrategias apropiadas para adecuar la farmacoterapia de manera acorde con sus significados y sus propias experiencias, creencias e interpretaciones, y a diseñar intervenciones farmacéuticas sobre la analgesia adaptadas a las necesidades reales de cada paciente.

En este sentido, investigar la fenomenología de la experiencia analgésica no sólo sugiere una alternativa metodológica sino que evidenciaría la experiencia farmacoterapéutica probablemente como un fenómeno en un sentido más amplio. Empleando este enfoque de la investigación cualitativa incluso surge la posibilidad de ser aplicado en **proyectos de investigación-acción** dentro de la práctica clínica habitual en la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia. Así como Kember y Lynn⁴², se entiende que la investigación en dichas unidades es de carácter clínico y la acción será la intervención en salud realizada por el farmacéutico. Es un hecho que la *investigación-acción* es una forma de investigación que permite vincular el estudio de los problemas en un contexto determinado con programas de acción que beneficien a los pacientes, de manera que se logren de forma simultánea conocimientos en los profesionales y cambios asistenciales. Revisiones realizadas en Iberoamérica como las de Vidal y Rivera⁴³, Barroto y Aneiros⁴⁴, sustentan la pertinencia de la aplicación de investigación-acción en los procesos formativos en salud, tal como se pretende en las Unidades de Optimización de la Farmacoterapia.

Finalmente, a manera de conclusión, la reflexión presentada corresponde al marco de intenciones teóricas y al análisis de los presupuestos que condicionan la práctica asistencial del farmacéutico que se plantea estudiar cualitativamente el caso del dolor tratado con medicamentos. Esta revisión crítica de la literatura permite reconocer que la experiencia farmacoterapéutica es un fenómeno abordable desde la etnografía y la antropología aplicada en una Unidad de Optimización de la Farmacoterapia.

Así, la postura analítica que brinda esta discusión entre la fenomenología, la etnografía y los conocimientos farmacoterapéuticos derivados de la práctica asistencial, permite advertir que el dolor como enfermedad crónica, como experiencia vivida en la totalidad del ser, implica una modificación del sentido de la realidad y la transformación del mundo de quien sufre y se recupera usando analgésicos.

Agradecimientos

A Susan DiGiacomo, antropóloga, por la revisión y valoración de este manuscrito. A Laura Tuneu Valls, Isabel Valverde, Manuel Machuca y Anna Font Olivet, farmacéuticos, por propiciar esta reflexión exhaustiva tras las experiencias compartidas en el ámbito de la farmacia asistencial.

Bibliografía

- Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni P, Arriagada L, Silva-Castro MM, Escutia R, et al. Guía para la Implantación de Servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia. Sevilla. OFIL; 2012.
- Cipolle R, Strand L, Morley P. An overview of pharmaceutical care practice. En: Cipolle R, Strand L, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill 2004.
- Tuneu L, Silva-Castro MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2008;10(3):120-130.
- Cohen D, McCubbin M, Collin J, Pérodeau G. Medications as Social Phenomena. *Health (London)* 2001;5:441-469.
- Farmer P. Social Scientists and the New Tuberculosis. En: Farmer P. Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader. Berkeley: University of California Press 2010.
- Cipolle R, Strand L, Morley P. The patient's medication experience. En: Cipolle R, Strand L, Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill 2004.
- Shoemaker SJ, Ramalho de Oliveira D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. *Pharm World Sci* 2008;30(1):86-91.
- Ramalho de Oliveira D. O Paciente como Ator Principal da Atenção Farmacêutica. En: Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. Sao Paulo: RCN editora 2011.
- Correo Urquiza M, Silva TJ, Belloc M, Martínez Hernaez A. La evidencia social del sufrimiento. *Salud mental, políticas globales, y narrativas locales. Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 2006;22:47-69.
- Farmer P. Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Transmitted HIV Infection among Poor Women in Haiti. En: Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader. Berkeley: University of California Press 2010.
- Levine S. Los media como intervención médica: el VIH-SIDA y la lucha por una asistencia de salud reproductiva para las mujeres en Sudáfrica. En: *Mujer, SIDA y acceso a la salud en África subsahariana: enfoque desde las ciencias sociales*. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya 2007.
- Good BJ. El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. En: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra 2004.
- Menéndez EL. Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos. En: Menéndez EL, Spinelli H. Participación social, para qué? Buenos Aires: Editorial Lugar 181-199.
- Sociedad Española del Dolor. Valoración socio-epidemiológica del paciente mayor de 65 años con dolor crónico no oncológico. SED; 2004. Disponible en: <http://portal.sedolor.es/>
- Silva-Castro MM, Machuca M. Dolor leve-moderado. Guía de intervención farmacéutica y medidas preventivas. *The Pharmaceutical Letter* 2009;5:33-48.
- Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer: con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Segunda edición. Ginebra: OMS; 1996. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544829.pdf>
- World Health Organization: International Classification of Functioning Disability

- and Health (ICF) model for patients with pain. 2ª edición. Geneva WHO; 2001.
18. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:8-16.
 19. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations. *Psychosom Med* 2002;64(5):773-786.
 20. Havi C. Phenomenology and its application in medicine. *Theor Med Bioeth* 2011;32:33-46.
 21. Carel H. Phenomenology as a resource for patients. *J Med Philos* 2012;37(2):96-113.
 22. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica 2001.
 23. Esteban ML. Etnografía, itinerarios corporales y cambio social. Apuntes teóricos y metodológicos. En: E. Imaz (ed.). La materialidad de la identidad. Donostia/San Sebastián: Editorial Hariadna 2008:135-158.
 24. Vallverdú J. Antropología Simbólica. Teoría y etnografía sobre religión, simbolismo y ritual. Barcelona: Editorial UOC 2008.
 25. Esteban ML. Antropología del Cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Edicions Bellaterra 2004.
 26. Geertz C. Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa 1987[1973].
 27. Geertz C. Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico. En: Geertz C. Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas. Barcelona: Editorial Paidós 1994[1983]:73-90.
 - 28- Rosaldo R. Aflicción e ira de un cazador de cabezas. En: Rosaldo R. Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social. México: Editorial Grijalbo 1989.
 29. Csordas TJ. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. En: *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave Macmillan 2002:58-87.
 30. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Editorial Altaya 1999.
 31. Csordas TJ. Somatic Modes of Attention. En: *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave Macmillan 2002:241-259.
 32. Scheper-Hughes N, Lock M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1987;1(1)new series: 6-41.
 33. Illa Sendra JR. Utilización de analgésicos narcóticos en Atención Primaria en España (1988-1991). Evaluación del impacto de nuevas tecnologías en el sector farmacéutico. *Atención Primaria* 1992;10:659-64.
 34. Baños JE, Bosch F. Opiophobia and cancer pain. *Lancet* 1993;341:1474.
 35. Pargeom KL, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 1999;18:358-68.
 36. Zenz T. Palliative pain relief. *Lancet* 2000;356:1273-1274.
 37. Baños JE. Dolor y opioides: razones de una sinrazón. *Med Clin (Barc)* 1997;109:294-6.
 38. Sanz-Rubiales A, del Valle ML, González C, Hernansanz S, García C, Sánchez T, et al. Formación en el uso de opioides: ¿repercute en la práctica diaria? *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:461-467.
 39. DiGiacomo SM. Metaphor as Illness: Postmodern Dilemmas in the Representation of Body, Mind and Disorder. *Medical Anthropology* 1992;14:109-137.
 40. Kleinman, A. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 1978;88:251-258.
 41. Medanth.com. Explanatory Model. San Francisco:Wikispaces.com:2011. Disponible en: <http://medanth.wikispaces.com/explanatory+model>
 42. Kember D, Lynn G. Action Research as a Form of Staff Development in Higher Education. *Higher Education* 1992;3(3):297-310.
 43. Vidal Ledo M, Rivera Michelena N. Investigación-acción. *Educ Med Super* 2007;21(4)7-10. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems12407.html
 44. Borroto Cruz R. Aneiros Riba de Kemmis S. Action Research. Escuela Nacional de Salud Pública 2002.

Implantación de un procedimiento normalizado de trabajo para la conciliación farmacoterapéutica al ingreso en pacientes geriátricos

Rev. O.F.I.L. 2012, 22;3:123-130

TEIJEIRO CARRETERO L¹, VILLÁN QUÍLEZ MP¹, LÓPEZ ROMERO P¹, GALLEGO ÚBEDA M², CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA², DELGADO TÉLLEZ DE CEPEDA L², TUTAU GÓMEZ F³

1 Licenciado/a en Farmacia

2 Farmacéutica adjunta en el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario del Henares. Coslada. España

3 Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario del Henares. Coslada. España

Resumen

Estudio retrospectivo de trece meses de duración realizado en pacientes ingresados en el servicio de Geriátrica de un hospital universitario de 200 camas.

