

Pharm Care Esp.

24(4)

JULIO-AGOSTO · 2022

www.pharmcareesp.com

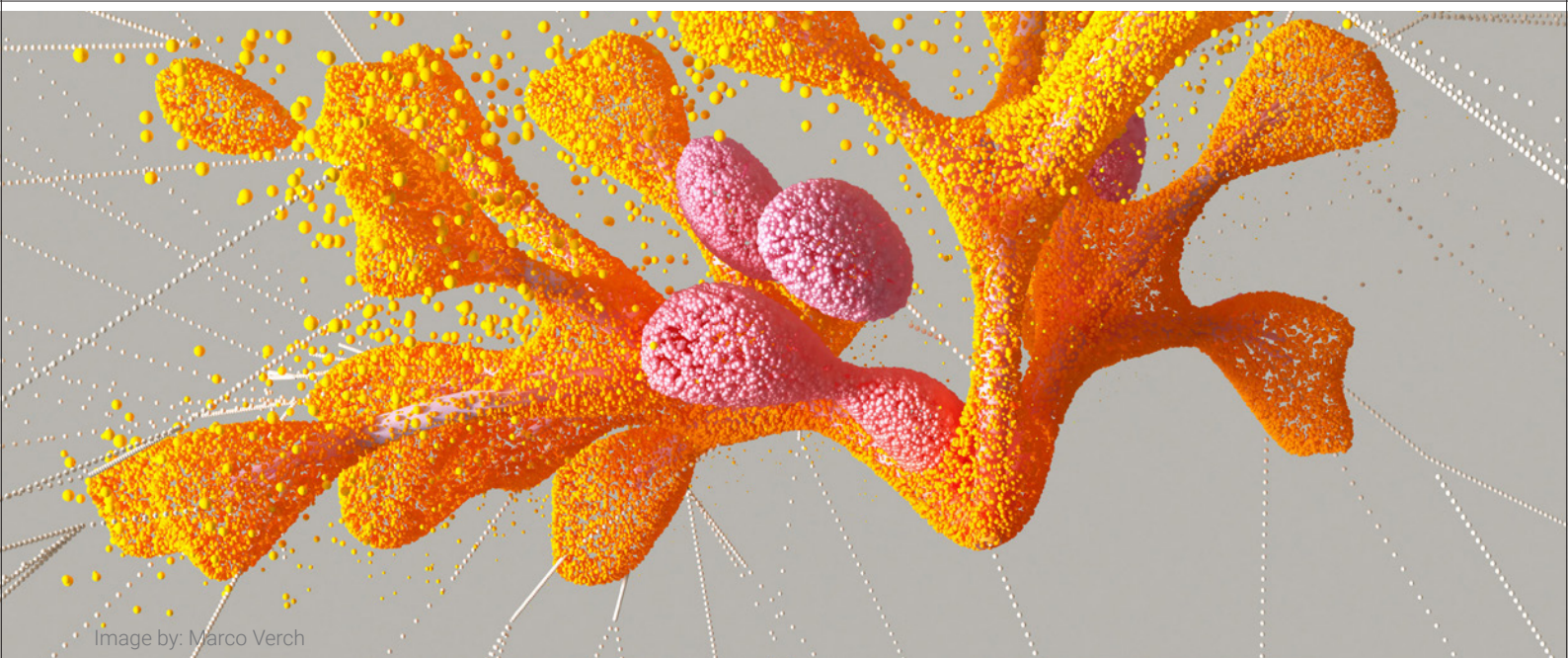


Image by: Marco Verch

Comité Editorial

Ana M.ª Dago. Presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care España. Barcelona, España.

Juan del Arco. Director Técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España. Bilbao, España.

Pilar Gascón. Profesora Grado en Farmacia, Facultad Blanquerna Salud, Universidad Ramón Llull. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España. Barcelona, España

María José Faus. Directora de la Cátedra María José Faus Dáder de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España. Granada, España.

Comité científico

Miquel Aguiló. Farmacéutico comunitario. Palma de Mallorca, España.

Flor Álvarez de Toledo. Farmacéutica Comunitaria. Oviedo, España.

N. Floro Andrés. Farmacéutico comunitario. Pontevedra, España.

Virginia Arroyo. Farmacéutica de área, Hospital Ntra. Sra. del Prado, Talavera de la Reina, Castilla La Mancha, España.

Juana Benedí. Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Begoña Calvo. Catedrática de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Departamento de Farmacia y Ciencia de los Alimentos, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, España.

Pedro del Río Pérez. Farmacéutico comunitario. León, España

Benet Fité. Farmacéutico comunitario. Barcelona, España.

Miguel Ángel Gastelurrutia. Farmacéutico comunitario, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Guipuzkoa, España.

Victoria Hall. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Irene Iglesias. Farmacología Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Elsa López. Profesora de Atención Farmacéutica, Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

Manuel Machuca. Farmacéutico comunitario. Sevilla, España.

Eduardo Luis Mariño. Unidad de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Universitat de Barcelona. Barcelona, España.

Patricia Mastroianni. Departamento de Fármacos e Medicamentos, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Araraquara, SP, Brasil.

Raimundo Pastor. Médico de Familia, Alcalá de Henares, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá. Madrid, España.

María Victoria Rojo. Centro de Información del Medicamento, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ávila. Ávila, España.

Elías Ruiz. Farmacéutico de Área de Atención Primaria, Departamento Valencia Hospital General Universitario. Valencia, España.

Daniel Sabater, Farmacéutico comunitario, Investigador Cátedra de Atención Farmacéutica Universidad de Granada. Granada, España.

Luis Salar. Farmacéutico comunitario, Profesor asociado Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia, España.

Ana Santamaría. Farmacéutica comunitaria. Santander, España.

Nancy Solá. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Raquel Varas. Departamento de Servicios asistenciales, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, España.

Christian Plaza. Profesor Asistente, Departamento de Farmacia, Facultad de Química, Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, Chile.

Pedro Amariles. Profesor Titular de Farmacia Clínica, Departamento de Farmacia, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

José Antonio Fornos. Profesor Asociado de la Universidad de Santiago de Compostela, Grupo Berbés de Investigación y Docencia. Pontevedra, España.

María González. Presidenta de la Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia (SEDOF). Farmacéutica Comunitaria. Alicante, España.

Bartolomé Oliver. Farmacéutico Comunitario. Illes Balears, España.

Elena Valles. Farmacéutica Comunitaria en Valladolid, Investigadora del Aula de Atención Farmacéutica de la Universidad de Salamanca (AUSAF) y Mediadora del Convenio USAL-CONCYL. Valladolid, España.

Juan Uriarte. Farmacéutico comunitario. Universidad del País Vasco, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Enfermería (Leioa). Bilbao, España.

Rosario Pilar Fernández. Farmacéutica Responsable del Centro de Información del Medicamento del COF de Cádiz. Cádiz, España.

Jaime Román. Farmacéutico Comunitario, Profesor Master Atención Farmacéutica Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla y la Universidad San Pablo CEU de Madrid. Sevilla, España.

Martha Milena Silva. Directora del Máster Universitario en Atención Farmacéutica y Farmacoterapia de la Universidad San Jorge. Docente e Investigadora del Grupo de Investigación en Farmacoterapia Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge de Zaragoza. Zaragoza, España

Carlos Treceño. Farmacéutico comunitario, Miembro del Centro de Estudios para la Seguridad del Medicamento, Profesor de Farmacología en el grado de Odontología impartido por la Universidad Europea Miguel de Cervantes. Valladolid, España.

Pablo Morell Gutierrez. Farmacéutico comunitario en La Rinconada, Sevilla. Coordinador de formación, Servicio MAPA-FARMA, SPD, Servicio de optimización de la farmacoterapia, Formulación Magistral.

Rosa Martínez Cuadros. Investigadora pre-doctoral del Departamento de Sociología de la UAB. Miembro del grupo de investigación ISOR. Máster en Antropología y Etnografía por la Universidad de Barcelona. Presidenta de la Associació Antropologies. Miembro equipo editorial de la revista (con)textos: revista d'antropologia i investigació social.

SUMARIO / CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL NOTE

Normas para autores

Guidelines for authors

Ana Dago 4-5

ORIGINALES / ORIGINAL ARTICLES

El Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Administración de medicamentos inyectables en Costa Rica: conceptualización y caracterización. Estudio exploratorio

The Professional Pharmaceutical Assistance Service for the Administration of Injectable Drugs in Costa Rica: conceptualization and characterization. Exploratory study

Alfonso Pereira-Céspedes 6-22

Enfermedades raras desde la farmacia comunitaria

Rare diseases from the community pharmacy

Eloisa María de Velasco, Purificación Ballester, Begoña Cerdá,

Miguel Ángel Ruiz-Carabias, Pilar Zafrilla 23-42

Evolución del consumo de lorazepam en un medio rural en la Región de Murcia (2012-2018)

Evolution of the consumption of lorazepam in a rural environment in the Region of Murcia (2012-2018)

Juan Antonio Cano-Hernández, Pura Ballester-Navarro, Sandra Sierra-Alarcón, Alejandro

Galindo-Tovar 43-63

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS / BIBLIOGRAPHICAL REVIEWS

Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional

Pharmaceutical Care in National and International Bibliography

Elodie Ouadahi 64-70

Editorial · Editorial Note

Normas para autores

Guidelines for authors

Autorías

Ana Dago¹

¹ Presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care España, Barcelona, España.

He comentado este tema en otro editorial no hace mucho tiempo, pero ante el aumento de rechazos en una primera revisión por no cumplir las normas para autores, quiero insistir nuevamente en la importancia de este tema.

Como la mayoría de las revistas científicas, Pharm Care Esp incluye en su web información detallada sobre los requisitos para el envío de manuscritos. Esta información para autores, contiene las instrucciones con los aspectos formales que debe cumplir el manuscrito.

Se trata de normas que, con ligeras diferencias, siguen la mayoría de las revistas científicas y no cumplir con estos requisitos, es motivo suficiente para que el manuscrito sea rechazado en una primera revisión y sin pasar por la revisión externa. Es por tanto muy importante que antes de preparar el manuscrito, dediquemos unos minutos a leer con detenimiento las normas de presentación de manuscritos de la revista, para adaptar el documento a las exigencias de la misma.

Nuestra revista cuenta en su página web con tutoriales para explicar como registrarse y enviar un artículo. Además, cuenta con plantillas descargables para la presentación de los manuscritos. La utilización de estos elementos permite una presentación homogénea de los artículos en la revista y facilita el trabajo editorial.

La extensión del resumen o del cuerpo del artículo también puede ser motivo de rechazo en esta primera fase del proceso editorial. Es bastante frecuente el rechazo de manuscritos por este motivo.

Otro aspecto a tener en cuenta son las palabras clave o términos MeSH (Medical Subject Headings), son descriptores en ciencias de la salud que permiten la indexación o clasificación de artículos y facilitan la búsqueda o recuperación de ese trabajo. Así pues, la elección de los términos, que han de estar relacionados con el contenido del trabajo, va a influir en la difusión y recuperación posterior de nuestro artículo.

Las referencias bibliográficas son un elemento clave para evaluar la calidad de un trabajo. La bibliografía ha de ser adecuada, estar actualizada, citada correctamente y no incluir comunicaciones personales salvo que sean esenciales. Antes de enviar el manuscrito resulta útil realizar comprobaciones de la lista de referencias bibliográficas respecto a que la numeración en el texto es consecutiva, todas las citas aparecen en el listado final o cuando se trata de un artículo de revista en internet, comprobar que la URL corresponde a dicha cita.

Nuestra revista sigue las normas de publicación de manuscritos que se utilizan en el campo de la salud, por lo que el estilo y presentación de referencias, ha de realizarse de acuerdo al *estilo Vancouver*. Desde la web de la revista hay un enlace con acceso directo a las normas Vancouver.

Un manuscrito que cumple las normas de presentación, con una redacción clara y ordenada, facilita el proceso editorial y colabora en la mejora de la calidad de la revista

Desde Pharm Care Esp seguimos implementando recursos para facilitar y mejorar la presentación de los trabajos que llegan a nuestra publicación y agradecemos a los autores el cumplimiento de las normas y su contribución al avance de la Atención Farmacéutica.

Artículos Originales · Original Articles

El Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Administración de medicamentos inyectables en Costa Rica: conceptualización y caracterización. Estudio exploratorio

The Professional Pharmaceutical Assistance Service for the Administration of Injectable Drugs in Costa Rica: conceptualization and characterization. Exploratory study

Información

Fechas:

Recibido: 30/05/2022

Aceptado: 21/07/2022

Publicado: 15/08/2022

Correspondencia:

Alfonso Pereira-Céspedes

Alfonso.pereiracespedes@ucr.ac.cr

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

Universidad de Costa Rica,
Facultad de Farmacia, Instituto de
Investigaciones Farmacéuticas.

Agradecimientos:

Se agradece a los farmacéuticos participantes en especial a Dra. Victoria Hall Ramírez, Dra. Vanessa Camacho Varela y Dra. Johanna Gómez Murillo por sus aportes en el análisis preliminar de resultados.

