

Caracterización de la práctica de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba

Characterization of the pharmaceutical care practice in hospital institutions located in Santiago de Cuba

Ivette Reyes Hernández,^I Isis Beatriz Bermúdez Camps,^{II} Lucila Isabel Castro Pastrana,^{III} María Antonia Brice,^{IV} Jorge Marín Morán^I

^I Facultad de Ciencias Naturales. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Universidad de las Américas Puebla. México.

^{IV} Dirección Provincial de Salud. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el panorama de los países de América Latina en la actualidad revela que a nivel hospitalario hay una adopción del concepto de atención farmacéutica, sin embargo, la práctica demuestra que se mantiene el centro de la actividad en el medicamento y su dispensación. El uso de indicadores fácilmente mensurables que permitan conocer las características de las funciones relacionadas con este ejercicio, puede constituirse en una forma de constatar esta realidad.

Objetivo: caracterizar la práctica de la atención farmacéutica en instituciones hospitalarias.

Métodos: se realizó una investigación retrospectiva que incluyó los años 2005-2007, en instituciones hospitalarias de Santiago de Cuba. Se establecieron indicadores a partir de los criterios normados para la actividad de atención farmacéutica en el *Manual de normas y procedimientos de farmacias hospitalarias* y criterios establecidos en la literatura internacional. Se partió de los registros informados de dicha actividad a la Dirección Provincial de Salud.

Resultados: los indicadores reflejaron que se realizan más las actividades de seguimiento farmacoterapéutico (algunos indicadores relacionados superiores al 70 %), que las de educación sanitaria (no alcanza nunca más del 5 %) e información sobre medicamentos a pacientes y profesionales (no alcanza nunca más del 13 %); pero no se desarrollan de forma normalizada, ni continua. Además, las intervenciones farmacéuticas son bien aceptadas por los equipos de salud (más del 70 % de aceptación), sin embargo, no son suficientes en función del número de problemas relacionados con los medicamentos detectados.

Conclusiones: el ejercicio de la atención farmacéutica no es una práctica habitual del profesional farmacéutico en las instituciones estudiadas y no se desarrolla de forma normalizada; esto indica la necesidad de establecer estrategias para el perfeccionamiento de este ejercicio profesional.

Palabras clave: servicios farmacéuticos hospitalarios, farmacia clínica, atención farmacéutica, indicadores.

ABSTRACT

Introduction: the panorama of the Latin American countries at present shows that at hospital setting, the concept of pharmaceutical care is adopted, but the practice proves that it continues being focused in drugs and dispensation. The use of easy-to-measure indications to find out the characteristics of the functions related to this exercise may represent the confirmation these realities.

Objective: to characterize the practice of pharmaceutical care in hospital institutions.

Methods: a retrospective research study was carried out and covered years 2005 through 2007 in hospital institutions of Santiago de Cuba. Some indicators were set on the basis of the criteria for the pharmaceutical care activity included in the Manual de normas y procedimientos de farmacias hospitalarias" and of the criteria found in the international literature. The reported registers of pharmaceutical care sent to the provincial health division were also taken into consideration.

Results: the indicators revealed that the pharmacotherapeutic follow-up activities (some indicators over 70 %) exceeded those of health education (barely reaching 5 %) and information about drugs for patients and health professionals (never over 13 %); however, they are not either standardized or permanent. Additionally, the pharmaceutical interventions were well-accepted by the health teams (over 70 % acceptance rate) but they are still insufficient to deal with the number of problems connected with the detected medications.

Conclusions: the implementation of the pharmaceutical care is not a regular and standardized practice by the pharmaceutical professional in the studied institutions. The aforementioned points to the need of drawing up strategies to improve this professional endeavor.

Key words: in-hospital pharmaceutical services, clinical pharmacy, pharmaceutical care, indicators.

INTRODUCCIÓN

El panorama de los países de América Latina en la actualidad revela que a nivel hospitalario hay una adopción del concepto de atención farmacéutica; sin embargo, la práctica demuestra que lejos de aproximarse el farmacéutico al paciente, según los principios de esta, mantiene el centro de la actividad en el medicamento y su dispensación.¹⁻⁵ Se hace indispensable entonces continuar la transformación de los servicios farmacéuticos hacia una perspectiva asistencial, ya que aún no se ha podido resolver la morbilidad y mortalidad prevenibles relacionadas con los medicamentos.⁶