El objetivo principal del estudio es evaluar el tipo de discrepancias y su gravedad, así como las intervenciones farmacéuticas realizadas y su grado de aceptación por parte del médico. De los 149 pacientes incluidos en el estudio, el 22,15% (33) presentaron discrepancias no justificadas. El 22,7% eran discrepancias en la vía, dosis o frecuencia de la administración. La omisión del medicamento se produjo en un 22,7% de los casos y un 18% de las discrepancias se consideraron "inicio de la medicación no justificado". El 36,4% restante corresponde a discrepancias de frecuencia baja.

De las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas durante el seguimiento farmacoterapéutico, un 70% de los casos fueron información al médico sobre la medicación y un 30% recomendaciones farmacéuticas al médico. En ninguna de las dos situaciones se consideraron errores, sólo notas o recomendaciones. El grado de aceptación del total de las IF (durante el proceso de conciliación y el seguimiento farmacoterapéutico) fue de un 91%.

En cuanto a la gravedad, el 54,6% se han considerado como errores que es probable que no causen daño. La información se obtuvo mayoritariamente (65,1%) mediante tres fuentes de información (historia clínica, entrevista y la prescripción de atención primaria).

Mediante el proceso de conciliación, el farmacéutico contribuye a mejorar la atención al paciente, a completar su historia farmacoterapéutica y a disminuir errores de medicación.

Palabras clave: **Discrepancia, intervención farmacéutica, conciliación, error de medicación.**

Correspondencia:

Marta Gallego Úbeda

Correo electrónico: mgallegoubeda@hotmail.com

Implementation of a standard operating procedure for pharmaceutical conciliation on admission of geriatric patients

Summary

Thirteen months retrospective study in geriatrics hospitalized patients.

The main objective of this work is to evaluate the type of discrepancy and its severity as well as the interventions made by the pharmacist, and its acceptance level by the physician.

149 patients were included in this work; 22.15% (33) were not justified discrepancies, 22.7% were discrepancies in the route, dose or frequency of administration. Omission of medication occurred in 22.7% of the cases, and 18% were discrepancies considered "beginning of treatment without justification". 36.4% were discrepancies with low frequency.

70% of Pharmaceutical intervention (PI), were information to the physician about medication and 30% recommendations about medication. They are not mistakes, just notes or recommendations. The PI's acceptance level was 91%.

Concerning the severity of the discrepancies, 54.6% were mistakes that probably couldn't damage the patient. The information was mainly obtained (65.1%) from three sources of information (clinical history, interview with the patient and information about prescription in primary health care).

In the process of conciliation, the pharmacist contributes to improve the attention to the patient, to complete the therapeutical history, and to decrease the errors in medication.

Key words: Discrepancy, pharmaceutical intervention, conciliation, error in medication.

Introducción

La conciliación consiste en la armonización de los tratamientos entre niveles asistenciales, cuyo objetivo fundamental es evitar errores derivados de prescripciones inadecuadas tales como omisiones, duplicidades, interacciones y otros posibles problemas relacionados con la medicación (PRM)¹.

Tanto la Joint Comision on Accreditation of Health-Care Organization (JCAHO)², como el World Health Organization (WHO)³, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁴ y en 2008 la Secretaría General de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid⁵ (CAM) destacan la importancia de la conciliación como medida para potenciar la seguridad del paciente y prevenir errores de medicación (EM). La

Secretaría General de Sanidad de la CAM establece como objetivo implantar una metodología de trabajo que garantice que al ingreso, durante su estancia y al alta los pacientes continúan con todos los medicamentos que estaban recibiendo previamente, salvo que la prescripción se haya modificado de forma expresa por el médico. Asimismo, se debe asegurar que cada medicamento está prescrito con la dosis, vía y frecuencia correcta y que es adecuado a la situación del paciente⁵.

Diversos estudios realizados en EE.UU., Canadá o el Reino Unido reflejan que el porcentaje de pacientes con errores de conciliación al ingreso hospitalario varía entre un 26,9% y un 65% y afectan hasta a un 70% de los medicamentos^{5,6,7,8}.

Recientemente, un estudio realizado en España sobre EM al ingreso hospitalario, ha

revelado que un 67,2% de los pacientes presentan discrepancias no justificadas en sus tratamientos, lo que corresponde con un 19% de los medicamentos prescritos¹¹.

Los datos del convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad de Madrid, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, indican que en cuanto a la gravedad de los errores de conciliación, la mayoría no habría causado daño. Sin embargo, algunos estudios indican que hasta un 26% habría requerido monitorización del paciente y un 5,7% podría haber causado un daño importante o deterioro clínico⁵. Por todo ello, el proceso de conciliación debe estar ligado a la incorporación del farmacéutico en las diferentes áreas asistenciales permitiendo mejorar la atención global del paciente⁹.

Especial importancia cobra la conciliación en los pacientes geriátricos, al tratarse de un grupo de población que debido a sus características (pluripatología, polimedicación, disminución de la masa corporal, disminución de la funcionalidad renal, etc.) posee mayor probabilidad de sufrir PRMs. Se estima que hasta un 30% de los ingresos en los servicios de geriatría son consecuencia de reacciones adversas a medicamentos, siendo la principal causa, la prescripción inapropiada de tratamientos¹⁰.

Los objetivos principales de este trabajo son analizar el tipo y la gravedad de las discrepancias detectadas durante el proceso de conciliación del tratamiento en pacientes geriátricos, así como describir las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas y, finalmente, evaluar su grado de aceptación por parte del médico prescriptor.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de trece meses de duración (enero 2011–enero 2012) realizado en pacientes ingresados en el servicio de Geriatría de un hospital universitario de 200 camas.

Diariamente el farmacéutico realizará el proceso de conciliación basándose en un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) previamente establecido¹²:

A) Obtención del listado de todos los pacientes que ingresan en el servicio de Geriatría, a partir de nuestra aplicación de pacientes ingresados (Farmatools[®]) y mediante

una base de datos en Access que filtra los pacientes asignados a este servicio.

B) Cumplimentación del formulario de recogida de datos (Figura 1) en el cual se detallan los datos del paciente (nombre, número de historia clínica, cama y servicio), motivo de ingreso y fecha de ingreso, juicio clínico, antecedentes personales, alergias o datos bioquímicos (hemoglobina, glucemia, filtrado glomerular, etc.).

La recogida de datos se realiza mediante la consulta de:

- La historia clínica electrónica (Selene[®]).
- Visor Horus[®] (permite visualizar la medicación del paciente prescrita en atención primaria en los últimos 90 días).
- Entrevista clínica al paciente/familiar/cuidador, para la cual se utiliza la metodología DADER¹⁷ y un formulario de entrevista al paciente (Figura 2). La entrevista permite obtener información acerca de la medicación habitual, el consumo de plantas medicinales u otros preparados medicinales (homeopatía) y posibles alergias.

C) Finalmente el farmacéutico analizará toda la información recogida:

- Detectará las posibles discrepancias (con ayuda de criterios STOPP-START)¹⁰ entre la medicación recogida y la prescrita en el hospital, rellenando la hoja de conciliación, clasificándolas según tipo y gravedad⁹ (Figuras 2 y 3).
- Realizará las IF que considere oportunas derivadas del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes conciliados (Recomendaciones al médico sobre la medicación e información dirigida al médico) (Figura 3).

Las discrepancias/intervenciones serán comunicadas al médico prescriptor responsable del paciente, ya sea mediante una nota en la historia clínica electrónica o vía telefónica.

Resultados

Se incluyeron 149 pacientes, de los cuales 63 (42,28%) eran hombres y 86 mujeres (57,72%). La media de edad fue 87 ± 5 años.

La información se obtuvo de tres fuentes (historia clínica, la entrevista y la prescripción en atención primaria) en un 65,1% de los pacientes; de dos fuentes en un 18,1% (historia clínica y prescripción de atención primaria) y en un 16,8% sólo de la historia clínica.

FIGURA 1

Paciente: _____ NHC: _____ Cama: _____ Servicio: _____ Fecha ingreso: / /		
MOTIVO DE INGRESO: _____		
JUICIO CLÍNICO: _____		
INFORMACIÓN GENERAL		
Edad: _____	Lúcido, consciente, coherente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Estado de conciencia)	Situación actual:
Hábitos de vida _____ (fumador, bebedor) _____		<input type="checkbox"/> IAVD <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Otros _____
ANTECEDENTES PERSONALES:		

Alergias: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____		
DATOS BIOQUÍMICOS:		
Hb _____ g/dL	Glucemia _____ mg/dL	FG (MDRD) _____ mL/min/1,73m ²
GPT (ALT) _____ U/L	Na ⁺ _____ mmol/L	INR _____
GOT (AST) _____ U/L	K ⁺ _____ mmol/L	
FUENTE DE INFORMACIÓN:		
<input type="checkbox"/> Historia clínica	<input type="checkbox"/> Entrevista clínica	<input type="checkbox"/> Prescripción AP
Farmacéutico: _____		
Médico: _____		

El 22,15% (33) de los pacientes presentaron discrepancias no justificadas. En ellos la media de discrepancias por paciente es de 0,6, registrándose un total de 22 discrepancias.

En cuanto al análisis de las discrepancias detectadas, el 22,7% eran disconformidades en la vía, dosis o frecuencia. La omisión del medicamento se produjo en un 22,7% y, finalmente, un 18% de las discrepancias se consideraron "inicio en la medicación no justificado". El 36,4% restante corresponde a discrepancias que aparecieron en una frecuencia baja (Tabla 1).

