



FACULTAD DE FARMACIA

CARRERA DE QUÍMICA Y FARMACIA

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN
FARMACÉUTICA PARA EL PROGRAMA DE
ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

CAMILA IGNACIA VERGARA RIVEROS

Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico

Director: Prof. Patricia Acuña Johnson

Co-director: QF Nilda Sánchez Toro

2012

ÍNDICE

RESUMEN.....	ii - iii
Resumen.....	ii
Abstract.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1 - 10
HIPÓTESIS.....	11
OBJETIVOS.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
PACIENTES Y MÉTODOS.....	13 - 17
RESULTADOS.....	18 - 36
DISCUSIÓN.....	37 - 47
CONCLUSIONES.....	48
REFERENCIAS.....	49 - 54
ANEXOS.....	55 - 82

RESUMEN

En la actualidad el cáncer es uno de los problemas de salud pública más prevalentes, ocupando el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial. El síntoma más característico y de mayor trascendencia es el dolor, generalmente de origen multicausal y de naturaleza compleja. En Chile se instauró en 1994 el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos como parte del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud, con el fin de ofrecer apoyo y una atención activa y continua a los pacientes con cáncer avanzado y sus familias, cuando la expectativa no es la curación, en el que participa un equipo multidisciplinario de profesionales.

Se implementó un plan de Atención Farmacéutica en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke por un período de cinco meses, lográndose una optimización en la adherencia a la terapia farmacológica pero no una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, mediante el seguimiento farmacoterapéutico se detectaron 150 Problemas Relacionados con Medicamentos y se realizaron 291 Intervenciones Farmacéuticas a través de visitas a domicilio, seguimiento telefónico y controles en el recinto asistencial, para prevenir y resolver estos resultados negativos asociados a la terapia. Se pesquisaron además, los principales factores que contribuían al incumplimiento de las indicaciones médicas en torno a los medicamentos, lo que permitió crear instancias para educar a los pacientes y a sus cuidadores principales con el objetivo de aclarar dudas y eliminar ideas preconcebidas y erróneas que muchos de ellos tenían.

Se evidenció la contribución del Químico Farmacéutico, como parte activa del equipo de salud, en la optimización de las terapias, favoreciendo la adherencia al tratamiento, la disminución de los efectos adversos y el manejo de los mismos.

ABSTRACT

Today cancer is one of the most prevalent public health problems, ranked as the second leading cause of death worldwide. Pain is the most characteristic and significant symptom. It is usually of multicausal origin and complex in nature. In 1994 the National Pain Relief and Palliative Care Program was established in Chile as part of the National Cancer Program of the Ministry of Health. It's objective is to provide continuous support and active attention to patients with advanced cancer, as well as their families, when the expectation is not healing, which involves a multidisciplinary team of professionals.

A Pharmaceutical Care plan in the Palliative Care Unit of the Dr. Gustavo Fricke Hospital was implemented for a period of five months. This plan achieved optimum adherence to drug therapy but did not improve the quality of life of the patients. Furthermore, 150 Drug Therapy Problems were detected by pharmaceutical follow-up. As a result, 291 Pharmaceutical Interventions were performed through home visits, telephone follow-ups, and on site check-ups to prevent and resolve these negative outcomes associated with therapy. In addition, the main factors contributing to the failure of adherence to the medical indications of the drugs were identified. This provided the opportunity to educate patients and their principal care givers with the objective of clearing up doubts and eliminating the preconceived and erroneous notions which many of them had.

These results suggest that the contribution of a Pharmacist as an active part of the health team optimized therapy, favored adherence to treatment, reduced adverse effects, and their management.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el creciente número de personas con enfermedades crónicas – degenerativas y cáncer, representan un reto importante para los Servicios de Salud. Muchos de estos enfermos padecen un sufrimiento intenso y precisan una atención sanitaria y social que involucra a todos los ámbitos asistenciales ¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se producen 9 millones de casos nuevos de cáncer cada año; 6,7 millones de muertes anuales por esta causa y casi 25 millones de personas vivas con la enfermedad a los 3 años del diagnóstico ². Además señala que el 30 - 50% de los pacientes con una neoplasia experimentan dolor debido principalmente a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración ³. El dolor aparece en el 30% de los enfermos en el momento del diagnóstico y en el 70 – 80% durante las últimas fases de la enfermedad ⁴. Asimismo, la OMS expresa que 18 de los 20 millones de pacientes que hoy presentan cáncer sufren dolor como consecuencia del mismo, lo que implica que cerca del 60% de quienes han sido diagnosticados requerirán de cuidados paliativos ⁵; en Chile el porcentaje alcanza un 55% ⁶.

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) define el dolor como una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial ¹. El dolor se clasifica en nociceptivo (somático y visceral), neuropático y mixto (los 2 previos en presentación conjunta) ². El dolor somático se produce como consecuencia de la activación de nociceptores de la piel o de tejidos profundos. Suele tratarse de un dolor bien localizado, siendo algunos ejemplos, el dolor por metástasis óseas, el dolor músculo-esquelético y el miofacial. El dolor visceral se origina por activación de los nociceptores debido a infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas; es un dolor difuso y mal localizado. En cambio, el dolor neuropático es causado por una lesión primaria o por disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y/o afectación nerviosa. Este tipo de dolor generalmente se describe como descargas paroxísticas con sensación de ardor o quemazón, o bien, como pinchazos o entumecimiento y hormigueo ^{7,8}.

Las principales causas de dolor oncológico corresponden a la invasión tumoral de estructuras adyacentes (70%), tales como la invasión de estructuras óseas, la invasión de elementos vasculares o nerviosos, la obstrucción intestinal y la infiltración de vísceras huecas. Otras causas corresponden a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%), entre los que cabe mencionar las intervenciones quirúrgicas, los efectos secundarios propios de la quimioterapia

(mucositis gastrointestinal y bucofaríngea, neurotoxicidad) y/o de la radioterapia; y por último, síndromes inducidos por la propia neoplasia (10%)⁷. Claramente, el dolor constituye el síntoma más relevante y temido en el paciente con cáncer, alterando seriamente su calidad de vida⁴.

En los últimos años se han realizado cambios en el abordaje de pacientes con enfermedad terminal, cuyos principales objetivos se orientan a ofrecer mejor calidad de vida, evitar el exceso terapéutico y poner énfasis en el control de síntomas, dentro del cual el alivio del dolor es primordial⁹.

El empleo del término “calidad de vida” es hasta cierto punto nuevo dentro del ámbito de la salud, aunque la concepción actual del término se originó a partir de la definición de salud de la OMS de 1947 que se refiere a un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”¹⁰. En 1995 la OMS definió calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones¹¹. La definición más aceptada del término calidad de vida es la que Campbell propuso en 1976 y que se refiere al sentido de bienestar que una persona percibe derivado de su experiencia ante la vida¹².

El concepto de calidad de vida es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario¹³, especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer. En estos pacientes, se define como la valoración que éste hace respecto a la medida en que cree que el estado de su salud afecta su vida cotidiana en un período concreto de tiempo¹⁴.

Para que el estudio de la calidad de vida cumpla sus objetivos necesita cuantificarse. Se han elaborado escalas generales para uso en cualquier situación con preguntas sobre el bienestar y con síntomas generales como dolor, pérdida de peso, astenia, entre otros. Hay otras diseñadas para un tipo concreto de enfermedad o para valorar un tratamiento. Una de la más utilizada es la escala europea EORTC (del inglés *European Organization for the Research and Treatment of Cancer*). El cuestionario QLQ-C30, contiene 30 preguntas que se reparten en los siguientes ámbitos:

- Capacidad funcional (aspecto físico, desempeño de funciones, capacidad cognitiva, factores emocionales y sociales)
- Síntomas (astenia, dolor, náuseas/vómitos) y
- Valoración global de salud/calidad de vida.

Sus 30 ítems evalúan dominios comunes para las diferentes variedades de tumor¹⁵.

De este cuestionario existen tres versiones; en cada una se han realizado cambios en el contenido de algunas escalas y alternativas de respuesta para ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea e impacto financiero. En la actualidad, se utiliza internacionalmente la tercera versión, EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) ¹⁶. Las respuestas son cuantificadas con una cifra entera que oscila del 1 al 4, correspondiéndose el menor valor con un mejor estado respecto al aspecto estudiado. El instrumento se completa con los dos ítems finales: una escala de estado global de salud y otra de calidad de vida, ambas cuantificadas con una cifra entera que oscila entre 1 y 7, que se corresponden con un estado “pésimo” o “excelente” del paciente, respectivamente ¹⁵.

El dolor es el síntoma más frecuente, reduce la calidad de vida, destruye las oportunidades laborales, devasta las familias, produce pérdidas financieras e incrementa los costos de la salud, por tanto el tratamiento del dolor y el cuidado paliativo debe ser una prioridad de las autoridades de salud pública ³.

Para lograr un adecuado control del dolor es preciso considerar una serie de principios basados en el uso de analgésicos cuyas dosis deben individualizarse de acuerdo a la intensidad del dolor ¹⁷. En 1982, la OMS junto a un panel de expertos propusieron un método asequible y fácil de aplicar para el tratamiento del dolor, que posteriormente en 1986 fue publicado oficialmente: la Escalera Analgésica (EA). Ésta se basa en el uso sistemático de agentes opioides, no opioides y adyuvantes administrados por horario de una manera dinámica. Con estas medidas se permite aliviar el dolor en un 85 a 90% de los pacientes ³.

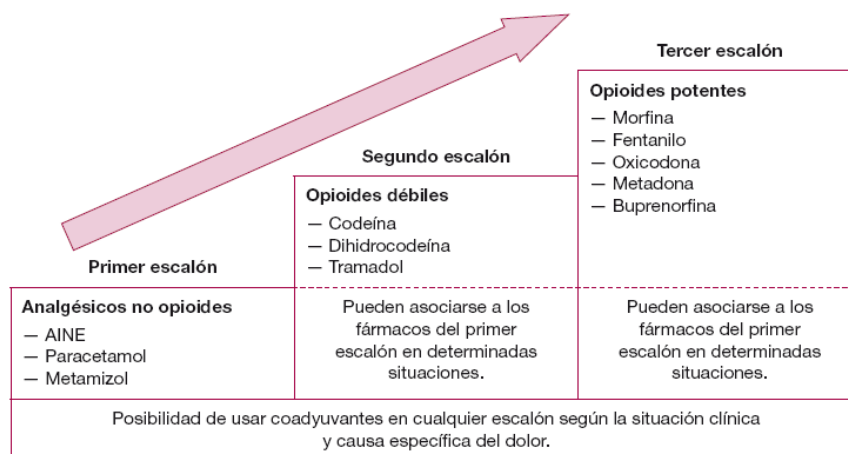


Figura 1: Escalera Analgésica de la OMS ¹.

Este concepto fue planteado en un comienzo exclusivamente para el tratamiento del dolor oncológico, con el propósito fundamental de mejorar el uso de los opioides. Con el paso del tiempo se ha extendido a todo tipo de dolor y por lo mismo se ha incorporado el término de “ascensor analgésico”, que sugiere mayor rapidez en subir de un escalón a otro cuando la situación lo amerite y no obligando al paciente a recorrer unos escalones farmacológicos hasta llegar a encontrar el fármaco más adecuado para su dolor ^{2, 18}.

De esta manera, se pretende que el uso de la escalera sea dinámico, pudiendo iniciarse el tratamiento con cualquier escalón de acuerdo a la intensidad del dolor presentado por el paciente, moverse hacia arriba o abajo en respuesta a éste y así lograr un óptimo control, con los menores efectos adversos posibles ^{19, 20, 21}.

Esta versión de la EA puede ser usada de manera bidireccional: a través de un lento ascenso en el dolor crónico y dolor por cáncer; y un ascenso rápido en caso de dolor agudo intenso, dolor crónico no controlado y dolor irruptivo ²² (exacerbación transitoria de dolor que aparece espontáneamente o secundariamente a alguna maniobra o movimiento) ².

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de su intensidad y con su empleo se pretende cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, para ajustar de forma más exacta el uso de fármacos analgésicos ⁷. Es importante destacar la necesidad de medir la intensidad del dolor antes y durante la terapia para evaluar la eficacia del tratamiento instaurado. Debido a la subjetividad que trae consigo la evaluación del dolor existen herramientas para evaluarlo ²³. Una de las más aceptadas y utilizadas es la Escala Visual Análoga (EVA), en la que mediante una entrevista clínica el paciente valora la intensidad del dolor a través de una escala numérica en el rango de cero a diez, que se asocia a ausencia de dolor y dolor de mayor intensidad posible, respectivamente. Los valores entre 0 y 3 indican dolor leve, 4 a 6 moderado y 7 a 10 severo. En quienes no entienden esta escala se pueden utilizar descriptores verbales como dolor leve, moderado y severo ²⁴.

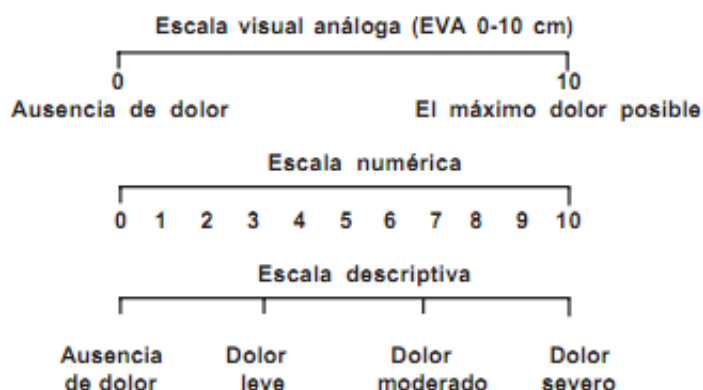


Figura 2: Escalas para medir la intensidad del dolor ²⁴.

El tratamiento analgésico del dolor oncológico dependerá del tipo de dolor y de la intensidad de éste. El primer escalón de la analgesia desarrollado por la OMS está formado por paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y su uso está indicado en caso de dolor leve o moderado ⁷. Los AINES constituyen la primera opción en el dolor óseo, como es el caso de las metástasis ¹.

El segundo escalón lo conforman los opioides menores o débiles, entre los que destacan el tramadol y la codeína ⁷.

Dolores con EVA igual o superior a 7, debieran motivar el uso de fármacos ubicados en el tercer escalón de la EA. El opioide de referencia es la morfina, que puede utilizarse por vía oral, tanto de liberación rápida como sostenida, por vía intramuscular, intravenosa y subcutánea ¹. En todos los peldaños que conforman la EA se permite el uso de medicamentos adyuvantes tales como antieméticos, anticonvulsivantes y antidepresivos para tratar los síntomas asociados al cáncer ²².

Como norma general, nunca deben asociarse fármacos del segundo y tercer escalón, ya que su combinación no aumenta la eficacia analgésica, pero sí la toxicidad ⁷.

Los analgésicos opioides son útiles para el tratamiento del dolor de diversas etiologías, sin embargo, los efectos adversos si no son manejados de la manera apropiada, podrían constituir posibles limitaciones para su uso. Náuseas, estreñimiento, sedación y cambios cognitivos pueden desencadenarse sobre todo al inicio de la terapia o al aumento de dosis ²⁵. El tramadol puede provocar náuseas, vómitos, sedación, sequedad de boca, irritación nerviosa, hipotensión

ortostática con taquicardia y molestias gastrointestinales. La morfina por su parte puede desencadenar además depresión respiratoria, hipotermia, miosis y bradicardia ²⁶.

La OMS, además de la EA, propone guías de tratamiento para el dolor por cáncer. Entre éstas, cinco sencillas recomendaciones para el correcto uso de analgésicos de modo que la terapia prescrita resulte eficaz:

1. Administración de analgésicos por vía oral siempre que sea posible.
2. Uso de analgésicos a intervalos de tiempo regulares.
3. Prescripción de analgésicos de acuerdo a la intensidad del dolor, previa evaluación de éste a través de una escala especialmente diseñada para ello.
4. Dosificación de medicamentos adaptada a la necesidad de cada paciente.
5. Prescripción de analgésicos con una constante preocupación por parte del equipo médico, el paciente y su familia acerca de cómo y cuándo administrarlos ²².

Como se ha mencionado, el dolor moderado a severo que afecta a quienes padecen de cáncer, lo convierte en un importante problema de salud pública a resolver. Esto ha llevado a profesionales del área de la salud y a autoridades sanitarias a crear Unidades de Tratamiento Paliativo del Dolor y Sociedades Científicas para su estudio y tratamiento, involucrando a una gran variedad de especialidades, de modo de lograr una asistencia integral, multidisciplinaria y continuada ²⁷.

En Chile, los cuidados paliativos surgen como iniciativa para aliviar el sufrimiento de pacientes terminales y sus familias. El Programa Nacional de Alivio del Dolor (AD) por cáncer y Cuidados Paliativos (CP), emerge en 1994 del Programa Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud, siendo aprobada en 1998 en calidad de Norma General Técnica N° 31 y 32 ²⁸. Posteriormente, en 2003, se incorporó al Plan de Acceso Universal y Garantías Explícitas (AUGE), oficializado al Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2007, lo que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento, teniendo como objetivos mejorar la calidad de vida y contribuir a una muerte digna en estos pacientes, siendo su principal fortaleza el compromiso de los distintos miembros de los equipos multidisciplinarios de toda la red asistencial ²⁹.

Dentro de una serie de recomendaciones que aparecen en esta Guía, se menciona también que cada unidad debe disponer de un equipo interdisciplinario capacitado, entre éstos un Químico Farmacéutico. La participación de la Unidad de Farmacia es fundamental para garantizar la disponibilidad de analgésicos e insumos prioritarios en la oportunidad necesaria en toda la red asistencial ²⁹.

La OMS define los CP como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Corresponde al equipo sanitario aproximarse a los enfermos y a sus familiares con el objetivo de responder a sus necesidades ¹.

En el ámbito internacional, los CP se definen como aquellos cuidados destinados a aliviar el sufrimiento, cuando ya no es posible curar, y mejorar la calidad de vida sin modificar el curso natural de la enfermedad. La filosofía de los CP contempla procedimientos de invasión mínima que eviten el exceso terapéutico y disminuyan el sufrimiento innecesario del paciente y sus allegados ⁹.

La Guía Clínica de AD por cáncer avanzado y CP del Ministerio de Salud de Chile se propone igualmente como objetivo, contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer avanzado, de su familia y de su entorno, a través de estrategias de derivación y atención oportuna, además de evaluación y tratamiento efectivo. Para ello, el paciente y su familia recibirán el conjunto de atenciones en uno de los tres niveles de atención en salud existentes: primario, secundario y terciario ²⁹.

De acuerdo a lo que indica esta Guía Clínica, el nivel primario de atención recibe al paciente en condición estable. En este caso la atención puede efectuarse en forma ambulatoria, en el consultorio o en su domicilio y el equipo encargado de su monitorización, incluye médico, psicólogo, químico farmacéutico, asistente social, y enfermera ²⁹.