Autorías

Alfonso Pereira-Céspedes¹  0000-0003-1539-3305

¹Universidad de Costa Rica, Facultad de Farmacia, Instituto de Investigaciones Farmacéuticas, Centro Nacional de Información de Medicamentos, San José, Costa Rica.

Cómo citar este trabajo

Pereira-Céspedes A. El Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Administración de medicamentos inyectables en Costa Rica: conceptualización y caracterización. Estudio exploratorio. Pharm Care Esp. 2022;24(4):6-22.

RESUMEN

Introducción: El servicio profesional farmacéutico asistencial de administración de medicamentos inyectables, tradicionalmente, se ha ofertado en farmacias comunitarias costarricenses. El objetivo de este estudio es describir la conceptualización y principales características del servicio profesional farmacéutico asistencial de administración de inyectables en Costa Rica.

Método: Estudio exploratorio y descriptivo realizado en 35 farmacias comunitarias del área metropolitana de Costa Rica. Los datos se obtuvieron, mediante encuesta presencial al regente farmacéutico, haciendo uso de un cuestionario diseñado para este fin y en cumplimiento de principios éticos.

Resultados: Un 97,14% de las farmacias comunitarias entrevistadas ofrecen el servicio, mayoritariamente demandado por parte de pacientes y conformes al protocolo específico del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. Como parte de este servicio se administran medicamentos inyectables, derivados de los servicios de dispensación de medicamentos con receta y de indicación farmacéutica. Destacan medicamentos AINE administrados por vía intramuscular. Además, se destaca la relación con el servicio farmacéutico en inmunización.

Conclusiones: Se evidencia la importancia del servicio de administración de inyectables para el sistema sanitario costarricense y el desarrollo de los servicios farmacéuticos.

Palabras clave: Atención Farmacéutica; Servicios comunitarios de farmacia; inyecciones intramusculares; Costa Rica.

ABSTRACT

Introduction: The professional pharmaceutical care service of injectable drug administration has traditionally been offered in Costa Rican community pharmacies. The objective of this study is to describe the conceptualization and main characteristics of the professional pharmaceutical assistance service of injectable drug administration in Costa Rica.

Methods: Exploratory and descriptive study was carried out in 35 community pharmacies in the metropolitan area of Costa Rica. Data were obtained by means of a face-to-face survey of the pharmacist regent, using a questionnaire designed for this purpose and in compliance with ethical principles.

Results: 97.14% of the community pharmacies interviewed offer the service, mostly demanded by patients and in accordance with the specific protocol of the College of Pharmacists of Costa Rica. As part of this service, injectable drugs are administered, as well as drugs derived from prescription drug dispensing services and those with pharmaceutical indications. NSAIDs administered intramuscularly stand out. In addition, the relationship with the pharmaceutical service in immunization is highlighted.

Conclusions: The importance of the injectable administration service for the Costa Rican health system and the development of pharmaceutical services is evidenced.

Key Words: Pharmaceutical care; community pharmacy services; intramuscular injections; Costa Rica.

Acrónimos:

SPFA: Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial

Introducción

La farmacia comunitaria en Costa Rica es una parte fundamental del sistema sanitario y es considerada un centro de atención primaria^(1,2). Dependiendo de su fuente de financiamiento, esta puede ser: pública (para el caso de las farmacias de la Caja Costarricense de Seguro Social) o privada⁽³⁾.

Toda farmacia comunitaria costarricense se encuentra a cargo de un regente farmacéutico, durante todo el horario de atención, como responsable técnico científico del establecimiento por legislación nacional⁽³⁾.

El farmacéutico comunitario, tradicionalmente, se ha caracterizado por ofrecer servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), tanto servicios de Atención Farmacéutica como servicios relacionados con la salud comunitaria desde la farmacia comunitaria^(4,5).

Dentro de la cartera de servicios ofrecidos en la farmacia comunitaria costarricense de tipo privada y bajo la responsabilidad del farmacéutico comunitario destacan: la dispensación de medicamentos, la indicación farmacéutica, la farmacovigilancia, la información de medicamentos, la medición ambulatoria de la tensión arterial, actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como la administración de medicamentos inyectables, incluyendo servicios de inmunización⁽¹⁻³⁾.

Históricamente, el servicio de administración de medicamentos inyectables, como un servicio de Atención Farmacéutica, es demandado por los usuarios (pacientes o cuidadores). Este puede ser derivado a partir del servicio de indicación farmacéutica o del servicio de dispensación de medicamentos con receta^(2,6).

Para la realización de este servicio profesional en Costa Rica se respalda en la siguiente legislación nacional: *Ley General de Salud N°5395, Manual de Normas para la Habilitación de las Farmacias N°31969-S y Reglamento sobre la gestión de los desechos infecto-contagiosos que se generan en establecimientos que presten atención a la salud y afines N° 30965-S*⁽⁶⁾

Por otra parte, dado que la legislación costarricense no ha definido cuáles medicamentos se pueden dispensar en el servicio de indicación farmacéutica, históricamente, el farmacéutico costarricense ha optado, en la práctica, por indicar y dispensar medicamentos de prescripción (incluidos medicamentos inyectables) y de venta libre, según su criterio profesional. Es importante mencionar que los medicamentos inyectables, para efectos legales en Costa Rica, son medicamentos de prescripción⁽³⁾.

En relación con el tipo de capacitación, para ofertar, este SPFA se trata de formación específica (teórico-práctica) que busca el desarrollo de habilidades y destrezas para la administración de medicamentos inyectables, además se incluyen contenidos (los cuales se mencionan, a manera de ejemplo,

de la guía docente de la asignatura de Farmacia Comunitaria del grado de Farmacia de la Universidad de Costa Rica), a saber: *condiciones sanitarias para brindar el servicio de inyectables en la farmacia comunitaria (requisitos e instalaciones del servicio), aspectos regulatorios de la administración de medicamentos, consentimiento informado, habilidades y destrezas de la técnica de administración intramuscular y subcutánea de inyectables, manejo de reacciones anafilácticas y primeros auxilios*. Esta formación abarca desde contenidos de cursos de carrera hasta cursos de formación continuada.

El objetivo de este artículo es describir por primera vez la conceptualización y principales características del SPFA de administración de inyectables en Costa Rica que permita generar evidencia sobre su relevancia para el sistema sanitario costarricense y el desarrollo de los servicios farmacéuticos en la región de América Latina

Métodos

Estudio exploratorio y descriptivo realizado en 35 farmacias comunitarias del área metropolitana de Costa Rica. Los datos se obtuvieron mediante encuesta presencial al regente farmacéutico haciendo uso de un cuestionario diseñado para este fin (ver material complementario anexo).

Se analizaron las siguientes variables: tipo de usuarios, edad de usuarios, cantidad aproximada de usuarios que solicitan el servicio, disponibilidad de espacio físico, necesidad de receta médica para ofertar el servicio, tipo de medicamentos inyectables administrados con receta o indicación farmacéutica, vía de administración, necesidad de consentimiento informado, documentación del servicio, incluyendo protocolos, capacitación y manejo de reacciones anafilácticas

Para el análisis estadístico se realizaron distribuciones de frecuencias (proporciones y porcentajes) y se hizo uso del programa informático de análisis estadístico SPSS versión 28.0.1.1

Los datos se recolectaron de manera confidencial y anónima. En todo momento se garantizó la protección de datos personales y el cumplimiento de principios éticos.

Resultados

En 34 farmacias comunitarias (97,14%), de un total de 35 farmacias, se ofrece el SPFA de administración de medicamentos inyectables. Es importante destacar que la administración de medicamentos inyectables, como parte de este SPFA, es responsabilidad y *realizada por el farmacéutico comunitario en las farmacias comunitarias que ofrecen este servicio*.

Además, se dispone de un espacio físico, dentro la farmacia comunitaria, conforme con los requerimientos técnicos de la legislación costarricense (Manual de Normas para la Habilitación de las Farmacias N°31969-S).

Características de los usuarios

En cuanto al tipo de usuario que solicita este servicio en las farmacias que lo ofertan corresponden a pacientes (100,0%). Asimismo, las farmacias pueden ofertar este servicio, de manera adicional, a través de un cuidador (29,4%), quien solicita que se le administre un medicamento a un paciente bajo su cuidado.

Otras características se muestran en la Tabla 1 según opinión de los farmacéuticos entrevistados.

Característica	Farmacias comunitarias que ofertan el servicio n(%)
Edad de usuarios atendidos	
Menor de 2 años	9 (26,5)
3 a 6 años	13(38,2)
7 a 12 años	13(38,2)
13 a 17 años	14(41,2)
18 a 64 años	34 (100)
Mayor de 65 años	14 (41,2)
Cantidad diaria de usuarios atendidos	
2 a 5 personas	6(17,6)
6 a 10 personas	14(41,2)
11 a 20 personas	9(26,5)
Mayor de 21 personas	5(14,70)

n: número de farmacias comunitarias.
Fuente: datos del estudio.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de características de los usuarios según opinión de las farmacias comunitarias que ofertan este servicio (N:34).

Es importante mencionar, que, a la farmacia comunitaria, pueden acudir usuarios pertenecientes a distintos grupos etarios, así como distintos tipos de usuarios (pacientes o cuidadores).

Relación con otros servicios profesionales

El SPFA de administración de medicamentos inyectables se deriva de los servicios de *dispensación de medicamentos con receta* y del *servicio de indicación farmacéutica*.

Específicamente, un 35,3% de las farmacias comunitarias, que brindan el servicio de inyectables, administran medicamentos mediante prescripción médica (servicio de dispensación de medicamentos con receta). Del mismo modo, un 85,3 % de las farmacias comunitarias, que brindan este servicio,

administran medicamentos inyectables derivados del servicio de indicación farmacéutica (sin necesidad de receta médica).

Además, un 2,9% de las farmacias ofrecen servicios farmacéuticos en inmunización.

Tipos de medicamentos dispensados y vías de administración

La Tabla 2 resume la distribución de frecuencias de los medicamentos dispensados (por indicación farmacéutica o prescripción médica), según opinión de las farmacias comunitarias que ofrecen este SPFA:

Tipo de medicamentos	Medicamentos administrados por indicación farmacéutica n(%)	Medicamentos administrados por prescripción médica n(%)
Antibióticos	2(5,9)	28(82,4)
Opioides	3(8,8)	17(50,0)
AINE	32(94,1)	24(70,6)
Corticoides	19(55,9)	23(67,6)
Hierro	4(11,8)	13(38,2)
Vitaminas	18(52,9)	15(44,1)
Antiespasmódicos	12(35,3)	16(47,1)
Antiulcerosos (Antihistamínicos H2)	8(23,5)	12(35,3)
Antieméticos	16(47,1)	15(44,1)
Procinéticos	11(32,4)	12(35,3)
Anticonceptivos hormonales	13(38,2)	22(64,7)
Vacunas	1(2,9)	1(2,9)
Otros (relajantes musculares, antihistamínicos H1, antígenos)	6(17,6)	5(14,7)

n: número de farmacias comunitarias.
Fuente: datos del estudio.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de los medicamentos dispensados (por indicación farmacéutica o prescripción médica) según opinión de las farmacias comunitarias que ofertan este servicio (N:34)

La totalidad de los medicamentos inyectables de indicación farmacéutica se administran por vía intramuscular, como parte de este servicio profesional

Las vías de administración de los medicamentos inyectables, dispensados con receta médica, corresponden a intramuscular y subcutánea en su mayoría. Los medicamentos que se administran por vía subcutánea corresponden a insulinas y tramadol en su mayoría.

Documentación

Un 61,8% de las farmacias que brindan este servicio solicitan la firma de un consentimiento informado para administrar los medicamentos inyectables a los usuarios atendidos. De igual manera cuentan con algún tipo de registro de consultas, incluyendo medicamentos administrados, relacionados con este servicio.

Manejo de reacciones alérgicas

La totalidad de las farmacias donde se oferta este servicio disponen como parte de la documentación de un protocolo para manejo de reacciones alérgicas y shock anafiláctico.

Además, un 41, 2% de los encuestados refieren haber abordado algún tipo de reacción alérgica en la farmacia relacionado.

Capacitación

En cuanto a la capacitación, esta es una formación específica teórica y práctica, dirigida al desarrollo de habilidades y destrezas del farmacéutico comunitario para implantar este SPFA, destacando: contenidos de curso de grado de la carrera de Farmacia y cursos de formación continuada (Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica, Cruz Roja Costarricense y empresas privadas de educación continuada).

Discusión

El presente artículo pretende un acercamiento a la conceptualización, relevancia y principales características del servicio de administración de medicamentos inyectables en farmacias comunitarias costarricenses. Los hallazgos de este estudio concuerdan con otros estudios publicados que mencionan que en farmacias comunitarias costarricenses se realiza este servicio profesional^(2,3).