En cuanto a la gravedad, el 54,6% (12) se han considerado como errores que es probable que no causen daño. El 27,3% (6) han sido errores que podrían causar un daño temporal y el 9,1% (2) no son errores pero es posible que se produzcan. El resto de errores registrados suponen un menor porcentaje (Figura 4).

Las IF realizadas durante el seguimiento farmacoterapéutico, en un 70% de los casos fueron información al médico sobre la medicación (alergias, información sobre próximas

administraciones, reacciones adversas, etc.) y en un 30% recomendaciones farmacéuticas al médico (administración por sonda, etc.). En ninguna de las dos situaciones se consideran errores, sólo notas o recomendaciones.

El grado de aceptación del total de las IF (durante el proceso de conciliación y el seguimiento farmacoterapéutico) fue de un 91%.

Discusión

Nuestro estudio se centra en el grupo de población geriátrica. En diciembre de 2007, el 16,7% de la población española superaba los 65 años¹³. Los pacientes geriátricos consumen gran parte de los recursos sanitarios, incluidos los medicamentos. Según el informe del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de 2007¹⁴, el 72,7% del gasto en medicamentos del SNS recayó en la población pensionista, teniendo en cuenta que este tipo de pacientes es más susceptible a sufrir PRMs, es importante realizar el proceso de conciliación en este grupo de población.

FIGURA 2
Formulario de entrevista al paciente/conciliación

		Conciliación								
¿Qué medicación toma habitualmente en su casa? ¿Cómo la toma?	¿Sabe para qué y por qué la toma?	¿Se olvidó alguna vez? Si le sienta mal, ¿dejó de tomarlo? ¿Nota algo extraño, tiene alguna dificultad al tomarlo, como le va?	Causas del no cumplimiento. Comentarios	Durante ingreso	Tipo DC	Grav DC	Intervención farmacéutica	Comentarios	Acepta	Medicación al alta
Medicación Dosis, Pauta, Vía	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	
	SI NO			C DC			<input type="checkbox"/> Dosis <input type="checkbox"/> Añadir fco <input type="checkbox"/> Pauta <input type="checkbox"/> Retirar fco <input type="checkbox"/> Informar al paciente <input type="checkbox"/> Duración tto <input type="checkbox"/> Sustituir fco	SI NO	C NC	

Medicamentos sin receta, automedicación, plantas medicinales:

Entrevista realizada a: Paciente
 Otros: Familiar
 Cuidador
 Nombre _____

FIGURA 3

TIPOS DE DISCREPANCIA 1. Justificada 2. Omisión de medicamento 3. Discrepancia o modificación en la vía, dosis, o frecuencia 4. Diferente medicamento 5. Duplicidad 6. Interacción 7. Medicamento no disponible en el hospital 8. Prescripción incompleta 9. Inicio de medicación no justificado	CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS DISCREPANCIAS DE MEDICACIÓN A. No hay error, pero es posible que se produzca B. Error que no alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño C. Error que alcanza al paciente, pero no es probable que cause daño D. Error que alcanza al paciente y habría necesitado monitorización y/o intervención para evitar el daño E. Error que hubiera causado daño temporal F. Error que hubiera causado daño que requeriría hospitalización o prolongación de la estancia G. Error que hubiera causado daño permanente H. Error que hubiera requerido soporte vital I. Error que hubiera resultado mortal
TIPOS DE INTERVENCIONES DERIVADAS DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO Recomendaciones farmacéuticas al médico sobre medicación Información para el médico	C = Continúa con el tratamiento DC = Discrepancia al ingreso NC = No continúa con el tratamiento al alta

TABLA 1

Tipo de discrepancia/ Gravedad	Número de discrepancias	Porcentaje(%)
3C	5	22,7
9E	4	18
2C	2	22,7
2C	3	
3A	2	36,4
2E	1	
3B	1	
6C	1	
6F	1	
5C	1	
5E	1	

El 22,15% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron discrepancias. Estos resultados son inferiores a los obtenidos por Pardo et al.¹⁵. Esto puede ser debido a que, en nuestro hospital, los médicos del servicio de geriatría realizan un trabajo exhaustivo en cuanto al seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

De igual forma, esta razón justifica que en nuestro estudio la omisión del medicamento se produjo en un 22,7%, resultado inferior a los

obtenidos por Rodríguez Vargas y col. (75,3%) y ligeramente inferiores a los de Páez Vives y col. (26,8%). Como refleja el estudio realizado por Autumn L et al.²² la discrepancia más frecuente es el consumo por parte del paciente de medicamentos no reflejados en la historia, aumentando el riesgo de posibles interacciones que se puedan presentar con su medicación habitual, duplicidad o reacciones adversas. Se hallaron una media de 0,6 discrepancias por paciente, dato superior a los obtenidos por Gleason et al.⁷ (0,5) e inferior al alcanzado por Lessard et al.⁸ (1,6) y Cornish et al.⁶(0,9).

En nuestro estudio, en más de la mitad de los pacientes (65,1%) la información para llevar a cabo el proceso de conciliación se obtuvo de tres fuentes distintas: la historia clínica, la entrevista del farmacéutico al paciente y/o familiar y la prescripción de atención primaria. La consulta de estas tres fuentes permite contrastar la información, ampliarla y verificarla.

La entrevista al paciente es un punto crítico del proceso de conciliación, pues mediante ella se contribuye a completar el tratamiento farmacoterapéutico. Algunos autores indican que la realización de la entrevista por parte de un farmacéutico permite detectar el 100% de la medicación habitual del paciente¹¹.

Bassi et al. destacan la importancia de la accesibilidad, por parte de cualquier miembro del equipo multidisciplinar, a las historias clínicas informatizadas destacando cómo este

hecho contribuye a disminuir discrepancias y a facilitar el proceso de la conciliación²¹.

Las herramientas informáticas disponibles en nuestro servicio de Farmacia (Selene[®], Horus[®]) han permitido:

1) Acceder a la historia farmacoterapéutica de atención primaria y a la historia clínica del paciente de forma rápida y eficaz.

2) Establecer una comunicación directa con el médico, con lo que se pretende que la atención al paciente y el tratamiento sean de la mayor calidad posible.

Más de la mitad de las discrepancias no suponen ningún tipo de daño, resultados que coinciden con los datos expuestos en otros estudios⁵.

Destacar que el 91% de las IF por el médico fueron aceptadas, resultado superior al obtenido en los estudios de Moriel et al. o Gleason et al. (88,73% y 71,13 %)^{7,16}. Esto refleja la importancia de la colaboración entre todo el personal sanitario para mejorar la atención al paciente como prioridad en nuestro hospital, tal y como destacan Ketchum et al.¹⁸ en su trabajo.

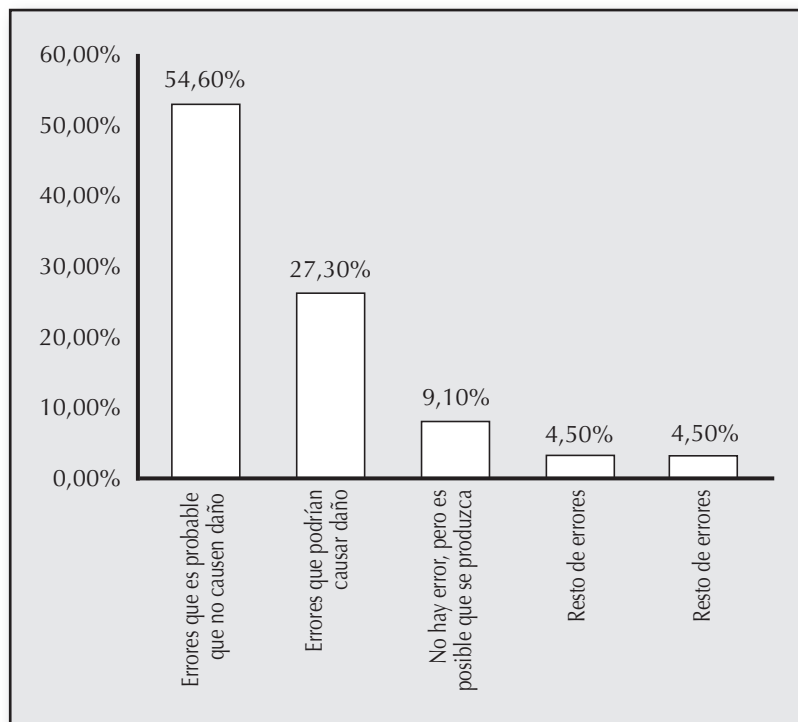
Varios estudios^{7,19,20} exponen cómo la implicación del farmacéutico en el proceso de conciliación de la medicación redujo significativamente el número de discrepancias, los EM y los costes.

La conciliación, junto con el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes ingresados en el servicio de geriatría suponen un valor añadido a la atención global del paciente, siendo el grado de aceptación por parte de los profesionales sanitarios, muy elevado.