Si el paciente evoluciona de modo inestable en más de dos controles, debe ser derivado al nivel secundario para su estabilización, donde requerirá evaluación continua por parte de los mismos integrantes mencionados en el nivel primario, pero el plan de monitoreo se amplía a las formas ambulatoria, hospitalizada, domiciliaria y telefónica. Si aún con estas acciones el paciente presenta dolor refractario, debe ser derivado al nivel terciario de atención en un plazo no superior a las 72 horas ²⁹.

En este último caso, el especialista de la Unidad de AD por cáncer y CP, presentará el caso clínico al Comité del Dolor y en conjunto con los especialistas de este nivel, se decidirá el plan terapéutico. Habitualmente el paciente requerirá atención cerrada durante algunos días y una vez estabilizado, podrá ser referido al nivel secundario de origen ²⁹.

En este contexto, establecer un seguimiento de los tratamientos farmacológicos es muy importante y recae en el profesional Químico Farmacéutico esta responsabilidad, debido a que

posee información sobre el paciente (edad, diagnóstico, alergias, etc.) y sobre los medicamentos prescritos³⁰.

Existe evidencia de que la Atención Farmacéutica (AF) en el enfermo con dolor crónico en colaboración con los otros profesionales implicados, mejora el tratamiento instaurado y permite disminuir la frecuencia de las consultas del paciente por problemas relacionados con la medicación analgésica, además de mejorar la calidad de la atención³¹. El éxito del tratamiento en el dolor crónico radica en efectuar un seguimiento y monitorización individualizada que permita conseguir una analgesia de calidad, y evitar la aparición de efectos secundarios. Para ello el farmacéutico puede ser un útil colaborador³².

Todo lo anterior, da cuenta de la importancia de la participación del químico farmacéutico en el equipo de salud responsable de los pacientes derivados al Programa de AD y CP, para la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y la implementación de programas de AF. En relación a estos últimos, es necesario indicar que sus alcances y beneficios han sido definidos por los farmacéuticos norteamericanos Hepler y Strand como la entrega responsable de una terapia medicamentosa con el propósito de alcanzar metas específicas que mejoren la calidad de vida del paciente. Las metas pueden tender a prevenir o curar una enfermedad, eliminar o reducir los síntomas de una patología y detener o retardar el desarrollo de ésta³³.

En España, el término PRM se definió por primera vez en 1998, en el Primer Consenso de Granada sobre PRM. Diferentes interpretaciones de la definición original supusieron que el concepto se revisara nuevamente en el año 2002, en el Segundo Consenso de Granada, donde finalmente quedó enunciado como “problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados”³⁴.

Por otro lado, es necesario señalar que, independientemente de la patología del paciente y de los medicamentos que esté recibiendo, el farmacéutico debiera estar siempre involucrado en su proceso de atención y seguimiento farmacoterapéutico (SFT), de modo de evaluar sus necesidades y determinar si la terapia recibida es la más apropiada, efectiva y segura³⁵. El SFT es considerado como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de PRM para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continua, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales de la salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. El Método Dáder

permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, permitiendo registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia, a través de pautas simples y claras, además que este método se caracteriza por ser adaptable ³⁶.

Siguiendo las recomendaciones que entrega la Guía Clínica de AD por cáncer avanzado y CP del Ministerio de Salud, la atención domiciliar cobra especial relevancia considerando que muchas veces estos pacientes no se encuentran en condiciones óptimas para dirigirse al recinto asistencial. En este contexto, el farmacéutico debe participar en todo proceso de atención al enfermo terminal, integrado en el equipo multidisciplinario, contribuyendo al logro de los objetivos del tratamiento ³⁷; por lo mismo, su incorporación a las visitas a domicilio, permite entregar información especializada y razonada respecto de los medicamentos utilizados, tales como pautas de acción entre la aparición de posibles crisis y orientaciones para la comunicación con el enfermo, que van en directo beneficio del cuidado del paciente .

La acción profesional de los farmacéuticos tiene como objetivo principal colaborar en la obtención de los mejores resultados en la salud y la calidad de vida del paciente, mediante la monitorización de una farmacoterapia segura y eficaz. Un aspecto importante es ayudar a mejorar el cumplimiento terapéutico mediante estrategias educativas (dar información verbalmente y por escrito, de forma individualizada) ^{38,39}. Por otro lado, diversas investigaciones han demostrado que las intervenciones farmacéuticas (IF) y las consultas acerca de la farmacoterapia que formulan el paciente, sus familiares o cuidadores, pueden reducir el riesgo del paciente de sufrir reacciones adversas a medicamentos (RAM), por lo tanto, tales intervenciones no solo contribuyen a resultados clínicos deseados, sino también pueden producir ahorros sustanciales en el presupuesto de las instituciones ⁴⁰.

El Hospital Dr. Gustavo Fricke (HGF) de Viña del Mar pertenece a la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota y recibe las derivaciones más complejas de los niveles primario y secundario, por tratarse del Hospital Base del Servicio.

En este establecimiento, particularmente en su Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), un equipo multidisciplinario de profesionales del Programa AD y CP atiende a los pacientes con cáncer que concurren a control de su terapia farmacológica y patología. El Programa se inició en el HGF en 1998 con un médico y una enfermera, incorporándose diez años más tarde un químico farmacéutico.

En la actualidad el Programa cuenta con un equipo capacitado para manejo del dolor y CP, conformado por dos médicos internistas, una enfermera, una psicóloga y una terapeuta en Reiki.

De acuerdo a lo expuesto, en el presente trabajo se propone evidenciar el papel del químico farmacéutico como parte del equipo de salud, en un programa de atención al paciente con cáncer avanzado. Su formación específica en materia de medicamentos lo convierte en un profesional idóneo para realizar SFT, detectar y resolver a tiempo PRM en vistas al cumplimiento de la terapia farmacológica. Esto implica además, desarrollar labores educativas al paciente y familia, con el fin de mejorar la adherencia a la farmacoterapia, maximizando sus beneficios y minimizando sus riesgos.

HIPÓTESIS

La intervención del Químico Farmacéutico a través de la implementación de un plan de Atención Farmacéutica, permitirá detectar, prevenir y resolver Problemas Relacionados con Medicamentos en los pacientes incorporados al Programa de Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke, favoreciendo la adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Implementar un plan de AF para los pacientes incorporados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke para propiciar una adecuada adherencia al tratamiento y una mejora en su calidad de vida.

- **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar los pacientes atendidos en el Programa AD y CP y su medicación.
2. Detectar, prevenir y resolver PRM en los pacientes del Programa AD y CP.
3. Identificar los factores asociados al incumplimiento o cumplimiento parcial de la farmacoterapia indicada a los pacientes del estudio.
4. Diseñar material educativo que apoye a los pacientes y su entorno familiar, en aspectos relacionados con los riesgos y beneficios de los medicamentos utilizados y la importancia de su buen uso para el éxito de la terapia.
5. Evaluar la efectividad del plan de AF instaurado y su receptividad por parte de los pacientes incluidos en el estudio.
6. Incorporar al químico farmacéutico como parte activa del equipo multidisciplinario de CP.

PACIENTES Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio:

Se realizó un estudio epidemiológico, diseño no controlado y de tipo prospectivo e intensivo, desde febrero a julio del año 2012, que consideró tanto a pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado incorporados al Programa AD y CP del HGF de Viña del Mar, así como a cuidadores, cuando el paciente se encontró incapacitado de asistir al consultorio debido a su condición de salud.

Los pacientes y/o cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y previa derivación por parte del equipo médico de CP, fueron incorporados al plan de AF.

2. Pacientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado mayores de 18 años que ingresaron al Programa AD y CP entre enero y mayo de 2012, derivados por los médicos de CP al plan de AF (Anexo N°1).
- Pacientes con tratamiento farmacológico analgésico.
- Pacientes que firmaron voluntariamente el consentimiento de participación en el estudio (Anexo N° 2).
- Pacientes que obtuvieron puntaje ≥ 14 en el *Mini Mental State Examination*⁴¹ (Anexo N° 3).
- Adultos a cargo del paciente y su tratamiento cuando éste por motivos de salud, no podía entregar información o asistir a sus controles.
- Pacientes evaluados por el equipo de salud a través de las visitas a domicilios realizadas los días destinados para tal efecto durante las 21 semanas que comprendió el estudio.
- Pacientes y/o cuidadores ingresados al Programa antes del año 2012, derivados por el equipo de médicos de CP, que requerían profundizar aspectos relacionados con la terapia farmacológica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado menores de 18 años que formen parte del Programa AD y CP.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado mayores de 18 años que no aceptaron firmar el consentimiento de participación en el plan de AF.
- Pacientes que obtuvieron puntaje ≤ 14 en el *Mini Mental State Examination*.

- Pacientes que voluntariamente decidieron retirarse del estudio.

3. Métodos:

Caracterización de pacientes y diagnóstico de problemas asociados a la farmacoterapia:

Este período consistió en las siguientes etapas:

- a) Invitación de paciente a plan de AF.
- b) Explicación detallada del estudio, firma de consentimiento informado y evaluación cognitiva mediante el test *Mini Mental State Examination*.
- c) Revisión de fichas de control de cada paciente incorporado.
- d) Aplicación de entrevista de pre AF, test de Morisky- Green y encuesta de calidad de vida.

A los pacientes ingresados al Programa AD y CP desde enero de 2012 en adelante, se les informó de la existencia de este plan de AF orientado a resolver sus dudas y a obtener mayor conocimiento de sus medicamentos y de otros temas que para ellos fueran relevantes. Quienes mostraron interés y accedieron incorporarse, debieron firmar un consentimiento informado de participación.

Mediante la revisión de sus fichas, se logró conocer la situación particular de cada uno en relación a su terapia, evolución de la enfermedad, manejo de RAM, cumplimiento farmacológico, etc., considerando aspectos tales como EVA, posología y frecuencia de administración de los medicamentos para conocer cómo se estaba manejando el dolor.

La primera entrevista con el paciente consistió en la evaluación pre AF, basada en el Método Dáder de SFT ³⁶, con el fin de valorar el estado de situación de cada uno de ellos, en cuanto a inquietudes acerca de su salud y especialmente, medicamentos consumidos, lo que constituyó el punto de partida del plan de AF (Anexo N° 4). Además en esta instancia se aplicó un método indirecto para evaluar la adherencia a la terapia farmacológica, el test Morisky- Green ⁴² (Anexo N° 5), que tiene por finalidad valorar actitudes acerca del tratamiento, y la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 ⁴³ (Anexo N° 6).

Cuando el paciente no pudo incorporarse al plan de AF, porque su condición de salud se lo impidió, el SFT se realizó en conjunto con el cuidador principal, con el cual hubo contacto en un principio a través de la visita a domicilio y posteriormente vía telefónica y/o cuando éste acudía a los controles en el Consultorio. En estos casos no se realizó ninguna entrevista de las mencionadas anteriormente al paciente, por el estado de salud en el cual éste se encontraba, realizándose las IF siempre de acuerdo a la información entregada por el cuidador.

SFT y plan de educación:

Este período consistió en las siguientes etapas:

- a) Entrevistas sucesivas con los pacientes y/o cuidadores cada vez que éstos acudían a sus controles en el Consultorio.
- b) Seguimiento telefónico con pacientes y/o cuidadores.
- c) Visitas a domicilio con el equipo de CP a pacientes postrados o imposibilitados de asistir a controles.

Se utilizó una ficha de SFT (Anexo N° 7) en donde se consignaron los principales aspectos mencionados en la ficha de control de cada paciente, disponible en el box de atención de CP. Esto permitió conocer la situación particular de cada uno de ellos, su edad, sexo, diagnóstico, otras patologías concomitantes, EVA, medicamentos y posología.

Así sucesivamente se realizaron entrevistas con los pacientes al momento de asistir a sus controles y/o retiro de medicamentos en el HGF, ya sea en un box aparte disponible, o bien dentro de la misma consulta médica. Además, hubo contacto permanente con ellos vía telefónica, principalmente posterior a un cambio en la terapia, aumento de las dosis, o algún otro problema puntual que requiriese monitoreo constante.

Los pacientes postrados fueron visitados a domicilio y en esas ocasiones el cuidador principal fue quien recibió las instrucciones de manejo apropiado de los medicamentos y el contacto con éste se mantuvo en el tiempo vía telefónica, hasta el fallecimiento del paciente o hasta el término del estudio si el paciente aún seguía con vida. En esas ocasiones se tuvo la posibilidad de intervenir en aspectos relacionados con el buen uso de los medicamentos y condiciones de almacenamiento de los mismos, todo esto mediante la visita misma que permite conocer el entorno en el cual vive el paciente, el cuidador principal que está a cargo de él y las barreras que podrían influir en la correcta administración de los fármacos.

Se diseñó material educativo, en base a las necesidades observadas durante la estadía en el Consultorio de AD y CP, que consistió en tres folletos informativos, uno enfocado a dar a conocer qué son los CP y lo que el HGF ofrece, al ser éstos una garantía GES (Anexo N° 8); otro que explica ciertos mitos de la morfina (por la gran cantidad de comentarios que pacientes y cuidadores hacían mostrando cierto temor a su uso) (Anexo N° 9). Finalmente se elaboró un díptico para los pacientes incorporados al plan de AF y que se les entregó al momento de la entrevista final para reforzar todos los temas tratados con anterioridad (Anexo N° 10).

Además, en base a las preguntas frecuentes, tanto de pacientes como de cuidadores, y a las necesidades que a través de ellos se pudo percibir, en la etapa final del estudio se instauraron actividades de capacitación orientadas fundamentalmente a cuidadores, en conjunto con la enfermera de CP. Se abordaron temas básicos del funcionamiento del Programa, aspectos farmacológicos así como también de enfermería muy útiles sobre todo en pacientes postrados. Además acompañamiento y espiritualidad en la fase de agonía y duelo.

Detección, clasificación y resolución de PRM e IF realizadas:

Para la detección y clasificación de los PRM se utilizó el Segundo Consenso de Granada³⁴, el cual establece una clasificación de éstos en seis categorías que a su vez se subagrupan en tres temas principales: necesidad, efectividad y seguridad.

Tabla 1: Clasificación de PRM Segundo Consenso de Granada³⁴.

NECESIDAD	
PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.
PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.
EFFECTIVIDAD	
PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
SEGURIDAD	
PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
PRM6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Por otro lado, se define Intervención Farmacéutica como la acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un plan de actuación acordado previamente con el paciente⁴⁴.

Sabater y col⁴⁵ establecen 10 tipos de intervenciones que un farmacéutico puede realizar para prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia (Anexo N° 11). Estas IF van orientadas a tres aspectos globales; intervención sobre la cantidad de medicamento, sobre la estrategia farmacológica y sobre la educación al paciente. En base a este criterio se categorizaron las intervenciones realizadas durante el período de estudio.

Evaluación de la eficacia del plan de AF:

Finalizado el plan de AF, se evaluó su eficacia mediante un cuestionario de post AF aplicada a los pacientes (Anexo N° 4), que contenía las mismas preguntas de la primera entrevista (pre AF). De acuerdo a las respuestas obtenidas por los pacientes y a lo que se esperaba lograr en base a los conocimientos adquiridos, se diseñó una pauta con puntajes definidos entre 0 y 3 (Anexo N° 12), donde 0 refleja menor conocimiento en general respecto de su(s) patología(s) y medicamentos asociados y 3 un mayor grado de información, que fue lo que se pretendió lograr una vez finalizada la intervención. Además se volvió a aplicar el test de Morisky- Green y la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30. Por otro lado se les agregó una pregunta cerrada, con alternativas de respuesta delimitadas para que evaluaran si percibieron o no alguna utilidad o beneficio tras el plan de AF y de ser así, en qué aspectos en particular les significó un aporte (Anexo N° 13).

En el caso de los cuidadores con los cuales se mantuvo el contacto a lo largo del estudio, en la fase final de éste, se les realizó esta misma pregunta (Anexo N° 13) vía telefónica, para saber si significó algún beneficio la inclusión de sus pacientes al plan de AF.

4. Análisis estadístico:

La caracterización demográfica de la población se realizó en base a promedios, frecuencias de aparición, rango y porcentaje.

El análisis de datos se realizó mediante el programa estadístico Stata versión 11, e incluyó la prueba de normalidad de Shapiro - Wilks. Los datos con distribución normal se analizaron con una metodología paramétrica mediante el test t-student y los que siguieron una distribución no normal con una metodología no paramétrica a través del test de Wilcoxon Mann-Whitney, considerándose intervalos de confianza de un 95% y una significación estadística de $p < 0,05$.

Las estadísticas descriptivas consideradas tanto antes como después de la intervención fueron mediana, media y desviación estándar.

Con el objeto de evaluar la fiabilidad de los instrumentos aplicados a los pacientes pre y post intervención, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los mismos.

RESULTADOS

Durante los meses en los que se llevó a cabo el estudio, comprendido entre febrero a julio del año 2012, ingresaron al Programa AD y CP del HGF un total de 168 pacientes, de los cuales la cantidad incorporada al plan de AF y SFT fue 80 (47,6%). De éstos, 2 quedaron fuera de la intervención; uno porque decidió abandonar el plan y otro porque dejó de asistir a los controles y tampoco fue posible localizarlo por vía telefónica para realizar la entrevista final. Finalmente 78 pacientes conformaron la muestra, lo que representa un 46% de los pacientes ingresados al Programa durante dicho período.

Cabe destacar, que del número total de pacientes en estudio, la distribución fue la siguiente:

- 29 pacientes (37,2%) fueron incorporados al plan de AF, de los cuales 10 fallecieron durante el transcurso del estudio, por tanto, finalmente sólo a 19 de ellos se les pudo aplicar la entrevista final (entrevista de post AF, test de Morisky - Green y encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30).
- 49 cuidadores (62,8%) de pacientes fueron incorporados, debido a que por las condiciones de salud en las que se encontraba el paciente no podía acudir a controles y era el cuidador el que llevaba todas las indicaciones médicas. La gran mayoría de los ingresos al plan se realizó durante la visita a domicilio efectuada por el equipo o por alguna situación puntual pesquisada en el policlínico que ameritara mayor conocimiento acerca de los medicamentos por parte del cuidador, por ejemplo necesidad de rotación de opioides, de seguimiento telefónico por mala comprensión de las indicaciones de uso de los medicamentos u otro hecho que requiriera un contacto permanente. De estos 49 pacientes, 44 habían fallecido hasta la fecha del cierre del estudio.
- Por tanto, al finalizar el plan de AF, del total de 78 pacientes incorporados 24 permanecían con vida y 54 habían fallecido.