En cuanto a los tipos de usuarios atendidos coinciden con otros estudios que mencionan que los principales usuarios que acuden a las farmacias comunitarias, al ser centros de atención primaria en salud, corresponden a los propios pacientes^(2,3). Además, los hallazgos del presente estudio se asemejan con un estudio publicado en Tanzania que evidenció la preferencia de los pacientes por los medicamentos inyectables⁽⁷⁾ y que justifica, en parte de gran demanda que tiene este servicio. En esta misma línea otros estudios resaltan la preferencia de los pacientes por medicamentos inyectables en comparación con aquellos administrados por otras vías^(8,9).

Los principales tipos de medicamentos inyectables administrados y dispensados por indicación farmacéutica corresponden a AINE, lo cual coincide con el estudio donde menciona que en las farmacias costarricenses se dispensan medicamentos inyectables por indicación farmacéutica⁽³⁾. Otros medicamentos: corticoides (dexametasona), vitaminas (complejo B), así como medicamentos para que actúan en el sistema digestivo (antieméticos, prokinéticos y antiulcerosos). Estos medicamentos son utilizados como parte de la farmacoterapia de síntomas menores de los tipos: músculo-esqueléticos, cefaleas y digestivos⁽³⁾.

A pesar de que solamente un 2,9% de las farmacias encuestadas administran vacunas, esta cifra no refleja la realidad del país, en cuanto existe un mayor número de farmacias costarricenses que ofrecen servicios farmacéuticos en inmunización, lo cual debe ser analizado en estudios posteriores. Asimismo, es congruente con otros estudios, informes técnicos o reportes de casos a nivel mundial y regional que hacen mención de los servicios farmacéuticos en inmunización desde la farmacia comunitaria⁽¹⁰⁻¹⁷⁾.

En cuanto a los medicamentos dispensados por receta destacan: antibióticos (ceftriaxona), AINE, corticoides (dexametasona) y opioides (tramadol) de administración intramuscular, esta vía de administración se resalta en la literatura consultada⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Asimismo, se subraya la administración de anticonceptivos inyectables en las farmacias comunitarias lo cual coincide con otro estudio publicado en farmacias comunitarias de Uganda⁽²²⁾.

En lo que respecta a la administración de inyectables con prescripción médica esta es conforme con la norma de habilitación de farmacias de Costa Rica y el protocolo de actuación del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (recursos materiales y humanos)⁽⁶⁾.

Sin embargo, se presenta el desafío normativo de la administración de medicamentos inyectables con indicación farmacéutica, una actividad que, como se ha venido comentando, cuenta con una alta demanda cultural por parte de los pacientes y una tradición histórica para el farmacéutico comunitario costarricense.

De la misma forma, no es objetivo de este estudio exploratorio evaluar la calidad ni la actuación profesional de los farmacéuticos comunitarios participantes; simplemente se busca generar evidencia de la conceptualización y caracterización de este servicio. Esta evaluación podrá ser interés de estudios posteriores.

Además, se objetivan características de los SPFA tales como: ofertado por un farmacéutico, desde la farmacia comunitaria, alineado a los objetivos del sistema sanitarios, definición, procedimientos de trabajo y sistemas de documentación⁽⁵⁾.

Se destaca el carácter relevante e histórico de este SPFA para Costa Rica, pero un servicio poco conocido para el resto de la región de América Latina. Asimismo, existen pocos estudios publicados, incluyendo reportes de casos, sobre servicios farmacéuticos de administración de medicamentos inyectables desde la farmacia comunitaria. Dentro de esta línea, destacan, preferiblemente, estudios o reportes de casos en: Brasil⁽¹⁸⁾, Estados Unidos^(21, 23), Uganda^(22, 24) y Mongolia⁽²⁵⁾.

Sin embargo, una mayor cantidad de estudios, reportes o informes técnicos se relacionan con servicios farmacéuticos en inmunización en países tales

como: Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos Filipinas, Francia, Irlanda, Nueva Zelanda, Portugal y Suiza⁽¹⁰⁻¹⁷⁾.

Otro de los desafíos de este SPFA es la documentación o registro de actuaciones del farmacéutico, la cual fue solamente del 61,8%, lo cual deberá ser motivo de estudio en etapas posteriores.

Asimismo, destaca el nivel de complejidad de este SPFA, el cual se pone de manifiesto en un 41,2% de los encuestados manifestó haber presenciado alguna reacción alérgica asociada. Lo anterior debido a la condición de riesgo en la administración de medicamentos inyectables⁽²⁶⁾.

Además, es concordante con la importancia del manejo de reacciones alérgicas por parte del farmacéutico comunitario⁽²⁷⁾.

En cuanto a la capacitación que reciben los farmacéuticos comunitarios para la implantación de este servicio profesional destaca la formación de grado, lo cual se ha evidenciado sobre la importancia del desarrollo de competencias para llevar a la práctica este SPFA⁽²⁸⁾, destacando la técnica correcta de administración de medicamentos inyectables (intramuscular y subcutánea), el manejo de emergencias y reacciones alérgicas asociadas y desecho de infectocontagiosos^(17, 18).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Farmacéutica Internacional han definido el papel y las funciones de los farmacéuticos, así como en la elaboración de guías de buenas prácticas en Farmacia, destacando *gestionar eficazmente los tratamientos farmacológicos*^(29, 30).

El SPFA de administración de medicamentos inyectables es una actividad que se enmarca como parte de esta función asistencial del farmacéutico⁽¹⁷⁾. Además, este SPFA se clasifica como un servicio de Atención Farmacéutica orientado al proceso de uso de medicamentos tomando como base la clasificación propuesta por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria^(4, 5).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se encuentra el número de farmacias comunitarias participantes, lo cual se explica en su carácter de estudio exploratorio, así como el carácter incipiente y desafíos de la investigación en farmacia comunitaria costarricense. El aumentar la muestra de farmacias comunitarias participantes permitirá, en una segunda etapa, evaluar el impacto clínico, humanístico y económico de este SPFA, así como el fortalecimiento del papel del farmacéutico comunitario para el sistema sanitario.

En conclusión, el SPFA de administración de medicamentos inyectables en Costa Rica es un servicio relevante para el país, además, un ejemplo a seguir para el desarrollo de los servicios farmacéuticos en la región de las Américas.

Bibliografía

1. Pereira-Céspedes A, Lizano-Barrantes C, Hernández-Soto-Luis Esteban. Consulta farmacéutica en farmacias de comunidad de Costa Rica: Un servicio basado en atención primaria. *Rev. OFIL-ILAPHAR* [Internet]. 2018;28(4):307-11. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/consulta-farmaceutica-en-farmacias-de-comunidad-de-costa-rica-un-servicio-basado-en-atencion-primaria/>
2. Jiménez-Díaz AP, Rojas-Morera MT, Arias-Mora F. Caracterización de los servicios brindados en farmacias comunitarias privadas de Costa Rica. *Pharmaceutical Care La Farmacoterapia* [Internet]. 2012:4-10. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pharmaceutical/article/view/6556/6251>
3. Pereira-Céspedes A, Lizano-Barrantes C, Hernández-Soto LE. Caracterización de las consultas de indicación farmacéutica en 30 farmacias comunitarias del área metropolitana de costa rica. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2016;18(1):16-27. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/274/236>
4. Faus-Dáder MJ, Amariles-Muñoz P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica. Servicios farmacéuticos orientados al paciente. 2nd ed. Granada: Técnica Avicam; 2022.
5. Foro de Atención Farmacéutica - Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
6. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. Protocolo para el servicio y aplicación de inyectables y/o vacunatorios en farmacias privadas. San José, Costa Rica: Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica; 2014.
7. Gumodoka B, Vos J, Berege ZA, Asten HAv, Dolmans WM, Borgdorff MW. Injection practices in Mwanza region, Tanzania: Prescriptions, patient demand and sterility. *Tropical Medicine & International Health* [Internet]. 1996;1(6):874-80. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-3156.1996.tb00125.x>
8. Boye KS, Jordan JB, Malik RE, Currie BM, Matza LS. Patient perceptions of and preferences between characteristics of injectable diabetes treatments. *Diabetes Ther* [Internet]. 2021;12(9):2387-403. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8385031/>
9. Alhassan RK, Adu-Gyamfi BA, Oliver A, Ayensu B, et al. Correlates of patients' preference for therapeutic injections in a major regional referral hospital in Ghana: Implications for policy and clinical practice. *SAGE Open* [Internet]. 2018 October 1;8(4):2158244018804583. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2158244018804583>
10. Isenor JE, Alia TA, Killen JL, et al. Impact of pharmacists as immunizers on influenza vaccination coverage in Nova Scotia, Canada. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2016;12(5):1225-8.
11. Kummer GL, Foushee LL. Description of the characteristics of pharmacist-based immunization services in North Carolina: Results of a pharmacist survey. *J Am Pharm Assoc* (2003) [Internet]. 2008;48(6):744-51.

- 12.** Gerges S, Peter E, Bowles SK, et al. Pharmacists as vaccinators: An analysis of their experiences and perceptions of their new role. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2017;14(2):471-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806653/>
- 13.** Mendes IAC, Nogueira MS, Cassiani S, et al. A administração de injetáveis em farmácias: Ação educativa do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1988;41(2):93-6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r8BYWZBnT68MVFw8qYwLd-gH/?lang=pt>
- 14.** Doucette WR, Rippe JJ, Gaither CA, Kreling DH, Mott DA, et al. Influences on the frequency and type of community pharmacy services. *Journal of the American Pharmacists Association* [Internet]. 2017;57(1):72,76.e1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1544319116307816>
- 15.** Turcu-Stiolica A, Kamusheva M, Bogdan M, et al. Pharmacist's perspectives on administering a COVID-19 vaccine in community pharmacies in four balkan countries. *Front Public Health* [Internet]. 2021 [citado 9 Mayo 2022];0 Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.766146/full>
- 16.** Kirkdale CL, Nebout G, Megerlin F, Thornley T. Benefits of pharmacist-led flu vaccination services in community pharmacy. *Annales Pharmaceutiques Françaises* [Internet]. 2017;75(1):3-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450916300542>
- 17.** Centro Nacional de Información de Medicamentos. Servicios farmacéuticos en inmunización: Aportes, experiencias e implementación en la región de las Américas. San José, Costa Rica: 2021
- 18.** Rangel SM, Cassiani SH. [Intramuscular administration of drugs: Skills of pharmacy personnel]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2000;34(2):138-44.
- 19.** Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: An integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2002;15(3):149-62.
- 20.** Polania Gutierrez JJ, Munakomi S. Intramuscular Injection In: *StatPearls*. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556121/>
- 21.** American Pharmacists Association. Practice Guidance for Pharmacy Based Medication Administration Services. 2017. Disponible en: [https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/MASPracticeGuidance\(1\).pdf](https://aphanet.pharmacist.com/sites/default/files/files/MASPracticeGuidance(1).pdf)
- 22.** Akol A, Chin-Quee D, Wamala-Mucheri P, et al. Getting closer to people: Family planning provision by drug shops in Uganda. *Glob Health Sci Pract* [Internet]. 2014;2(4):472-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307862/>
- 23.** Ford JH, Gilson AM, Bryan GM, et al. Pilot testing a tool to determine the costs and time associated with community pharmacy-based administration of injectable naltrexone. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [Internet]. 2021 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741121003600>

- 24.** Melton BL, Lai Z. Review of community pharmacy services: What is being performed, and where are the opportunities for improvement? *Integr Pharm Res Pract* [Internet]. 2017;6:79-89. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774328/>
- 25.** Dorj G, Sunderland B, Hendrie D, Parsons R. Parenteral medication prescriptions, dispensing and administration habits in mongolia. *PLoS ONE* [Internet]. 2014;9(12):e115384. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25531766>
- 26.** Härkänen M, Paananen J, Murrells T, et al. Identifying risks areas related to medication administrations - text mining analysis using free-text descriptions of incident reports. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019;19(1):791.
- 27.** Salter SM, Delfante B, de Klerk S, et al. Pharmacists' response to anaphylaxis in the community (PRAC): A randomised, simulated patient study of pharmacist practice. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4(7) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4091503/>
- 28.** Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro, AF FC). Competencias profesionales para la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021.
- 29.** Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 91 p.
- 30.** Federación Internacional Farmacéutica, Organización Mundial de Salud. Buenas Prácticas en Farmacia. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya, Países Bajos: Federación Internacional Farmacéutica; 2011. 18 p.

ANEXO

Material Complementario

Cuestionario

El Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de Administración de medicamentos inyectables en Costa Rica: conceptualización y caracterización. Estudio exploratorio

Código de farmacia: _____

Pregunta 1 ¿La farmacia brinda el servicio de inyectables bajo la responsabilidad del regente farmacéutico?