Bibliografía

1. Otero MJ y col. Errores de medicación Farmacia Hospitalaria. Tercera edición. SEFH 2002.7013/47.
2. Joint Commission on Accreditation of

FIGURA 4
Gravedad de las discrepancias



- Healthcare Organizations. Medication reconciliation handbook. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2006.
3. World Health Organization. Patient safety. Action on patient safety-high 5s [consultado 1/2008]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/>
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital [actualizado 12/2007; consultado 1/2008]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897olutions/high5s/project_plan/en/index.html
5. BOE. Resolución 546/2009 del 15 de Diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad de Madrid, para el impulso de prácticas seguras en centros sanitarios.
6. Cornish et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med 2005;165:424-9.

7. Gleason KM et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61:1689-95.
8. Lessard S et al. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm* 2006;63:740-3.
9. Delgado Sánchez O y col. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Barc)* 2007;129:343-8.
10. Delgado Silveira y col. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(5):273-279.
11. Rodríguez Vargas y col. Estudio prospectivo de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario. *Aten Farm* 2011;13(5):272-8
12. Rubio N y col. Procedimiento Normalizado de trabajo para la implantación del programa de conciliación farmacoterapéutica al ingreso en el Hospital del Henares (Madrid) *Rev O.F.I.L.* 2011;21;1:11-18.
13. Ministerio de Sanidad y consumo. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave del SNS. [Citado el 27/10/2008]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/nivelNacINCLASNS_Diciembre2007.pdf
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Medicamentos y Farmacia en cifras; 2007 [Citado el 6/10/2008]. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BE102C6021809013C125747F003CC924/\\$File/06.pdf](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/BE102C6021809013C125747F003CC924/$File/06.pdf)
15. Pardo y col. Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación: impacto sobre las prescripción médica y resultados en el paciente. *El Farmacéutico Hospitales* 2008;192:33-44.
16. Moriel MC et al. Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. *Farm Hosp* 2008;32:65-70.
17. Machuca M y col. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Granada: Universidad de Granada; 2003. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/files/doc004.pdf>
18. Ketchum K et al. Medication reconciliation. *Am J Nurs* 2005;105(11):78-85.
19. Varkey P et al. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:850-4
20. Nester TM et al. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm* 2002;59:2221-5.
21. Bassi J et al. Use of information technology in medication reconciliation: a scoping review. *Ann Pharmacoter* 2010;44:885-97.
22. Autumn L. et al. Identifying discrepancies in electronic medical records through pharmacist medication reconciliation. *Am J Pharm Assoc* 2012;52(1):59-66.

Denileukin-diftitox en el tratamiento del linfoma cutáneo de células T

Rev. O.F.I.L. 2012, 22;3:131-135

CAÑAMARES-ORBIS I, CORTIJO-CASCAJARES S, GARCÍA-MUÑOZ C, GOYACHE-GOÑI MP, HERREROS DE TEJADA A
Servicio de Farmacia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

Resumen

Introducción: Denileukin-diftitox, es una IL-2 recombinante unida a una proteína de fusión de la toxina diftérica. Se utiliza en el tratamiento del linfoma cutáneo de células T (LCCT) persistente o recurrente que expresan el componente CD25 del receptor de IL-2.

Objetivo: Describir el uso de Denileukin-diftitox en el tratamiento del LCCT y evaluar la respuesta, seguridad y tolerancia en nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes diagnosticados de LCCT y tratados con Denileukin-diftitox.

A través de Oncofarm® se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, dosis, número de ciclos administrados, quimioterapia administrada previamente, utilización en monoterapia o en combinación con otros fármacos, respuesta y efectos adversos. Un análisis inmunohistoquímico fue realizado para confirmar marcador CD25 + en las células tumorales.

Resultados: El estudio incluyó tres pacientes, dos hombres y una mujer, con una media de edad de 49 años. La media de tratamientos previo al inicio con Denileukin-diftitox fueron cuatro, dosis media administrada fue 1.170 mcg, el número de ciclos con Denileukin-diftitox fue seis. La respuesta al tratamiento fue satisfactoria en un paciente con remisión completa de LCCT. En otro paciente se obtuvo un relativo control de las lesiones. Los efectos adversos más frecuentes fueron síntomas pseudogripales y hepatotoxicidad. Todos los pacientes tuvieron receptor CD 25+.

Conclusiones: Pacientes tratados con Denileukin-diftitox obtuvieron una respuesta relativa en el control del LCCT. Sin embargo, son necesarios más estudios para asegurar el rol de Denileukin-diftitox en el tratamiento de LCCT.

Palabras clave: Denileukin-diftitox, linfoma cutáneo de células T y terapias biológicas.

Denileukin-diftitox in the treatment of cutaneous T-cell lymphoma

Summary

Background: Denileukin-diftitox is a recombinant interleukin-2 (IL-2)-diphtheria toxin fusion protein. It is used in patients with persistent or recurrent cutaneous T cell lymphoma (CTCL) expressing the CD25 component of the IL-2 receptor.

Purpose: To describe the use of Denileukin-diftitox in the treatment of CTCL and evaluate its rate response, tolerance and security in our patients.

Material and methods: Retrospective observational study of patients diagnosed of CTCL and treated with Denileukin-diftitox.

We reviewed in Oncofarm® data base and collected the following data: age, sex, dosage, number of cycles administered, chemotherapy administered before, use in monotherapy or in combination, response and adverse events. An immunochimistry analysis was carried out to confirm the positive CD25 marker in tumoral cells.

Results: The study included three patients: two men and a woman, with a mean age of 49 years old. Mean treatments before Denileukin-diftitox was four, mean dosage administered was 1,170 mcg, numbers of cycles with Denileukin-diftitox was six. Treatment response was successful in one patient with complete remision of CTCL. Another patient obtained a relative temporal control of cutaneous lesions. The most common adverse events were flu symptoms and hepatotoxicity. All patients had the CD25 positive marker.

Conclusions: Patients treated with Denileukin-diftitox obtained relative responses in control of CTCL. However, Future studies are necessary to asses the role of denileukin diftitox in the treatment of CTCL.

Key words: Denileukin-diftitox, recurrent cutaneous T cell lymphoma and biology therapy.

Introducción

El linfoma cutáneo de células T (LCCT) es un raro desorden linfoproliferativo de la piel. Constituye aproximadamente un 3% de Linfomas no Hodking y se caracteriza por la acumulación clonal de células malignas CD4+ y CD8+ en la piel. En las fases más avanzadas de la enfermedad también aparecen estas células malignas en nódulos linfáticos y sangre.

La incidencia de los linfomas cutáneos de células T está en aumento y cada año se diagnostican aproximadamente 6,4 millones de personas¹.

Las variantes más frecuentes del linfoma cutáneo de células T son la micosis fungoide y el síndrome de Sèzary.

La micosis fungoide representa el subgrupo mayoritario, sus manifestaciones dermatológi-

cas son muy variables, apareciendo desde erupciones cutáneas que forman placas y parches (en estadíos iniciales) hasta eritrodermias generalizadas con prurito no remitente y tumores que se pueden ulcerar causando infecciones recurrentes y dolor crónico.

El síndrome de Sèzary es una enfermedad más agresiva donde aparece eritrodermia exfoliativa generalizada, linfadenopatías y células cancerosas en circulación periférica².

En la mayoría de los pacientes el tratamiento es paliativo, siendo el objetivo la reducción del tamaño de las lesiones, la desaparición del prurito y la prevención de complicaciones como la afectación visceral y las infecciones.

La decisión inicial de tratamiento y las consiguientes terapias dependen del estadío de la enfermedad, comorbilidades asociadas, pronosis global y calidad de vida del paciente³.

La terapia más habitual en estadios iniciales incluye tratamientos tópicos, como corticoides de alta potencia y carmustina tópica, fotoféresis, interferones y retinoides (bexaroteno). Reservando los agentes quimioterápicos y las sustancias biológicas para pacientes refractarios a los anteriores tratamientos y con estadios más avanzados de la enfermedad.

Por consiguiente, para abordar el tratamiento y como valor pronóstico es necesario estadificar la enfermedad. La clasificación más común es TNMB (tumor, nódulos, metástasis y sangre periférica) que se realiza en función del tamaño del tumor, número de ganglios afectados, presencia de metástasis y células en sangre periférica⁴.

En micosis fungoide, los pacientes con estadios IA, IB y IIA tienen una excelente supervivencia de más de 12 años, aquellos con estadio IIB y III tienen una media de supervivencia de aproximadamente 4 años, sin embargo, los pacientes en estadio IV con afectación de ganglios y visceral, tienen una media de supervivencia de 3 años. En síndrome Sèzary, variante más agresiva, la supervivencia media es inferior a 3 años.

Una complicación importante de la enfermedad son las infecciones adquiridas a consecuencia de la inmunodepresión derivada de los tratamientos quimioterápicos e inmunosupresores.

Por tanto, un importante avance en esta enfermedad sería la introducción de tratamientos que no causen una severa inmunodepresión en los pacientes.