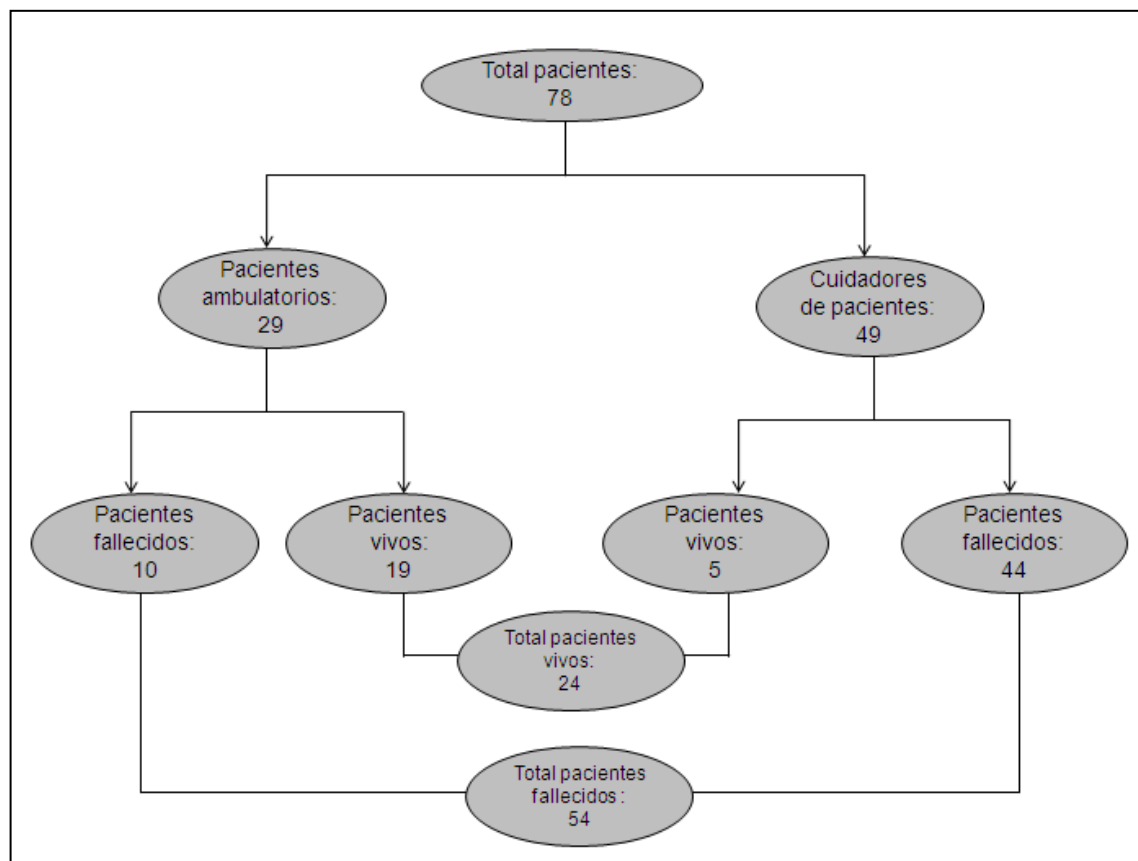


Figura 3: Distribución de pacientes incluidos en el estudio.

1. Caracterización de los pacientes:

1.1. **Sexo:** del total de 78 pacientes, 50 son mujeres (64%) y 28 hombres (36%).

1.2. **Edad:** el rango etario del total de pacientes fluctuó entre los 35 y 94 años, con una edad promedio de 70,5 años.

La edad promedio para las mujeres fue 71,4 años y 68,7 años para los hombres.

De estos, 63 pacientes eran adultos mayores (personas de 60 años o más), lo que corresponde a un 81%.

Para lograr apreciar mejor la distribución de pacientes de acuerdo a su edad y sexo, los datos se muestran en el siguiente gráfico:

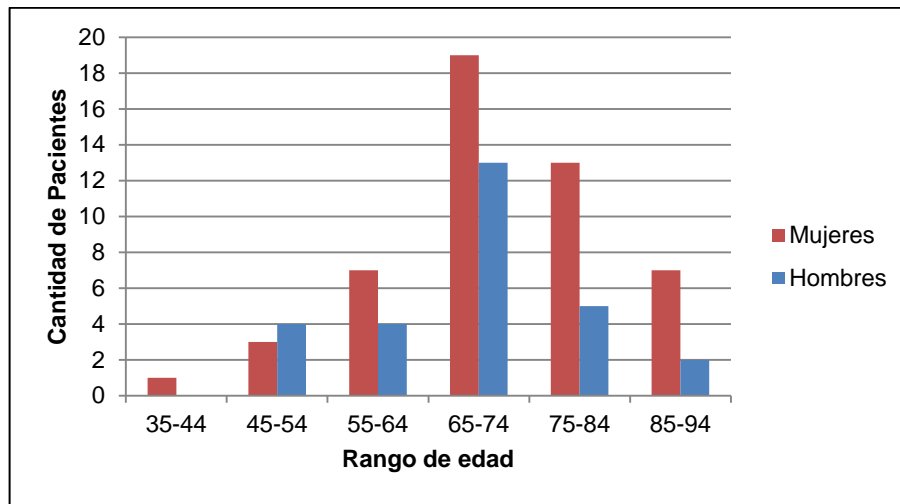


Figura 4: Distribución de pacientes según rango de edad y sexo (n = 78).

1.3. Patologías concomitantes: del total de 78 pacientes, 55 de ellos tenían antecedentes de comorbilidades previas al diagnóstico de cáncer. Por otra parte, 12 pacientes no poseían mórbidos en control y en el caso de 11 pacientes este dato no estaba especificado en la ficha clínica.

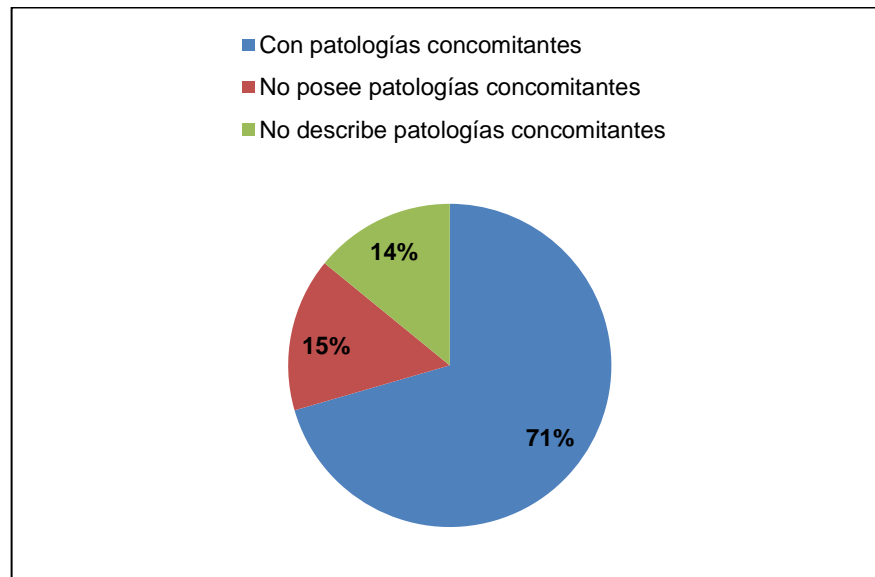


Figura 5: Distribución porcentual de pacientes de acuerdo a existencia de patologías concomitantes (n = 78).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron las más prevalentes con un 49%, dentro de las cuales el 86% correspondió a hipertensión arterial (HTA), el 7% a dislipidemia y el otro 7% a cardiopatía coronaria.

En segundo lugar se encuentra diabetes mellitus tipo 2 con un 21% de prevalencia.

Otras patologías consideran obesidad, hipotiroidismo primario e insuficiencia renal crónica y representan un 9% del total.

La depresión y las enfermedades óseas, como osteoporosis y artrosis, constituyen cada una un 8% de prevalencia, mientras que las enfermedades respiratorias, tales como asma y enfisema pulmonar, alcanzan un 5%.

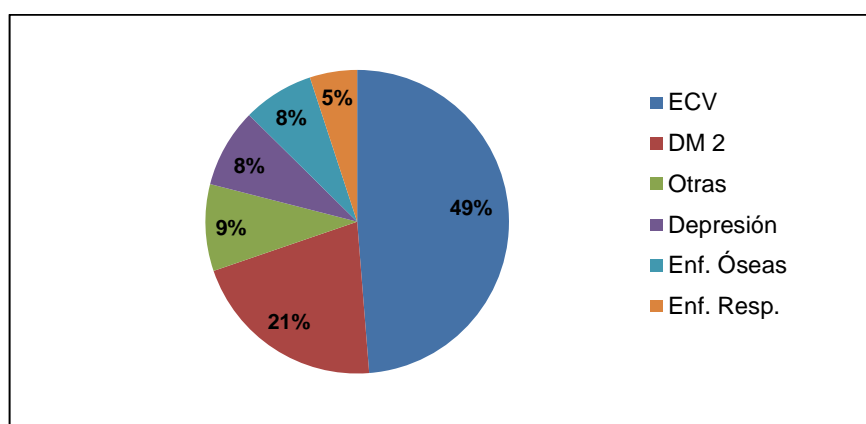


Figura 6: Distribución porcentual de pacientes según patologías concomitantes (n = 55).

1.4. Tipo de cáncer:

Tabla 2: Distribución de pacientes según tipo de cáncer diferenciado por sexo.

Tipo de cáncer	Cantidad mujeres	Porcentaje mujeres	Cantidad hombres	Porcentaje hombres	Cantidad total pacientes	Porcentaje total
Pulmonar metastásico	7	14,0	3	10,7	10	12,8
Vesicular y vía biliar metastásico	7	14,0	2	7,1	9	11,5
Colon metastásico	5	10,0	2	7,1	7	9,0
Rectal	6	12,0	0	0	6	7,7
Próstata metastásico	0	0	6	21,4	6	7,7
Mama	5	10,0	0	0	5	6,4
Gástrico	4	8,0	2	7,1	6	7,7
Renal metastásico	2	4,0	3	10,7	5	6,4
Pancreático	3	6,0	2	7,1	5	6,4
Esofágico	3	6,0	1	3,6	4	5,1
Ginecológico	3	6,0	0	0	3	3,8
Hepático metastásico	2	4,0	0	0	2	2,6
Leucemia aguda refractaria	1	2,0	1	3,6	2	2,6
Sarcoma metastásico	1	2,0	1	3,6	2	2,6
Tumor de SNC	0	0	1	3,6	1	1,3
Metastásico primario desconocido	0	0	1	3,6	1	1,3
Piel	0	0	1	3,6	1	1,3
Orofaringeepidermoidemetastásico	0	0	1	3,6	1	1,3
Anal metastásico	1	2,0	0	0	1	1,3
Mesotelioma maligno recidivante pleural	0	0	1	3,6	1	1,3
TOTAL	50	100	28	100	78	100

1.5. Tipo de dolor: de acuerdo a los datos obtenidos desde las fichas clínicas de los pacientes, 44 de ellos presentan dolor tipo visceral (56%), 26 del tipo somático (33%), 5 dolor neuropático (7%) y 3 pacientes dolor mixto (neuropático/somático) (4 %).

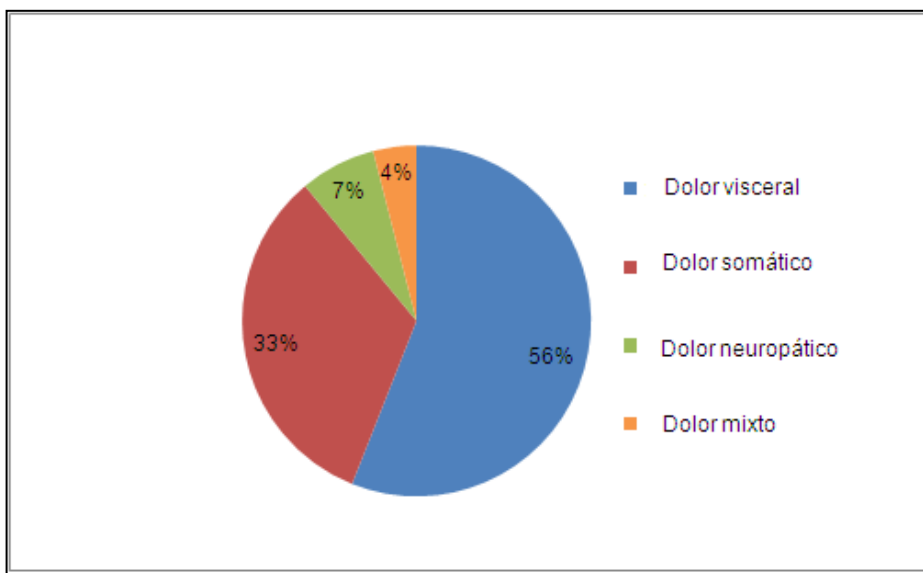


Figura 7: Distribución porcentual de pacientes según tipo de dolor (n = 78).

1.6. Tiempo de permanencia en el Programa: el tiempo de permanencia de los pacientes analizados oscila entre los 5 y 1110 días. Siendo el promedio para las mujeres de 92 días y para los hombres de 141 días. En general, el promedio de permanencia es de 109 días. Para obtener estos datos se consideró n = 54 ya que al final del estudio esa fue la cantidad de pacientes fallecidos.

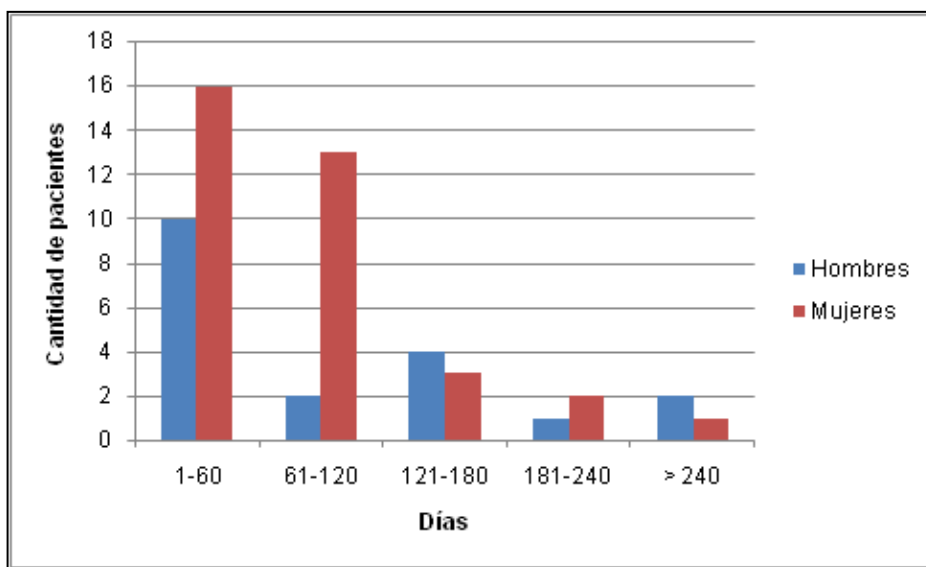


Figura 8: Distribución de pacientes según intervalo de permanencia en el Programa diferenciados por sexo (n = 54).

- 1.7. Conocimiento del diagnóstico y pronóstico de su patología:** del total de pacientes incorporados en el estudio (n = 78), el 51% (n = 40) conoce su diagnóstico, el 19% (n = 15) no lo conoce y el 30% (n = 23) no tenían especificado este antecedente en su ficha clínica. Respecto del pronóstico de la enfermedad, el 15% (n= 12) de los pacientes sí lo conoce, el 30% (n = 23) no lo conoce y el 55% (n = 43) no tenía consignada esta información en su ficha.

2. Caracterización cualitativa del consumo de fármacos y aspectos relacionados:

- 2.1. Medicamentos utilizados:** del total de 78 pacientes, el 100% de ellos recibe tratamiento farmacológico para el alivio del dolor. Para la caracterización de éstos, se describirán de acuerdo a la disponibilidad de medicamentos presentes en el arsenal de la Farmacia para pacientes del Programa AD y CP del HGF y al modelo propuesto por la OMS a través de los distintos escalones de la EA (Anexo N° 14) (Tabla 3).
- El analgésico no opioide más prescrito es el paracetamol.
 - En cuanto a los opioides débiles, los utilizados son tramadol y codeína. Respecto de éste último, se encuentra disponible en el Arsenal Farmacológico, su asociación con paracetamol dentro de la misma forma farmacéutica.
 - Entre los opioides potentes utilizados se encuentran buprenorfina y fentanilo (parche), morfina y metadona (tanto para administración subcutánea como oral).
 - Los fármacos coadyuvantes utilizados fueron laxantes (entre éstos aloe vera, vaselina líquida y enema evacuante); metoclopramida como antiemético; antipsicóticos como haloperidol y quetiapina; los ansiolíticos alprazolam, clonazepam y diazepam; los corticoides dexametasona y prednisona; pregabalina utilizada por su acción analgésica en el dolor neuropático; el pamidronato (bifosfonato) para pacientes con metástasis óseas y el anticolinérgico escopolamina, útil en situación de agonía cuando los estertores premortem son la principal causa de angustia sobre todo para los familiares de los pacientes.
 - Además y de acuerdo a las patologías concomitantes, los pacientes consumían otros medicamentos para el control de sus enfermedades crónicas, tales como HTA, diabetes mellitus, dislipidemias, entre otros, según se puede inferir de los controles en sus respectivos Consultorios de Atención Primaria en Salud.

Tabla 3: Medicamentos utilizados en los pacientes evaluados (n = 78).

Clasificación	Medicamento o acción terapéutica	Cantidad pacientes	*Frecuencia en % de pacientes
No opioides	Paracetamol	29	37
Opioides débiles	Tramadol	62	79
	Codeína/paracetamol	5	6
Opioides potentes	Buprenorfina	47	60
	Morfina (ampollas)	30	38
	Morfina (gotas)	18	23
	Fentanilo	13	17
	Metadona	2	2
Coadyuvantes	Laxantes	69	89
	Antieméticos	61	78
	Antipsicóticos	37	47
	Ansiolíticos	21	27
	Corticoides	17	22
	Analgésico/anticonvulsivante	12	15
	Bifosfonatos	9	12
	Anticolinérgicos	4	5

* Los medicamentos se prescriben de manera concomitante en los pacientes y por tanto, la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

2.2. Efectos adversos asociados a los medicamentos: de los 78 pacientes, 64 de ellos (82%) presentaron algún tipo de reacción adversa a los analgésicos durante el transcurso del estudio. Los efectos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4: Distribución de efectos adversos a opioides observados durante el estudio (n = 64).

Efecto adverso	Cantidad pacientes afectados	*Frecuencia en % de pacientes
Náuseas	43	67
Estreñimiento	42	66
Vómitos	34	44
Somnolencia	15	23
Sequedad bucal	6	9
Irritación local, prurito	5	8
Mareos	5	8

* Los eventos se presentaron de manera concomitante en relación al uso de los medicamentos y por tanto la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

Se hicieron 11 notificaciones de sospechas de RAM a la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED); de éstas, 6 correspondieron a buprenorfina, 3 a tramadol y 2 a morfina gotas. El 13% de los pacientes precisó modificación del tratamiento debido a

efectos adversos, siendo el principal motivo, la irritación local provocada por los parches para administración transdérmica de buprenorfina.