- a) Si. Pase a la pregunta 2
- b) No. Fin del cuestionario

Pregunta 2. ¿La farmacia dispone de un espacio físico para administrar medicamentos inyectables acorde a la norma de habilitación del Ministerio de Salud?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 3

Pregunta 3. Principales tipos de usuarios que solicitan el servicio de inyectables: *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) Paciente
- b) Cuidador
- c) Tercero

Pase a la pregunta 4

Pregunta 4. Edades aproximadas de usuarios a los que se les brinda el servicio: *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) menor de 2 años.
- b) 3 a 6 años.
- c) 7 a 12 años
- d) 13 a 17 años
- e) 18 a 64 años
- f) mayor de 65 años

Pase a la pregunta 5

Pregunta 5. Cantidad aproximada diaria de personas que solicitan el servicio:

- a) 1 persona
- b) 2-5 personas
- c) 6-10 personas
- d) 11-20 personas
- e) 21-30 personas
- f) 31-40 personas
- g) 41-50 personas
- h) Más de 51 personas

Pase a la pregunta 6

Pregunta 6. ¿Se requiere receta médica para administrar medicamentos inyectables en las farmacias?

- a) Sí. Pase a la pregunta 7
- b) No. Pase a la pregunta 8

Pregunta 7. Tipos de medicamentos inyectables con receta que son administrados en la farmacia como parte del servicio. *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) Antibiótico
- b) Opioides
- c) AINE
- d) Corticoesteroides
- e) Hierro
- f) Vitamina
- g) Anticonceptivos
- h) Insulinas
- i) Antiespasmódicos
- j) Antiemético
- k) Procinéticos
- l) Antiulcerosos (AntiH2)
- m) Otros. Especifique _____

Pase a la pregunta 8

Pregunta 8. Vías de administración de los medicamentos inyectables administrados con receta. *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) intramuscular
- b) subcutánea
- c) intravenosa
- d) Otra Especifique _____

Pase a la pregunta 9

Pregunta 9. ¿Solicita un consentimiento informado para administrar medicamentos inyectables en la farmacia?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 10

Pregunta 10. Administra medicamentos inyectables por indicación farmacéutica en la farmacia

- a) Si. Pase la pregunta 11
- b) No. Pase a la pregunta 12

Pregunta 11. Tipos de medicamentos inyectables se son administrados por indicación farmacéutica en la farmacia. *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) Antibióticos
- b) Opioides
- c) AINE
- d) Corticoesteroides (dexametasona)
- e) Hierro
- f) Vitamina (Complejo B)
- g) Anticonceptivos
- h) Insulinas
- i) Antiespasmódicos
- j) Antiemético
- k) Procinéticos
- l) Antiulcerosos (AntiH2)
- m) Otros Especifique_____

Pregunta 12. Vías de administración de los medicamentos inyectables administrados con indicación farmacéutica. *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) intramuscular
- b) subcutánea
- c) intravenosa
- d) Otra _____

Pase a la pregunta 13

Pregunta 13. ¿La farmacia cuenta con un protocolo para el manejo de shock anafiláctico?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 14

Pregunta 14. ¿La farmacia cuenta con un sistema de disposición final de desechos infectocontagiosos?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 15

Pregunta 15. ¿La farmacia cuenta con un sistema de documentación y registro de medicamentos inyectables?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 16

Pregunta 16 ¿Ha presenciado alguna reacción anafiláctica en la farmacia relacionada con la administración de medicamentos inyectables?

- a) Si
- b) No

Pase a la pregunta 17

Pregunta 17. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación relacionada con la administración de inyectables?

- a) Si. Pase a pregunta 18
- b) No. Fin del cuestionario

Pregunta 18. ¿Cuál ha sido el tipo de capacitación relacionada con la administración de inyectables? *Seleccione una o más opciones según corresponda*

- a) Contenidos de cursos de la carrera de farmacia
- b) Cursos de Posgrado
- c) Capacitaciones del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica (COLFAR)
- d) Cursos de educación continua de universidades
- e) Cursos por parte empresas.
- f) Cursos del Cruz Roja Costarricense.
- g) Otros. Especifique

Artículos Originales · Original Articles

Enfermedades raras desde la farmacia comunitaria

Rare diseases from the community pharmacy

Información

Fechas:

Recibido: 30/06/2022

Aceptado: 05/08/2022

Publicado: 15/08/2022

Correspondencia:

Begoña Cerdá Martínez-Pujalte
bcerda@ucam.edu

Conflicto de intereses:

No conocemos ningún conflicto de intereses asociado con esta publicación.

Financiación:

No ha habido ningún apoyo financiero para este trabajo que pudiera haber influido en su resultado.

Autorías

Eloisa María de Velasco¹  0000-0003-4290-1862

Purificación Ballester¹  0000-0002-7345-448

Begoña Cerdá¹  0000-0003-0385-1145

Miguel Ángel Ruiz-Carabias²  0000-0002-3827-4838

Pilar Zafrilla¹  0000-0002-1463-7120

¹Universidad Católica de Murcia, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Farmacia, Murcia, España.

²Universidad Internacional de la Rioja. Facultad de educación. La Rioja, España. Presidente de la Asociación de Enfermedades Raras D'Genes.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

De Velasco EM, Ballester P, Cerdá B, Ruiz-Carabias MA, Zafrilla P. Enfermedades raras desde la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2022;24(1):23-42.

RESUMEN

Introducción: la visibilidad de las Enfermedades Raras a nivel multidisciplinar y su humanización, son uno de los retos planteados en la Agenda 2030 de Naciones Unidas. El farmacéutico comunitario necesita renovarse y promover habilidades, como técnicas de atención farmacéutica individualizada, imprescindibles para el apoyo de estos pacientes. El objetivo de esta investigación es identificar las necesidades socio-sanitarias de las familias pertenecientes a asociaciones de enfermedades raras que acude a la farmacia comunitaria en España.

Método: Estudio observacional y transversal mediante cuestionario digital enviado a usuarios de la Asociación de Enfermedades Raras D'genes, a través de la Asociación y de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, n=253.

Resultados: las enfermedades raras se distribuyen por todo el territorio con una alta dispersión. La mayoría de pacientes o familiares suelen visitar la farmacia comunitaria más de dos veces al mes. Estas familias suelen confiar en su farmacia desde hace más de tres años y no encuentran dificultades para obtener su tratamiento. El perfil de los pacientes que acuden a la farmacia es muy heterogéneo, pero la mayoría de familiares afirman conocer y centrarse únicamente en sus necesidades sociosanitarias. En relación a sus niveles de satisfacción, el recibimiento, la discreción en el trato, el tiempo de atención y la despedida son los factores mejor valorados.

Conclusiones: El profesional farmacéutico debe poseer, habilidades científicas y técnicas, necesita promover valores como empatía, habilidades sociales o capacidad de escucha, para poder prestar una atención farmacéutica personalizada a familias con enfermedades raras y conseguir humanizar la farmacia comunitaria del siglo XXI.

Palabras clave: Enfermedades raras; Atención al paciente; Farmacia comunitaria; Profesional farmacéutico; Humanización.

ABSTRACT

Introduction: the visibility of Rare Diseases at a multidisciplinary level and their humanization are one of the challenges set out in the 2030 Agenda of the United Nations. Community pharmacists need to renew themselves and promote skills, such as individualized pharmaceutical care techniques, which are essential for the support of these patients. The aim of this research is to identify the socio-health needs of families belonging to rare disease associations who go to the community pharmacy in Spain.

Method: Observational and transversal study by a digital questionnaire to users of the Association of Rare Diseases D'genes, through the Association and the Official Associations of Pharmacists, n=253.

Results: Rare diseases are distributed throughout the territory with a high dispersion. Most patients or relatives usually visit the community pharmacy more than twice a month. These families usually trust their pharmacy for more than three years and do not encounter difficulties in obtaining their treatment. The profile of the patients who visit the pharmacy is very heterogeneous, but the majority of family members claim to know and focus only on their social and health needs. In relation to their levels of satisfaction, the reception, discretion in treatment, time of attention and farewell are the best valued factors.

Conclusions: The professional pharmacist must possess, scientific and technical skills, needs to promote values such as empathy, social skills or listening skills, to be able to provide personalized pharmaceutical care to families with rare diseases and manage to humanize the community pharmacy of the 21st century.

Keywords: Rare diseases; pharmaceutical care; community pharmacy; pharmacist; humanisation.

Acrónimos:

ER (enfermedades raras)

FC (farmacia comunitaria)

ODS (objetivos de desarrollo sostenible)

MH (Medicamentos Huérfanos)

COF (Colegio Oficial de Farmacéuticos)

Introducción

En los últimos años, se ha planteado un nuevo reto para la sociedad: la visibilidad de las Enfermedades Raras (ER) a nivel multidisciplinar, integrando sanidad, educación y conciencia social⁽¹⁾. La humanización de las ER es uno de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) incluidos por las Naciones Unidas en la Agenda 2030⁽²⁾.

Las ER son numerosas, de naturaleza heterogénea y geográficamente dispares⁽³⁾. Estas enfermedades se caracterizan por una alta tasa de mortalidad, pero baja prevalencia. Por lo general, comportan una evolución crónica severa, con múltiples deficiencias motoras, sensoriales y cognitivas, suelen presentar un alto nivel de complejidad clínica, dificultando su diagnóstico y reconocimiento⁽⁴⁾.

Así mismo, la comercialización de Medicamentos Huérfanos (MH), medicamentos destinados al diagnóstico y tratamiento de muchas de estas ER⁽⁵⁾, se enfrenta al conflicto entre el acceso temprano a los nuevos medicamentos que puedan mejorar la salud de los pacientes y la evaluación rigurosa de los beneficios y riesgos⁽⁶⁾.

La prevalencia de ER aceptada en Estados Unidos es de 1 de cada 1500 personas, sin embargo, en Australia está estipulada en 5 de cada 10000⁽⁷⁾, siendo 1 de cada 2500 ciudadanos en Japón⁽⁸⁾. En España, se ha adoptado el criterio establecido por la Unión Europea, considerando a una enfermedad como rara o poco frecuente cuando afecta a menos de 1 de cada 2000 habitantes^(3, 4).

Actualmente, la base de datos de Orphanet se compone de 6053 ER⁽⁹⁾, afectando a un 3,5% - 5,9% de la población mundial. Se estima que 30 millones de personas en Europa y 300 millones en todo el mundo padecen una ER. El 72% tienen origen genético y de estas, el 70% aparecen en la infancia⁽³⁾. El 28% restante, se desarrollan como resultado de infecciones, alergias o factores medioambientales^(4, 9).

A raíz de esto, se plantea la necesidad de implantar un modelo de atención integral, que satisfaga las necesidades de pacientes con ER, que organice un espacio sociosanitario multidisciplinar capaz de orientar a las familias y solventar los problemas derivados de su enfermedad⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, se requiere la organización de una atención multidisciplinar que incluya no solo a médicos de atención primaria, sino también a especialistas como genetistas, neurólogos, inmunólogos, pediatras, dietistas o farmacéuticos, recursos como Orphanet pueden ser capaces de facilitar dicha atención^(11, 12).

Un ejemplo de mejora de calidad de vida de estos pacientes, es el propuesto por el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente, en Países Bajos, donde se ha llevado a cabo un modelo lógico de atención farmacéutica, centrado en el paciente, eficiente, asequible y con un impacto ambien-

tal mínimo⁽¹³⁾. Los profesionales de la salud deben integrarse en un equipo multidisciplinar y para ello se debe mejorar la comunicación⁽¹⁴⁾. Así mismo, el paciente, como se observó en el proyecto IMPACT, necesita comprender el nuevo rol del farmacéutico y estar abierto a construir una relación más cercana con este profesional de la salud⁽¹⁵⁾. Este modelo lógico logra aunar esfuerzos, tanto de la Administración como de los farmacéuticos, para conseguir un equilibrio óptimo entre los servicios farmacéuticos tradicionales centrados en el producto y los innovadores centrados en el paciente⁽¹³⁾.

En esta etapa de la historia denominada "Sociedad del Conocimiento", los sistemas de información y las nuevas tecnologías hacen que los avances en la comunicación se produzcan de manera veloz y progresiva, la sociedad difunde, comparte y posibilita la accesibilidad, a todos los miembros, al conocimiento necesario para mejorar las condiciones humanas^(16,17). La atención farmacéutica que se beneficia de estos recursos, junto con la receta electrónica^(18,19), ya instaurada en todo el país, son ejemplos característicos de esta evolución en el sector farmacéutico. Sin embargo, el avance de las nuevas tecnologías, no debe sustituir la comunicación directa interpersonal, sobre todo en la farmacia comunitaria (FC) ya que, en la mayoría de las situaciones, el paciente que acude a este establecimiento busca en el profesional, una atención íntima y personalizada⁽²⁰⁾. Por esta razón, el farmacéutico comunitario necesita renovarse y promover otras habilidades, entre ellas las técnicas de atención farmacéutica individualizada y de fidelización del cliente⁽²¹⁾.

Los objetivos de esta investigación son: identificar las necesidades socio-sanitarias de estos pacientes en la FC y determinar su satisfacción con la OF y los servicios prestados en la misma.

Métodos

Diseño de estudio y procedimiento

Se ha realizado un estudio observacional y transversal.