En el escenario actual se ha estimado que entre un 2,5 % y 30 % de los pacientes hospitalizados presentan complicaciones relacionadas con el tratamiento; se estima una tasa de morbilidad farmacoterapéutica de 1,1-6,0 por cada 100 estancias, y asimismo, las prescripciones se asocian con porcentajes de problemas relacionados con los medicamentos superiores al 50 %, que pueden generar potenciales efectos adversos mayoritariamente prevenibles.⁷ La implementación de la atención farmacéutica puede revertir las situaciones antes mencionadas por los beneficios clínicos, humanísticos y económicos que su práctica ha demostrado.⁸⁻¹⁰

En Cuba, la situación del ejercicio de las funciones clínicas y de la práctica de la atención farmacéutica en los servicios farmacéuticos hospitalarios son limitadas; pues a pesar de existir un acercamiento a la concepción de estas funciones en los actuales manuales de procedimientos, los profesionales farmacéuticos continúan realizando mayormente funciones administrativas y de dirección, así como, las relacionadas con el suministro de los medicamentos. Por otra parte, los servicios y/o funciones de farmacia clínica, si bien son reconocidos por algún equipo de salud en que se aplican en forma de experimento, no han sido lo suficientemente reconocidos por las autoridades sanitarias y en muchos casos ni siquiera por el equipo de salud.¹¹

En la región oriental del país, específicamente en Santiago de Cuba, se desarrollan investigaciones para el perfeccionamiento de este ejercicio profesional y en el presente estudio se caracteriza la práctica del proceso de atención farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, educación sanitaria e información de medicamentos según lo normado en el actual Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias en el país, de manera que puedan demostrarse algunos de los factores que frenan el desarrollo de dicho ejercicio, para trazar estrategias de perfeccionamiento.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo retrospectivo en los servicios farmacéuticos hospitalarios de la provincia Santiago de Cuba, con el objetivo de caracterizar la práctica de la atención farmacéutica, en el período comprendido entre el 2005 y 2007, a partir de los criterios normados en el Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias.¹²

El universo de estudio estuvo constituido por todas las instituciones hospitalarias de la provincia de Santiago de Cuba.

La muestra se conformó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: hospitales de la provincia cuyos Servicios Farmacéuticos tuvieran al menos un Licenciado en Ciencias Farmacéuticas para el desarrollo de las funciones clínicas y al menos un año con notificaciones de la actividad de farmacia clínica en los hospitales y/o en la Dirección Provincial de Salud.

Criterios de exclusión: los centros hospitalarios que tuvieran menos de tres meses sin notificar la actividad.

El estudio se realizó en siete instituciones hospitalarias (tabla 1).

Tabla 1. Características de las instituciones hospitalarias que conformaron la muestra

Instituciones hospitalarias	Tipo de hospital	No. camas	No. farmacéuticos clínicos/cama/(año)
Hospital Infantil Norte "Juan de La Cruz Martínez Maceira" (H1)	Pediátrico Nivel de atención secundario	167	0,005/ (2005) 0,01/ (2006) 0,01/ (2007)
Hospital Infantil Sur (H2)	Pediátrico Nivel de atención secundario	266	0,007/ (2005) 0,007/ (2006) 0,003/ (2007)
Hospital Materno Norte "Tamara Bunque" (H3)	Materno Nivel de atención secundario	177	0,005/ (2005) 0,005/ (2006) 0,005/ (2007)
Hospital Materno Sur "Mariana Grajales" (H4)	Materno Nivel de atención secundario	164	0,006/ (2005) 0,006/ (2006) 0,006/ (2007)
Hospital General Santiago "Juan Bruno Sayas" (H5)	General Nivel de atención secundario	530 530 750	0,001/ (2005) 0,003/ (2006) 0,005/ (2007)
Hospital Oncológico "Conrado Benitez" (H6)	Especializado Nivel de atención secundario	155	0,006/ (2005) 0,006/ (2006) 0,006/ (2007)
Hospital Provincial "Saturnino Lora" (H7)	Clinicoquirúrgico Nivel de atención secundario	680 680 630	0,002/ (2005) 0,002/ (2006) 0,003/ (2007)

Para caracterizar el proceso, se consideraron las funciones establecidas en el Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias, relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico, la educación sanitaria y la información de medicamentos, según el criterio de que fueran medibles y que existieran notificaciones de la actividad en los hospitales y/o en el Departamento de Farmacia de la Dirección Provincial de Salud de Santiago de Cuba (tabla 2); a partir de estas funciones se definieron indicadores, tomando como referencia algunos informados en la literatura¹³⁻¹⁷ (tabla 3).

Los indicadores se calcularon por hospital y para cada uno de los años que comprendieron el período de estudio (2005 a 2007). Los datos se analizaron utilizando como medida de resumen el porcentaje.