Denileukin-diftitox (Ontak[®]) es un fármaco modificador de la respuesta biológica indicado en el tratamiento de linfoma cútaneo de células T persistente o recurrente (LCCT)^{5,6,7}. Denileukin-diftitox fue la primera proteína de fusión aprobada en EE.UU. para el tratamiento de una enfermedad humana.

El mecanismo de acción de Denileukin-diftitox consiste en una terapia dirigida frente a células cancerosas. Denileukin-diftitox es una proteína de fusión obtenida mediante ingeniería genética que combina la toxina diftérica e interleuquina 2 (IL-2) recombinante⁸. Este fármaco conjugado dirige de forma selectiva la actividad citotóxica de la toxina diftérica frente a células del linfoma. Estas células deben expre-

sar el receptor de alta afinidad para IL-2 en la superficie (CD25/CD122/CD152), de forma tal que la parte de IL-2 de la proteína de fusión se una a la célula, detenga la síntesis proteica (vía ADP-ribosilación del factor de elongación 2) y cause la muerte de la célula por medio de la actividad citotóxica de la toxina de la difteria.

Las reacciones adversas más frecuentes (>30%) fueron de hipersensibilidad durante la infusión con síntomas como aumento de presión arterial y disnea. También es frecuente la aparición de fiebre o escalofríos, náuseas, y vómitos, hipoalbuminemia y hepatotoxicidad (con elevación de transaminasas)⁹.

El síndrome de fuga capilar, es un infrecuente pero muy grave efecto adverso de Denileukin-diftitox. Es una enfermedad potencialmente grave debido a la fuga de los fluidos del sistema vascular (venas y capilares) hacia los tejidos extracelulares. Esto hace que la presión arterial disminuya y llegue menos sangre a los órganos internos. Se caracteriza por la aparición de dos de los tres siguientes síntomas: hipotensión, edema y/o albúmina sérica <3,0 g/dl. Se han notificado casos con resultado de muerte. Para evitar su aparición, se debe evaluar regularmente el aumento de peso de los pacientes, la aparición o empeoramiento de edemas, la tensión arterial y las concentraciones de albúmina antes del inicio de cada ciclo.

Para que el tratamiento con Denileukin-diftitox resulte eficaz las células del linfoma del paciente deben expresar receptores CD25 de alta afinidad para IL-2. Esto se comprueba mediante pruebas inmunohistoquímicas.

Denileukin-diftitox se administra por infusión intravenosa a dosis 9 ó 18 mcg/kg/día en un tiempo de infusión de 30-60 minutos durante cinco días seguidos cada 21 días y durante un total de ocho ciclos. La dosis de fármaco administrada depende de las características antropométricas del paciente, estado general, comorbilidades, etc.

La premedicación consiste en administración de antihistamínico y paracetamol previo a la infusión de cada ciclo.

Estudios con Denileukin-diftitox en pacientes con LCCT en estadios avanzados, con una media de 5 líneas de tratamientos previas y tratados con Denileukin-diftitox a dosis 9 y 18

mcg/kg/día durante 5 días cada 21 días demostraron una tasa de respuesta global del 30% (20% respuesta parcial y 10% respuesta completa) con una duración media de la respuesta de 6,9 meses¹⁰.

En un estudio más reciente llevado por Chin et al. con los mismo criterios de inclusión y con las mismas dosis y pautas posológicas se observó una tasa de respuesta global en 51% de los pacientes (14% respuesta completa)¹¹.

Recientemente se han llevado a cabo estudios¹² donde se combina bexaroteno y Denileukin-diftitox. Estos trabajos han demostrado que bexaroteno regula positivamente la subunidad p55 y p75 del receptor de IL-2 y aumenta la susceptibilidad de células neoplásicas a la acción de Denileukin-diftitox¹³.

El objetivo de nuestro estudio es describir la experiencia y uso de Denileukin-diftitox en el tratamiento del LCCT y evaluar la respuesta en nuestros pacientes, así como la tolerancia y seguridad del fármaco.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y observacional de los pacientes diagnosticados de LCCT y tratados con Denileukin-diftitox en un hospital de tercer nivel.

Las fuentes de información utilizadas fueron la historia clínica oncológica y programa de prescripción electrónica Oncofarm®.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, dosis, número de ciclos administrados, quimioterapia administrada previamente, tratamiento en mono o politerapia, respuesta y efectos adversos.

Resultados

El estudio incluyó tres pacientes: dos hombres y una mujer. A continuación describimos los casos:

Paciente 1: Varón de 42 años, diagnosticado de micosis fungoide en 2003. Tratado inicialmente con fotoféresis (UVA), BCNU tópica, ciclosporina A, interferón α , bexaroteno y distintas líneas de quimioterapia intravenosa. En Octubre 2008 se inició tratamiento con Denileukin-diftitox tras fracaso de las seis líneas de tratamientos anteriores y progresión de lesiones cutáneas. La dosis

utilizada fue 1.125 mcg. Este tratamiento se combinó simultáneamente con ciclofosfamida y bexaroteno oral, observándose en Abril 2009 una objetiva mejoría de las adenopatías y lesiones cutáneas. En Junio de 2009, y tras completar 8 ciclos, se deteriora el estado general y progresan lesiones cutáneas tumorales.

Paciente 2: Mujer 59 años, diagnosticada en 2010 de linfoma T anaplásico ALK negativo. Debido a afectación sistémica fue tratada con quimioterapia intravenosa de tipo: CHOP, ESHAP y gemcitabina más oxaliplatino. Estas tres líneas fracasaron tras observarse persistencia de células atípicas en sangre periférica por lo que se inició tratamiento con Denileukin-diftitox a dosis 1.400 mcg en combinación con CHOP. La paciente recibió un total de 10 ciclos obteniendo una remisión completa de la enfermedad. Esta paciente sufrió hepatotoxicidad y rash cutáneo de grado II que no requirió la suspensión del tratamiento.

Paciente 3: Mujer de 45 años diagnosticada de linfoma T de células grandes, refractario de forma precoz a dos líneas de tratamiento previo (CHOP, ESHAP). Se inició tratamiento con Denileukin-diftitox a dosis 1.140 mcg durante cinco días en ciclos de 21 días. Únicamente recibió un ciclo por falta de suministro por parte del laboratorio fabricante.

No se evidenciaron signos de reacciones adversas al fármaco de ningún tipo.

La media de edad de nuestros pacientes fue de 49 años. La media de líneas de tratamientos previos al inicio con Denileukin-diftitox fue de cuatro y la dosis media administrada fue 1.170 mcg. El número de ciclos administrados con Denileukin-diftitox osciló de 8-10. En un paciente se combinó Denileukin-diftitox con CHOP, en otro se administró junto con quimioterapia oral y en el último paciente se administró en monoterapia.

Se realizó un análisis inmunohistoquímico para confirmar la positividad del marcador CD25 en las células tumorales de los tres pacientes.

La respuesta al tratamiento fue satisfactoria en un paciente con remisión completa del LCCT. En otro paciente se obtuvo un relativo control de las lesiones cutáneas, aunque con corta duración de la respuesta y después de ocho ciclos de tratamiento fue suspendido. En

el tercer paciente no se pudo evaluar la respuesta con Denileukin-diftitox por haber recibido únicamente un ciclo de tratamiento.

Los efectos adversos más frecuentes fueron síntomas pseudogripales y hepatotoxicidad (reportada en un paciente). En ningún caso fue necesario suspender el tratamiento.

Conclusión

Denileukin-Diftitox es la primera proteína de fusión obtenida mediante ingeniería genética con actividad frente LCCT. Es una combinación de toxina diftérica e IL-2 que dirige de forma selectiva la actividad destructora de células de la toxina diftérica hacia las células diana (deben expresar el receptor de alta afinidad para IL-2). Este fármaco supone una nueva opción de tratamiento en el LCCT.

Los pacientes tratados con Denileukin-diftitox obtuvieron una respuesta relativa en el control del LCCT. Con buena tolerancia y sin grandes efectos adversos. No se dispone de gran experiencia de uso por lo que es difícil evaluar el papel que va a ocupar con respecto al resto de terapias utilizadas en esta enfermedad. Por tanto, son necesarios más estudios para determinar el papel de las terapias dirigidas y concretamente de Denileukin-diftitox en el tratamiento de LCCT.