El Proyecto de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la UCAM (código CE071910). A todos los participantes del estudio se les entregó la hoja de información antes de comenzar, cumplimentando el consentimiento informado.

Para caracterizar la relación que existe entre estos pacientes y la OF se elaboró un cuestionario de 25 ítems, la mayoría de respuesta cerrada, divididos en cuatro bloques: características sociodemográficas (n=7), relación del paciente con la OF (n=6), indicadores de calidad (n=4) y atención de reclamaciones (n=8) (Anexo I). El cuestionario de elaboración propia recoge variables de tipo respuesta si/no; escala Likert, respuesta cerrada y abierta.

Los cuestionarios se distribuyeron entre marzo del 2019 y marzo del 2021. El cuestionario estaba alojado en Google Analytics y se distribuyó a nivel nacional, a usuarios de la Asociación de Enfermedades Raras D´Genes y a través de los 52 Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), distribuidos por la península, archipiélagos y ciudades autónomas.

Criterios de inclusión:

Pacientes, familiares o tutores legales que tuviesen diagnosticada una ER o que estuviesen a cargo del cuidado de personas con ER. Aquellos que tras ser informados del procedimiento del estudio firmasen su participación en el mismo.

Criterios de exclusión:

Usuarios de FC que no hayan desarrollado una ER o que no tengan un familiar con este tipo de patologías o que no hayan aceptado participar.

Análisis de datos

En primer lugar, se ha realizado un volcado de los registros de los cuestionarios y se ha depurado la base de datos. Posteriormente se ha realizado un análisis descriptivo univariante, calculando las frecuencias y porcentajes de las categorías de las variables cualitativas, así como la media, desviación típica y mediana de las variables cuantitativas. Se ha aplicado el test Chi-cuadrado y la corrección de Yates, para tablas de contingencia, para estudiar la relación entre el sexo o la edad categorizada en rangos y la frecuencia de visitas a la FC o la necesidad de servicios complementarios. Por la bondad del análisis, la pregunta 18 cuyos ítems son cualitativos, se han transformado a variables cuantitativas otorgando puntuaciones que van desde 5 a 1, de esta forma se ha procedido a realizar el cálculo de las medias, desviaciones típicas y la mediana que se presentan. Se ha aplicado un nivel de significación del 5% ($p < 0,05$). El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el software SPSS, v. 26.

Resultados

Características sociodemográficas

En el estudio se han registrado los datos correspondientes a 253 participantes, de los cuales 223 (88,1%) son mujeres y 30 (11,9%) hombres. La distribución por edad muestra que la mayoría de participantes tienen una edad comprendida entre 35-59 años (67,3%), siendo el grupo de edad menos representado el de menores de 18 años (2%).

Entre los participantes, el 59,3% (n = 150) eran pacientes con ER, el 38,3% (n = 97) eran familiares de pacientes con ER, siendo el resto cuidadores o personas sin relación con el paciente.

Cabe indicar que la provincia de mayor participación ha sido Murcia (n= 58, 22,2%), seguida de Madrid (n= 28, 11,1%) y Barcelona (n= 13, 5,1%), las de menor participación han sido Almería, Teruel, Lugo y Burgos (n= 1, 0,4%).

Relación del paciente con la OF

En la Tabla 1, se recogen los resultados relativos a las variables analizadas sobre la relación de los participantes con la OF. Respecto al uso de la OF por parte del paciente o cuidador se ha obtenido que el bloque mayoritario de encuestados (n = 94, 37,2%) visita la farmacia más de 2 veces al mes, mientras que el 31,6% (n = 80) realizan una visita mensual. Solo el 9,9% (n = 25) realizan menos de una visita al mes, y el 21,3% (n = 54) acuden a la farmacia al menos 1 vez a la semana (tabla 1). No se observan diferencias significativas al analizar las covariables sexo y edad en relación a la frecuencia de visita a la OF. La cercanía al domicilio es el aspecto más relevante a la hora de elegir la FC (n = 183/252, 72,6%).

Se observa que un 57,3% están fidelizados a su OF, los resultados indican que la mayoría acuden desde hace más de 3 años a la misma farmacia (n = 145). No obstante, un 17% (n = 43) de los encuestados no tiene farmacia habitual.

Respecto al tratamiento, el 61,5% (n= 144/235) dispone de tratamiento completo para los síntomas nucleares de su ER en su FC habitual, frente al 9% (n= 21/235) que no dispone de dicho tipo de tratamiento. El 29,5% (n = 69) obtiene parte del tratamiento. El 64% (n= 153/239) no tiene dificultades de acceso a los medicamentos o productos que precisa en su FC frente al 36% (n = 86/239) que sí encuentra estas dificultades. El análisis de las dificultades específicas que suelen encontrar los participantes para obtener los medicamentos o productos que precisa en su FC habitual, el 15,1% (n = 38/251) indica que no tiene ninguna dificultad. Siendo las dificultades más frecuentes son el precio elevado (n = 97/251, 38,6%) y la falta de disponibilidad (n = 82/251, 32,7%).

El 61,3% (n = 141/230) afirma que cuando acude a una farmacia conoce sus necesidades, mientras que el 22,6% (n = 52/230) solicita información y opinión al personal de la farmacia. Por su parte, el 10,9% de los pacientes (n = 25/230) manifiesta una actitud reservada. El resto necesita información inmediata o desconfía de la información.

Además del tratamiento específico para su ER, otros servicios principalmente solicitados en la farmacia son dermofarmacia (n = 74/244, 30,3%), productos sanitarios o medicación (n = 50/244, 20,5%) y dietética y nutrición (n = 40/244, 16,4%), entre otros.

Frecuencia visita Farmacia	n	%
< 1/mes	25	9,9
1/mes	80	31,6
>2/mes	94	37,2
Al menos 1/semana	54	21,3
Total	253	100,0
Tiempo con Farmacia habitual	n	%
Sin farmacia habitual	43	17,0
< 1 mes	4	1,6
1-6 meses	12	4,7
6-12 meses	14	5,5
1-3 años	35	13,8
> 3 años	145	57,3
Total	253	100,0
Tratamiento en Farmacia	n	%
No	21	9,0
Parcial	69	29,5
Sí	144	61,5
Total	234	100,0
Dificultades acceso medicación	n	%
No	153	64,0
Sí	86	36,0
Total	239	100,0
Dificultades específicas	n	%
Sin dificultades	38	15,1
Precio elevado	97	38,6
Disponibilidad	82	32,7
Fórmula magistral	10	4,0
No toma medicación	24	9,6
Total	251	100,0
Actitud del paciente en la Farmacia	n	%
Reservada	25	10,9
Desconfía información	3	1,3
Necesita atención inmediata	9	3,9
Solicita información y opinión	52	22,6
Conoce sus necesidades	141	61,3
Total	230	100,0
Otros servicios en Farmacia	n	%
Dermofarmacia	74	30,3
Salud bucodental	26	10,7
Dietética y nutrición	40	16,4
Formulación magistral	7	2,9

Tabla 1. Características de atención al paciente

Productos sanitarios/medicación	50	20,5
Otros	47	19,3
Total	244	100,0
Aspectos relevantes elección Farmacia		
	n	%
Accesibilidad	4	1,6
Cercanía	183	72,6
Disponibilidad horaria	17	6,7
Disponibilidad productos	22	8,7
Precio	11	4,4
Atención/Información	15	6,0
Total	252	100,0

n: frecuencia; %: porcentaje

Tabla 1
(continuación).
Características de
atención al paciente

Indicadores de calidad

Basándose en la percepción subjetiva del paciente, respecto a la acción de su farmacéutico, el análisis de los indicadores de calidad (Tabla 2) muestra que, según el 52,8% (n= 123/233) de los participantes, su farmacéutico habitual no conoce la ER que padece ni se interesa por su bienestar y su calidad de vida, mientras que el 15,9% (n= 37) afirma que lo hace sin interés. El 31,3% (n=73) indica que el farmacéutico se interesa genuinamente por su ER. Además, el 68,9% (n= 144/209) de los participantes afirma que no recibe ningún tipo de apoyo en la OF para su ER. El 21,5% (n=45) indica que recibe atención farmacéutica y el resto, 9,6% (n=20) farmacovigilancia u otro tipo de atención. No se observan diferencias significativas entre la satisfacción con diversos aspectos de la atención farmacéutica con las covariables sexo y edad

Conoce farmacéutico habitual	n	%
No	123	52,8
Sí, sin interés	37	15,9
Sí, con interés	73	31,3
Total	233	100,0
Apoyo a ER en Farmacia		
	n	%
Sin apoyo	144	68,9
Atención farmacéutica	45	21,5
Farmacovigilancia	10	4,8
Otros	10	4,8
Total	209	100,0

n: frecuencia; %: porcentaje

Tabla 2. Indicadores
de calidad

Las encuestas indican que la satisfacción de los usuarios ER con diversos aspectos de la atención farmacéutica es elevada, en general. Como se observa en la Tabla 3. El aspecto más valorado es el recibimiento, seguido de la discreción en el trato, el tiempo de atención y la despedida. Otros parámetros

de calidad bien valorados son la disponibilidad, el consejo farmacéutico y la rapidez en la atención. Los aspectos más deficitarios son, según los participantes, los servicios de asesoramiento en parafarmacia así como los cuidados relacionados con la ER.

Satisfacción	N	M	Dt	Me
Recibimiento	253	4,3	0,7	4,0
Disponibilidad	253	4,1	0,8	4,0
Consejo	253	4,0	0,9	4,0
Asesoramiento en Parafarmacia	253	3,8	0,9	4,0
Discreción	253	4,2	0,8	4,0
Tiempo atención	253	4,2	0,9	4,0
Rapidez	253	4,1	0,9	4,0
Despedida	253	4,2	0,8	4,0
Cuidados ER	253	3,8	0,9	4,0

N: tamaño muestra; M: media; Dt: desviación típica; Me: mediana

Tabla 3. Satisfacción con la Atención farmacéutica

Atención de reclamaciones

El 85,7% (n=203) de los participantes afirma que no se ha producido ningún incidente relacionado con su ER durante el servicio recibido en su FC habitual. Además, entre los que han tenido algún incidente o reclamación, el 38,2% (n=13) indican que la resolución de la queja ha sido favorable, mientras que el 61,8% (n= 21) afirma que no se ha resuelto favorablemente el incidente (Tabla 4). El 44,2% (n=87) recomendaría alguna mejora en su FC (instalaciones, acceso, productos, atención) y el 84,1% (n = 174) recomendaría su farmacia habitual a otros pacientes o familiares con ER.

Incidentes	n	%
No	203	85,7
Sí	34	14,3
Total	237	100,0
Resolución favorable	n	%
No	21	61,8
Sí	13	38,2
Total	34	100,0
Recomendación de mejoras	n	%
No	110	55,8
Sí	87	44,2
Total	197	100,0
Recomendación a otros pacientes con ER	n	%
No	33	15,9
Sí	174	84,1
Total	207	100,0

n: frecuencia; %: porcentaje

Tabla 4. Atención de reclamaciones

Discusión

Es escasa la literatura disponible que analice a los pacientes con ER o sus cuidadores y su relación con la FC. En este estudio se detecta que la tasa de fidelización de esta población es elevada, un 20% requiere de la colaboración del personal farmacéutico. Estas familias suelen confiar en su farmacia desde hace más de tres años y no encuentran dificultades para obtener el tratamiento necesario para su enfermedad.

Relación del paciente con la OF

La mayoría de pacientes o familiares que padecen una de estas patologías, suelen visitar la FC más de dos veces al mes y, la mayoría, son mujeres con una edad comprendida entre 35-59 años, los resultados que concuerdan obtenidos en el estudio de *Huete A*⁽²²⁾, en el que se obtuvo que más de un 80% acudía a la OF más de 1 vez al mes, siendo el 63,2% mujeres. A pesar de que no hay una distribución homogénea del sexo y la edad entre los participantes del estudio, no hubo diferencias a la hora de visitar la OF.

El 61,5% de los casos disponía de un tratamiento completo para los síntomas de su patología. El 64% no tuvo dificultades de acceso, mientras que el 36% si que lo tuvo. Estos resultados están en concordancia de los obtenidos por otros investigadores⁽²²⁻²⁵⁾. No obstante, valoramos como limitación del presente trabajo un sesgo de selección al incluir la muestra desde los COF, ya que uno de los criterios de las ER es que sólo un 5% tienen tratamiento farmacológico para los síntomas nucleares⁽²⁶⁾.

Aunque el tratamiento prescrito por el facultativo es la razón principal por la que estas familias acuden a la FC, en la mayoría de los casos tienen otras necesidades como productos de dermofarmacia, de nutrición y dietética o productos sanitarios⁽²⁷⁾.

Indicadores de calidad

La mayoría de los participantes (68,9%) no reciben consejo farmacéutico o apoyo para su ER, sin embargo, la décima parte admite recibir una adecuada farmacovigilancia y un 21% una buena atención farmacéutica. Estas carencias pueden ser consecuencia de la baja prevalencia de estas enfermedades^(4, 28).