- 2.3. Vías de administración:** las vías de administración de los medicamentos, utilizadas en el Programa son la vía oral, transdérmica y subcutánea. Del total de 78 pacientes, el 100% de ellos reciben (fundamentalmente al inicio de la terapia) medicamentos por vía oral, 56 pacientes (72%) vía transdérmica y 30 (38%) vía subcutánea, especialmente en la etapa final, cuando la vía oral no está disponible.
- 2.4. Terapias complementarias:** del total de pacientes incorporados al estudio (n = 78), el 26% de éstos utilizaba algún tipo de terapia complementaria, siendo la más frecuente el consumo de graviola, hongos tibetanos y gorgojos. Además, dentro de la atención multidisciplinaria que se le entrega tanto al paciente como a su familia o entorno más cercano, el Reiki es otra alternativa para quienes lo soliciten como opción personal.
- 3. Detección, clasificación y resolución de PRM detectados:** del total de 78 pacientes, durante el seguimiento se detectaron 150 PRM, con un promedio de 1,9 por paciente. A continuación se detalla el tipo de PRM (Tabla 5) y la intervención realizada para su resolución (Tabla 6).

Tabla 5: Clasificación de PRM detectados de acuerdo a Segundo Consenso de Granada (n = 150).

Tipo de PRM	Cantidad	Porcentaje (%)
NECESIDAD		
PRM 1	86	57
PRM 2	14	9
EFFECTIVIDAD		
PRM 3	---	---
PRM 4	40	27
SEGURIDAD		
PRM 5	10	7
PRM 6	---	---

La detección y evaluación de los PRM generaron las intervenciones tabuladas a continuación.

Tabla 6: Clasificación de las Intervenciones Farmacéuticas realizadas para la resolución de PRM.

Categoría	Intervención realizada	Cantidad	%
Intervención sobre la cantidad de medicamento	- Modificar dosis	6	2
	- Modificar dosificación	---	---
	- Modificar pauta de administración	27	9
Intervención sobre estrategia farmacológica	- Añadir un medicamento	30	10
	- Retirar un medicamento	3	1
	- Sustituir un medicamento	8	3
Intervenir sobre la educación al paciente	- Educar en el uso de medicamentos	102	35
	- Modificar actitudes al tratamiento	86	30
	- Educar en medidas no farmacológicas	29	10
TOTAL		291	100

Todas las intervenciones se efectuaron de forma oral tanto con los pacientes y/o cuidadores, así como con el equipo de CP, dejando registro de éstas en la ficha de atención del paciente.

De un total de 291 intervenciones realizadas, 217 (75%) correspondieron a la categoría de educación al paciente, en relación con el uso de medicamentos, las actitudes frente a su tratamiento y medidas no farmacológicas, lo cual refuerza la idea de que la AF debe proveerse de manera continua en el tiempo, reforzando estos aspectos que pretenden cambiar conductas en los pacientes, entregando la información y herramientas adecuadas para lograrlo.

4. Evaluación de test de Morisky - Green, encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y entrevistas pre y post AF:

De los 29 pacientes ingresados al plan de AF, a 19 se les pudo hacer las entrevistas pre y post intervención debido a que durante los meses que duró el estudio, 10 de éstos fallecieron.

- 4.1. Test Morisky - Green:** este cuestionario es un método subjetivo indirecto para valorar la adherencia de los pacientes a su terapia farmacológica. Si el paciente responde de forma incorrecta a una de las cuatro preguntas que lo componen, se le considera incumplidor. Para realizar un análisis más detallado de las respuestas obtenidas de los pacientes, se graficaron los resultados por separado para cada pregunta y finalmente la adherencia global de los pacientes pre y post AF.

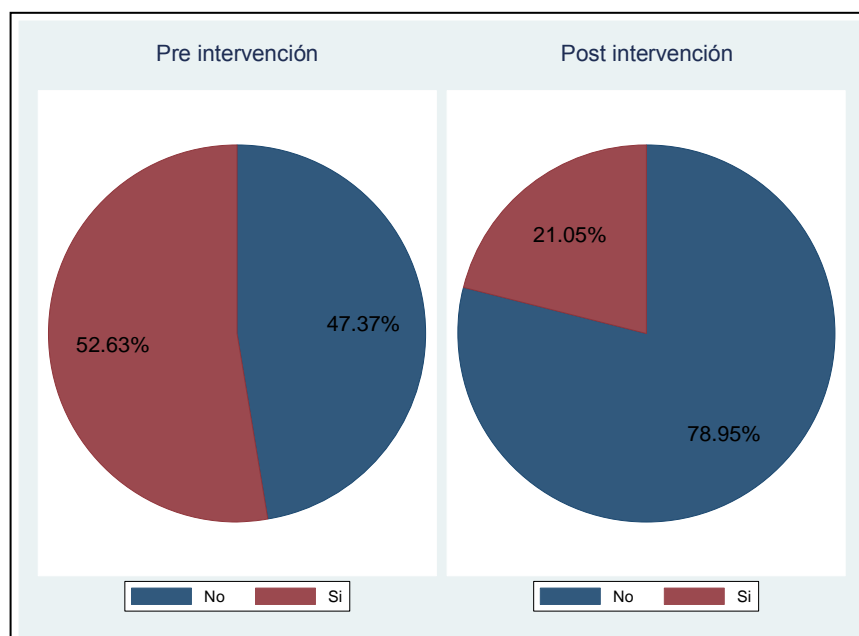


Figura 9: Representación porcentual de respuestas entregadas por los pacientes pre y post intervención para la primera pregunta: ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? (n = 19).

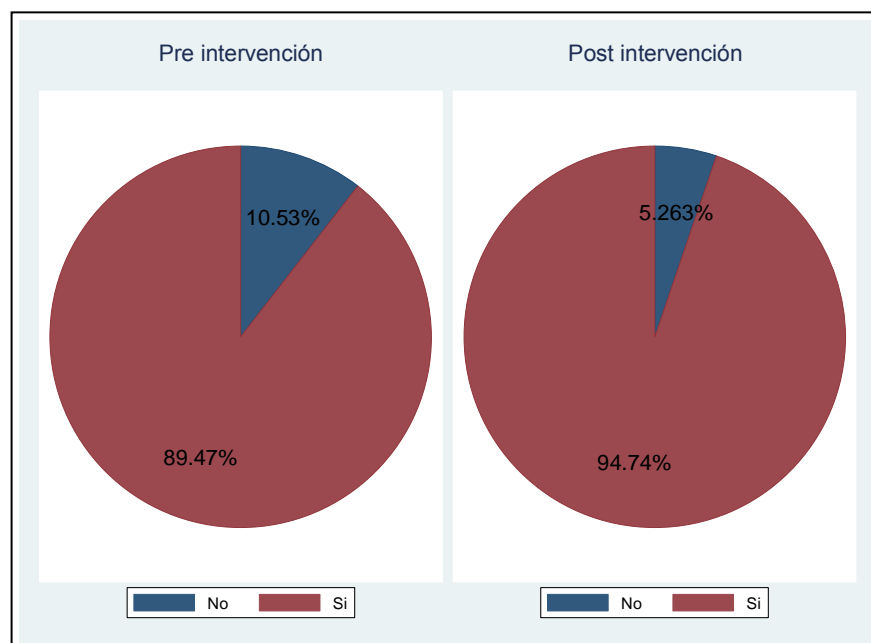


Figura 10: Representación porcentual de respuestas entregadas por los pacientes pre y post intervención para la segunda pregunta: ¿Toma los medicamentos a la hora indicada? (n = 19).

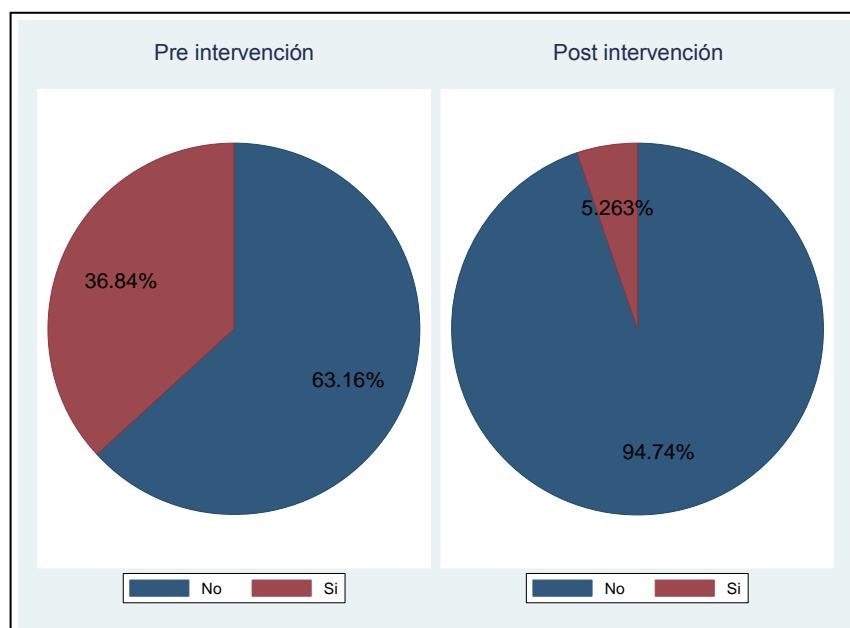


Figura 11: Representación porcentual de respuestas entregadas por los pacientes pre y post intervención para la tercera pregunta: Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos? (n = 19).

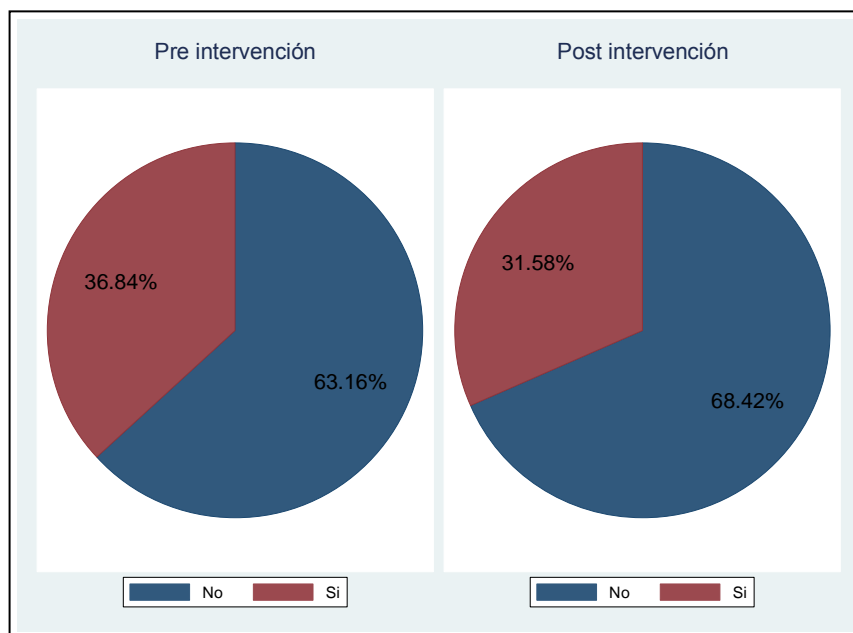


Figura 12: Representación porcentual de respuestas entregadas por los pacientes pre y post intervención para la cuarta pregunta: Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos? (n = 19).

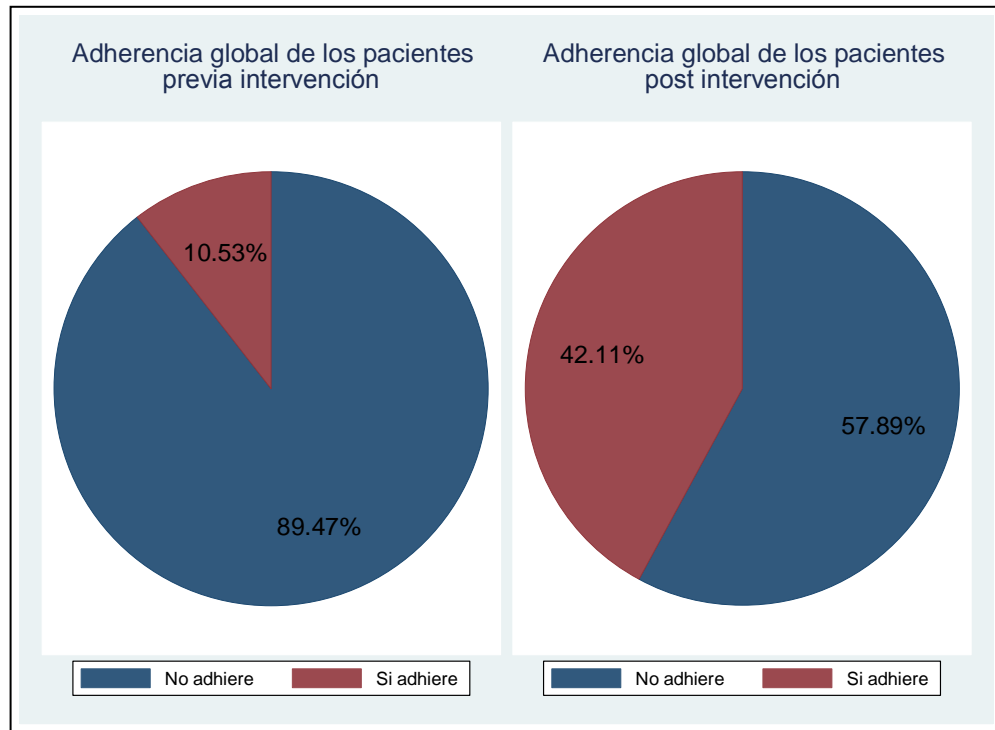


Figura 13: Representación porcentual de la adherencia global de los pacientes pre y post intervención (n = 19).

4.2. Encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y valoración de EVA: la calidad de vida es un fenómeno subjetivo por lo que es el paciente quien mejor puede medirla, al igual que la intensidad del dolor, designada mediante una nota de 0 a 10.

Es por esto que ambos parámetros se tabularon en conjunto para mostrar los resultados obtenidos comparando las respuestas entregadas por los pacientes tanto al momento de su ingreso al plan de AF así como al término de éste.

Se calcularon las estadísticas descriptivas mediana, media y desviación estándar de las variables calidad de vida (preguntas 1 a la 30) y EVA en la etapa pre intervención (Anexo N° 15) y luego en la etapa post intervención (Anexo N° 16).

Para comprobar si se cumplió o no la hipótesis planteada que postula a que la intervención del químico farmacéutico, permitió entre otras cosas, contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes, fue necesario previamente realizar una serie de análisis que permitieron dilucidar esta interrogante. Para ello hay que tener presente además, que la hipótesis nula, al ser el complemento de la anterior, indica que tras la intervención no hubo mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

El alfa de Cronbach permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala de medida. Es un modelo de consistencia interna que se aplica luego de desarrollar o aplicar

algún instrumento de medición, en este caso la encuesta de calidad de vida. A mayor valor de alfa mayor fiabilidad, siendo 1 el mayor valor teórico. Valores de alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna ⁴⁶.

Para la encuesta de calidad de vida se calculó el alfa y a continuación se detallan los valores obtenidos:

Tabla 7: Alfa de Cronbach para el instrumento EORTC QLQ-C30 versión 3.

Variables	α Cronbach
Pre intervención	0,8528
Post intervención	0,9338
Pre y post intervención	0,9423

Se detallan además las variables calidad de vida y EVA, tanto al inicio del estudio como al final de éste, el valor del estadístico de prueba y el valor de significancia para la comparación (valor p). Todas las comparaciones tuvieron como hipótesis de investigación que la media (o mediana según corresponda) es menor post intervención, ya que las respuestas a las preguntas 1 a 28 de la encuesta calidad de vida son cuantificadas con una cifra entera entre 1 y 4, correspondiendo el menor valor al mejor estado respecto al aspecto estudiado, lo mismo que para la escala del dolor EVA donde 0 indica sin dolor y 10 el máximo dolor posible. No ocurre así en el caso de las preguntas 29 y 30, ambas cuantificadas con una cifra entre 1 y 7, que se corresponden con un estado “pésimo” o “excelente” del paciente, por tanto en este caso la hipótesis de trabajo es que la media post intervención es mayor que pre intervención (Anexo N° 17, 18, 19).

Finalmente, se presentan las comparaciones de la encuesta de calidad de vida de acuerdo a las tres escalas que la componen: funcional, de síntomas y de salud global ⁴⁷ (Anexo N° 20).

- 4.3. Entrevista de evaluación pre y post AF:** en este caso, la hipótesis planteada postula que tras el plan de AF los pacientes adquirieron un mayor nivel de conocimiento acerca de su terapia y aspectos relacionados, lo que les permitió contar con herramientas para enfrentarse a eventuales crisis de dolor, conocer las dosis máximas a utilizar de cada medicamento, saber a qué atribuir las posibles náuseas, vómitos o estreñimiento y por ende, prevenir tales efectos o manejarlos adecuadamente. La hipótesis nula, por el contrario, indica que tras la intervención, los pacientes no adquirieron conocimientos superiores a los que ya tenían previo a ésta.

Para la entrevista pre y post AF también se calculó el alfa de Cronbach y a continuación se detallan los valores obtenidos:

Tabla 8: Alfa de Cronbach para entrevista pre y post AF.

Variables	α Cronbach
AF pre intervención	0,4206
AF post intervención	0,4031
AF pre y post intervención	0,4975

AF: Atención farmacéutica

Todas las comparaciones tuvieron como hipótesis de investigación que la media (o mediana según corresponda) es mayor post intervención, ya que las respuestas de la entrevista pre y post AF son cuantificadas con una cifra entera entre 0 a 3, correspondiéndose el menor valor con un menor nivel de conocimiento.

También se verificó la distribución de las variables (normal o no normal) para el análisis estadístico (Anexo N° 21).

5. Evaluación de las intervenciones realizadas:

- 5.1. Entrevista a pacientes ambulatorios incorporados al plan de AF:** a 19 pacientes incluidos al plan de AF se les pudo realizar la entrevista final, a la cual se le añadió una pregunta (Anexo N° 13) para que ellos pudiesen evaluar la intervención realizada.

Del total de 19 entrevistas, 18 pacientes (**95%**) consideraron que este plan de AF sí les sirvió para aclarar dudas respecto de los medicamentos y otros aspectos relacionados con el Programa y 1 paciente (5%) respondió que le sirvió parcialmente ya que no tenía muchas dudas y por tanto no lo consideró tan necesario.

De los 18 pacientes a los cuales sí les reportó algún beneficio, a continuación se especifica en que aspectos les fue útil:

1. Para conocer la utilidad de cada medicamento y sus posibles efectos secundarios: 18 **(100%)** respondieron que sí.
2. Para saber cómo manejar la aparición de efectos secundarios: 17 **(94%)** respondieron que sí.
3. Para conocer dosis máximas a utilizar: 14 **(78%)** respondieron que sí.
4. Para comprender cómo utilizar correctamente los medicamentos (ej. cambios de parches, aumento de dosis de gotas según aumento del dolor): 13 **(72%)** respondieron que sí.
5. Para aclarar ciertos "mitos" en relación al uso de morfina y sus derivados: 7 **(39%)** respondieron que sí.

5.2. Entrevista a cuidadores de pacientes postrados: de los 49 pacientes correspondientes a esta categoría, cuya monitorización se llevó a cabo principalmente a través del cuidador, a 25 de éstos se les pudo hacer una breve entrevista final vía telefónica, una vez concluido el período de estudio (Anexo N° 13) para conocer si la intervención había servido y en qué aspectos lo había hecho de ser positiva la respuesta. Se seleccionaron estos 25 cuidadores en base a:

- Haber permanecido el paciente en el Programa por un mes o más.
- Haber existido en ese lapso de tiempo a los menos 10 contactos con el cuidador (ya sea vía telefónica o personalmente en domicilio y/o en el Consultorio).