Bibliografía

1. Lansigan F, Stearns DM, Foss F. Role of denileukin diftitox in the treatment of persistent or recurrent cutaneous T-cell lymphoma. *Cancer Manag Res* 2010;2:53-9.
2. Kaminetzky D, Hymes KB. Denileukin diftitox for the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. *Biologics: targets & therapy* 2008;2:717.
3. Foss F, Duvic M, Olsen EA. Predictors of complete responses with denileukin diftitox in cutaneous T-cell lymphoma. *Am J Hematol* 2011 Jul;86:627-30.
4. Wilcox RA. Cutaneous T-cell lymphoma: 2011 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol* 2011;86:928-48.
5. Prince HM, Duvic M, Martin A, Sterry W, Assaf C, Sun Y, et al. Phase III placebo-controlled trial of denileukin diftitox for patients with cutaneous T-cell lymphoma. *J Clin Oncol* 2010;28:1870.
6. Negro-Vilar A, Dziewanowska Z, Groves E, Stevens V, Zhang J, Prince M, et al. Efficacy and safety of denileukin diftitox (Dd) in a phase III, double-blind, placebo-controlled study of CD25 patients with cutaneous T-cell lymphoma (CTCL). *J Clin Oncol* 2007;25:8026.
7. Manoukian G, Hagemester F. Denileukin diftitox: a novel immunotoxin. *Expert Opin Biol Ther* 2009;9:1445-51.
8. Chen LC, Dang NH. Denileukin Diftitox in Novel Cancer Therapy. *Emerging Cancer Therapy* 2010:289-307.
9. Ficha técnica Ontak®. Disponible en: <https://mse.aemps.es/mse/documentoSear ch.do?metodo=buscarDocumentos>
10. Olsen E, Duvic M, Frankel A, Kim Y, Martin A, Vonderheid E, et al. Pivotal phase III trial of two dose levels of denileukin diftitox for the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. *J Clin Oncol* 2001;19:376-88.
11. Chin KM, Foss FM. Biologic correlates of response and survival in patients with cutaneous T-cell lymphoma treated with denileukin diftitox. *Clinical Lymphoma, Myeloma & Leukemia* 2006;7:199-204.
12. Duvic M, Talpur R. Long term Complete Response to Denileukin Diftitox and Bexarotene. *The Internet Journal of Dermatology* 2009.
13. Foss F, Demierre MF, DiVenuti G. A phase-1 trial of bexarotene and denileukin diftitox in patients with relapsed or refractory cutaneous T-cell lymphoma. *Blood* 2005;106:454-7.

Preparação de unidoses em contexto hospitalar

Rev. O.F.I.L. 2012, 22;3:136-139

CERQUEIRA FERREIRA SV¹, NETO DA COSTA RF², DA COSTA MARQUES LM²

1 Licenciatura em Farmácia. Mestrado em Nutrição Clínica. Unidade de Manipulação Clínica de Medicamentos. Reembalagem. Serviços Farmacêuticos Centro Hospitalar de São João. EPE. Porto. Portugal

2 Licenciatura em Farmácia. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Vila Nova de Gaia. Portugal

Resumo

Introdução: Entre os Sistemas de Distribuição Hospitalar de Medicamentos, a Dose Unitária tem provado oferecer melhor oportunidade para efectuar um adequado seguimento da terapêutica farmacológica do doente. Embora verificado algum esforço da Indústria Farmacêutica na apresentação de especialidades sob forma unitária, nem todas se encontram comercialmente disponíveis deste modo, subsistindo na Farmácia Hospitalar a necessidade de preparação de doses individuais.

Objectivo: Este trabalho pretende sintetizar especificidades a considerar na preparação de unidoses em contexto hospitalar, e assim estabelecer procedimentos a adoptar na sua preparação.

Metodologia: Efectuou-se um estudo observacional, descritivo e transversal incidindo na análise dos diferentes produtos alvo de manipulação para preparação de unidoses. O estudo decorreu durante duas semanas, tendo a sistematização dos resultados sido efectuada através de fluxograma.

Resultados: Vários são os pontos a considerar na manipulação de formas orais sólidas: necessidade de fraccionamento, correcta identificação, compatibilidade com sistemas semi-automáticos de reembalamento e possibilidade de colocação de prazo de validade ou rótulo, podendo ser adoptados procedimentos mais simples como cortar ou destacar, ou mais complexos, como o reembalamento ou rotulagem. Quanto às restantes formas farmacêuticas, a principal questão é o risco de fotossensibilidade, pelo que deve procurar-se sempre que possível a protecção individual do produto. Os procedimentos associados a estas formas farmacêuticas passam habitualmente por: descartonar, destacar, rotular, elastificar ou colocar prazo de validade.

Palavras-Chave: **Sistemas de Medicação, Serviço de Farmácia Hospitalar, Embalagem de Medicamento.**

Correspondencia:

Sónia Virgínia Cerqueira Ferreira

Correo electrónico: sonia_cfer@hotmail.com

Unit dose preparation in hospital context

Summary

Introduction: Among the Drug Distribution Systems, Unit Dose has proven to offer better and appropriate follow-up of the patient's drug therapy. Although some efforts are being made by the Pharmaceutical Industry in order to provide unitary doses, most of drug specialties are still commercially unavailable in this form; which implies that the hospital pharmacy needs to assure the preparation of individual doses.

Objective: This work is intended to summarize considerations in the preparation of unit doses in the hospital setting, and thereby establish procedures to be adopted.

Methodology: An observational, descriptive and transversal study, was carried out, focusing on the analysis of different products subject to manipulation for preparing unit doses. The study took place over two weeks, and the systematization of the results was made by means of flow chart.

Results: There are several points to consider in the handling of solid oral dosage forms: the need for splitting, correct identification, compatibility with semi-automatic and repackaging systems, the expiration date, or label. These can be achieved with simple procedures such as cutting or highlight, or more complex, such as repackaging or labeling. As for the other dosage forms, the main issue is the risk of photosensitivity, so it should be sought wherever possible to protect the individual product. The procedures associated with these dosage forms are usually given: Remove from box, separate from cartridge, label, join solute and solving solutions and write expiration date.

Key words: Medication Systems, Hospital Pharmacy Service, Drug Packaging.

Introdução

A distribuição de medicamentos constitui a actividade dos Serviços Farmacêuticos hospitalares com mais visibilidade, sendo igualmente aquela que estabelece mais vezes a sua proximidade aos Serviços Clínicos¹.

Entre os Sistemas de Distribuição de Medicamentos implementados a nível hospitalar, o Sistema de Distribuição por Dose Unitária é aquele que tem mostrado oferecer uma melhor oportunidade para efectuar um adequado seguimento da terapêutica farmacológica do doente, na medida em que é da responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos a interpretação e validação da prescrição médica, originando a elaboração do perfil farmacoterapêutico. Segundo este Sistema de

Distribuição, os medicamentos devem ser dispensados em doses unitárias para um período de 24 horas, podendo definir-se dose unitária como a dose de medicamento prescrita para um determinado doente, para ser administrada de uma só vez, a uma determinada hora¹⁻².

Todavia, embora verificado algum esforço por parte da Indústria Farmacêutica na apresentação de especialidades sob a forma unitária, nem todos os fármacos se encontram comercialmente disponíveis deste modo³⁻⁴. São de salientar algumas limitações existentes na apresentação comercial dos produtos tais como: falta de oferta em termos de doses, medicamentos em embalagens multidoso e sem identificação individualizada, e medicamentos que necessitam de obedecer a critérios especiais como protecção da luz.

Por conseguinte, na Farmácia Hospitalar subsiste ainda a necessidade de preparação de doses individuais, preservando sempre a sua conservação.

Neste seguimento, a dispensa de fármacos em Dose Unitária determina muitas vezes a necessidade de preparação de unidoses, sendo necessário que os Serviços Farmacêuticos sejam capazes de colmatar as reservas apresentadas.

Assim sendo, este trabalho pretende sintetizar as especificidades a considerar na preparação de unidoses em contexto hospitalar, e assim estabelecer os procedimentos a adoptar na sua preparação.

Material e métodos

Efectuou-se um estudo observacional, descritivo e transversal incidindo na análise dos diferentes produtos alvo de manipulação para preparação de unidoses. O estudo decorreu durante um período de duas semanas consecutivas, tendo a sistematização dos resultados sido efectuada através de fluxograma, elaborado com o apoio do Microsoft Office Visio 2007, dada a facilidade do mesmo, na descrição sequencial de uma actividade com um número finito de passos isentos de ambiguidade de interpretação. Na sua elaboração foram considerados os seguintes critérios: necessidade de fraccionamento, fotossensibilidade, correcta identificação em unidose, compatibilidade com os sistemas de reembalamento semi-automático e possibilidade de rotulagem.

Resultado (Figura 1)

Discussão e conclusões

A preparação de unidoses em meio hospitalar constitui uma actividade fundamental para o bom funcionamento do Sistema de Distribuição em Dose Unitária, a qual consegue ser plenamente conseguida através da implementação de unidades focadas especificamente em colmatar carências da apresentação comercial dos produtos, ao terem por função não só estabelecer a dinâmica da preparação de unidoses, mas também as várias especificidades que lhe estão subjacentes.