El nivel de satisfacción de estas familias con el trato recibido en la OF es bueno, reflejado en la puntuación que los participantes dan sobre el recibimiento, la discreción en el trato, el tiempo de atención y la despedida son los factores mejor valorados. El valor que el presente estudio tiene sobre el consejo farmacéutico sobre el tratamiento de la ER es de 4, y esto está en divergencia con lo que se ha publicado con anterioridad, donde se refleja que la OF es la fuente con menor credibilidad con respecto a la información⁽²⁹⁾.

Atención de reclamaciones

De nuestros participantes, un alto porcentaje recomendó su farmacia habitual a otros pacientes o familiares con ER. Sin embargo, otros autores han indicado propuestas de mejora como adaptación de las instalaciones o de los accesos, un mayor surtido de productos, apoyo o información de grupo o asociaciones para sus respectivas ER y una atención farmacéutica personalizada⁽²²⁾. Esto se ve reflejado también en nuestra muestra a través de un 44% de respuestas.

Por lo comentado anteriormente, este estudio señala la necesidad futura y prioritaria de nuevas investigaciones para capacitar al personal de la FC en una mejor atención y seguimiento de pacientes con ER⁽²⁸⁾. La comunicación entre los profesionales sanitarios y personas implicadas es imprescindible, ya que ayudan a satisfacer las necesidades socio-sanitarias de esta población.

Conclusiones

Los pacientes con ER y su entorno posee un elevado grado de fidelidad con su OF en este estudio, independientemente de la edad o el sexo.

Además, el número de pacientes que encuentra su tratamiento para la ER disponible en la OF es más elevado de lo normal.

Son pocos los participantes que solicitan información al personal de la farmacia, ya que la mayoría manifiesta conocer sus necesidades.

La mayoría de los encuestados recomendaría su farmacia habitual a otros pacientes o familiares con ER, y además, muchos recomendaron alguna mejora en su FC (instalaciones, acceso, productos, atención).

Según las respuestas de los participantes, se precisan campañas de concienciación y de formación para el personal de la OF en relación a las ER.

Bibliografía

1. Vivallo E. *La visibilidad de las enfermedades raras es fundamental para generar conciencia social y para crear grupos de investigación específicos que diseñen protocolos de actuación*. Universidad Internacional de Valencia. 2021. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <https://www.universidadviu.com/co/actualidad/noticias/jose-luis-diaz-cordobes-dr-en-psicologia-y-docente-de-viu-la-visibilidad-de-las>
2. Perales B. *Las enfermedades raras en la Agenda 2030. Un compromiso con su humanización*. ENCLAVE ODS, EL ESPAÑOL [Internet]. 13/10/2021. [Citado 22 junio 2022]. Disponible en: https://www.elespanol.com/enclave-ods/opinion/20211013/enfermedades-raras-agenda-compromiso-humanizacion/618818117_13.html
3. Nguengang Wakap S, Lambert DM, Olry A, Rodwell C, Gueydan C, Lanneau V, Murphy D, Le Cam Y, Rath A. *Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database*. Eur J Hum Genet. 2020; 28(2):165-173. doi: 10.1038/s41431-019-0508-0. Epub 2019 Sep 16. PMID: 31527858; PMCID: PMC6974615.
4. EURORDIS: *¿Qué es una enfermedad rara?* Rare Diseases Europe. *La voz de los pacientes con enfermedades raras en Europa* [Internet]. 21/07/2020. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <https://stars.eurordis.org/es/content/%C2%BFque-es-una-enfermedad-rara>
5. EURORDIS: *¿Qué es un medicamento huérfano?* Rare Diseases Europe. *La voz de los pacientes con enfermedades raras en Europa* [Internet]. 07/11/2014. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <https://stars.eurordis.org/es/content/%C2%BFque-es-un-medicamento-huerfano>
6. Vivancos V. *Medicamentos huérfanos. Tratamiento de enfermedades raras y desatendidas*. Revista digital INESEM [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.inesem.es/revistadigital/biosanitario/medicamentos-huerfanos/>
7. International Conference on Rare Disease and Orphan Drugs (ICORD). *The Yukiwariso Declaration*. Conferencia internacional de Enfermedades Raras [Internet]. 02/08/2012. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <https://web.archive.org/web/20140222154624/http://icord.se/main-menu/yukiwariso>
8. Richter T, Nestler-Parr S, Babela R, et al. *Rare disease terminology and definitions - a systematic global review: report of the ISPOR Rare Disease Special Interest Group*. Value Heal. 2015; 18: 906-14.
9. *Prevalencia de las enfermedades raras: Datos bibliográficos*. Informes Periódicos de Orphanet, Serie Enfermedades Raras [Internet]. Enero 2022, Número 2: Listado por orden de prevalencia decreciente o por número de casos publicados. [Citado 22 julio 2022] Disponible en: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/ES/Prevalencia_de_las_enfermedades_raras_por_prevalencia_decreciente_o_casos.pdf
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia. *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022/2023*. [Internet]. 2021. [Citado 22 julio 2022] Disponible en: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.>

sanidad.gob.es/va/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf

- 11.** Ramalle-Gómara E, Domínguez-Garrido E, Gómez-Eguílaz M, Marzo-Sola ME, Ramón-Trapero JL, Gil-de-Gómez J. *Necesidades de educación e información de los médicos sobre enfermedades raras en España*. Dis. Raras de Orphanet J. 2020; 15: 18. doi: 10.1186/s13023-019-1285-0
- 12.** Byrne N, Turner J, Marron R, Lambert DM, Murphy DN, O'Sullivan G, et al. El papel de la atención primaria en el manejo de enfermedades raras en Irlanda. *Ir J Med Sci*. 2020; 189: 771–776. doi: 10.1007/s11845-019-02168-4. [Citado 22 mayo 2022] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11845-019-02168-4>
- 13.** Moltó-Puigmatrí C., Vonk R., Van Ommeren G., Hegger I. *A logic model for pharmaceutical care*. Journal of Health Service Research and Policy, 2018. Vol 23(3).
- 14.** Smith M, Cannon-Breland ML, Spiggle S. *Perspectivas del consumidor, médico y pagador sobre los servicios de administración de medicamentos de atención primaria con una red de farmacéuticos de recursos compartidos*. RSAP 2014; 10: 539–553. [Citado 22 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741113001538>
- 15.** Bluml BM, Watson LL, Skelton JB, et al. Mejorar los resultados para diversas poblaciones afectadas de manera desproporcionada por la diabetes: resultados finales del Proyecto IMPACT: diabetes *JAPHA* 2014; 54: 477–485.
- 16.** Rodríguez A. 2022: *La era del conocimiento sinergente*. Crónica global, 2022.
- 17.** Groft S.C., Posada de la paz M. *Preparing for the future of Rare Diseases*. Advance in Experimental Medicine and Biology, books series, 2017. Vol 1031.
- 18.** Asefarma. Evolución de la tecnología en la farmacia. [Internet]. 07/04/2020. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <https://www.asefarma.com/blog-farmacia/evolucion-de-la-tecnologia-en-la-farmacia>
- 19.** Ministerio de Sanidad. Receta electrónica [Internet]. [Citado 22 julio 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/sns/home.htm>
- 20.** De Velasco E.M. *Disposición y venta de productos*. Editorial Aran, 2017; 15-16; 69; 71-76.
- 21.** *Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2021* [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Citado 22 junio 2022] Disponible en: <chromeextension://efaidnbmnfnlhhppccgpcjpcplcfindmkaj/https://www.farmacuticos.com/wp-content/uploads/2022/06/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2021-portal-1.pdf>
- 22.** Huete García A. *Necesidades socio-sanitarias de la población con enfermedades raras que acude a las oficinas de farmacia en España*. Pharm Care Esp. 2015; 17(6):745-754 Disponible en: <https://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/250/229>

- 23.** Díaz E, Huete A. Estudio sobre Situación de Necesidades Sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio. 2009. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- 24.** Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent-Farnell J, Ramón J. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. v.30 n.2 Pamplona mayo-ago. 2007. [Citado 22 junio 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000300002&script=sci_arttext 7
- 25.** García-Ribes M, Gaité L. El médico de familia ante las enfermedades raras: un nuevo desafío para la coordinación asistencial. Aten Primaria. 2005; 36: 243.
- 26.** Cremers S, Aronson JK. Drugs for rare disorders. Br J Clin Pharmacol. 2017;83(8):1607-1613. doi: 10.1111/bcp.13331.
- 27.** Carpenter DM, Blalock SJ, DeVellis RF. Patients with rare diseases using pharmacists for medication information. J Am Pharm Assoc. 2012; 52(6):e175-82. doi: 10.1331/JAPhA.2012.12047
- 28.** Walkowiak, D. y Domaradzki, J. (2021). *¿Las enfermedades raras son pasadas por alto por la educación médica? Conciencia de las enfermedades raras entre los médicos en Polonia: un estudio explicativo*. Revista Orphanet de enfermedades raras, 16 (1), 400. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-02023-9>
- 29.** Domaradzki J, Walkowiak D. Conocimiento y opiniones de estudiantes de medicina sobre enfermedades raras: un estudio de caso de Polonia. *Intratable Raro Dis Res*. 2019; 8: 252–259. doi: 10.5582/irdr.2019.01099

Anexo I

CUESTIONARIO:

Evaluación de la atención al paciente en familias pertenecientes a asociaciones de enfermedades raras

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad

.....

2. Sexo

a) Hombre

b) Mujer

3. Localidad de residencia

.....

4. Provincia de residencia

.....

5. ¿Algún miembro de su núcleo familiar padece una Enfermedad Rara (ER)?
(Una sola resupesta)

a) Sí

b) No

c) No sabe/ No contesta

6. ¿Qué ER padece usted o su familiar?

.....

7. ¿Qué relación tiene usted con el paciente? (Una sola resupesta)

a) Paciente.

b) Familiar.

c) Cuidador/a.

d) Otra...

SECCIÓN 2: RELACIÓN DEL PACIENTE CON LA OF.

8. ¿Con qué frecuencia acude a la Oficina de Farmacia (Farmacia a pie de calle)? (Una sola resupesta)

a) Una o más veces a la semana.

b) Mas de dos veces al mes.

c) Una vez al mes.

d) Menos de una vez al mes.

9. ¿Cuanto tiempo lleva acudiendo a su Farmacia habitual? (Una sola respuesta)

- a) Menos de un mes.
- b) Entre uno y seis meses.
- c) Entre seis meses y un año.
- d) Entre uno y tres años.
- e) Mas de tres años.
- f) No tengo farmacia habitual, acudo a diferentes establecimientos, según las necesidades.

10. ¿Dispone usted o su familiar del tratamiento preciso en su Oficina de Farmacia habitual? (Una sola respuesta)

- a) Sí, dispongo de todo el tratamiento.
- b) Dispongo de parte del tratamiento.
- c) No dispongo del tratamiento que preciso.
- d) No sabe/No contesta.

11. ¿Tiene usted o su familiar dificultades para acceder a los medicamentos o productos que precisa en la Oficina de Farmacia habitual? (Una sola respuesta)

- a) Sí. Tengo dificultades a la hora de acceder a todos los productos que necesito.
- b) Si. No consigo acceder a algunos de los productos que necesito.
- c) No. Dispongo de todos los productos sin dificultad.
- d) No sabe/No contesta.

12. ¿Qué dificultades suele encontrar a la hora de obtener los productos que necesita, en la Oficina de Farmacia? (Múltiples respuestas)

- o El producto es demasiado caro.
- o No hay en los almacenes.
- o No está indicado para la ER que padezco.
- o Hay que pedirlo a otro país.
- o La forma farmacéutica (jarabe, comprimidos, enemas, etc) no es adecuada.
- o La fórmula farmacéutica (composición, dosis) no es adecuada.

13. Cuando usted accede a la Oficina de Farmacia: (Múltiples respuestas)

o Conoce sus necesidades en cada momento y se centra únicamente en ellas. Es puntual y preciso a la hora de explicar sus solicitudes y demandas.

o A la hora de acercarse al mostrador, mantiene una distancia amplia y posee una actitud reservada.

o Solicita abundante información y consulta la opinión del profesional. Necesita un tiempo antes de tomar una decisión.

o Prefiere llevar el control de la conversación. Desconfía de la información que le pueda proporcionar el profesional farmacéutico.

o Explica de manera expresiva y elocuente diferentes temas en un mismo momento. Se interesa por los consejos del profesional y la atención de los demás el transmite seguridad.

o Necesita que le atiendan lo antes posible y le crea desasosiego la espera pues suele ir con prisa.

o A menudo, se guía impulsivamente por ofertas y promociones a la hora de realizar sus compras.

o No sabe/No contesta.

14. A parte de la medicación prescrita, ¿qué otros servicios solicita en su Oficina de Farmacia habitual? (Múltiples respuestas)

o Dermofarmacia.

o Dietética y Nutrición.

o Salud Bucodental.

o Formulación magistral.

o Preparados oficinales.

o Productos sanitarios (vendas, gasas, alcohol).

o Fitoterapia.

o Homeopatía.

o Seguimiento de presión arterial.

o Análisis clínico.

o SPD (Sistema de dosificación personalizado).

o Asesoramiento farmacéutico.

o Otra.....