Por tanto 25 cuidadores fueron entrevistados al final del estudio y 24 no pudieron serlo por no cumplir con los criterios anteriormente mencionados.

Del total de 25 entrevistas realizadas, 25 cuidadores **(100%)** consideraron que este plan de AF sí les sirvió para aclarar dudas respecto de los medicamentos y otros aspectos relacionados con el Programa.

1. Para conocer la utilidad de cada medicamento y sus posibles efectos secundarios: 25 **(100%)** respondieron que sí.
2. Para saber cómo manejar la aparición de efectos secundarios: 20 **(80%)** respondieron que sí.
3. Para conocer dosis máximas a utilizar: 22 **(88%)** respondieron que sí.

4. Para comprender cómo utilizar correctamente los medicamentos (ej. cambios de parches, aumento de dosis de gotas según aumento del dolor): 21 **(84%)** respondieron que sí.
5. Para aclarar ciertos “mitos” en relación al uso de morfina y sus derivados: 16 **(64%)** respondieron que sí.

Los cuidadores además plantearon otros aspectos en los cuales sintieron que les aportó la intervención, entre éstos mencionaron por ejemplo que les permitió mantener un nexo permanente con el equipo de CP y obtener respuestas más rápidas (por el constante contacto telefónico existente) ante eventuales crisis, las cuales no sólo tenían relación con los medicamentos, sino que también con situaciones en que se debió coordinar cambios de sonda folley, visitas a domicilio para pacientes que lo requiriesen, entrega de insumos para cambio de bránula fuera del horario de atención de CP en quienes estuviesen recibiendo terapia subcutánea, o resolución de dudas ante síntomas desconocidos para ellos, como los de la fase terminal o de agonía del paciente (somnolencia, confusión, angustia, agitación, estertores premortem, entre otros).

En general agradecieron la preocupación, amabilidad y disposición para resolver sus inquietudes y ayudarlos en situaciones que significaban verdadero estrés para ellos.

Por otro lado, quienes asistieron a las actividades de capacitación, expresaron siempre su satisfacción y agradecimiento frente a esta iniciativa, que no se había generado con anterioridad en el Programa, calificándola como muy buena y manifestando su deseo de posteriores charlas con otros temas que posibiliten, además, la participación del resto de profesionales del equipo, ya que por ejemplo, el aspecto psicológico es un tópico de constante preocupación de estos pacientes y sus familias; el no saber cómo abordar la realidad y si enfrentar o no el diagnóstico de la enfermedad por parte del paciente, son algunos de los temas de importancia, entre otros.

- 5.3. Evaluación de pares:** además de solicitar la evaluación por parte de los pacientes del Programa, se solicitó a todo el equipo de CP (n = 6) que respondiera dos preguntas, con el fin de conocer sus opiniones respecto de la intervención realizada con los pacientes, durante el período comprendido entre febrero y julio de 2012, considerando que ellos no habían tenido la experiencia de trabajar previamente con ningún otro tesista de Química y Farmacia.

Las preguntas fueron:

1. ¿Cómo evalúa la participación o presencia más sistemática de un QF en el equipo de CP?

2. ¿Qué otros aspectos relacionados con el quehacer del QF en el equipo de CP considera que no se abordaron en esta oportunidad y se debieran considerar posteriormente o perfeccionar para mejorar la calidad del servicio entregado?

A modo general las respuestas se pueden resumir según lo siguientes:

- El aporte del este profesional es indispensable para mejorar la adherencia a la terapia farmacológica, reforzar las indicaciones médicas y a su vez disipar todas las dudas referentes a la misma. Además el formar parte activa del equipo de salud refuerza la idea del trabajo interdisciplinario en la realidad de las Unidades de CP. Lo consideran importante, de gran ayuda y cooperación para el equipo, los pacientes y sus familiares, ya que no siempre se dispone del tiempo que se quisiera para educar en el tema de los medicamentos, sus horarios de administración, utilidad, contraindicaciones, entre otros, lo que sí puede lograrse con un químico farmacéutico motivado en el tema y proactivo. Además es crucial también educar en un aspecto muchas veces conflictivo, donde influyen creencias y valores culturales arraigados en la población y que dificultan la consecución de objetivos para el alivio del dolor de los pacientes, por ejemplo mitos en torno al uso de morfina y derivados.
- Otra de las apreciaciones se refieren a que los pacientes sienten una mejor calidad de atención al tener un químico farmacéutico a disposición para responder todas las consultas referentes a fármacos, control del tratamiento y resolución de dudas posterior al control médico, ya que se trata de un segmento de la población de alta sensibilidad por la condición de terminalidad en la que se encuentran.
- La capacitación a pacientes y sus cuidadores fue un tema que se abordó casi al término del estudio, después de percibir la realidad y necesidades. Lo anterior es de suma importancia y marcó el inicio de una actividad que debe realizarse de manera permanente y sistemática a través del tiempo, como una función propia del farmacéutico en las áreas que lo competen, tales como educación sobre administración de medicamentos, conocimiento y reporte de interacciones y reacciones adversas, creencias erróneas acerca de ciertos medicamentos, miedos entorno al consumo de derivados de la morfina, etc.

A partir de lo anterior, es posible plantear que otro aspecto que bien podría implementarse más adelante, es la dispensación misma de los medicamentos por parte del químico farmacéutico, quien posee el conocimiento preciso de las

indicaciones médicas y necesidades propias del paciente, por estar en permanente contacto con éste.

- El contacto telefónico es una actividad a perfeccionar, ya que constituye un medio eficaz, rápido y masivo que permite racionalizar los controles ambulatorios de los familiares y/o pacientes al box de atención.
- La evaluación del paciente en el domicilio también es de suma importancia que se siga considerando en posteriores intervenciones, tal como se realizó en esta oportunidad.
- Finalmente, de acuerdo a la apreciación del equipo es muy relevante que los pacientes cuenten con la posibilidad de realizar consultas directas al farmacéutico, paralelo a la atención médica.

DISCUSIÓN

En cuanto a la caracterización de los pacientes, en lo que respecta al sexo, se observa similar distribución con la realidad de otro estudio nacional de CP en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, donde un 66% correspondió a mujeres y 34% a hombres, muy parecido a la distribución obtenida para los pacientes del Programa en el HGF ⁴⁸.

En relación con la edad, el promedio para la población estudiada fue de 70,5 años, comportamiento similar al de otros estudios realizados a nivel nacional e internacional ^{27, 49}. Se observa además que el 81% de los pacientes que conformaron la muestra eran adultos mayores, lo cual es un reflejo de la transición demográfica que está viviendo Chile hacia el envejecimiento de la población, ya que los adultos mayores paulatinamente han adquirido mayor prevalencia poblacional ⁵⁰. Esto se relaciona con el hecho de que el envejecimiento es un factor en la aparición del cáncer, especialmente si se considera que la acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder la eficacia con la edad ⁵¹.

Las patologías concomitantes presentadas por los pacientes del Programa son un reflejo de la situación nacional actual, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos de la Primera Encuesta de Salud realizada en el 2003, más de la mitad de la población adulta chilena posee un riesgo cardiovascular alto o muy alto, con elevadas tasas de hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia. Además, entre las enfermedades prevalentes se encuentra la diabetes, artrosis, depresión y enfermedades respiratorias crónicas ⁵².

Respecto del tipo de cáncer, al año 2003 en Chile, los tres principales diagnósticos para las mujeres fueron cáncer de mama, gástrico y vesícula, mientras que en los hombres correspondieron a gástrico, próstata y pulmón ²⁹. De las mujeres pertenecientes al Programa, la mayor prevalencia se encontró para el cáncer colorrectal, pulmonar y vesicular, siendo sólo este último el punto de concordancia con la información entregada previamente. Mientras que para los hombres pertenecientes al estudio la mayor frecuencia se presentó en los cánceres de próstata y pulmón, lo que también coincide con la realidad del país, no así con el diagnóstico de cáncer gástrico. A nivel internacional, la agencia de la OMS, IARC (*International Agency for Research on Cancer*) indica que para Sudamérica el cáncer de mama, cuello uterino y colorrectal son los principales cánceres que se presentan en las mujeres y en el caso de los hombres coincide con lo indicado a nivel nacional: próstata, pulmón y gástrico ⁵³.

El tipo de dolor que se presentó con mayor frecuencia en estos pacientes fue el nociceptivo (89%), que considera tanto al dolor somático y visceral, luego el neuropático (7%) y finalmente el mixto (4%), hecho que coincide con otras unidades de CP^{48, 54}. La mayor frecuencia del dolor nociceptivo puede explicarse por la distribución de los diferentes tipos de cáncer en los pacientes que fueron parte del estudio, pues al existir mayor prevalencia de cáncer de próstata y pulmón metastásico a estructuras óseas, el dolor somático pasa a ser el predominante, mientras que los cánceres vesicular y colorrectal que también fueron los de mayor frecuencia, explicarían la alta existencia de dolor visceral.

De acuerdo a lo señalado por la Guía Clínica para el AD por cáncer y CP del Ministerio de Salud, el tiempo promedio de sobrevivencia de los pacientes del Programa en el año 2003 fue de 127 días²⁹, lo que se aproxima a los 109 días que fue el período de permanencia de los pacientes con los cuales se realizó la intervención. En relación con lo anterior, los Programas de AD y CP en la actualidad, propician el fallecimiento del paciente en su hogar y no en el hospital. Esto con la finalidad de contar permanentemente con la presencia de los seres queridos y de las cosas personales, y evitar la hospitalización que significa una ruptura con el entorno social habitual del enfermo^{55, 56}. Del total de pacientes fallecidos al final del estudio (n = 54), el 93% lo hizo en su hogar, mientras que el 7% falleció en recintos hospitalarios, similar a la realidad evidenciada en otro centro de CP del país²⁷.

El conocimiento del diagnóstico y pronóstico de la patología por parte del paciente es un proceso que debe estar integrado dentro de la atención integral que brindan los centros de CP⁵⁷. Del total de pacientes incorporados en el estudio el 51% conocía su diagnóstico y de éstos el 15% también tenía conocimiento de su pronóstico. Sin embargo, es necesario señalar que más del 50% de los pacientes con cáncer se dan cuenta en algún momento por la situación que están pasando, sin necesidad de recibir la información directamente⁵⁸, por lo que es oportuno hablar sobre la extensión de su enfermedad, sus síntomas y su control. Además requieren conocer el pronóstico de la misma para organizar lo que sea necesario con su familia o entorno más cercano⁵⁷. Aquí surge un concepto relevante: "Conspiración del Silencio" en donde aparece el conflicto ético en cuanto a la información y que puede definirse como el acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación. Por tanto, se debe estar consciente del derecho del paciente a saber la verdad, considerando al menos dos aspectos fundamentales por parte de los profesionales: informar acerca de lo que él quiera saber y ofrecerle un soporte ante la fragilidad que supone la enfermedad y la fase terminal, de lo contrario existe el riesgo de que surja la desconfianza y sensación de engaño⁵⁸.

En cuanto a la caracterización cualitativa del consumo de fármacos, ésta se hizo en base a las recomendaciones entregadas por la OMS de acuerdo a la intensidad del dolor y la utilización de los tres escalones analgésicos para lograr su alivio.

El dolor es un síntoma que tiene una elevada prevalencia en pacientes con cáncer avanzado y de ahí la importancia de su adecuado tratamiento, ya que además, socialmente, su alivio se asocia al concepto de muerte digna ^{54, 59}. Del total de 78 pacientes, todos recibieron tratamiento farmacológico analgésico, tanto con no opioides como con opioides, ya que ese fue uno de los criterios de inclusión al estudio. Un 37% de los pacientes fue tratado con paracetamol, correspondiente al primer escalón de la EA y un 85% con opioides débiles de acuerdo al Arsenal Farmacológico disponible para el Programa en el HGF, siendo en este caso el tramadol el medicamento más consumido, comportamiento similar a lo que ocurre con los Servicios de CP en España ⁵⁴. La acción analgésica del tramadol es moderada, entre codeína y buprenorfina, se absorbe bien por vía oral y se distribuye con rapidez ²⁶, por tanto constituye una buena elección para el tratamiento de dolores que se clasifican en el segundo peldaño de la EA.

En cuanto a los opioides potentes, los parches de buprenorfina fueron los más utilizados, alcanzando su uso en un 60% de los pacientes. Los métodos de liberación transdérmica son una solución efectiva para los pacientes con dolor crónico. El principio activo difunde pasivamente por la circulación sistémica y permite la mantención de niveles séricos por 72 horas. La buprenorfina tiene una potencia analgésica 25 a 50 veces superior a la morfina y debido a su bajo peso molecular y carácter lipofílico, es un fármaco adecuado para su aplicación por vía transdérmica, requiriendo menos ajuste de dosis y con menor incidencia de efectos adversos ^{59, 60}. Otro opioide utilizado frecuentemente es la morfina, ya sea para su administración por vía oral o bien parenteral. En este sentido, la Unidad de CP del HGF sigue la recomendación de la OMS de utilizar siempre que sea posible la vía oral, y posteriormente cuando por el progreso mismo de la enfermedad esto ya no es posible se recurre a la vía subcutánea. El fentanilo es entre 50 a 150 veces más potente que la morfina ²⁶, también se encuentra disponible para su administración transdérmica y se utiliza en menor proporción en el Programa, principalmente cuando el dolor no está siendo bien controlado con buprenorfina.

Entre los medicamentos coadyuvantes, los laxantes son los más utilizados, entre ellos, aloe vera, vaselina líquida o enema evacuante para administración rectal cuando el problema de constipación es más grave y no responde al tratamiento inicial. Lo anterior se explica porque aún cuando el paciente desarrolla tolerancia a la mayoría de los efectos adversos que provocan estos

analgésicos, no sucede lo mismo con el estreñimiento y por tanto se requieren medidas coadyuvantes de manera permanente ²⁶.

Los efectos adversos presentados por los pacientes coinciden con lo que dice la literatura al respecto ^{25, 26, 54}. Cabe señalar, además, que de todas las reacciones adversas presentadas por los pacientes, la irritación local y el prurito provocado por los parches de buprenorfina, fueron las que mayormente requirieron modificación del tratamiento, o bien, agregar algún otro fármaco que ayudara a controlar el síntoma.

En nuestro país, dentro del marco del Programa Nacional de Farmacovigilancia, y con el propósito de fortalecer la vigilancia en materia de medicamentos, la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) del Instituto de Salud Pública, recibe notificaciones de sospechas de RAM, cuyos reportes son evaluados y procesados por un comité de expertos. De esta manera, las sospechas de RAM detectadas durante el estudio y que significaron un cambio en la terapia, fueron debidamente informadas (Anexo N° 22) ⁶¹.

En cuanto a las vías de administración, y como ya se mencionó anteriormente, la vía oral se utilizó en todos los pacientes en algún momento de su estadía en el Programa, sobre todo al ingreso, debido a que constituye una vía de administración fácil, cómoda y que permite seguir manteniendo la autonomía del paciente. Con el transcurso del tiempo la vía oral deja de ser una opción, ya sea por intolerancia gástrica, imposibilidad para la deglución, náuseas, vómitos persistentes, estados confusionales y situación agónica. En estos casos lo más indicado es pasar a la vía subcutánea, por tratarse de una vía cómoda, poco dolorosa, de fácil manejo y mantención por los familiares y cuidadores, favoreciendo el cuidado del paciente en su domicilio ^{2, 62}. Esta vía fue utilizada en el 38% de los pacientes del Programa.

La detección y clasificación de PRM se llevó a cabo a través de lo establecido por el Segundo Consenso de Granada ³⁴ encontrándose una mayor frecuencia en los PRM de necesidad con un 66% del total. De estos problemas, el 57% se debió a que el paciente no recibió el medicamento que necesitaba, esto se produjo por varios factores, entre ellos el más importante es que los pacientes y/o cuidadores no comprendían la utilidad de los fármacos prescritos y por tanto no lo tomaban (57%). En otras ocasiones se encontró que no estaban prescrito por los médicos (29%) sobre todo los fármacos coadyuvantes para tratar reacciones adversas como náuseas y constipación y en cinco oportunidades (6%) esto se debió a que el medicamento aloe vera, no estaba disponible en la Farmacia del Consultorio, entre otros.

En cuanto a los PRM de efectividad, sólo se observaron aquellos asociados a uso de dosis, pauta y/o duración inferior a la que el paciente necesitaba. Los principales motivos fueron que el paciente no quería aumentar la dosis de los analgésicos opioides prescritos por temor a hacerse “adictos” o “no tener más opciones para el futuro cuando los dolores fueran más intensos” (según sus propias palabras). Otros de los motivos eran que no tenían claras las instrucciones de aumento de dosis y por tanto utilizaban menos analgésicos o menos dosis de fármacos coadyuvantes para prevenir efectos adversos.

Una vez detectado los PRM e identificadas las principales causas que los originaron, se decidió realizar las intervenciones de acuerdo a lo establecido por Sabater y col⁴⁵. Se realizaron en total 291 intervenciones principalmente en la categoría de intervención sobre la educación al paciente, tanto para educar en el uso de los medicamentos y disminuir el incumplimiento involuntario, como para modificar actitudes respecto al tratamiento y lograr disminuir el incumplimiento voluntario.

Estas intervenciones se realizaron tanto en el domicilio como en los controles ambulatorios y por vía telefónica. A lo largo de los meses que duró el estudio, se destinaron seis horas semanales a la visita domiciliaria, en conjunto con un médico y la enfermera del Programa. Esta instancia es muy relevante para el paciente que no puede acudir al hospital y cuya asistencia en su hogar significa un abordaje integral de sus necesidades, no sólo desde el punto de vista físico, sino que también social y espiritual.

Respecto a los cuidados que debe recibir el paciente, la Guía Clínica de AD por cáncer y CP²⁹ propone la atención por parte del equipo interdisciplinario en el nivel primario, secundario y terciario de salud, mediante una serie de recomendaciones, que en la práctica, no son así. El HGF al tratarse del hospital base del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, asume en esta Unidad de CP los roles tanto del nivel primario como secundario. Los consultorios no atienden a estos pacientes, porque no disponen de opioides en el Arsenal Farmacológico. La única intervención que el nivel primario tiene con estos pacientes es a través de su Programa de Postrados y que básicamente se encarga de tratar problemas asociados a esta condición, tales como cuidado de escaras o instalación de sondas. Esta Guía además menciona la existencia de un Comité del Dolor para el nivel terciario de salud cuando el paciente no ha logrado ser estabilizado con las medidas previas, hecho que en la realidad tampoco ocurre. Además el Programa no dispone de camas, en caso de requerir el paciente ser hospitalizado.

Los aspectos que se evaluaron tanto al inicio de la intervención cómo al final de ésta, en los 19 pacientes que continuaban con vida al momento del término del estudio, fueron el test de Morisky - Green, la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30, valoración de la intensidad del dolor mediante EVA y la entrevista pre y post AF. A continuación se discutirán los resultados de cada uno de estos instrumentos por separado.