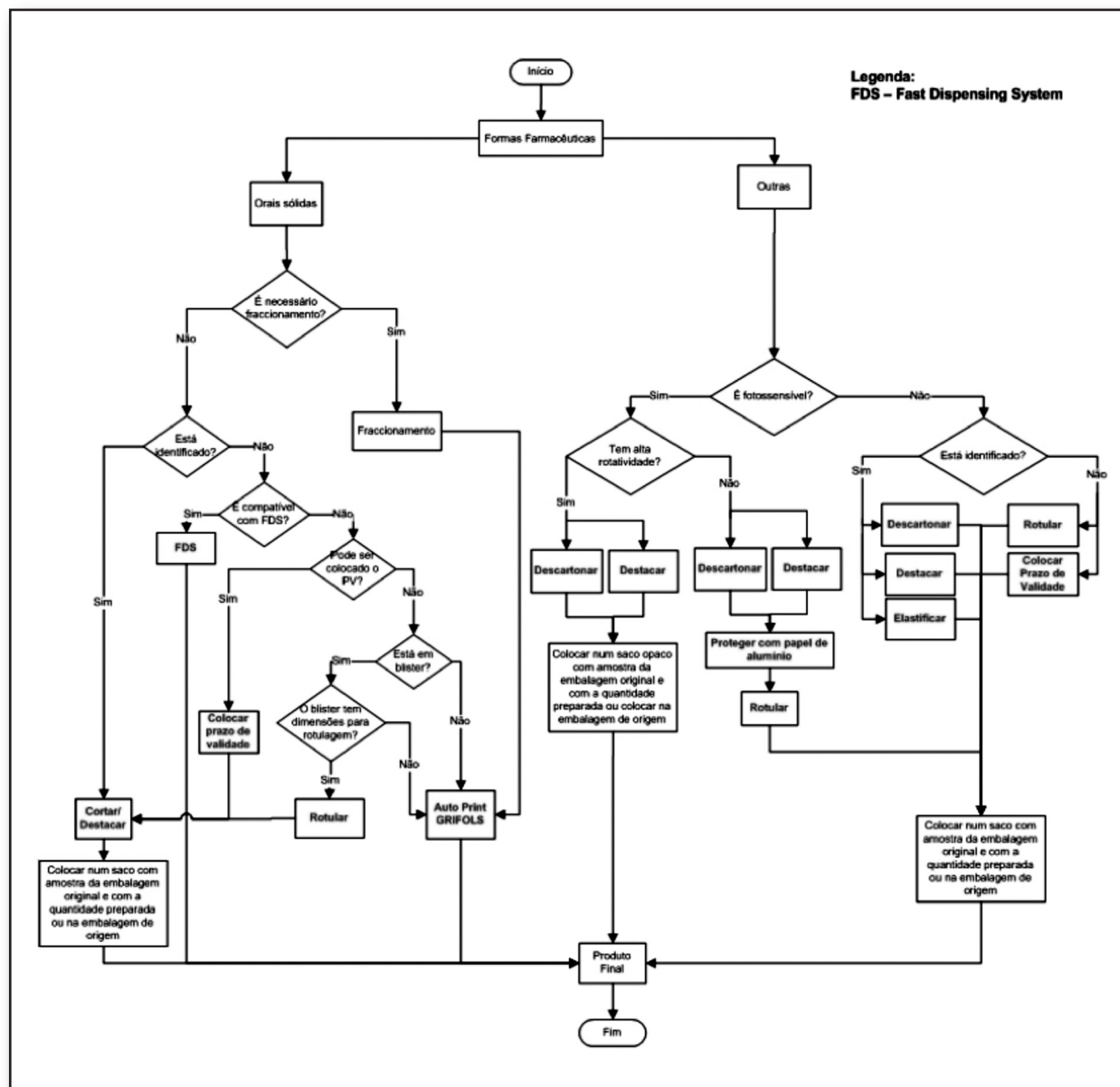
No que se refere às formas sólidas orais, vários são os pontos a ser considerados durante a sua manipulação: necessidade de fraccionamento, correcta identificação do produto, compatibilidade com sistemas semi-automáticos de reembalamento e possibilidade de colocação de prazo de validade ou de rótulo, sempre procurando respeitar a boa conservação do produto final. Como tal, podem ser efectuados procedimentos mais simples, como cortar ou destacar, ou procedimentos mais complexos, como o reembalamento ou a rotulagem recorrendo a etiquetas autocolantes expressamente desenvolvidas para a identificação dos produtos.

No que se refere às restantes formas farmacêuticas, a primeira questão que se coloca é a existência de risco de fotossensibilidade. Assim sendo, deve optar-se por proteger sempre que possível esses produtos com papel de alumínio, ou no caso dos produtos que apresentam maior rotatividade, sendo impossível dar resposta através da protecção individual, deve-se procurar criar meios de protecção alternativos, como efectuar o seu armazenamento após preparação das unidoses em sacos opacos contendo pequenas quantidades, de modo a procurar assegurar o escoamento primário dos produtos que não se encontram protegidos. Os procedimentos associados a estas formas farmacêuticas passam habitualmente por: descartonar, destacar, rotular (sobretudo no caso dos produtos envolvidos em papel de alumínio), elastificar ou colocar prazo de validade.

A colocação, sempre que possível, das unidoses preparadas na sua caixa original, ou em sacos contendo uma amostra da caixa e respectiva quantidade do saco, constitui uma das melhores formas de conseguir a detecção visual e controlo do produto, pelo que deve igualmente ser adoptada.

A formação de todos os profissionais envolvidos, quer técnicos quer assistentes operacionais, assume grande relevância, sendo igualmente importante o registo de todos os procedimentos efectuados em impressos padronizados para o efeito, onde devem constar todos os dados relevantes da medicação preparada como: nome genérico, nome comercial, dosagem, lote, prazo de validade, procedimentos efectuados e, sempre que aplicável, uma amos-

FIGURA 1
Fluxograma representando a preparação de unidoses na instituição



tra de um rótulo (no caso dos produtos de rotulagem), pois a rastreabilidade das unidoses preparadas não pode em momento algum ser esquecida.

Bibliografía

1. Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Manual de Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde; 2005.
2. American Society of Hospital Pharmacists.

3. ASHP statement on unit dose drug distribution. Am J Hosp Pharm 1989;46:2346.
4. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP technical assistance bulletin on repackaging oral solids and liquids in single unit and unit dose packages. Am J Hosp Pharm 1983;40:451-2.
5. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP technical assistance bulletin on single unit and unit dose packages of drugs. Am J Hosp Pharm 1985;42:378-9.

La incorporación de la Atención Farmacéutica como materia en el Grado de Farmacia

Rev. O.F.I.L. 2012, 22;3:140-143

DEL CASTILLO RODRÍGUEZ C

Doctor en Farmacia. Profesor Ayudante. Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. España

Resumen

La continua evolución y desarrollo de la profesión farmacéutica ha creado la necesidad de incluir la "Atención Farmacéutica" como materia imprescindible en los estudios para obtener el Grado de Farmacia para conseguir la correcta y adecuada formación del farmacéutico, estando la misma desde sus inicios promovida por los diferentes sectores de la profesión farmacéutica.

Palabras clave: **Atención Farmacéutica, Grado de Farmacia, Farmacia.**

Incorporating Pharmaceutical Care as matter Degree of Pharmacy

Summary

The continuous evolution and development of the pharmaceutical profession has created the necessity to include the "Pharmaceutical Care" in the Plans of Study of Pharmacy to get the pharmacist's correct and appropriate formation, being promoted by the different sectors of the pharmaceutical profession.

Key words: **Pharmaceutical Care, Degree of Pharmacy, Pharmacy.**

Correspondencia:
Carlos del Castillo Rodríguez
Correo electrónico: carlosdelcastillo@farm.ucm.es

Introducción

De una forma acelerada, los últimos veinte años del siglo XX nos han dejado como legado profundas transformaciones en las relaciones de convivencia de la humanidad, las cuales son consecuencia del vertiginoso avance de la ciencia, la tecnología de las telecomunicaciones y de la informática, así como de los procesos conocidos como regionalización y globalización de las sociedades del mundo¹.

La profesión farmacéutica, no ha quedado al margen de este cambio siendo una de las profesiones punteras en lo referente a las Ciencias de la Salud. Consecuentemente ha sufrido una notable evolución en comparación con etapas anteriores. El gran desarrollo de la profesión farmacéutica (*“Comenzaron el siglo siendo boticarios y finalizaron como farmacéuticos”*) se debió a un cambio social y económico, durante el siglo XIX, que contribuyó a un notable adelantamiento científico-tecnológico.

Se ha de tener en cuenta que la profesión farmacéutica ha experimentado continuamente una modernización de su actividad profesional debido a las exigencias sanitarias de la sociedad y también al avance imparable del mundo científico. El primer gran cambio fue la renovación del profesional, ya que el boticario era sinónimo de oficio artesanal y comercial, de ejercicio mecánico, sin otra formación que la de aprendiz de maestro; el farmacéutico, sin embargo requirió una preparación científica adicional en la Universidad, base fundamental para la elaboración y correcta dispensación de medicamentos. Estos continuos cambios, en la actualidad, han ido más claramente orientados a proporcionar un servicio asistencial, eficiente y profesional, a la población. Así pues, surge en 1989 dentro del ámbito universitario, el concepto de Pharmaceutical Care o Atención Farmacéutica² (así se ha traducido en España), dicho término no analizaremos en lo referente a su definición ya que existe una abundante literatura científica al respecto sino como ha sido capaz de introducirse en la realidad universitaria para que así el futuro profesional farmacéutico posea unos conocimientos científicos actuales que podrá proporcionar a la sociedad.

Métodos

Método histórico legislativo crítico. Hermenéutica filosófica y evolución ética profesional.