15. ¿Qué aspectos tienen para usted más relevancia, a la hora de elegir una Oficina de Farmacia? (Múltiples respuestas)

- o Cercanía a mi zona de residencia.
- o Disponibilidad horaria.
- o Escaparate.
- o Accesibilidad (rampas, puertas amplias).
- o Surtido.
- o Precio.
- o Muestras y probadores.
- o Ofertas y promociones.
- o Información detallada del producto.
- o Autoservicio.
- o Rápida disponibilidad del producto solicitado.
- o Conocimientos sobre la enfermedad rara que padece.
- o Atención personalizada del farmacéutico.
- o Amabilidad del equipo farmacéutico.
- o Otra.....

SECCIÓN 3: INDICADORES DE CALIDAD.

16. ¿Conoce su farmacéutico habitual la ER que padece y se interesa por su bienestar, recomendando nuevos productos y servicios para la mejora de su calidad de vida? (Una sola respuesta)

- a) Si la conoce y muestra interés, realizando un seguimiento y recomendando productos nuevos.
- b) Si la conoce pero no muestra interés.
- c) No la conoce.
- d) No sabe/No contesta.

17. ¿Qué tipo de apoyo (sanitario/económico/psicosocial) para pacientes con ER, puede encontrar en su Farmacia habitual? (Múltiples respuestas)

- o Farmacovigilancia.
- o Atención farmacéutica.
- o Talleres de asesoramiento dermatológico para pacientes con ER.
- o SPD (Sistema personalizado de dosificación).
- o Promociones para familiares con ER.

- o No existe ningún tipo de apoyo a pacientes o familiares con ER.
- o No sabe/No contesta.
- o Otra.....

18. ¿Cuál es el grado de satisfacción con el trato recibido en los siguientes aspectos en su oficina de farmacia?

	Muy bueno	Bueno	Indiferente	Malo	Muy malo
Recibimiento					
Disponibilidad					
Consejo farmacéutico sobre medicamentos					
Asesoramiento en parafarmacia (nutrición, dermocosmética, complejos vitamínicos, etc)					
Confidencialidad y discreción					
Tiempo de atención					
Rapidez del servicio					
Despedida					

19. ¿Cuál es su grado de satisfacción con su Oficina de Farmacia habitual en los aspectos relacionados a su ER? (Una sola resupesta)

- a) Muy bueno.
- b) Bueno.
- c) Indiferente.
- d) Malo.
- e) Muy malo.

SECCIÓN 4: ATENCIÓN DE RECLAMACIONES.

20. ¿Se ha producido algún incidente relacionado con su ER, durante el servicio recibido en su Oficina de Farmacia habitual? (Una sola resupesta)

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe/ No contesta

21. En caso de haber contestado afirmativo la pregunta anterior, ¿se resolvieron sus conflictos/reclamaciones favorablemente? (Una sola resupesta)

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe/ No contesta

22. En caso de haber contestado afirmativo la pregunta anterior, ¿de qué manera se resolvieron sus conflictos/reclamaciones favorablemente?

.....
.....

23. Recomendaría alguna mejora en su Oficina de Farmacia habitual (instalaciones, acceso, productos, atención)? (Una sola resupesta)

- a) Sí
- b) No
- c) No sabe/ No contesta

24. En caso de haber contestado afirmativo en la pregunta anterior, ¿puede indicar qué mejoras propondría?

.....
.....

25. ¿Recomendaría usted su Farmacia habitual a otros pacientes o familiares con ER? (Una sola resupesta)

- a) Sí
- b) No
- No sabe/ No contesta

Artículos Originales · Original Articles

Evolución del consumo de lorazepam en un medio rural en la Región de Murcia (2012-2018)

Evolution of the consumption of lorazepam in a rural environment in the Region of Murcia (2012-2018)

Información

Fechas:

Recibido: 30/06/2022

Aceptado: 04/08/2022

Publicado: 15/08/2022

Correspondencia:

Juan A. Cano
juanancano93@gmail.com

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Autorías

Juan Antonio Cano-Hernández¹  0000-0001-7182-9922

Pura Ballester-Navarro²  0000-0002-7345-448X

Sandra Sierra-Alarcón¹  0000-0003-1720-4192

Alejandro Galindo-Tovar¹  0000-0003-4449-8560

¹Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de San Antonio de Murcia, UCAM, Murcia, España.

²Nutrition, Oxidative Stress and Bioavailability Group, Grado en Farmacia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de San Antonio de Murcia, UCAM, Murcia, España.

Contribución de autorías

JA Cano, S Sierra-Alarcón y A Galindo-Tovar diseñaron el estudio. JA Cano y P Ballester realizaron los análisis estadísticos de los datos e interpretaron los resultados obtenidos. JA Cano redactó la primera versión del manuscrito. Finalmente, todos/as los/las autores/as contribuyeron a la revisión crítica de las versiones consecutivas del documento, realizaron aportaciones y aprobaron la versión final para su publicación. Todas las personas firmantes se hacen responsables de todos los aspectos del estudio.

Cómo citar este trabajo

Cano-Hernández JA, Ballester-Navarro P, Sierra-Alarcón S, Galindo-Tovar A. Evolución del consumo de lorazepam en un medio rural en la Región de Murcia (2012-2018). Pharm Care Esp. 2022;24(4):43-53.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el consumo de lorazepam en la Región de Murcia, concretamente en el municipio de Mula, durante el periodo 2012-2018, considerando las variables edad y sexo.

Método: Estudio descriptivo transversal, donde se investiga el consumo de Benzodiazepinas en una población concreta durante el periodo 2012 – 2018. Las variables recogidas fueron el sexo, la edad y la Dosis Diaria Definida prescrita. Los datos corresponden a las dispensaciones de Lorazepam en las oficinas de farmacia del municipio de Mula, facilitados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Se calcularon las Dosis diaria por habitante y día por 1000 habitantes y se establecieron mediante mediana y rangos intercuartílicos p25 y p75 los grupos para posteriores comparaciones.

Resultados: El consumo global durante el periodo estudiado aumento un 0,42%. En los hombres se incrementó un 21,4%, mientras que en las mujeres disminuyó un 7,5%. Sin embargo, en las mujeres el consumo se produce a dosis más elevadas, encontrándose diferencias significativas en el consumo de lorazepam entre grupos al analizar por sexo. El análisis por edades mostró un aumento significativo de consumo conforme aumentaba la edad de los pacientes.

Conclusión: El consumo de benzodiazepinas es elevado a medida que avanza la edad, de manera más acuciante en las mujeres, pudiendo esto incidir sobre los efectos adversos asociados a este grupo de fármacos y presentando un importante problema de salud pública.

Palabras Clave: Benzodiazepinas, Atención farmacéutica, Atención primaria, Ansiolíticos, Ansiedad.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the consumption of lorazepam in the Region of Murcia, specifically in the district of Mula, during the period 2012-2018, considering age and sex variables.

Method: Cross-sectional descriptive study, where the use of benzodiazepines in a specific population during the period 2012 - 2018 is investigated. The variables collected were sex, age and the prescribed Defined Daily Dose. The data correspond to the dispensations of Lorazepam in the pharmacy offices of the district of Mula, provided by the Health Assistance General Directorate. Daily dose per inhabitant and per 1000 inhabitants were calculated and the groups median and interquartile ranges were established p25 and p75 for later comparisons.

Results: Overall consumption over the period increased by 0.42%. In men it increased by 21.4%, while in women it decreased by 7.5%. However, in women, consumption was at higher doses, between significant differences were found in lorazepam consumption in groups when analyzed by sex. The analysis by age showed a significant increase in consumption as the age of the patients increased.

Conclusion: The consumption of benzodiazepines is high with increasing age, more so in women, and this may have an impact on the adverse effects associated with this group of drugs and present an important public health problem.

Key Words: Benzodiazepines, Pharmaceutical care, Primary Health care, Anxiolytic, Anxiety.

Introducción

Las benzodiacepinas (BZP) son fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño^(1,2). Surgieron como alternativa a los barbitúricos, ya que son bastante más seguros, con menos efectos adversos asociados y menor capacidad de producir dependencia⁽³⁾. Deprimen el sistema nervioso central actuando a nivel del receptor del neurotransmisor ácido gamma aminobutírico (GABA), concretamente en la subunidad GABA α ⁽⁴⁾, y se caracterizan por presentar el cuádruple efecto terapéutico: son ansiolíticas, hipnóticas-sedantes, anticonvulsivantes y miorrelajantes⁽⁵⁾. Efectos que no se presentan por igual en todas las BZP, ni simultáneamente⁽⁶⁾.

En España, en un estudio realizado durante quince años (1992 – 2006) por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) se observó un incremento de consumo de este grupo de fármacos del 113,6%⁽⁷⁾. En 2011, la encuesta EDADES sobre el consumo de sustancias psicoactivas en España estimó que el 11,4% de la población general (15 - 64 años) era consumidora de fármacos ansiolíticos e hipnóticos⁽⁸⁾. En España, se desconocen los datos sobre el consumo por comunidades autónomas, ya que la mayoría de estudios de la bibliografía se centran en el análisis nacional de consumo.

El riesgo asociado tras un uso agudo de las BZP es bajo, comparado con el uso a largo plazo o crónico (más de 3 meses), a menor duración de uso, mayor será la eficacia y la seguridad. No se recomienda el uso crónico de éstas por más de cuatro semanas para el tratamiento del insomnio y doce semanas para el tratamiento de la ansiedad⁽⁹⁾. Sin embargo, en la práctica clínica habitual hay una cierta tendencia a convertir en crónicos estos tratamientos prescritos a los pacientes⁽¹⁰⁾.

Principalmente, los mayores de 65 años son población de riesgo en la prescripción de BZP, su uso prolongado desencadena importantes y preocupantes efectos adversos, con una relación entre el consumo crónico de éstas y el aumento de caídas y fracturas^(11,12). Además, su consumo prolongado produce alteración de la memoria, concretamente de la memoria episódica⁽¹³⁾. Otros estudios han demostrado que el consumo prolongado de BZP se asocia con una alteración del rendimiento psicomotor, provocando una disminución en el tiempo de reacción y un aumento de los errores al día siguiente de su administración⁽¹⁴⁾.

Teniendo en cuenta que no existen prevalencias de consumo a nivel provincial, y el riesgo a desarrollar eventos adversos por un tratamiento crónico con BZP, especialmente en pacientes senior, el objetivo de este trabajo es evaluar el consumo de lorazepam en la Región de Murcia, concretamente en el municipio de Mula, durante el periodo 2012 – 2018, considerando las variables edad y sexo.

Método

Estudio descriptivo trasversal, a partir de los datos recogidos en las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia, del Municipio de Mula, con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS) durante 2012-2018.

Los datos se solicitaron y fueron obtenidos a través del Servicio de Gestión Farmacéutica, que depende de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS)⁽¹⁵⁾, del Servicio Murciano de Salud (SMS)⁽¹⁶⁾. No se incluyeron los medicamentos dispensados con recetas privadas o pertenecientes a cualquier otra mutualidad (MUFACE, MUGEJU, ISFAS o mutuas privadas). Se facilitaron los datos anonimizados desagregados por sexo y edad para cada año, y el consumo anual en dosis diarias definidas (DDD) por cada principio activo y presentación de lorazepam.

Para cada año se calcularon las Dosis Diarias Definidas por mil Habitantes y Día (DHD), mediante la conversión a partir de las DDD facilitadas; n° de DHD = $(DDD \times 1000 \text{ habitantes}) / (n^{\circ} \text{ de habitantes por sexo y edad} \times 365 \text{ días})$ ⁽¹⁷⁾. La población para cada año de estudio se obtuvo del padrón poblacional, a través del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

Las variables cuantitativas se expresaron mediante medias \pm desviación estándar, y mediana (DHD) con rangos intercuartílicos y percentiles 25 y 75. Las dispensaciones se dividieron en cinco intervalos de edad: 9-25 años; 26-40 años; 41-55 años; 56-74 años; >75 años, para estudiar la relación entre el consumo en DHD y los distintos grupos de edad. Se realizaron análisis usando el test estadístico *Chi-cuadrado de Pearson*. Se usó el paquete IBM SPSS Statistics for Windows versión 28.0. Debido a las múltiples comparaciones, se estableció un p valor de $p < 0,001$ para diferencias significativas.

El presente estudio cuenta con el informe favorable del comité de ética de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), código CE021908, para la realización del estudio observacional con seres humanos y el uso de datos personales.

Resultados

En el periodo 2012 – 2018 se dispensaron en las oficinas de farmacia de Mula 98249 envases de lorazepam. Se incluyeron en el análisis 1581 pacientes, la media de edad fue de 57 ± 22 , con edades comprendidas entre los 9 y 101 años, siendo el 54% mujeres.