Para establecer la relación entre indicadores de estructura (número de profesionales) y proceso (ejercicio de la actividad), se tomaron los datos relacionados al número de profesionales que llevaron a cabo la actividad en cada hospital y se consideraron dos grupos: los que realizaron las actividades y los que no. Se aplicó para el análisis estadístico, la prueba de comparación de medianas de Mann-Whitney (Wilcoxon).¹⁸

Tabla 2. Notificaciones de la actividad de atención farmacéutica

Años	Instituciones hospitalarias						
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
2005							
No. de PRM detectados	16	67	60	73	-	42	31
No. de terapias medicamentosas supervisadas	4	12	86	124	-	60	58
No. de PFT realizados	14	32	65	91	-	25	42
No. de pacientes que se le realiza visita clínica	4	12	86	124	-	60	58
No. de PRM resueltos	14	58	43	48	-	38	23
No. de intervenciones farmacéuticas realizadas	-	-	-	4	-	5	7
No de intervenciones farmacéuticas aceptadas	-	-	-	4	-	5	5
No. de actividades de educación a pacientes	10	155	77	87	-	41	50
No. de información brindadas a pacientes	10	14	3	8	-	1	9
Consultas realizadas del personal sanitario	62	71	29	31	-	9	38
2006	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
No. de PRM detectados	59	-	-	65	-	-	-
No. de terapias medicamentosas supervisadas	65	-	-	888	-	-	-
No. de PFT realizados	93	-	-	1	-	-	-
No. de pacientes que se le realiza visita clínica	65	-	-	888	-	-	-
No. de PRM resueltos	50	-	-	57	-	-	-
No. de intervenciones farmacéuticas realizadas	55	-	-	40	-	-	-
No de intervenciones farmacéuticas aceptadas	49	-	-	35	-	-	-
No. de actividades de educación a pacientes	54	-	-	285	-	-	-
No. de información brindadas a pacientes	18	-	-	15	-	-	-
Consultas realizadas del personal sanitario	136	-	-	12	-	-	-
2007	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
No. de PRM detectados	13	-	-	147	14	-	-
No. de terapias medicamentosas supervisadas	28	-	-	1 129	35	-	-
No. de PFT realizados	41	-	-	1	35	-	-
No. de pacientes que se le realiza visita clínica	28	-	-	1 129	35	-	-
No. de PRM resueltos	9	-	-	147	14	-	-
No. de intervenciones farmacéuticas realizadas	25	-	-	33	-	-	-
No de intervenciones farmacéuticas aceptadas	18	-	-	33	-	-	-
No. de actividades de educación a pacientes	7	-	-	866	-	-	-
No. de información brindadas a pacientes	7	-	-	9	1	-	-
Consultas realizadas del personal sanitario	63	-	-	73	-	-	-

PRM: problemas relacionados con los medicamentos; PFT: perfil farmacoterapéutico.

Tabla 3. Indicadores propuestos para la caracterización del proceso de AF

Criterio: funciones de farmacia clínica	
Subcriterio: supervisión de la terapia medicamentosa	
No.	Indicador
Terapias medicamentosas supervisadas (TMS)	$TMS = \frac{\text{No. de terapias medicamentosas supervisadas}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$
Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)	$PRM = \frac{\text{No. de PRM resueltos}}{\text{Total de PRM detectados}} \times 100$
Intervenciones farmacéuticas (IF)	$IF = \frac{\text{No. total de intervenciones farmacéuticas aceptadas}}{\text{Total de intervenciones farmacéuticas realizadas}} \times 100$
Subcriterio: instrumentación de perfiles farmacoterapéuticos	
Perfiles farmacoterapéuticos (PF)	$PF = \frac{\text{No. de perfiles farmacoterapéuticos realizados}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$
Subcriterio: educación a pacientes	
Educación a pacientes (EP)	$EP = \frac{\text{No. de pacientes a los cuales se les brinda act. de educación}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$
Criterio: servicio de información de medicamentos	
Subcriterio: servicios de información de medicamentos a pacientes	
Información de medicamentos a pacientes (IMP _a)	$IMP_a = \frac{\text{No. de información brindada por el farmacéutico al paciente}}{\text{No. de pacientes a los cuales se les realiza pase de visita clínico}} \times 100$
Subcriterio: servicios de información de medicamentos a profesionales	
Información de medicamentos a profesionales (IMP _r)	$IMP_r = \frac{\text{No. de consultas del facultativo al farmacéutico}}{\text{Total de altas a pacientes al año}} \times 100$

PRM: problemas relacionados con los medicamentos

RESULTADOS

En la tabla 4 se refleja el comportamiento de los indicadores calculados para cada una de las funciones estudiadas. En el año 2005 se observa que en los hospitales H4, H6 y H7 fueron calculados todos los indicadores, resultado que demuestra que la documentación y el informe de los datos que genera el desempeño de las funciones clínicas, fue realizada y por tanto, de forma indirecta que se llevó a cabo la actividad; sin embargo, en el H5 no se pudo calcular ningún indicador, pues no hubo informe ni documentación de esta.