Una tarea como la pretendida en este trabajo, requiere dotarse, desde el inicio, de las más adecuadas herramientas metodológicas. La más patente a lo largo de toda la investigación ha de ser el afán de acotar al máximo el tema tratado referente a la atención farmacéutica, guiado complementariamente por la necesidad de documentar histórica y legislativamente las investigaciones y descripciones necesarias para acometer nuestros objetivos.

La metodología utilizada en la parte legislativa es la seguida normalmente en los trabajos de Legislación Farmacéutica y de Derecho Farmacéutico, en los que la fuente primaria, en muchos casos, está sustentada en los diversos boletines oficiales donde se publican las disposiciones legales, las recopilaciones legislativas y de jurisprudencia de los diferentes tribunales.

Por otra parte, este trabajo de investigación también tiene una buena parte de indagación histórica crítica, en la cual la metodología usada ha sido la habitual en trabajos historiográficos, en los que la búsqueda bibliográfica sobre diversos temas del ámbito de la atención farmacéutica, así como hermenéutica filosófica y evolución ética, ha sido complicada, debido a la extensa cantidad de fuentes primarias y a la amplia literatura especializada existente en algunos casos y a la escasa en otros, por lo que dicha tarea ha tenido que ser bastante sistematizada y laboriosa.

Materiales

- Datos relativos a la atención farmacéutica.
- Fuentes bibliográficas evaluadas en su evolución temporal y espacial y, más allá de estos condicionantes apriorísticos, en su dimensión ética y profesional.

1. La introducción de la “Atención Farmacéutica” en los de Estudio de la Licenciatura en Farmacia, para conseguir una adecuada formación del farmacéutico para su inserción en el campo científico-profesional.

Según diferentes expertos del mundo farmacéutico, la Atención Farmacéutica debe incluirse en los Planes de Estudio de Farmacia, porque la sociedad lo demanda ya que contribuirá a dar profesionalidad y razón de ser al farmacéutico. En España, la Atención Farmacéutica, ha tomado mucha fuerza en la Universidad, pero también en la profesión comunitaria y hospitalaria. En cambio, en Estados Unidos, la Atención Farmacéutica ha evolucionado y se ha implantado más rápidamente, estando muy desarrollada en todos los ámbitos, con el farmacéutico perfectamente integrado como agente de salud en todas sus actividades sanitarias.

Esta necesidad de la inclusión de la Atención Farmacéutica en los Planes de Estudio, quedó reflejada en el año 1996 en Edimburgo³, en la Reunión sobre "Emerging Themes and Technologies in Pharmacy Education", propiciada por la Asociación Europea de Facultades de Farmacia (EAFP), nació la idea de incluirla en los planes de licenciatura como queda reflejado en diferentes presentaciones de dicha Reunión donde se afirma: *"El farmacéutico es el único profesional que conoce 100% el medicamento y los criterios de uso del mismo, dichos saberes los deberá transmitir al paciente para así poder este hacer un buen uso del mismo"*.

También se puede observar en los estudios y las aportaciones del Prof. Mariño de la Universidad de Barcelona, en el III Encuentro de profesores de Ciencias de la Salud⁴ publicado en septiembre de 2005 en la revista "Educación Médica Internacional", donde implica que el cambio que supuso la "Farmacia Clínica" en los años 60 se continuó, en los países avanzados en la década de los 90, con la "Atención Farmacéutica" con el nombre de "Farmacia Social", como predecesora de la "Atención Farmacéutica", aprobada dicha materia en esa Universidad como asignatura optativa a comienzos de los años 90. Posteriormente en los Planes de Estudio de año 2002, cambia su denominación y recibe el nombre de "Atención Farmacéutica" y "Farmacia Social", incorporándose como asignatura obligatoria durante el proceso de reforma del Plan de Estudio.

En Febrero de 2004, los Decanos de las Facultades de Farmacia de España y Portugal, reflejan en un documento el acuerdo de inclu-

sión de la materia de "Atención Farmacéutica" en los estudios de grado de Farmacia. Posteriormente la EAFP (Asociación Europea de Facultades de Farmacia) también recomienda la inclusión de esta asignatura como obligatoria⁵.

La situación actual de esta materia, tanto en el mundo universitario como profesional, se encuentra plenamente respaldada, siguiendo una línea de evolución permanente, aunque en algunos casos esta línea no es actual. Las diferentes organizaciones corporativas profesionales han desarrollado el tema de la Atención Farmacéutica en diferentes foros de especialistas y además han incluido dicha materia en los planes de Formación Continuada que recomiendan que todo farmacéutico la ha de cursar, para así poder garantizar al paciente una base de conocimientos adecuada.

En el ámbito universitario, se ha de indicar que la "Atención Farmacéutica", se incluyó dentro de la asignatura troncal de "Farmacia Clínica", en los planes de estudio del año 2000. El problema es que solamente trataba la "Atención Farmacéutica" desde el ámbito hospitalario, que como sabemos es el origen de ésta, pero no hace referencia a la oficina de farmacia. Aspecto que sí se trató en los estudios de Grado de Farmacia que analizaremos a continuación.

2. La Atención Farmacéutica en el Grado de Farmacia

El plan de Estudios correspondiente al Grado en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid está estructurado según la directrices establecidas en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (capítulo 3, artículo 12)⁶. El mismo está dividido en 9 módulos que a su vez están divididas en materias que en conjunto suman 300 ECTS distribuidos en 5 cursos (10 semestres).

La Atención Farmacéutica, ya tratada por diferentes autores de importante índole universitario⁷, es una materia que se imparte en el primer semestre del quinto año académico, una vez que el alumno ya ha adquirido grandes conocimientos y está en disposición de concebir la importancia de la materia. En ella se tratan:

- Conceptos básicos de farmacia asistencial. La Atención Farmacéutica: concepto, evolución y situación actual.

- Validación Farmacéutica: dispensación de medicamentos, sustitución e intercambio terapéutico, consulta o indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

- Estudio de la farmacia asistencial aplicada a cada grupo terapéutico. Resolución de casos prácticos.

- Manejo de los Sistemas de divulgación de la información. Registro de intervenciones.

- Análisis de los sistemas y estrategias de comunicación de reacciones adversas. Estudios de farmacovigilancia.

- Gestión y mejora de la calidad de la Atención Farmacéutica.

- Intervención desde la farmacia comunitaria en el consejo fitoterapéutico y nutricional.

Además al alumno se le exige ciertos resultados de aprendizaje cuantificables, como:

- Tener conocimiento de los conceptos relacionados con la Farmacia Asistencial (dispensación activa, indicación terapéutica, seguimiento farmacoterapéutico, uso correcto del medicamento, educación sanitaria,...).

- Aplicar la farmacia asistencial a cada grupo terapéutico con un estudio pormenorizado de la actuación profesional en patologías más prevalentes.

- Conocer y manejar las nuevas técnicas de comunicación e información (TIC) como proceso interactivo entre los profesionales sanitarios implicados.

- Identificar los problemas relacionados con los medicamentos así como la gravedad y morbilidad farmacoterapéutica.

- Reconocer reacciones adversas a medicamentos y acontecimientos adversos por medicamentos.

- Mejora de la calidad en la gestión del proceso farmacoterapéutico.

- Habilidad para prestar consejo nutricional y alimentario a los usuarios de la Farmacia comunitaria.

- Habilidad en el manejo de la documentación y registros de información en Atención Farmacéutica.

- Soltura en el manejo de herramientas informáticas. Procedimientos normalizados de trabajo.

- Tener capacidad de participación en equipos de trabajo.

Conclusión

El docente farmacéutico ha tenido en cuenta la realidad del nuevo concepto de Atención Farmacéutica para incorporar a los planes de estudio del Grado de Farmacia. Con ello, conseguirá que los futuros farmacéuticos tengan una formación más completa y especializada fruto de la demanda de la sociedad en lo relativo al medicamento y todas las ventajas e inconvenientes que el mismo puede provocar.

Bibliografía

1. Fernández M. De boticarios a farmacéuticos, Apuntes de Historia de la Farmacia en Granada. Armilla (Granada): Universidad de Granada 1999.
2. Hepler C, Strand L.M. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:553-43.
3. Bates I. Re-Orienting Pharmacy Education and Training. In: Borliux P, Hincal AA, Senel S, Florence AT. (eds) Emerging themes and technologies in pharmacy education. Proc. of the 3th European Meeting of the Faculties of Pharmacy. Edinburgh, Germany, Sept. 14, 1996. EAFP, Safak Press, Turkey pp. 59-63. 1997.
4. Crivillé A, Modamio P, Lastra CF, Ied D, Moss S, Ariño E, et al. Mejora en la docencia de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica mediante la movilidad a la Universidad de Florida. *Educación Médica* 2005;8,Suppl.1:S20.
5. Quirino Barrer CT. La formación farmacéutica mediante el modelo de enseñanza-aprendizaje por Objetos de Transformación (Problem-Based Learning). *Ars Pharmaceutica* 2000;41(3):279-286.
6. BOE, número 260 de 30 de octubre de 2007, pp. 44037-44040.
7. Del Castillo García B, Quirino Barreda CT. The Challenge of Curricular Harmonisation in Pharmaceutical Studies. *Ars Pharmaceutica* 2003;44(1):23-24.

