

Instituto de Farmacia y Alimentos
Universidad de La Habana

ACTIVIDAD DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO: SU INCIDENCIA SOBRE EL PERSONAL MÉDICO

Caridad Sedeño Argilagos,¹ María Antonieta Arbezú Michelena,² Rogelio Fernández Argüeyes³ y Sol Amalia Fernández Monagas⁴

RESUMEN

Se aplicó una encuesta a médicos especialistas de 2 centros hospitalarios de Ciudad de La Habana con el objetivo de analizar sus criterios sobre las funciones fundamentales del farmacéutico hospitalario integrado al equipo de salud. Las 5 preguntas incluían concepto de uso racional de medicamento, funciones del farmacéutico, información de medicamentos, notificación de reacción adversa medicamentosa y funciones del Comité Farmacoterapéutico. Se realizó un análisis discriminante, mediante el cual se clasificó que el grupo de los mejores informados (66,67 %) pertenecen al hospital A y sólo el 33,33 % de este grupo pertenece al hospital B. En el grupo de los peores informados, el 75 % pertenece al hospital B y el 25 % al hospital A. Del análisis factorial clásico, se extrajeron 2 factores comunes en la muestra analizada, uno relacionado con las funciones del farmacéutico hospitalario y del Comité Farmacoterapéutico y el otro relacionado con el uso racional de medicamentos. La comparación de las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las 5 preguntas, mostró una diferencia significativa entre ambos hospitales en las respuestas a las preguntas 2 y 3; no se encontraron diferencias significativas en las restantes respuestas. En el primer centro existe una política institucional interdisciplinaria farmacéutico-equipo de salud, mientras que en el segundo, las acciones generadas por el farmacéutico surgen de manera espontánea con aquellos médicos interesados en el trabajo conjunto.

Descriptores DeCS: SERVICIO DE FARMACIA EN HOSPITAL; FARMACEUTICOS; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA; MEDICOS.

¹ Doctora en Ciencias Químicas. Profesora Titular.

² Master en Farmacia Clínica. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Instituto de Oncología y Radiobiología.

³ Doctor en Ciencias Farmacéuticas. Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

⁴ Master en Tecnología y Control de Medicamentos. Licenciada en Química. Profesora Auxiliar.

A fines de la década de los 60 comienza a hablarse de una nueva disciplina, la Farmacia Clínica, dada la función que los medicamentos desempeñan en la terapéutica moderna por su importancia, significación y complejidad.

Esta nueva disciplina permitiría a los farmacéuticos retomar sus funciones asistenciales de salud, con el aporte de sus conocimientos para mejorar la farmacoterapia. Esa participación se lograría en virtud de modificaciones notables en la administración y acciones de los servicios de farmacia en los hospitales y mediante cambios en la educación universitaria.¹

En la actualidad el Comité de Farmacia Clínica de Asociación de Farmacéuticos de Hospital de los Estados Unidos, define la Farmacia Clínica de la manera siguiente: "Es una ciencia de la salud, cuya responsabilidad es asegurar, mediante la aplicación de conocimientos y funciones relacionadas con el cuidado de los pacientes, que el uso de medicamentos sea seguro y apropiado y que necesita de una educación especializada y/o adiestramiento estructurado. Requiere además, que la recolección e interpretación de datos sean juiciosas, que exista motivación por el paciente y que existan interacciones interprofesionales."^{2,3}

La orientación de la Farmacia Hospitalaria hacia una buena gestión del servicio y un desarrollo de la Farmacia Clínica, depende fundamentalmente de la actitud y capacidad de los directivos de los servicios farmacéuticos hospitalarios, que permita una integración plena del farmacéutico al equipo de salud y la comprensión y apoyo de las direcciones institucionales.^{4,5}

En Cuba, desde mediados de la década de los 80, diversos servicios farmacéuticos hospitalarios comenzaron a incorpo-

rar elementos esenciales en su gestión que permitiera esa integración, los resultados hasta el presente se han visto mediados por los factores siguientes:

- Inadecuada preparación del profesional farmacéutico para su integración al equipo de salud.
- No reconocimiento de las autoridades médicas de la función que puede desempeñar este profesional en la actividad asistencial.
- Priorización en los servicios farmacéuticos hospitalarios de la gestión administrativa, relegando la labor asistencial a un segundo plano.⁴

No obstante, las anteriores afirmaciones, sistemáticamente se han ido incorporando cada día nuevos servicios hospitalarios al desarrollo de las actividades de Farmacia Clínica ejerciendo las funciones asistenciales que competen a esta actividad.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el alcance que la actividad farmacéutica asistencial hospitalaria ha tenido sobre el personal médico, en centros en los que se ha comenzado a implementar ésta.

MÉTODOS

Se seleccionaron 2 hospitales de la provincia Ciudad de La Habana: el hospital A: Centro de Atención Terciaria con un total de 114 médicos y el hospital B: Centro Clínico Quirúrgico de Atención Secundaria con un total de 140 médicos. Ambos centros con más de 3 a de experiencia en los servicios farmacéuticos dirigidos a la actividad asistencial.

Se aplicó una encuesta con 5 preguntas de respuesta cerrada y selección múltiple

dirigidas a evaluar 5 funciones fundamentales de los servicios farmacéuticos.

El contenido de las 5 preguntas fue el siguiente:

1. ¿Qué se entiende por uso racional de medicamentos?
2. ¿Cuál de las siguientes respuestas Ud. considera que son las funciones que le competen a un farmacéutico hospitalario?
3. ¿Con qué frecuencia Ud. realiza consultas sobre farmacoterapéutica a su farmacéutico hospitalario?
4. ¿Qué conducta sigue Ud. cuando detecta un efecto indeseable provocado por un medicamento en un paciente?
5. ¿Cuál Ud. entiende que son las funciones del Comité Farmacoterapéutico?

Previo la aplicación de la encuesta se realizó un ensayo de fluidez con 5 médicos en uno de los centros, lo cual permitió determinar el grado de comprensión y factibilidad.

La aplicación de la encuesta se realizó simultáneamente a 30 médicos de cada centro, mediante la selección de una tabla de números aleatorios. En el hospital A se anulaban 7 encuestas y en el hospital B se anulaban 6, al seleccionar el encuestado más de una respuesta de una misma pregunta.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante 2 técnicas de análisis multivariante: el análisis factorial clásico y el análisis discriminante.

Además se realizó una comparación entre las puntuaciones medias obtenidas en cada pregunta en ambos hospitales, para lo cual se empleó el estadístico t de Student.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SP-SS for windows versión 6.1.2.

RESULTADOS

Mediante el análisis factorial se encontraron 2 factores cuyos valores propios son mayores que 1 (tabla 1), los cuales acumulan conjuntamente el 68,3 % de la varianza total.

TABLA 1. *Análisis factorial*

Factor	Valor propio	Porcentaje de varianza	Porcentaje de varianza acumulada
1	2,25441	45,1	45,1
2	1,16170	23,2	68,3
3	0,73157	14,6	83,0
4	0,43942	8,8	91,7
5	0,41290	8,3	100,0

En la tabla 2 se muestra la matriz de factores rotados por el método varimax. El factor 1 se puede interpretar como el factor de las funciones del farmacéutico hospitalario y del Comité Farmacoterapéutico, mientras que el segundo factor corresponde al uso racional de medicamentos; factores éstos que pueden caracterizar al personal médico.

TABLA 2. *Matriz de factores rotados por el método varimax*

Pregunta	Factor 1	Factor 2
P3	0,88253	-0,07881
P2	0,74794	0,24334
P5	0,68790	0,26126
P1	0,03629	0,88185
P4	0,24728	0,79425

Se encontró una función discriminante:

$-3,3934247 - 0,4295730P1 + 0,3803856P2 + 0,3100599P3 + 0,3351620P4 + 0,3116163P5$ (a) cuyo valor en el centro de los grupos fue:

Grupo	Función
1	0,49276
2	-0,47223

Mediante la función discriminante (a) fue posible clasificar en 2 grupos al personal médico objeto de estudio: un grupo denominado de “mejor informados” y otro grupo de “peor informados”.