En los años 2006 y 2007 se observa una marcada disminución del número de indicadores calculados, por falta del informe y documentación (no se contaba con los datos ni en las instituciones hospitalarias, ni en el Departamento de Farmacia de la Dirección Provincial de Salud). Solo el H1 y el H4 mostraron registros en el 2006 y estos mismos hospitales además del H5 en el 2007.

Durante todo el período estudiado los indicadores relacionados a la detección de los problemas relacionados con los medicamentos así como a las intervenciones

farmacéuticas realizadas mostraron los porcentajes más elevados; sin embargo, los relacionados a la supervisión de la terapia medicamentosa, la elaboración de perfiles farmacoterapéuticos (PF), la educación e información a pacientes y profesionales mostraron los valores más bajos (tabla 4).

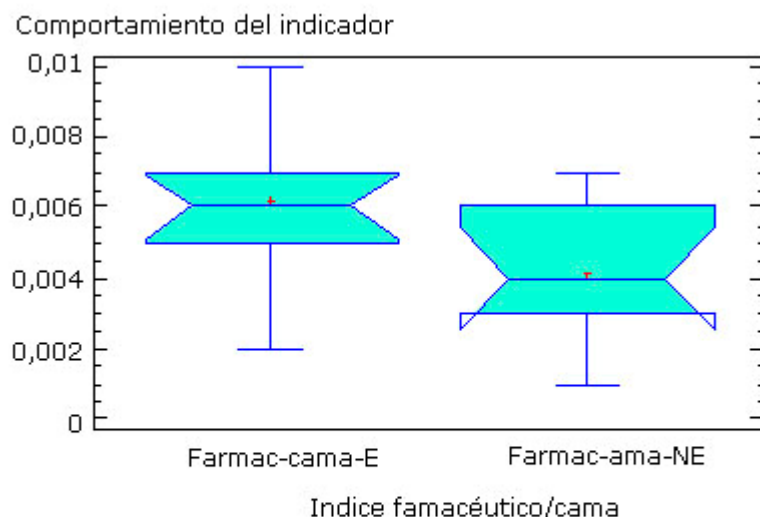
Tabla 4. Comportamiento de los indicadores calculados

Indicadores/años	Instituciones						
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7
Indicadores (%) / 2005							
TMS	0,06	0,13	1,19	1,86	-	2,18	0,38
PRM	87,50	86,56	71,67	65,75	-	96,48	74,19
IF	-	-	-	100	-	100	71,43
PFT	0,21	0,77	0,90	1,36	-	0,91	0,28
EP	0,15	1,65	1,07	1,30	-	1,49	0,33
IMP _a	0,15	1,65	1,07	1,30	-	1,49	0,33
IMPr	0,91	0,76	0,40	0,46	-	0,33	0,25
Indicadores (%) / 2006							
TMS	0,92	-	-	14,04	-	-	-
PRM	84,75	-	-	87,69	-	-	-
IF	89,09	-	-	87,5	-	-	-
PFT	1,32	-	-	0,02	-	-	-
EP	0,77	-	-	4,51	-	-	-
IMP _a	0,77	-	-	4,51	-	-	-
IMPr	1,93	-	-	0,19	-	-	-
Indicadores (%) / 2007							
TMS	0,41	-	-	1,08	0,18	-	-
PRM	69,23	-	-	100	100	-	-
IF	72	-	-	100	-	-	-
PFT	0,59	-	-	0,01	0,18	-	-
EP	0,10	-	-	4,51	-	-	-
IMP _a	0,10	-	-	12,34	-	-	-
IMPr	0,92	-	-	1,04	-	-	-

TMS: terapia medicamentosa supervisada; PRM: problemas relacionados con los medicamentos; IF: intervenciones farmacéuticas; PFT: perfil farmacoterapéutico; EP: educación a pacientes; IMP_a: información medicamentosa a pacientes; IMPr: información medicamentosa a profesionales.

Relación entre indicadores de estructura y proceso

Del análisis realizado para determinar la posible relación de dependencia entre el número de profesionales, que forman parte de la estructura y el ejercicio de la atención farmacéutica, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, para $p < 0,05$ entre los índices farmacéutico/cama de los hospitales que ejercen la atención farmacéutica y los que no (Fig.).



Farmac-cama-E: índice farmacéutico cama que ejerce la AF;
Farmac-cama-NE: índice farmacéutico cama que no ejerce la AF.