- **Test Morisky - Green:**

Se utilizó para conocer la adherencia de los pacientes a su tratamiento, pero también para saber los principales motivos que llevaban a los pacientes al no cumplimiento de la terapia y poner énfasis en ello para educar, ya que si bien este test por sí sólo no constituye una herramienta única para medir la adherencia, la información obtenida durante la sesión de AF con los pacientes, permitía determinar o profundizar un poco más respecto de las causas que llevaban al incumplimiento. Al evaluar el test de manera global, previo a la intervención un 10% de los pacientes se consideró cumplidor y un 90% no cumplidor o no adherente. Tras el plan de AF un 42% fue adherente y un 58% continuó siendo no adherente.

Para la pregunta ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?, las diferencias pre y post intervención pueden deberse fundamentalmente a que se hizo hincapié a los pacientes de tomar los fármacos de acuerdo al concepto “reloj en mano”, es decir a intervalos regulares de tiempo y no esperar una crisis de dolor para hacerlo. Además cuando fue necesario se les entregó un calendario de administración para que lo pusieran en un lugar visible y que les permitiera recordar los horarios (Anexo N° 23), ya que muchos pacientes vivían solos o no tenían compañía durante el día, lo que obviamente dificultaba la ingesta regular de los analgésicos y/o coadyuvantes.

En cuanto a la pregunta ¿toma los medicamentos a la hora indicada?, en un principio el 90% de los pacientes dijo que sí, lo cual muchas veces se podía complementar con preguntas tales como ¿podría decirme usted a qué hora toma sus medicamentos todos los días?, ante lo cual respondían que dependía de la hora a la que se acordaban y generalmente no había mucha regularidad en las tomas. Post intervención un 95% de los pacientes dijo tomar los medicamentos a la hora indicada.

La pregunta, cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?, en un comienzo el 37% de los pacientes contestó positivamente, mientras que al final sólo el 5% refirió dejar de tomarlos cuando se sentía mejor. Esto se relaciona también con la educación al paciente y

a poner énfasis en la administración de medicamentos respetando los horarios indicados para asegurar un efecto analgésico continuado en el tiempo.

Para la última pregunta: si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?, al principio el 37% de los pacientes indicó que sí, y un 32% lo hizo al final. Esto se debe claramente a que muchas veces los efectos no deseados pueden dificultar mucho la vida cotidiana, impidiendo el funcionamiento normal del paciente, sobre todo las náuseas, vómitos y somnolencia.

A modo general entonces, se puede decir que se logró un mayor grado de adherencia tras la intervención, aumentándola de un 10 a un 42%. El que los pacientes no fuesen totalmente cumplidores se debió a dos factores principales, el olvido en la toma de los fármacos por tratarse de pacientes en su mayoría adultos mayores y a las reacciones adversas que muchas veces impedían su administración continua. Esto concuerda en algunos aspectos con lo señalado por Palop y Martínez ⁶³ en que los pacientes ancianos indican como razones para no cumplir correctamente con las recomendaciones prescritas por los médicos el olvido, los efectos adversos, apreciar falta de necesidad del tratamiento, falta de información acerca de la administración apropiada, los creen inefectivos o por dificultad para tragarlos cuando se trata de comprimidos.

- **Calidad de Vida:**

Uno de los objetivos claves de los Sistemas de Salud es la calidad de vida de los pacientes y su entorno. A partir de los años 90 aumentó el interés por evaluar formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida, siendo el propio paciente quien debe medirla, ya que se trata de un fenómeno subjetivo en donde la percepción sobre el estado de bienestar depende en gran parte del contexto cultural e historia personal de cada individuo ^{13, 64}.

La encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 se aplicó a los pacientes ambulatorios incorporados en el plan de AF, con el objetivo de evaluar si ésta mejoraba tras la intervención del químico farmacéutico, tal como se planteó en la hipótesis de trabajo. En aspectos como, problemas para realizar una caminata larga, requerir permanecer en cama o en una silla durante el día, sentirse ahogado o falta de aire, manifestar pérdida del apetito, náuseas y dificultades para mantener una vida social debido a la enfermedad o al tratamiento, hubo un aumento de 1 en la mediana respecto de lo respondido por los pacientes, pre intervención y post intervención. En cuanto a dificultades para dormir, dolor que pudiera interferir con las actividades diarias, irritabilidad y dificultades en la vida familiar producto de la enfermedad o del tratamiento, se registró un descenso de 1 en el valor de la mediana, no siendo lo anterior estadísticamente significativo. Finalmente, para 29 de las 30 preguntas que componen la encuesta, la hipótesis planteada se

rechazó, aceptándose sólo en la pregunta número 11 ¿ha tenido problemas para dormir? (Anexo N° 19), lo que puede interpretarse como que al haber mejor control del dolor en el paciente, se contribuyó a mejorar la calidad del sueño. Claramente, esto no constituyó una mejora significativa y, al analizar conjuntamente los tres aspectos que componen la encuesta (Anexo N°20), a saber, escala de salud global, funcional y de síntomas, no se aporta evidencia a favor de la hipótesis planteada en este estudio, en parte, por la progresión misma de la enfermedad, que genera síntomas cada vez más incapacitantes.

Si bien es cierto hay numerosos trabajos que pretenden o se proponen como objetivo mejorar la calidad de vida, no sólo en este tipo de pacientes sino que a modo general, no son muchos los que utilizan una escala validada como ésta para cuantificarlo, y más bien se quedan con la apreciación subjetiva de la realidad. En España se realizó un estudio con pacientes oncológicos en fase avanzada tras el ingreso a una Unidad de Hospitalización a Domicilio ⁴⁹, donde además de una serie de otros instrumentos aplicados a los pacientes, también se aplicó la encuesta EORTC QLQ-C30. Ellos concluyeron que ninguna de las cinco escalas funcionales (función física, desempeño de funciones, función emocional, cognitiva y social) ni el resto de las escalas de síntomas se modificaron tras el ingreso a esta Unidad. Únicamente se detectaron descensos respecto de los valores iniciales en la escala referida a dolor (preguntas 9 y 19) y el ítem insomnio (pregunta 11). Este último ítem es el punto de concordancia con los resultados obtenidos de los pacientes del Programa en el HGF.

Finalmente, estos autores señalan que la media de la escala global (preguntas 29 y 30) fue en torno a 3, mientras que en los pacientes incorporados al plan de AF la media para esta escala fue alrededor de 5. Al respecto hay evidencias que señalan que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena ⁶⁵.

Respecto de la Escala Visual Análoga como medida de la intensidad del dolor, la media al ingreso fue alrededor de 5, mientras que al egreso éste valor disminuyó a alrededor de 3, es decir, pasaron del nivel de dolor moderado a leve, similar a lo ocurrido en otra Unidad de CP de la V región ²⁷. En este caso sí se aportó evidencia a favor de que tras la intervención, el dolor del paciente disminuyó, lo cual puede atribuirse al trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario de CP para lograr este resultado.

- **Atención Farmacéutica:**

Para el estudio se diseñó una entrevista de evaluación pre y post AF, la cual a través de breves preguntas pretendió determinar el grado de conocimiento de los pacientes respecto de su enfermedad, de los medicamentos que debía tomar, los horarios, posibles efectos adversos, entre otros. Al igual que para la valoración de la calidad de vida, se requiere contar con instrumentos estandarizados, con buena consistencia interna y validez, para lo cual también se calculó el coeficiente alfa de Cronbach arrojando una confiabilidad de alrededor del 40%, es decir, no estuvo dentro de los márgenes establecidos, por tanto previo a su implementación con los pacientes se debió haber validado con una especie de encuesta piloto para verificar si las preguntas lograban captar lo que realmente se deseaba saber. Habiendo hecho esta aclaración, los resultados indicaron que efectivamente los pacientes adquirieron un mayor nivel de conocimiento respecto de los temas en los cuales se les educó, pero claramente este instrumento no puede ser utilizable en otras poblaciones y debe ser modificado para futuras intervenciones.

Para evaluar de manera cualitativa el plan de AF y SFT realizado en el Programa AD y CP del HGF, se hicieron preguntas cerradas a los pacientes así como a sus cuidadores, donde el 98% consideró que la intervención les fue útil en aspectos tales como conocer el uso de los medicamentos prescritos y posibles efectos adversos, saber cómo manejar la aparición de los mismos, dosis máximas a utilizar y para aclarar ciertos mitos en torno al uso de analgésicos derivados de la morfina.

Gran parte de los pacientes con cáncer no quieren utilizar morfina, porque piensan que se convertirán en adictos o que les provocará una depresión respiratoria. Se debe educar a la población para que pierdan este tipo de temores, además que está documentado que el riesgo de adicción es muy poco frecuente entre los pacientes con cáncer ⁶⁶, de hecho, el Comité de Expertos en Drogodependencias de la OMS garantiza que el consumo de morfina en enfermos de cáncer no supone un problema de drogadicción, ya que el comportamiento de la morfina es distinto cuando lo utilizan los adictos ⁶⁷. Las inquietudes equivocadas acerca de la adicción pueden favorecer la aparición del dolor, sin embargo, la comunicación efectiva puede contribuir a resolver estos problemas ⁶⁶.

La adherencia al tratamiento es fundamental para lograr los objetivos y ella depende, en gran medida, de la comprensión de las recomendaciones y de la aclaración de conceptos erróneos. De ahí la importancia que tiene la capacitación a los cuidadores, especialmente si se considera que, en la etapa final de la vida, los pacientes ya no son autovalentes y dependen de algún familiar y/o cuidador que sepa cómo reaccionar ante eventuales crisis de dolor. Por lo mismo,

es necesario que las capacitaciones implementadas durante el período de trabajo no se discontinúen en el tiempo, y por el contrario, motiven al resto del equipo a realizar otro tipo de intervenciones.

Durante estas capacitaciones, así como en el transcurso de la intervención, se hizo hincapié en la devolución de medicamentos una vez que el paciente no los utilizara, ya sea por cambio en la indicación médica o por fallecimiento, todo esto debido a la importancia de controlar adecuadamente psicotrópicos y estupefacientes, regulados por la Ley N° 20.000⁶⁸ que sanciona el tráfico ilícito de éstos y cuyo control es de exclusiva responsabilidad del profesional Químico Farmacéutico. A través de estas intervenciones se logró la devolución de una serie de medicamentos que fueron revisados y seleccionados en base a condiciones óptimas de almacenamiento, siendo luego reincorporados al stock de farmacia para su posterior dispensación. Desde el punto de vista presupuestario, esto se tradujo en un valor absoluto de \$678.700 recuperados en el período comprendido entre abril y julio de 2012 (Anexo N° 24).

Posteriormente se solicitó al equipo que conforma la Unidad de AD y CP del HGF que respondiera a dos preguntas con el objetivo de conocer sus apreciaciones respecto del trabajo realizado con sus pacientes. En general lo consideraron un gran aporte y de suma importancia sobre todo por la educación tan necesaria en torno a los medicamentos, lo que se requiere reforzar día a día. Señalan especialmente, que no se debe discontinuar en el tiempo las charlas para los cuidadores, pues son quienes dan al paciente la atención, tiempo y cuidados que éste requiere. Además indican que el seguimiento telefónico es una herramienta de gran utilidad, y que debe mejorarse para llevar un control más cercano del paciente, en cuanto a aparición de efectos no deseados como consecuencia de los medicamentos, control del dolor y ajuste de dosis en caso de necesidad, y que por otro lado, permite racionalizar los controles en el box de atención del Consultorio.

Finalmente, cabe destacar que la Pauta de Evaluación Anual entregada por la Subsecretaría de Salud Pública para el Programa AD y CP⁶⁹, indica que se entiende por equipo básico al formado por médico, enfermera y químico farmacéutico capacitado en Alivio del Dolor por cáncer y Cuidados Paliativos, siendo aconsejable que el equipo sea lo más amplio e interdisciplinario. En este mismo documento, es el químico farmacéutico que trabaja en CP el encargado de completar algunos aspectos tales como la programación anual de medicamentos, calidad del proveedor, consumo, provisión oportuna e identificación del déficit de fármacos y sus causas. Además, debe justificar el uso de recursos financieros en los tratamientos utilizados, donde debe coincidir exactamente con las recetas emitidas y despachadas. En la actualidad, no existe un químico farmacéutico con dedicación exclusiva al Programa y, más bien, su participación

se encuentra circunscrita a intervenciones puntuales. Por lo mismo, finalizado el período de estudio, el equipo manifestó la necesidad de contar con un farmacéutico incorporado al Programa de CP, formando parte activa de este multidisciplinario grupo de trabajo.

CONCLUSIONES

1. La caracterización de la población coincide, en gran parte, con los datos de otros estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional, siendo lo más relevante de destacar, la edad avanzada de los pacientes, la que se correlaciona con la transición demográfica del país hacia el envejecimiento y con ello, el creciente número de personas con enfermedades crónico – degenerativas y cáncer que requerirán un seguimiento farmacoterapéutico más cercano. Esto se puede realizar a través de la Atención Farmacéutica, para garantizar efectividad y seguridad de la terapia.
2. Los PRM de mayor frecuencia fueron los de necesidad y en menor proporción de efectividad, siendo un factor relevante en ellos, la no administración de los medicamentos prescritos, ya sea por desconocimiento de la utilidad de los mismos o temor a su uso. Sin embargo, la incorporación del químico farmacéutico en actividades de educación en torno a ideas erróneas por parte de los pacientes y/o cuidadores, permitió disminuirlos o prevenirlos.
3. Los factores asociados al incumplimiento o cumplimiento parcial de la farmacoterapia, se relacionan principalmente a los efectos no deseados y al olvido en la toma de los medicamentos, por tratarse en su mayoría, de pacientes adultos mayores. Esto podría revertirse orientando la educación a los cuidadores principales, pudiendo ellos mismos apoyar de manera importante al grupo de CP.
4. A través de las capacitaciones a los cuidadores, quienes juegan un rol muy relevante en este tipo de pacientes, se puede optimizar la consecución de los objetivos terapéuticos en torno a disminuir el dolor y dar un adecuado grado de confort cuando el paciente se encuentra en situación terminal.
5. Se logró evidenciar la importancia de la incorporación permanente del químico farmacéutico al equipo multidisciplinario de CP, destacando su rol en la atención farmacéutica debido a que es el profesional idóneo para lograr la optimización de la terapia en base al conocimiento de sus riesgos y beneficios.
6. Finalmente, en base a los resultados obtenidos, no se aporta evidencia a favor de la hipótesis planteada de contribuir a mejorar la calidad de vida, pero sí se contribuyó a aumentar la adherencia de los pacientes a su terapia.

REFERENCIAS

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 2008. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. 1^{ra} ed. Madrid.http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf (página visitada el 23 de julio de 2012).
2. Aguilar J, Guanyabens C, Romero P, Pelaez R, Fernández S, Mata J, Valentí P, Carbayo J, Batet C y Santamaría J. 2010. Dolor en hematología clínica. *Rev Soc Esp Dolor*. 17:1, 32-50.
3. Infante G. 2004. Tratamiento Farmacológico del Dolor por Cáncer. *Revista Digital Universitaria*. 5: 7, 2 -10.
4. Ministerio de Salud de Chile. 2007. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. 3^{ra} ed. Santiago.
5. Ministerio de Salud de Chile. 2005. Protocolo Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para el niño con cáncer. Santiago.
6. Ministerio de Salud de Chile. 2005. Manual para el equipo de salud en Atención Primaria: cuando sospechar un cáncer en el adulto y cómo derivar. 1^{ra} ed. Santiago.
7. Khosravi P, Castillo A y Manga G. 2007. Manejo del dolor oncológico. *An Med Interna* 24: 554 - 557.
8. Cruciani R, Nieto M. 2006. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 5; 312-327.
9. Mayer F, Acosta C. 2004. Calidad de vida. En: Plancarte R, Mayer F, editores. *Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. Editorial McGraw Hill; México, pp 487.
10. Aaronson N. 1990. Quality of life assesment in cancer clinical trials: psychological aspects of oncology. *European School of Oncology*. 3:4, 97-111.
11. The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. 1995. *Soc Sci Med*. 41; 1403-1409.
12. Donovan K, Sanson-Fisher R, Redman S. 1989. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol*. 7; 959-968.

13. Schwartzmann L. 2003. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 9:2, 9-21.
14. Font A. 1994. Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología* 61: 41-50.
15. Cruz N. 2009. Resultados del uso en cáncer de próstata del bloqueo androgénico completo en área de salud con Hospital de referencia tipo 2 (1° parte). Calidad de vida: aplicación del instrumento EORTC QLQ-C30. *Urología Oncológica. Arch Esp Urol* 62: 6, 431-459.
16. Echegoyen R, Camacho C. 2011. Calidad de vida y cáncer pulmonar. *Neumol Cir Torax Vol.* 70: 3, 172-178.
17. Benitez M, Pérez M, Fernández R y Cabrejas A. 2002. Tratamiento del dolor oncológico crónico: el uso de los opiáceos. *Aten Primaria* 29: 513 - 516.
18. Torres L, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vásquez J y Micó J. 2002. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor* 9:5, 289-290.
19. Lara A. 2004. Control de síntomas en el paciente terminal. En: Plancarte R, editor. *Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. Editorial Mc Graw Hill; México, pp 459 – 460.
20. Gómez Sancho M. 2002. Bases para el control de síntomas y el uso de fármacos. En: *Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS)*, editor. *Avances en Cuidados Paliativos; España*, pp 2,3.
21. Reyes M, Gordillo P, Hernández M y González I. 2004. Enfermería en el tratamiento del dolor. En: Plancarte R, editor. *Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. Editorial McGraw Hill; México, pp 528 – 529.
22. Vargas-Schaffer G. 2010. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience *Can Fam Physician* 56, 514 – 517.
23. Gil-Navarro M, Marín-Gil R, Calleja A, Santos B, Faus M y Bautista J. 2006. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados en tratamiento con Fentanilo transdérmico. *Rev Soc Esp Dolor* 4, 238-245.
24. Rodríguez R, Daza P y Rodríguez M. 2006. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. *Colomb Méd.* 37: 242 - 246.
25. Swegle J, Logemann C. 2006. Management of Common Opioid-Induced Adverse Effects. *Am Fam Physician* 74, 1347- 1354.

26. Flórez J. 2003. Fármacos analgésicos opioides. En Flórez J, editor. Farmacología Humana 4^a ed. Editorial Masson S.A. España, pp 441, 442, 447.
27. Miranda J, Plaza G, Pacheco S, Jaque J, Olmedo C y Luza L. 2007. Tratamiento del dolor oncológico en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Francisco de Llay – Llay. Boletín ACHED 47: 8 – 12.
28. Minsal. 1999. Norma General Técnica N° 32. Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Ministerio de Salud de Chile. 1^{ra} ed. Santiago.
29. Ministerio de Salud de Chile. 2005. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1^{ra} ed. Santiago.
30. Bermejo E, Del – Nero I, Salazar M. 2002. El farmacéutico en cuidados paliativos. En: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS), editor. Avances en cuidados paliativos. España, pp 174 – 175.
31. Zolmierz M, Doobs R, Sesin P. 2002. Pharmacists' Pain Consult Service in a Community Hospital. J Pain Symptom Manage, 23:92-93.
32. Milap C. 2002. Pharmacist's Role in Health Care. Ann Pharmacother. 36:527-529.
33. Hepler C y Strand L. 1999. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. PharmCareEsp1: 35 - 47.
34. Panel de Consenso. 2002. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica 43:3, 175-184.
35. González G. 2004. Fundamentos de atención farmacéutica. 1^{ra} ed. Ediciones Universidad Católica de Chile. En Fundamentos de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica pp 254.
36. Faus M, Sabater D, Silva M. 2007. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. 3^{ra} ed. Edición Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
37. Vargas G, Rodríguez A. 2006. Programa de atención farmacéutica y de seguimiento farmacológico. Revista Costarricense de Ciencias Médicas 27: 115 – 125.

38. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. 2008. Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus Número 4. Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) (página visitada el 20 de agosto de 2012).
39. Borgsteede S, Karapinar - Carkit F, Hoffmann E, Zoer J. 2011. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Educ Couns.* 83, 22-28.
40. Comité de Consenso. 2007. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 48: 1, 5-17.
41. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa de Salud del Adulto Mayor División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. pp 14.
42. Nogués S, Sorli M y Villar J. 2007. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna.* 24: 3,138-141.
43. Fayers P, Bottomley A. 2002. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer.* 38, 125–133.
44. Machuca M, Fernández F, Faus M. 2003. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Edición Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
45. Sabater D, Fernández - Llimós F, Parras M, Faus M. 2005. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter* 3: 2, 90-97.
46. Oviedo C, Campo-Arias A. 2005. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 34: 4, 572 - 580.
47. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D y Bottomley A. 2001. Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3^{ra} ed. Brussels, EORTC.
48. Jaque J, Pacheco S, Miranda J, Plaza G, Muñoz A. 2007. Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). *Boletín ACHED.* 47: 14-17.

49. González G, Fernández C, García G, Soler J, Arce C, Cueto J. 2001. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. *Psicotherma* 13:2, 310-317.
50. Instituto Nacional de Estadísticas. INE. 2009. Estadísticas vitales, Informe Anual. pp 16.
51. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2009. Cáncer. Nota descriptiva N° 297. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> (página visitada el 20 de agosto de 2012).
52. Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. 2003. Resultados I Encuesta de Salud, Chile. pp 11 – 13.
53. International Agency for Research on Cancer. IARC. 2002. Globocan. Sección de información sobre el cáncer. <http://www.iarc.fr/>. (página visitada el 20 de agosto de 2012).
54. Gisbert A, Gómez X, Gómez Sancho M, Núñez J. 2007. Prevalencia, características y efectividad del tratamiento del dolor en pacientes con cáncer avanzado tratados en Servicios de Cuidados Paliativos en España. Estudio ALGOPAL. *Med Pal* 14:3; 1-5.
55. Gómez Sancho M. 2002. ¿Morir en casa o en el hospital? En: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS), editor. *Avances en Cuidados Paliativos*; España, pp 3 ,4.
56. Flores P. 2004. Participación del trabajo social en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. En: Plancarte R, Mayer F, editores. *Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. Editorial Mc Graw Hill; México, pp 509 – 510.
57. Cerdas B. 2010. Técnicas para romper con la conspiración del silencio en la enfermedad terminal. *Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica*. 68; 595, 461- 467.
58. Barbero, J. 2006. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar*. 29: 3, 19 -27.
59. Rodríguez R, Daza P y Rodríguez M. 2006. Uso de buprenorfina transdérmica en el alivio del dolor por cáncer. *Rev Col Anest*. 34: 253-257.
60. Miranda J, Jaque J, Jiménez L, Abusada N, Orellana R, Maiza T, Puente M, Retamales J y Quezada P. 2009. Eficacia y seguridad de buprenorfina transdérmica en manejo del dolor crónico benigno en pacientes ambulatorios de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile. *Revista El Dolor* 52: 11-15.
61. Instituto de Salud Pública de Chile. ISP. 2012. <http://www.ispch.cl/farmacovigilancia> (página visitada el 10 de agosto de 2012).

62. Hernández B, López C y García M. 2002. Vía subcutánea. Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. Medifam. 12: 2, 104-110.
63. Palop V, Martínez I. 2004. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 28, 113 - 20.
64. Arrarás J, Arias F, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E, Domínguez M y Vera R. 2011. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de calidad de vida de la EORTC. An Sist Sanit Navar 34:1, 9-20.
65. Leplege A, Hunt S. 1998. El problema de la Calidad de Vida en Medicina. Jama. 7:1, 19-23.
66. Rana S, Gupta R, Chaudhary P, Khurana D, Mishra S y Bhatnagar S. 2011. Cancer Pain Management: Basic Information for the Young Pain Physicians. Indian J Palliat Care. 17:2, 127–130.
67. Gómez Sancho M. 2002. Historia del opio. Mitos y realidades de la morfina. En: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria (GAFOS), editor. Avances en Cuidados Paliativos; España, pp 7,8.
68. Departamento de Asesoría Jurídica, Ministerio del Interior. 2005. Ley N° 20.000.
69. Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de enfermedades no transmisibles, Unidad de Cáncer. 2011. Pauta Evaluación Anual Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, pp 1- 15.

ANEXO N° 1

FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

DERIVACION A PLAN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

A: Egresada QF. Camila Vergara
De: Dr (a) Programa AD y CP

Nombre paciente: _____

Diagnóstico: _____

Fecha: _____

Firma Médico tratante

ANEXO N° 2**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN PLAN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA
HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE VIÑA DEL MAR**

Declaración del paciente:

1. Acepto libremente participar en el plan de Atención Farmacéutica, aplicado a pacientes incorporados al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. Este plan es parte de una tesis realizada en conjunto con la Universidad de Valparaíso, durante el año 2012.
2. Me han explicado claramente los objetivos de este plan y estoy de acuerdo con ellos.
3. Estoy en conocimiento que este plan de Atención Farmacéutica es gratuito y que tengo la libertad de abandonarlo cuando lo estime conveniente.
4. Me comprometo a entregar información completamente fidedigna, que sé tiene un carácter confidencial y no podrá ser entregada a terceros sin mi autorización.


Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO N° 3

MINIMENTAL ABREVIADO

<p>1. Por favor dígame la fecha de hoy</p> <p>Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana.</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Bien</th> <th>Mal</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4">TOTAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Bien	Mal		Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Bien	Mal																				
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>																			
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Correcta</th> <th>No Sabe</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Árbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3">TOTAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Número de repeticiones.....</p>		Correcta	No Sabe		Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Correcta	No Sabe																				
Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>																			
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante:</p> <p>1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Respuesta Entrevistado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4">TOTAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5">N° dígitos en el orden correcto</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">↓</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta Entrevistado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	Respuesta Correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° dígitos en el orden correcto					↓				
Respuesta Entrevistado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>																	
Respuesta Correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
N° dígitos en el orden correcto																						
↓																						
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<p>Toma papel con la mano derecha <input type="checkbox"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos <input type="checkbox"/></p> <p>Coloca sobre las piernas <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna acción <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna acción.....0</p> <p>TOTAL <input type="checkbox"/></p>																					
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió los que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CORRECTO</th> <th>INCORRECTO</th> <th>NR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Árbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3">TOTAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																			
Árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>																		
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.</p> 	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CORRECTO</th> <th>INCORRECTO</th> <th>NR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TOTAL <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>											
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>																		
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p>Suma Total = <input type="checkbox"/></p> <p>El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos.</p> <p>Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p>																					

Fuente: Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, pp 14.

ANEXO N° 4**ENTREVISTA DE EVALUACIÓN PRE Y POST ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Nombre paciente: _____ N° ficha: _____

Rut: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Altura: _____ Peso: _____

Médico: _____

Fecha: _____ Fono de contacto: _____

• Indicaciones y patología:

1. ¿Sabe de qué se trata su enfermedad?

2. ¿Sabe qué medicamentos le prescribieron y comprende para qué le sirve cada uno de ellos?

• Preocupaciones del paciente:

3. ¿Qué preocupaciones tiene con respecto a su salud? ¿Qué le preocupa de su enfermedad y de los medicamentos prescritos por el médico?

- **Detección de posible riesgo de presentar PRM:**

4. ¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos?

5. Cuando siente que la terapia le está provocando molestias, problemas para su salud, ¿deja de tomar los medicamentos, los suspende y espera sentirse más recuperado para volver a retomarlos o espera hablar con su médico para evaluar junto a él un posible cambio de esquema terapéutico?

6. ¿Conoce las reacciones adversas o efectos no deseados de los medicamentos que consume?

- **Otros antecedentes:**

7. ¿Consume algún medicamento complementario u otro fármaco que no haya sido prescrito por el médico? ¿cuál o cuáles?

8. En este momento ¿qué nota le pondría ud. a su dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no tiene dolor y 10 representa el máximo dolor que haya experimentado en su vida?

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA

Nombre paciente: _____ N° ficha: _____

Rut: _____

- **Test de Morisky-Green:**

	Sí	No	Observaciones
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?			
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?			
Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?			
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?			

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. De acuerdo a esto el resultado será: paciente cumplidor o paciente incumplidor.

Fuente: Nogués S, Sorli M, Villar J. 2007.

ANEXO N° 6

EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunos aspectos sobre usted y su salud. Por favor conteste todas las preguntas usted mismo, dibujando un círculo alrededor del número que mejor refleje su situación. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que usted entregue será estrictamente confidencial.

Escriba aquí su nombre:

Su fecha de nacimiento:

La fecha de hoy:

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene algún problema para realizar actividades cansadoras, como cargar una bolsa pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene problemas para realizar una caminata larga?	1	2	3	4
3. ¿Tiene problemas para caminar un poco y salir de su casa?	1	2	3	4
4. ¿Necesita quedarse en cama o en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o ir al baño?	1	2	3	4

Durante la última semana:

6. ¿Se vio usted limitado para realizar su trabajo o sus actividades diarias?	1	2	3	4
7. ¿Se vio limitado para realizar alguna actividad de ocio o recreación?	1	2	3	4
8. ¿Se ha sentido ahogado o falta de aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Ha necesitado descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Ha sentido pérdida del apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha sentido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

ANEXO N° 7

FICHA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PROGRAMA AD Y CP

DATOS DEL PACIENTE								
Nombre:				Edad:				
Género:				Rut:				
Dirección:				Fono:				
Vive con:				N° ficha:				
DATOS DEL PROGRAMA								
Tipo de cáncer:				Tipo de dolor:				
Fecha ingreso al programa:								
Fecha inicio seguimiento:				Fecha término seguimiento:				
Observaciones:								
PARÁMETROS DE SEGUIMIENTO								
Fecha	EVA	Tipo de atención	Otras patologías	Medicamentos	Posología	Clasificación y descripción PRM	RAM	Observaciones
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						
		A D						

A: Atención ambulatoria D: Atención domiciliaria

ANEXO N° 8

Tríptico informativo: **“Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”**

ANEXO N° 9

Tríptico informativo: **“Lo que debe saber de la morfina”**

ANEXO N° 10

Díptico informativo: **“Plan de Atención Farmacéutica”**

ANEXO N° 11

Tabla 9: Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico.

Categoría	Intervención	Definición
Intervenir sobre cantidad de medicamentos	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento a los que ya usa el paciente (no reemplaza)
	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento (s) de los que utiliza el paciente
	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente
Intervenir sobre la educación al paciente	Educación en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento
	Modificar actitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario)	Refuerzo de la importancia de la adherencia del paciente a su tratamiento
	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos
No está clara: no se establece con claridad cuál es la acción que debería realizarse. Se remite al médico para que éste valore la situación del paciente y lleve a cabo la acción más adecuada.		

Fuente: Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus M. 2005.

ANEXO N° 12

Tabla 10: Puntajes para evaluación de entrevistas pre y post AF.

N° pregunta	Pregunta	Respuestas	Puntaje asignado
1.	¿Sabe de qué se trata su enfermedad?	No Sí Cáncer Especifica tipo de cáncer	0 1 2 3
2.	¿Sabe qué medicamentos le prescribieron?	No Sí (no los especifica o identifica) Sí (los identifica según forma farmacéutica) Sí (nombre comercial y/o principio activo)	0 1 2 3
3.	¿Comprende para qué le sirve cada uno de los medicamentos prescritos?	No Sí (no especifica) Sí sabe y menciona un uso Sí sabe y menciona dos o más usos	0 1 2 3
4.	¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos?	No A veces Sí (no lo especifica) Especifica el horario	0 1 2 3
5.	¿Qué hace cuando los medicamentos le provocan algún problema o molestia?	Lo reemplaza por otro por su cuenta Lo suspende por un tiempo No le han provocado molestias Consulta con el médico primero	0 1 2 3
6.	¿Conoce las reacciones adversas o efectos no deseados de los medicamentos que consume?	No Sí (pero no especifica) Sí y menciona una Sí y menciona dos o más	0 1 2 3

ANEXO N°13

ENTREVISTA POST ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES Y/O CUIDADORES

¿Considera usted que este plan de AF le sirvió para aclarar dudas respecto de los medicamentos y otros aspectos relacionados con el Programa AD y CP?

Sí:

1. Para conocer la utilidad de cada medicamento y sus posibles efectos secundarios
2. Para saber cómo manejar la aparición de efectos secundarios
3. Para conocer dosis máximas a utilizar
4. Para comprender cómo utilizar correctamente los medicamentos (ej. Cambios de parches, aumento de dosis de gotas según aumento del dolor)
5. Para aclarar ciertos “mitos” en relación al uso de morfina y sus derivados
6. Otros...(indicar para qué)

Parcialmente:

7. No lo consideró necesario
8. El paciente se encontraba estable y no presentó cambios que requiriesen apoyo terapéutico profesional
9. No tenía dudas

No:

10. No lo consideró necesario
11. Prefiere una relación directa y única con el médico.

ANEXO N° 14

Tabla 11: Arsenal Farmacológico disponible para Programa AD y CP en HGF.

Medicamento	Presentación	Acción terapéutica
Primer escalón analgésico		
Paracetamol 500 mg	Comprimidos	Analgésico/antiinflamatorio/ antipirético
Segundo escalón analgésico		
Codeína/paracetamol 30/500 mg	Comprimidos	Analgésico/antitusivo
Codeína/paracetamol 60/500 mg	Comprimidos	Analgésico/antitusivo
Tramadol clorhidrato 100 mg	Frasco	Analgésico
Tercer escalón analgésico		
Codeína 50 mg/morfina 50 mg	Jarabe	Analgésico/antitusivo
Morfina clorhidrato 2%	Frasco	Analgésico
Morfina 10 mg	Ampolla	Analgésico
Morfina 20 mg	Ampolla	Analgésico
Morfina 30 mg (retard)	Cápsulas	Analgésico
Metadona 10 mg	Comprimidos	Analgésico
Metadona 10 mg	Ampollas	Analgésico
Buprenorfina 35 ug/hora	Parche	Analgésico
Fentanilo 50 ug/hora	Parche	Analgésico
Fármacos coadyuvantes		
Aloe vera 150 mg	Cápsulas	Laxante
Vaselina líquida	Frasco	Laxante
Bifosfato y fosfato de sodio 48-18 g/100mL	Enema	Laxante
Metoclopramida 10 mg	Comprimidos	Antiemético
Tietilperazina dimaleato 6,5 mg	Supositorios	Antiemético
Ondansetrón 8 mg	Comprimidos	Antiemético
Haloperidol 1 mg	Comprimidos	Antipsicótico

Haloperidol 5 mg	Comprimidos	Antipsicótico
Haloperidol 5 mg	Ampollas	Antipsicótico
Quetiapina 25 mg	Comprimidos	Antipsicótico
Alprazolam 0,5 mg	Comprimidos	Ansiolítico
Clonazepam 0,5 mg	Comprimidos	Ansiolítico
Clonazepam 2 mg	Comprimidos	Ansiolítico
Diazepam 10 mg	Comprimidos	Ansiolítico
Dexametasona 4 mg	Comprimidos	Corticoide
Prednisona 5 mg	Comprimidos	Corticoide
Pregabalina 75 mg	Cápsulas	Analgésico/anticonvulsivante
Pregabalina 150 mg	Cápsulas	Analgésico/anticonvulsivante
Pamidronato 90 mg	Frasco	Regenerador óseo
N- escopolamina 20 mg	Ampollas	Anticolinérgico

ANEXO N° 15

Tabla 12: Estadísticas descriptivas antes de la intervención

Variable	Número de observaciones	Mediana	Media	Desviación estándar
Calidad de vida 01	19	2	2,263	0,933
Calidad de vida 02	19	2	2	0,882
Calidad de vida 03	19	1	1,473	0,772
Calidad de vida 04	19	1	1,473	0,612
Calidad de vida 05	19	1	1	0
Calidad de vida 06	19	1	1,526	0,841
Calidad de vida 07	19	1	1,578	0,902
Calidad de vida 08	19	1	1,684	0,820
Calidad de vida 09	19	2	1,947	0,621
Calidad de vida 10	19	2	2,157	0,834
Calidad de vida 11	19	2	1,789	0,787
Calidad de vida 12	19	2	2	0,882
Calidad de vida 13	19	1	1,578	0,901
Calidad de vida 14	19	1	1,368	0,597
Calidad de vida 15	19	1	1,263	0,562
Calidad de vida 16	19	1	1,631	1,011
Calidad de vida 17	19	1	1,421	0,838
Calidad de vida 18	19	2	2,105	0,737
Calidad de vida 19	19	2	2	1,105
Calidad de vida 20	19	1	1,631	0,761
Calidad de vida 21	19	2	2	0,943
Calidad de vida 22	19	2	2,210	0,855
Calidad de vida 23	19	2	1,789	0,855
Calidad de vida 24	19	2	1,842	0,834
Calidad de vida 25	19	2	1,842	0,602
Calidad de vida 26	19	2	1,894	0,875
Calidad de vida 27	19	1	1,578	0,961
Calidad de vida 28	19	2	2,210	1,134
Calidad de vida 29	19	5	4,894	0,936
Calidad de vida 30	19	5	5,315	0,749
EVA	19	5	5,105	2,105

ANEXO N° 16

Tabla 13: Estadísticas descriptivas después de la intervención

Variable	Número de observaciones	Mediana	Media	Desviación estándar
Calidad de vida 01	19	2	2,526	0,905
Calidad de vida 02	19	3	2,473	1,239
Calidad de vida 03	19	1	1,631	0,895
Calidad de vida 04	19	2	1,684	0,749
Calidad de vida 05	19	1	1,105	0,315
Calidad de vida 06	19	1	1,736	1,097
Calidad de vida 07	19	1	1,578	0,901
Calidad de vida 08	19	2	1,789	0,918
Calidad de vida 09	19	2	1,947	0,780
Calidad de vida 10	19	2	2,263	0,991
Calidad de vida 11	19	1	1,473	0,513
Calidad de vida 12	19	2	2	1,105
Calidad de vida 13	19	2	1,789	0,918
Calidad de vida 14	19	2	1,842	1,014
Calidad de vida 15	19	1	1,473	0,841
Calidad de vida 16	19	1	1,684	1,056
Calidad de vida 17	19	1	1,105	0,315
Calidad de vida 18	19	2	2,105	0,936
Calidad de vida 19	19	1	1,736	0,991
Calidad de vida 20	19	1	1,473	0,841
Calidad de vida 21	19	2	1,947	1,129
Calidad de vida 22	19	2	2,526	1,020
Calidad de vida 23	19	1	1,736	0,933
Calidad de vida 24	19	2	1,789	0,976
Calidad de vida 25	19	2	1,789	0,787
Calidad de vida 26	19	1	1,947	1,129
Calidad de vida 27	19	2	2,052	0,911
Calidad de vida 28	19	2	2,368	1,164
Calidad de vida 29	19	5	5,052	1,268
Calidad de vida 30	19	5	5,105	1,448
EVA	19	3	3,368	2,165