El grupo “mejor informados” está constituido por 27 individuos, de los cuales 18 pertenecen al hospital A y 9 al hospital B, mientras que el grupo “peor informados” está constituido por un total de 20 individuos, de los cuales 5 pertenecen al hospital A y 15 al hospital B. O sea, el 66,67 % de los individuos “mejor informados” se encuentra en el primer centro y solamente el 33,33 % en el segundo centro.

Por otro lado, se observa que sólo el 25 % de los individuos “peor informados” pertenece al hospital A, mientras que el 75 % de ellos pertenece al hospital B.

El análisis de los resultados mediante comparación de medias (2 extremos) se muestran en la tabla 3, donde se observan los valores de t y la significación (p) obtenidos mediante la comparación de las puntuaciones correspondiente a cada pregunta en los hospitales respectivos.

TABLA 3. Comparación de medias por t (2 extremos)

Pregunta	t	Significado (p)
P1	-0,61	0,542
P2	2,30	0,026*
P3	2,51	0,016*
P4	0,93	0,356
P5	1,76	0,085

* Diferencia significativa entre las puntuaciones medias obtenidas para cada pregunta.

En la tabla 4 se presentan las medias obtenidas para cada centro por preguntas. De la comparación de medias se puede plantear que existe diferencia significativa entre ambos hospitales en las puntuaciones obtenidas en las preguntas 2 (P=0,026) y

3 (0,016); mientras que no ocurrió lo mismo en las preguntas restantes.

TABLA 4. Análisis de la comparación de medias

Pregunta	Hospital A	S	Hospital B	S
P1	4,30	1,5502	4,54	1,0624
P2	4,43	1,0798	3,67	1,2039
P3	3,96	1,1069	2,96	1,5737
P4	4,17	0,7777	3,96	0,8065
P5	4,56	1,0369	3,96	1,3015

DISCUSIÓN

El análisis factorial permitió clasificar los resultados obtenidos en 2 grupos. Uno que contiene las respuestas brindadas en las preguntas 2, 3 y 5, y otro grupo con las respuestas brindadas a las preguntas 1 y 4. Las preguntas 2, 3 y 5 estaban dirigidas a evaluar el grado de conocimiento que tiene el personal médico acerca de las funciones del farmacéutico hospitalario, mientras que las 2 restantes se encontraban dirigidas a evaluar el dominio que tiene el personal médico sobre el significado del uso racional de medicamentos.

Los resultados individuales en las preguntas 2, 3 y 5 indican que en el hospital A, la presencia de este profesional entre el personal médico es reconocida, mientras que en el hospital B, el comportamiento no es el mismo.

Los resultados obtenidos mediante el análisis discriminante denota que en el primer centro el farmacéutico hospitalario tiene una mayor integración en el equipo de salud, dado porque en éste predominaron los individuos “mejor informados”, mientras que en el segundo centro sólo una tercera parte de los individuos corresponden a esta clasificación. Esta tendencia obtenida en el segundo centro demuestra que el

personal médico no reconoce de manera integral las actividades que debe desarrollar el profesional farmacéutico asistencial.

La función discriminante encontraba permitirá clasificar al personal médico de otros centros asistenciales, en relación con el nivel de conocimiento que posean sobre las funciones del farmacéutico hospitalario y el uso racional de medicamentos.

Finalmente, mediante el análisis de comparación de medias, se obtuvieron resultados diferenciadores en ambos centros en las preguntas relacionadas con las funciones del farmacéutico hospitalario y con las consultas sobre farmacoterapéutica. O sea, el personal médico está consciente de la función que deben desempeñar en el uso racional de medicamentos, sin embargo, en el segundo centro no hay un reconocimiento pleno de otras actividades del farmacéutico en su labor asistencial.

Conceptualmente, los médicos encuestados en ambos centros manejan correctamente el significado de uso racional de medicamentos, lo cual pone de manifiesto la adecuada preparación científica, teniendo en cuenta que todos tenían el nivel de especialistas.