Fig. Comparación de índices farmacéutico/cama para el ejercicio de la actividad.

DISCUSIÓN

En relación a la baja terapia medicamentosa durante todo el período estudiado, son varias las causas que pudieran implicarse: 1) el número insuficiente de farmacéuticos dedicados a la actividad clínica, teniendo en cuenta el número de camas de las instituciones y los estándares propuestos (farmacéutico/50 camas),¹⁷ y 2) el tiempo de dedicación para estas funciones pues los profesionales no estaban dedicados a tiempo completo, todos participaban además en las actividades tradicionales del servicio farmacéutico (gerencia, suministro, producción), lo cual resta tiempo para el desempeño adecuado de dichas funciones.

El hospital H5 es una muestra de ello, en el cual se observa que no hubo informe de la actividad durante el 2005 y 2006 (un profesional dedicado a dicha actividad); sin embargo, en el 2007 cuando aumenta el número de profesionales a dos, se informa la actividad.

Un estudio realizado en el que se observa una situación semejante, consideró la incorporación de la historia clínica informatizada, como forma de poder realizar un seguimiento óptimo,¹⁹ ya que el insuficiente número de profesionales y la demanda de otras actividades en los servicios cada vez mayores, imposibilitan la participación del farmacéutico de forma eficaz y efectiva en dichas actividades.

Otro elemento considerado es la motivación de los profesionales para realizar la actividad; los hospitales H1 y H4 son muestra de ello, pues durante todo el período estudiado se mantuvieron documentando e informando esta, independientemente del número de profesionales, que durante todo el período fue el mismo (un farmacéutico). Estos resultados muestran la importancia de este elemento para que se realice esta actividad, componente esencial reconocido en otras investigaciones realizadas.²⁰

El actual sistema de distribución de medicamentos en los hospitales (distribución tradicional a salas), pudiera ser otro factor de análisis pues este no permite que llegue al servicio de farmacia las órdenes de prescripción médicas individualizadas, lo que favorecería la supervisión y/o validación de estas.

El indicador relacionado con la resolución de problemas relacionados con los medicamentos, a partir del total detectado, se comportó en todas las instituciones por encima del 70 %, lo cual muestra las mejores tasas de todos los indicadores calculados; sin embargo, hay que considerar que existen algunas problemáticas que influyen en la calidad y el impacto de dicha actividad.

Una de estas problemáticas lo constituye la falta de normalización de los procedimientos de registro, tipificación y asignación del origen de los problemas relacionados con los medicamentos, lo que pudiera tener sus bases en la falta de metodologías establecidas para la identificación, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos; en este sentido el Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias, no define una metodología que soporte la actividad de manera homogénea.

En los hospitales donde se calculó el indicador intervenciones farmacéuticas, se observó que en todos los casos el indicador superó el 71 %, lo que indica el alto grado de aceptación de las intervenciones por los miembros que equipo de salud. Estos resultados coinciden con los informes en varias investigaciones de este tipo.²¹⁻²⁵

No obstante, en algunos hospitales (H4 y H6) en el año 2005, el número de intervenciones realizadas se consideró bajo pues de un total de 73 problemas relacionados con los medicamentos detectados en H4 solo se realizaron cinco intervenciones y de un total de 42 problemas relacionados con los medicamentos detectados en el H6 solo se realizaron cinco intervenciones. Estos resultados indican que los farmacéuticos no intervienen en todos los casos como debiera esperarse.

Detrás de este comportamiento subyacen problemas de comunicación del farmacéutico en el equipo asistencial, muchas veces por "miedos" a intervenir dentro de este. De manera que la falta de preparación, así como de documentación científica de la intervención, constituyen las causas que justifican dicha actitud, por lo que se hace necesario que el profesional se prepare adecuadamente, desde el punto de vista científico técnico y presente evidencias clínicas y respaldo bibliográfico suficiente, que brinde seguridad durante la comunicación.

La tasa de instrumentación de perfiles farmacoterapéuticos observada pudiera deberse entre otras causas, a la no disponibilidad de recursos materiales para su confección (llenado de perfiles), pues no existen materiales de oficina para este trabajo. Por otro lado, casi ninguno de los servicios farmacéuticos hospitalarios evaluados, cuentan con suficientes máquinas computadoras en los que puedan elaborarse y guardarse dichos perfiles, se suma además que el tiempo disponible de los profesionales para la elaboración de los perfiles es insuficiente.

Los indicadores relacionados a las actividades de educación e información a pacientes y profesionales muestran las tasas más bajas en relación a la detección y resolución de problemas relacionados con los medicamentos y las intervenciones realizadas durante todo el período.