ANEXO N° 17

Tabla 14: Prueba de normalidad para las variables calidad de vida y EVA pre y post intervención

Variables	Pre intervención		Post intervención	
	Normalidad	Valor p	Normalidad	Valor p
Calidad de vida 01	Normal	0,90017	Normal	1
Calidad de vida 02	Normal	0,21998	Normal	0,99944
Calidad de vida 03	No normal	0,00058	No normal	0,00189
Calidad de vida 04	No normal	0,00615	Normal	0,21520
Calidad de vida 05	No normal	0,0000	No normal	0,00001
Calidad de vida 06	No normal	0,01894	No normal	0,00329
Calidad de vida 07	Normal	0,00017	No normal	0,00017
Calidad de vida 08	Normal	0,27000	No normal	0,02632
Calidad de vida 09	Normal	0,99996	Normal	0,20376
Calidad de vida 10	Normal	0,41434	Normal	0,83927
Calidad de vida 11	Normal	0,76411	Normal	1
Calidad de vida 12	Normal	1	Normal	0,13574
Calidad de vida 13	No normal	0,00017	No normal	0,02632
Calidad de vida 14	No normal	0,00028	No normal	0,01976
Calidad de vida 15	No normal	0,00044	No normal	0,00048
Calidad de vida 16	No normal	0,00013	No normal	0,00024
Calidad de vida 17	No normal	0,00019	No normal	0,00001
Calidad de vida 18	Normal	0,99981	Normal	0,39942
Calidad de vida 19	Normal	0,13574	No normal	0,00442
Calidad de vida 20	Normal	0,09758	No normal	0,00048
Calidad de vida 21	Normal	0,12187	No normal	0,07663
Calidad de vida 22	Normal	0,30302	Normal	1
Calidad de vida 23	Normal	0,03400	No normal	0,01110
Calidad de vida 24	Normal	0,06830	No normal	0,00978
Calidad de vida 25	Normal	0,63687	No normal	0,02025
Calidad de vida 26	Normal	0,10904	No normal	0,01305
Calidad de vida 27	No normal	0,00001	Normal	0,20587
Calidad de vida 28	Normal	0,62749	Normal	0,98689
Calidad de vida 29	Normal	1	Normal	0,79163
Calidad de vida 30	Normal	0,26207	Normal	0,73026
EVA	Normal	0,62762	Normal	0,89093

ANEXO N° 18

Tabla 15: Tipo de comparación a realizar para cada variable

Variable	Tipo de prueba
Calidad de vida 01	Paramétrica T-student
Calidad de vida 02	Paramétrica T-student
Calidad de vida 03	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 04	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 05	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 06	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 07	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 08	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 09	Paramétrica T-student
Calidad de vida 10	Paramétrica T-student
Calidad de vida 11	Paramétrica T-student
Calidad de vida 12	Paramétrica T-student
Calidad de vida 13	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 14	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 15	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 16	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 17	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 18	Paramétrica T-student
Calidad de vida 19	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 20	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 21	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 22	Paramétrica T-student
Calidad de vida 23	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 24	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 25	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 26	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 27	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Calidad de vida 28	Paramétrica T-student
Calidad de vida 29	Paramétrica T-student
Calidad de vida 30	Paramétrica T-student
EVA	Paramétrica T-student

ANEXO N° 19

Tabla 16: Comparación pre y post intervención

Variable	Estadístico	Valor p*	Significado (respecto de hipótesis nula)
Calidad de vida 01	-1,315	0,8976	No rechaza
Calidad de vida 02	-2,454	0,9877	No rechaza
Calidad de vida 03	2	0,9375	No rechaza
Calidad de vida 04	2	0,8906	No rechaza
Calidad de vida 05	0	1,0000	No rechaza
Calidad de vida 06	3	0,8555	No rechaza
Calidad de vida 07	5	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 08	2	0,8125	No rechaza
Calidad de vida 09	0,0000	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 10	-0,6222	0,7292	No rechaza
Calidad de vida 11	1,8371	0,0414	Rechaza
Calidad de vida 12	0,0000	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 13	2	0,9375	No rechaza
Calidad de vida 14	0,0000	1,0000	No Rechaza
Calidad de vida 15	2	0,8906	No rechaza
Calidad de vida 16	3	0,7734	No rechaza
Calidad de vida 17	4	0,1875	No rechaza
Calidad de vida 18	0,0000	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 19	7	0,2744	No rechaza
Calidad de vida 20	5	0,3633	No rechaza
Calidad de vida 21	5	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 22	-1,3725	0,9066	No rechaza
Calidad de vida 23	5	0,3633	No rechaza
Calidad de vida 24	3	0,6563	No rechaza
Calidad de vida 25	3	0,5000	No rechaza
Calidad de vida 26	4	0,6367	No rechaza
Calidad de vida 27	5	0,8666	No rechaza
Calidad de vida 28	-0,7183	0,7591	No rechaza
Calidad de vida 29	-0,6784	0,2531	No rechaza
Calidad de vida 30	0,6975	0,7528	No rechaza
EVA	3,0669	0,0033	Rechaza

*Con un valor $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula.

ANEXO N ° 20

Tabla 17: Estructura de la tercera versión del cuestionario EORTC QLQ-C30 ⁴⁷.

Escala	Aspecto a considerar	Pregunta(s)
Escala funcional	- Función física	1 - 5
	- Desempeño de funciones	6, 7
	- Función emocional	21 - 24
	- Función cognitiva	20, 25
	- Función social	26, 27
Escala de síntomas	- Fatiga	10, 12, 18
	- Náusea y vómito	14, 15
	- Dolor	9, 19
	- Disnea	8
	- Insomnio	11
	- Pérdida de apetito	13
	- Constipación	16
	- Diarrea	17
	- Impacto financiero	28
Escala global de salud	- Salud	29
	- Calidad de vida	30

Tabla 18: Comparación de los tres aspectos que componen la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30

Variable	Estadístico	Valor p*	Significado (respecto de hipótesis nula)
Escala funcional	49	0,9736	No rechaza
Escala de síntomas	44	0,7940	No rechaza
Estado global de salud	0.1382	0,5546	No rechaza

*Con un valor $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula.

ANEXO N°21

Tabla 19: Prueba de normalidad por pregunta para entrevista de AF.

Variable pre intervención	Normalidad	Valor p	Variable post intervención	Normalidad	Valor p
Preg 1	Normal	0,05140	Preg 1	Normal	0,21864
Preg 2	No normal	0,00387	Preg 2	Normal	0,99688
Preg 3	Normal	0,32437	Preg 3	No normal	0,00003
Preg 4	Normal	0,85835	Preg 4	Normal	0,73592
Preg 5	Normal	1,000	Preg 5	Normal	0,03792
Preg 6	No normal	0,00132	Preg 6	No normal	0,00003

Tabla 20: Tipo de comparacion a realizar para cada variable.

Variable	Tipo de prueba
Pregunta 1	Paramétrica T-student
Pregunta 2	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Pregunta 3	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney
Pregunta 4	Paramétrica T-student
Pregunta 5	Paramétrica T-student
Pregunta 6	No paramétrica - Wilcoxon Mann-Whitney

Tabla 21: Comparacion entrevista pre y post plan de AF.

Variable	Estadístico	Valor p*	Significado (respecto de hipótesis nula)
Pregunta 1	-3,683	0,0008	Rechaza
Pregunta 2	17	0,0000	Rechaza
Pregunta 3	17	0,0000	Rechaza
Pregunta 4	-7,549	0,0000	Rechaza
Pregunta 5	-3,923	0,0005	Rechaza
Pregunta 6	18	0,0000	Rechaza

*Con un valor $p < 0,05$ se rechaza la hipótesis nula.

ANEXO N° 22

FORMULARIO NOTIFICACIÓN SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)

(NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)

Datos del Paciente

Nombres:

Ap. Paterno:

Ap. Materno:

Sexo*: Masculino Femenino Edad:

N° Ficha:

Peso:, Kg.

Talla: , cm.

Unidad/Servicio:

Ej: Pediatría

Descripción de la Reacción Adversa (Incluidos Datos de Laboratorios)

FECHA INICIO RAM*:

Duración de la RAM (Días):

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:

Fármacos(s) Recibió Fármaco Concomitante * SI: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>						S = Fármaco Sospechoso C = Fármaco Concomitante			
Fármaco(s)	Marca® si la conoce	Dosis	Unidad	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Motivo de la Prescripción	S	C
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento de RAM

Paciente recibió tratamiento de RAM*: Si No

Describa:

	Resultado de RAM	Consecuencia de RAM
¿Se suspendió el fármaco sospechoso debido a la reacción adversa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Recuperado	Requirió Hospitalización Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No Recuperado	Prolongó Hospitalización Si <input type="checkbox"/> Señalar días: No <input type="checkbox"/>
¿Apareció RAM luego de la readministración del fármaco? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> En Evolución	<input type="checkbox"/> Secuelas
	<input type="checkbox"/> Muerte Fecha: _____ Causa: _____	Describir: _____

Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al Fármaco y Evolución)

Describa:

Informado por

Médico
 Químico Farmacéutico
 Enfermera
 Otro (Señalar)

Nombre:

Establecimiento (Donde detecta la RAM):

Fecha de Reporte:

Dirección:

Teléfono:

E-Mail:

Fax:





Ciudad:

Reporte Inicial: Seguimiento:

* Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido".

ANEXO N° 23

Hospital Dr. Gustavo Fricke
Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos/

	Horario de administración			
Medicamento	06:00 am 	12:00 pm 	18:00 pm 	00: 00 am 

Documento elaborado por Tesista Camila Vergara, Abril 2012

ANEXO N° 24

DEVOLUCIONES MEDICAMENTOS PACIENTES PROGRAMA AD Y CP

Nº	Medicamento	Presentación	Devolución (cantidad)	Valor neto (\$)	Total Valorizado (\$)
1	Metadona 10 mg	Ampolla	90	238,13	21.431,7
2	Morfina 2%	Frasco	32	6950	222400
3	Morfina 20 mg	Ampolla	406	178,08	72300,48
4	Morfina 10 mg	Ampolla	902	95,53	86168,06
5	Haloperidol 5mg	Ampolla	429	95	40755
6	Haloperidol 5mg	Comprimido	204	25,41	5183,64
7	Haloperidol 1 mg	Comprimido	49	3,18	155,82
8	Metoclopramida 10 mg	Comprimido	1088	3,1	3372,8
9	Tramadol 100 mg	Frasco	7	646,6	4526,2
10	Betametasona 4 mg	Ampolla	9	94,34	849,06
11	Dexametasona 4 mg	Comprimido	157	220	34540
12	Prednisona 5 mg	Comprimido	35	8,45	295,75
13	Pregabalina 75 mg	Comprimido	7	129	903
14	Pregabalina 150 mg	Comprimido	28	1090	30520
15	Quetiapina 100 mg	Comprimido	27	48,8	1317,6
16	Risperidona 1 mg	Comprimido	90	22,26	2003,4
17	Escopolamina 20 mg	Ampolla	22	108	2376
18	Codeína/paracetamol 30/500 mg	Comprimido	194	224,17	43488,98
19	Fentanilo 50 ug	Parche	5	11800	59000
20	Buprenorfina 35 ug	Parche	2	8681	17362
21	Sulfato ferroso 200 mg	Comprimido	167	6,36	1062,12
22	Acenocumarol 4 mg	Comprimido	93	13,48	1253,64
23	Pamidronato 90 mg	Frasco	1	21600	21600
24	Aloe vera 150 mg	Cápsula	30	51,92	1557,6
25	Loperamida 2 mg	Comprimido	101	6,89	695,89
26	Claritromicina 500 mg	Comprimido	10	110	1100
27	Ciprofloxacino 500 mg	Comprimido	6	18,87	113,22
28	Metronidazol 250 mg	Comprimido	67	8,48	568,16
29	Amoxicilina 500 mg	Cápsula	13	20,05	260,65
30	Fenitoína 100 mg	Comprimido	104	6,78	705,12
31	Ranitidina 300 mg	Comprimido	40	21,3	852

TOTAL: \$ 678.717

¿Cuál es la modalidad de atención?

Se atienden pacientes de lunes a viernes desde las 8:00 hasta las 12:00 horas, de acuerdo al día de cita fijado por agenda .

Además, los días lunes, martes y viernes se realizan visitas domiciliarias de acuerdo al estado de salud del paciente, cuando éste tenga dificultad para acceder a los controles, o bien, puede venir sólo el cuidador principal a dar cuenta de la evolución que ha tenido, cómo ha estado con sus medicamentos, si se ha aliviado su dolor, entre otros.



EQUIPO CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Silvana Misseroni
Dr. Juan Pablo Yaeger
E.U. Patricia Vicuña
QF. Nilda Sánchez
Ps. Lucía Vásquez
Terapeuta Reiki, Graciela Fuentes

Tel. Contacto:
Box atención: 2577830
Farmacia: 2577824



Documento elaborado por:
Camila Vergara Riveros
Tesisista de Química y Farmacia
Universidad de Valparaíso

Abril 2012

Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

Hospital Dr. Gustavo Fricke

“LA MEDICINA SE PONE SIEMPRE AL SERVICIO DE LA VIDA, AÚN CUANDO SABE QUE NO PUEDE CURAR UNA ENFERMEDAD GRAVE, DEDICA SU CAPACIDAD A ALIVIAR SUS SUFRIMIENTOS”

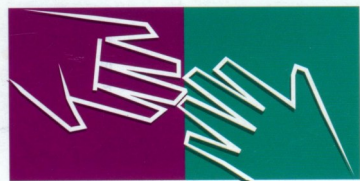
PAPA JUAN PABLO II



¿En qué consiste el Programa?

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida y el bienestar de quienes padecen una enfermedad cuya curación no es posible, atendiendo a sus diversas necesidades, asumiendo que tanto el paciente como su familia o entorno más cercano son quienes se deben tratar y cuidar.

CUIDADOS
PALIATIVOS



Desde el año 2003 el Programa de Alivio del Dolor fue incorporado al AUGÉ, lo que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.

En esta unidad, ud. recibirá atención gratuita, orientada a resolver los síntomas que se puedan desarrollar como consecuencia de su enfermedad, principalmente el dolor.

Para ello tendrá acceso a analgésicos de acuerdo a la intensidad de su dolor, además de otros medicamentos para manejar los efectos adversos que puedan producirse, como somnolencia, estreñimiento, náuseas y vómitos.

Por otro lado, tanto el paciente como su cuidador podrán ser derivados a interconsulta con psicóloga o con terapeuta de Reiki de acuerdo a la evaluación de su médico.





Para administrar los medicamentos se debe preferir siempre la vía oral, pero cuando el acceso por la boca no se puede utilizar se hace por vía subcutánea, es decir, directo a la piel o a través de una bránula que puede permanecer de 7 a 10 días en ese lugar.



Sitios del cuerpo donde puede aplicarse una inyección subcutánea.

No olvide mantener sus ampollas en un lugar fresco, seco y protegido de la luz. Cuando sólo requiera media ampolla, el resto debe desecharlo.



La morfina y sus derivados pueden producir efectos no deseados como somnolencia, náuseas, vómitos, sequedad bucal y estitiquiez.

Ante cualquier duda comuníquese con el box del Poli del Dolor llamando al 2577830.

Documento elaborado por:
Camila Vergara Riveros
Tesisista de Química y Farmacia
Universidad de Valparaíso



LO QUE DEBE SABER DE LA MORFINA

Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital Dr. Gustavo Fricke



LO QUE DEBE SABER DE LA MORFINA

La morfina es el último tratamiento que existe para aliviar el dolor: **¡¡MITO!!**

Es una creencia bastante frecuente y un hecho que muchas veces lleva a no administrar el medicamento pese a la indicación del médico y al dolor del propio paciente. Lo importante es tener en cuenta que sí hay más alternativas para la analgesia.



Después de usarla por mucho tiempo ya no será efectiva: **¡¡MITO!!**

Efectivamente con el uso prolongado de este medicamento el cuerpo se va acostumbrando y poco a poco habrá que aumentar las dosis para lograr el efecto analgésico deseado, sin embargo las dosis de morfina pueden aumentarse casi indefinidamente pues no existe una dosis máxima a partir de la cual ya no sea efectiva.



Además puede cambiarse la terapia analgésica por un tiempo (rotación de opioides) y luego volver a la morfina.

La morfina se puede administrar sólo 3 veces al día (cada 8 horas): **¡¡MITO!!**

Se puede administrar cuantas veces sea necesario hasta obtener el alivio del dolor. Recuerde que su médico ajustará las dosis de acuerdo a sus propias necesidades.

La morfina provoca euforia:

A veces se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor. El paciente pudo estar triste e irritable a causa del dolor y ahora se encuentra en paz y más optimista.

Lo que sí hay que tener presente es que su uso puede provocar confusión y/o alucinaciones.

Recomendaciones generales

- La administración de analgésicos (medicamentos para aliviar el dolor) debe ser por horario.

- Ud. como paciente es quien evalúa su propio dolor (a través de la siguiente escala) y eso permite a los médicos la elección de medicamentos apropiados para aliviar este síntoma.



Escala Visual Análoga (EVA)

Algunas opciones de tratamiento...

PARACETAMOL: analgésico, antiinflamatorio y útil en cuadros febriles → **dosis máxima 4 g/día (8 comprimidos/día)**

TRAMADOL: analgésico → **dosis máxima 400 mg/día (40 gotas cada 6 horas, es decir 4 veces al día: total 160 gotas máximo al día)**

BUPRENORFINA parches (**Transtec®**) y **FENTANILO** parches (**Durogesic®**) → el analgésico se libera a través de la piel a todo el organismo.

Los parches se cambian dos veces por semana en los días fijos que corresponda de acuerdo a su calendario.



- El parche se pone en los lugares indicados y no en el sitio del dolor.

- El parche debe rotarse en cada aplicación, esperando al menos 7 días antes de volver a aplicar en el mismo sitio.

En general estos medicamentos además de aliviar el dolor pueden provocar efectos no deseados como somnolencia, náuseas, vómitos, sequedad bucal y estitiquez.

Para contrarrestar estos síntomas ud. puede utilizar aloe vera o vaselina líquida (laxantes) y metoclopramida (antinauseoso) de acuerdo a la indicación de su médico.

Recuerde tomar todos los medicamentos indicados y a las horas indicadas.





“Plan de Atención Farmacéutica” Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

Documento elaborado por:
Camila Vergara Riveros
Tesisista de Química y Farmacia
Universidad de Valparaíso

Junio 2012