En la pregunta 4 se evaluó la conducta a seguir por los médicos cuando detectan una reacción adversa medicamentosa. Los resultados obtenidos demuestran que ellos reconocen el tratamiento que deben seguir ante una sospecha, saben que deben notificarla, sin embargo, los niveles de reportes al Centro Nacional de Farmacovigilancia, no se encuentran

acordes con las respuestas seleccionadas, lo cual demuestra que tanto el médico como el farmacéutico la detectan, toman las medidas correspondientes, pero no realizan la notificación.

Estos resultados se encuentran acordes con lo planteado en la literatura,⁶ en que se reconoce que el sistema de notificación voluntaria tiene una eficiencia aproximada del 30 %.

El análisis de los resultados permite plantear que en el primer centro existe un programa de acción conjunto multidisciplinario de la dirección farmacéutica y la institucional, mientras que en el segundo las actividades que realizan los farmacéuticos en la labor asistencial depende de que los médicos estén de acuerdo con realizar un trabajo conjunto.

El impacto de los servicios farmacéuticos asistenciales en el equipo de salud de los 2 centros analizados, indican que en el hospital A existe una mayor tendencia a reconocer al farmacéutico como miembro del equipo de salud, mientras que en el segundo centro predomina su identificación con las actividades de dirección y organización de una Farmacia Hospitalaria.

La actividad del farmacéutico asistencial debe continuar perfeccionándose, por lo que debe elegir vías y métodos que le permitan una integración plena al equipo de salud. Según exige el uso racional de medicamentos, donde está demostrado que es competencia de un equipo multidisciplinario y no de acciones aisladas de cada profesional.

SUMMARY

Specialist physicians from two hospitals in the City of Havana were surveyed to find out their criteria on the fundamental tasks of the hospital pharmacist as part of a health team. The five questions dealt with concepts of the rational use of drugs, pharmacist's

functions, drug information, notification of drug adverse reactions and the Pharmacotherapeutica Committee functions. A discriminating analysis was conducted which revealed that the majority of the best-informed group (66,67 %) belong to hospital A and only 33,33 % belonged to Hospital B whereas in the poorly informed groups, 75 % of physicians belonged to hospital B and only 25 % to Hospital A. From the classic factor analysis two common factors in the sample were taken one related with functions of the hospital pharmacist and those of the Pharmatherapeutic Committee and the other associated with the rational use of drugs. The comparison of average scorings in each of the five questions 2 and 3 between the two hospitals. However, no significant difference was found in the remaining questions. In hospital A, is a pharmacist-health team institutional interdisciplinary policy whereas in the other center, pharmacist-promoted actions are spontaneously generated with those physicians who are interested in a joint work.

Subject headings: PHARMACY SERVICE; HOSPITAL; PHARMACISTS; KNOWLEDGE; ATTITUDES; PRACTICE; PHYSICIANS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonal J. Manual de formación para farmacéuticos clínicos. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1989:11-12.
2. Ruiz AI. Farmacia clínica. Objetivos y perspectivas de desarrollo. Santiago de Chile: Editorial PIADE; 1993:3-5.
3. Chetlev A. Medicamentos problemas. Acción internacional para la salud. Editorial La Paz. AID; 1994:7-19.
4. Bonal J. Management en farmacia hospitalaria. Madrid: Editorial Médica Internacional; 1993:4-5.
5. Santó Font MM, Lacasa Díaz C, Fraile Gallart MJ, Martínez Cutillas J, Roure Nuez C, Lladó Domínguez M, et al. Programa de garantía de calidad en el servicio de farmacia del hospital de Barcelona (1). Farm Hosp 1998;22(5):241-8.
6. Naranjo CA, Busto UE. Métodos en farmacología clínica. Reacciones adversas a medicamentos. Washington: OPS; 1992:330-50.

Recibido: 31 de agosto de 1999. Aprobado: 9 de octubre de 1999.

Dra. *Caridad Sedeño Argilagos*. Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. San Lázaro y L, El Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.