En las actividades de educación a pacientes evaluadas a través del indicador educación a pacientes son varias las causas que pudieran influir. Entre ellas puede mencionarse: 1) el espacio físico disponible para realizar esta actividad pues se

necesita un área que garantice la confidencialidad y la comodidad del paciente y el farmacéutico; 2) no existe una metodología general de trabajo para desarrollar consultas de educación a pacientes; 3) la falta de capacitación de los profesionales en técnicas de comunicación; 4) la falta de recursos para la elaboración de materiales educativos como trípticos, mapas horarios, etc.; 5) el tiempo disponible para realizar la actividad.

A pesar de que las actividades más desarrolladas por los profesionales farmacéuticos en el ámbito hospitalario y más conocida y solicitada por el resto del equipo de salud, es la de brindar información acerca de los medicamentos, el comportamiento de los indicadores de información a pacientes y profesionales en este estudio, pudiera explicarse entre otras causas, por una infraestructura insuficiente para la prestación de estos servicios (área física, computadora, teléfono, fax, material de oficina, fuentes de información); el tiempo disponible para realizar esta actividad, que es insuficiente, ya que preferiblemente, se debe disponer de por lo menos un profesional farmacéutico con dedicación a tiempo completo;²⁶ así como por la falta de registro y documentación de esta, que puede estar relacionada con la cultura de los profesionales farmacéuticos cubanos de informar verbalmente, sin registrar dicho proceso.

De forma general puede considerarse que la no participación del farmacéutico en el pase de visita clínico, como una de las formas de integración al equipo de salud, pudo influir en que las funciones clínicas no se desarrollaran de manera adecuada; la literatura así lo reconoce en investigaciones relacionadas.²⁷

Un estudio realizado en España en el que se comparan dos modelos de atención farmacéutica hospitalaria, uno descentralizado con monitorización farmacoterapéutica desde el sistema integral de dispensación individual de medicamentos del servicio de farmacia y un modelo descentralizado con integración del farmacéutico en el equipo clínico interdisciplinario, demostró que la integración del farmacéutico en el equipo clínico mejora la calidad de la atención farmacéutica proporcionada a los pacientes oncohematológicos hospitalizados, al ofrecer una mayor oportunidad de identificar problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes.⁷

La participación del farmacéutico en el pase de visita no solo permite identificar los problemas relacionados con los medicamentos y resolverlos, así como realizar las actividades vinculadas a estas funciones (supervisión de las terapias medicamentosas, elaboración de perfiles farmacoterapéuticos, entre otros), sino además facilita un mayor contacto con el paciente, como componente esencial para un buen ejercicio de la atención farmacéutica y con los profesionales del equipo, lo que favorece las barreras de comunicación; mejora los índices de actividades de educación e información a pacientes y profesionales, y finalmente muestra evidencias del papel del farmacéutico dentro del equipo de salud, como garante del uso racional de los medicamentos.

A partir de los resultados mostrados en la figura puede decirse que hubo una influencia del número de profesionales dedicados a las funciones clínicas en el ejercicio de la actividad de atención farmacéutica en el período estudiado. Al respecto Jiménez en el 2004, plantea que el proceso no puede existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos, parcialmente explicadas, por problemas de estructura.¹³ En este estudio queda demostrado por la insuficiente disponibilidad de los recursos humanos.

Los resultados coinciden con los informes de otros estudios en los que se han utilizado variedad de indicadores para medir la calidad de la atención farmacéutica.^{19,28-30} Sin embargo, la falta de estandarización de esta actividad farmacéutica y la baja calidad de los estudios dificultan la obtención de herramientas de medida validadas que sirvan como guía para monitorear, evaluar o mejorar la calidad de la atención farmacéutica.¹⁸

El informe de los datos que permitieron calcular los indicadores forma parte de una iniciativa del Departamento de Farmacia de la Dirección Provincial de Salud, de la provincia Santiago de Cuba, durante los años estudiados; aun cuando las actividades de farmacia clínica y de atención farmacéutica se encuentran declaradas en el actual Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias, elaborado y emitido por la Dirección Nacional de Salud, la práctica de las mismas queda a la voluntariedad de las direcciones provinciales, de las instituciones hospitalarias y/o de los profesionales farmacéuticos que laboran en los servicios farmacéuticos de dichas instituciones. La actividad de control por parte de las autoridades competentes tiene su foco en las funciones relacionadas con las actividades tradicionales de los servicios farmacéuticos hospitalarios (suministro, gerencia y producción), pero no a las relacionadas con el uso (farmacia clínica y atención farmacéutica).

Durante el período de investigación se evidenció que los registros de la actividad de farmacia clínica no existían en algunas de las instituciones estudiadas, lo que no permitió calcular los indicadores. Las causas de la ausencia de estos registros fueron diversas y entre las más comunes se encontraban: la pérdida de la información por haber sido efectuada por otro profesional farmacéutico no presente en la institución en el periodo de estudio, así como la no realización de las actividades de atención farmacéutica establecidas en el Manual de normas y procedimientos para farmacias hospitalarias.

Referencias bibliográficas actuales apuntan la importancia de la documentación de la información que genera la actividad clínica desarrollada por los farmacéuticos como forma de demostrar que las intervenciones farmacéuticas elevan la calidad del cuidado de los pacientes. Así mismo se señala que los farmacéuticos tienen la posibilidad de construir una relación colaboradora con otros profesionales del equipo y con los pacientes, de manera que puede la documentación probar evidencia de esta relación simbólica.³¹

Además, se plantea que la documentación es la llave para una excelente comunicación del farmacéutico con el paciente y con el resto del equipo de salud, y permite evaluar el uso de los medicamentos; es un soporte para la formación de los profesionales de la salud; un método que perfecciona el continuo cuidado de la salud y constituye una herramienta de aseguramiento de la calidad.³¹

El desarrollo de las funciones clínicas y el ejercicio de la atención farmacéutica a nivel hospitalario es una actividad que necesita ser realizada por profesionales dedicados a tiempo completo por ser muy compleja y de elevado rigor científico, pues requiere de extracción de datos primarios, búsqueda, análisis y selección de información, registro y documentación, intercambio con pacientes y profesionales del equipo de salud, etc. Lo anterior pudiera explicar también el por qué de las cifras de los indicadores en el proceso, ya que como se planteó, los profesionales encargados de las funciones clínicas participan además en todas las otras funciones tradicionales del servicio farmacéutico en el hospital.

Por otra parte, el análisis de los resultados indica que las funciones clínicas son realizadas de forma espontánea y con un carácter de voluntariedad; no son prestadas a través de servicios que operen sistemáticamente basados en las buenas prácticas y

atención farmacéutica con procedimientos normalizados de trabajo, estructurados por criterios consensuados para la identificación, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, y con un sistema de indicadores que garanticen la mejora continua del sistema.

La existencia de un manual de normas y procedimientos que concibe la atención farmacéutica como filosofía de trabajo, es un paso de avance, sin embargo, debe ser perfeccionado atendiendo a los actuales conceptos de la atención farmacéutica y la farmacia clínica. En este sentido es importante aunar esfuerzos para unificar los criterios de la farmacia clínica y la atención farmacéutica y esto debe ser un plan para un futuro común en esta profesión.³²

Se puede concluir que el ejercicio de la atención farmacéutica no es una práctica habitual del profesional farmacéutico en las instituciones estudiadas y no se desarrolla de forma normalizada; esto indica la necesidad de establecer estrategias para el perfeccionamiento de este ejercicio profesional.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las estudiantes *Annalie Rodríguez Rodríguez* y *Karelia Ferrer Carmenat* por su contribución a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernabei V. La farmacia hospitalaria en Argentina. *Farm Hosp.* 2006; 30(3): 139-41.
2. Calvo MV, Alos M, Giradles D, Inajara MT, Navarro A, Nicolas J. Bases de la atención farmacéutica en farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* 2006; 30(2): 120-3.
3. Carvalho MR. La farmacia hospitalaria en Brasil: estrategias y desafíos. *Farm Hosp.* 2006; 30(5): 265-8.
4. Ortíz, T. La farmacia hospitalaria en Venezuela. *Farm Hosp.* 2007; 31(6): 32:6-8.
5. Cuba MM, Sedeño C, Hernández L, Pérez, M. La farmacia hospitalaria en Cuba. Evolución y perspectivas. *Farm Hosp.* 2008; 32(1): 1-3.
6. Segú JL, Casasin T, Gilabert A. Los servicios farmacéuticos desde la perspectiva asistencial. *Pharm Care Esp.* 2000; 2: 223-58.
7. Cavero E, Climente M, Navarro MC, Jiménez NV. Evaluación de la calidad de dos modelos de atención farmacéutica en pacientes onco-hematológicos. *Farm Hosp.* 2007; 31: 231-7.
8. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Curr Pharm Des.* 2004; 10: 3969-85.
9. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des.* 2004; 10: 3987-4001.

10. Ramalho de Oliveira D, Brummel Amanda R, Miller D. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. *J Manag Care Pharm.* 2010;16(3):185-95.
11. Reyes I. Realidades y proyecciones de la atención farmacéutica hospitalaria en Santiago de Cuba. *Boletín de la Asociación Mexicana de Farmacéuticos de Hospital [Internet]* 2010; [citado 22 Dic 2011]; 7(Supl Especial 3). Disponible en: http://www.amfh.org.mx/documentos/boletin_m/suplementos/Suplemento3BoletinAMFHNo7.pdf
12. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Manual de normas y procedimientos para farmacia hospitalaria. La Habana: MINSAP; 2006.
13. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalario. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública.* [Internet]. 2004 [citado 8 Abr 2012]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Santó MM, Lacasa C, Fraile MJ, Martínez J, Rouge C, Lladó M, et al. Programa de Garantía de calidad en el servicio de farmacia del hospital de Barcelona. Parte I. *Farm Hosp.* 1998;22(5):241-8.
15. Santó MM, Lacasa C, Fraile MJ, Martínez J, Rouge C, Lladó M, et al. Programa de Garantía de calidad en el servicio de farmacia del hospital de Barcelona. Parte II. *Farm Hosp.* 1998;22(6):271-8.
16. Climente M, Jiménez NV. Manual para la atención farmacéutica. Edición Especial. Valencia: Ed. AFAHPE. 2005. p. 7-87.
17. Cuba M, Pérez M, Sedeño C. Caracterización de los servicios farmacéuticos Hospitalarios Cubanos. Parte I. *Rev Cubana de Farm.* 2006;40(3):3-9.
18. Murphy B. Non-parametric tolerance limits. *Annals of Mathematical Statistics.* 1948;19:581-8.
19. Gaspara M, Cajab I, Romero L, Moreno AR, García-Vivód V, Piquer M. Establecimiento de un indicador de calidad de atención farmacéutica. *Farm Hosp.* 2009;33(6):296-304.
20. Zardain E, Del Valle MO, López ML, García E. Validación de un cuestionario para medir factores psicosociales asociados al seguimiento farmacoterapéutico en farmacéuticos españoles. *Psicothema.* 2006;18(4):778-84.
21. Winterstein AG, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R, Johns TE, Segal R. Identifying clinically significant preventable adverse drug events through a hospital's database of adverse drug reaction reports. *Am J Health Syst Pharm.* 2002;59:1742-9.
22. Brawn BL, Willianson SE. A system for documentalment of pharmacist interventions with incorporation into performance and quality improvement plans. *Hosp Pharm.* 1993;28:1083-8.
23. Cuenca ML, Aguilar T, Desongles T, Hathiramani M, Rábano AL. Cambios en la terapéutica tras la intervención del farmacéutico. *Farm Clin.* 1998;15:76-82.

24. Carmona PM, García E, La Cruz P, Font Noguera I. Evaluación de un programa de atención farmacéutica en unidades de hospitalización con dispensación individualizada de medicamentos en dosis unitarias. *Farm Hosp.* 2001;25:156-63.
25. Wright J, Hill PP. *Gobierno clínico*. Madrid: Elsevier; 2006.
26. D´Alessio, R, Busto N. Guía para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios: Información de Medicamentos. 1997. p. 9-32. Colombia: OPS-OMS. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/ur_pbl_textocompleto.asp
27. Torres A, Mateu L, Lagumersindez N, Delgado L. Integración del farmacéutico clínico en el equipo de salud. *Rev Cubana Farmacia* [Internet]. 2004. [citado 8 Abr 2012]. Suplemento Especial. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol38_4_04/far06405.htm
28. Castillo IR, Martínez AH, Martínez H, Suárez ML, Requena TC. Atención farmacéutica a pacientes ingresados desde la unidad clínica. *Farm Hosp.* 2000;24:27-31.
29. Gorgas MQ, Odena EE, Pastor FS. Atención farmacéutica en los problemas relacionados con los medicamentos en enfermos hospitalizados. *Farm Hosp.* 2003;27:280-9.
30. Arroyo CC, Aquerreta I, Ortega AE, Goñi OZ, Giráldez DJ. Impacto clínico y económico de la incorporación del farmacéutico residente en el equipo asistencial. *Farm Hosp.* 2006;30:284-90.
31. Zieler-Brown S, Brown T, Chen D, Wayne R. Clinical documentation for patient care: Models, concepts, and liability considerations for pharmacist. *Am J Health-Syst Pharm* [Internet] 2007 [cited 2012 Sep 1];64:1851-8. Available from: http://www.ashp.org/DocLibrary/MemberCenter/SHACCP/Anticoag_Clinical_documentation.pdf
32. Silva-Castro MM, Tuneui LV, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010;34(3):106-24.

Recibido: 27 de diciembre de 2012.

Aprobado: 30 de enero de 2013.

Ivette Reyes Hernández. Facultad de Ciencias Naturales. Universidad de Oriente.
Patricio Lumumba s/n. Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
ireyes@cnt.uo.edu.cu