Para cada uno de los cinco grupos las medias de edad fueron las siguientes: 20 ± 4 para el de 9-25 años; 34 ± 4 para 26-40 años; 48 ± 4 para el grupo 41-55 años; 65 ± 6 en el intervalo 56-74 años; y 85 ± 7 para el grupo de mayores de 75 años.

El consumo global de lorazepam (Figura 1) se incrementó un 0,42% (4073 DHD/2012 y 4090 DHD/ 2018). Es destacable el incremento de consumo entre 2012 y 2013 de un 26,46% (4073 DHD/2012 y 5151 DHD/2013), frente al resto de años que se mantiene en niveles de consumo con una tendencia similar a 2012. Separando el consumo por sexos, el consumo en hombres se incrementó un 21,4% (1116,4 DHD/2012 y 1355,2 DHD/ 2018), y para las mujeres el consumo disminuyó un 7,5% (2956,8 DHD/2012 y 2734,8 DHD/2018).

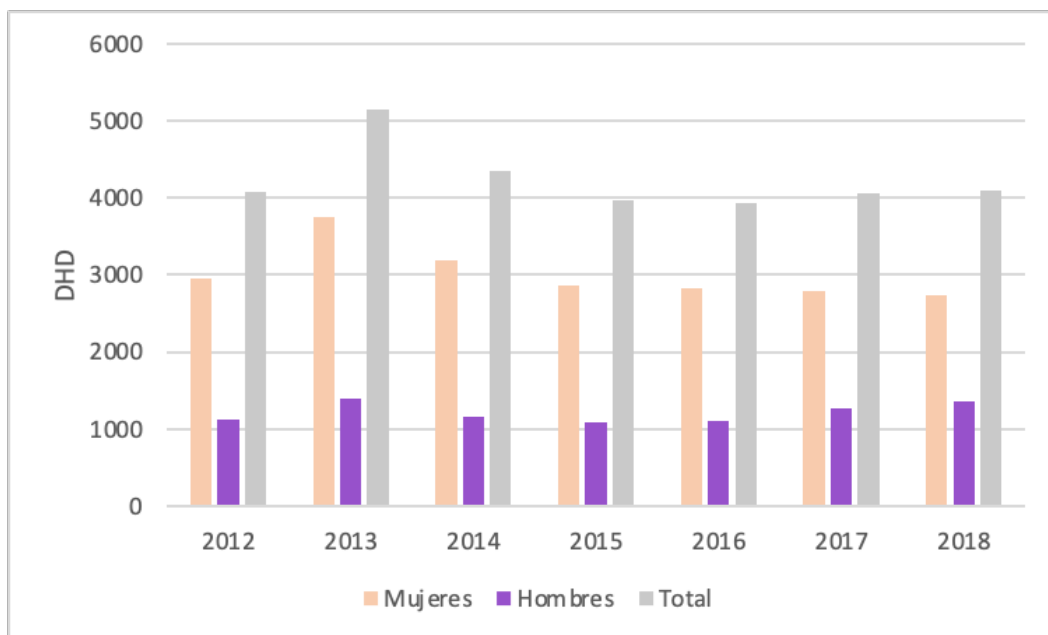


Figura 1. Consumo en DHD durante el periodo de estudio 2012 - 2018.

Se analizó el consumo por sexos y por año de estudio, (Figura 2) estableciéndose intervalos con los percentiles 50, 75 y 100. No se usó el p25 ya que hasta p50 los valores de DHD eran 0. En los cinco primeros años del estudio (2012-2016) se observaron diferencias significativas en la distribución de hombres y mujeres en función de la DHD a través de los intervalos de percentil analizados, con un p-valor<0,001, y un p-valor<0,005 en el año 2017. En 2018, no hubo diferencias significativas. En el análisis se observó que el consumo en hombres se ubica en primer intervalo de DHD (P0-P50), y en mujeres en P50-P75 y P75-P100. Los datos de DHD indican que las mujeres presentan un consumo más elevado, y los hombres consumen lorazepam a DHD más bajas.

El análisis de consumo por grupos de edad y año de estudio se refleja en la Tabla 1. Este análisis mostró diferencias significativas, entre los diferentes intervalos de edad y el consumo de lorazepam en DHD, con un p-valor<0,001 para todos los años del estudio. En la tabla se puede observar como el porcentaje por grupo de edad y año de consumo se refleja principalmente en intervalos de DHD P0-50 y P50-75, para los dos primeros grupos etarios, más

del 70% del consumo se distribuye en el primer intervalo de DHD para el grupo de 9-25 años y porcentajes superiores al 50 para el grupo de 26-40 años, aumentando el porcentaje conforme aumentamos en los grupos de edad, alcanzando un porcentaje por encima del 30% en el intervalo de DHD P75-P100 para los dos últimos grupos de edad. Como se puede observar en la Figura 3, para el primer grupo de edad, de 9-25 años, se observó un consumo principalmente en P0-P50 y P50-P75, siendo escaso el consumo en P75-P100. Para el resto de grupos de edad, se observó una tendencia general de predominio de consumo en los primeros intervalos de DHD, P0-P50 y P50-P75, hasta el grupo de 41-55 años. Sin embargo, a partir del cuarto grupo de edad, los dos siguientes, 56-74 años y >75 años, el consumo comienza a ser mayor en P75-P100. En general, se observa una tendencia de consumo de DHD más elevadas por encima de los 41 años, incrementándose conforme avanza la edad, mientras que a edades inferiores a los 40, el consumo es mayoritario en dosis de DHD del primer grupo (P0-P50).

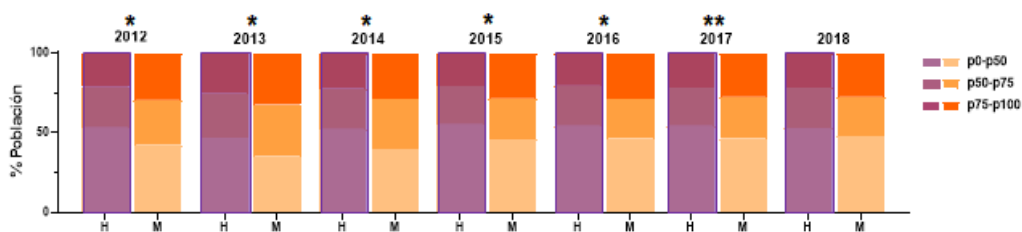


Figura 2. Porcentaje de población consumidora de lorazepam durante el periodo 2012-2018 distribuido por intervalos de DHD y separado por sexo y año de estudio. [p 0;50;75;100]: Alude a percentil 0;50;75;100 respectivamente; [H]: Hombre; [M]: Mujer *p-valor<0,001. **p-valor<0,005.

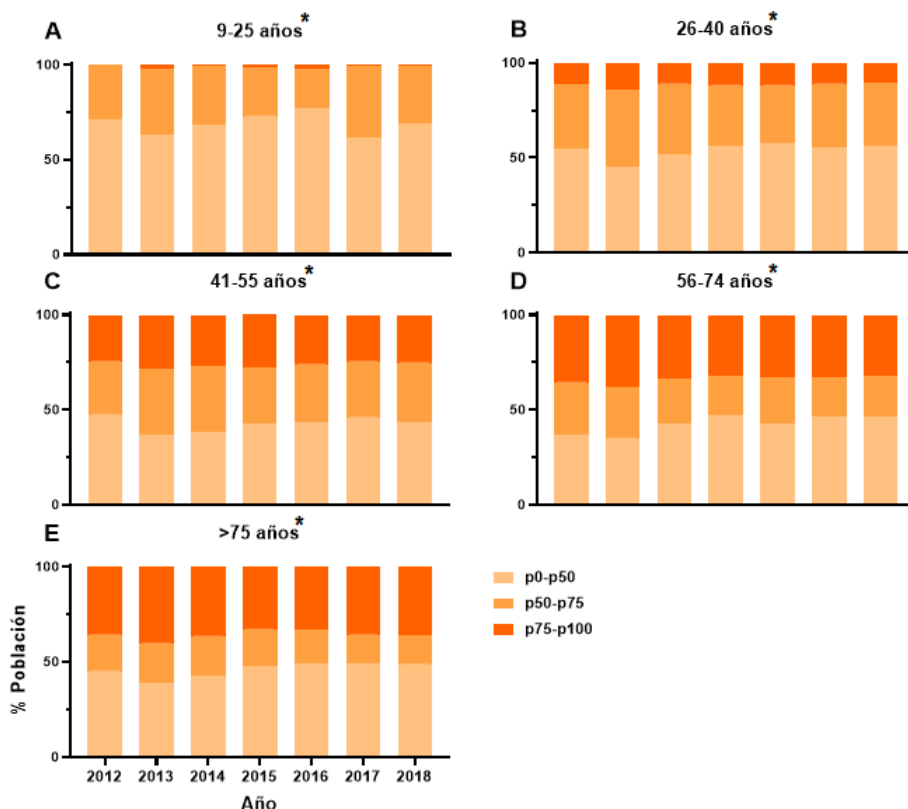


Figura 3. Porcentaje de población consumidora lorazepam durante el periodo 2012-2018 en Mula, separado por intervalo de edad y rango de DHD para cada año del estudio. [p 0;50;75;100]: Alude a percentil 0;50;75;100 respectivamente. *p-valor<0,001

Edad		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
9-25 años	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (71,5%,93)	0-0,31 (63,1%,82)	0-0,18 (68,5%,89)	0-0,12 (73,1%,95)	0-0,10 (76,9%,100)	0-0,06 (61,5%,80)	0-0,06 (69,2%,90)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (28,5%,37)	0,31-2,39 (34,6%,45)	0,18-1,92 (30,8%,40)	0,12-1,70 (25,4%,33)	0,10-1,70 (20,8%,27)	0,06-1,60 (37,7%,49)	0,06-1,58 (30%,39)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (0%,0)	2,40-278,36 (2,3%,3)	1,92-175,34 (0,8%,1)	1,70-87,67 (1,5%,2)	1,70-76,71 (2,3%,3)	1,60-109,59 (0,8%,1)	1,59-109,59 (0,8%,1)
26-40 años	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (54,5%,163)	0-0,31 (45,2%,135)	0-0,18 (51,8%,155)	0-0,12 (55,9%,167)	0-0,10 (57,4%,171)	0-0,06 (55,5%,166)	0-0,06 (55,9%,166)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (34,1%,102)	0,31-2,39 (40,5%,121)	0,18-1,92 (37,1%,111)	0,12-1,70 (32,4%,97)	0,10-1,70 (30,9%,92)	0,06-1,60 (33,4%,100)	0,06-1,58 (33,7%,100)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (11,4%,34)	2,40-278,36 (14,4%,43)	1,92-175,34 (11%,33)	1,70-87,67 (11,7%,35)	1,70-76,71 (11,7%,35)	1,60-109,59 (11%,33)	1,59-109,59 (10,4%,31)
41-55 años	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (47,5%,163)	0-0,31 (37%,127)	0-0,18 (38,2%,131)	0-0,12 (42,9%,147)	0-0,10 (43,4%,149)	0-0,06 (46,1%,158)	0-0,06 (43,7%,149)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (28%,96)	0,31-2,39 (34,4%,118)	0,18-1,92 (35%,120)	0,12-1,70 (29,2%,100)	0,10-1,70 (30,6%,105)	0,06-1,60 (29,4%,101)	0,06-1,58 (31,1%,106)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (24,5%,84)	2,40-278,36 (28,6%,98)	1,92-175,34 (26,8%,92)	1,70-87,67 (28%,96)	1,70-76,71 (25,9%,89)	1,60-109,59 (24,5%,84)	1,59-109,59 (25,2%,86)
56-74 años	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (36,8%,152)	0-0,31 (34,9%,144)	0-0,18 (42,6%,176)	0-0,12 (47,2%,195)	0-0,10 (42,6%,175)	0-0,06 (46,7%,193)	0-0,06 (46,5%,192)
	P50-P75 (%,n)	0,168-1,887 (27,6%,114)	0,310-2,394 (27,1%,112)	0,182-1,923 (23,5%,97)	0,123-1,701 (20,6%,85)	0,098-1,701 (24,3%,100)	0,061-1,6 (20,6%,85)	0,064-1,584 (21,3%,88)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (35,6%,147)	2,40-278,36 (38%,157)	1,92-175,34 (33,9%,140)	1,70-87,67 (32,2%,133)	1,70-76,71 (33,11%,136)	1,60-109,59 (32,7%,135)	1,59-109,59 (32,2%,133)
>75 años	P0-P50 (%,n)	0-0,16 (45,2%,179)	0-0,31 (39%,154)	0-0,18 (42,4%,168)	0-0,12 (47,5%,188)	0-0,10 (49%,194)	0-0,06 (49,1%,194)	0-0,06 (48,9%,192)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (19,2%,76)	0,31-2,39 (21%,83)	0,18-1,92 (21,2%,84)	0,12-1,70 (19,9%,394)	0,10-1,70 (17,7%,70)	0,06-1,60 (15,2%,60)	0,06-1,58 (15,3%,60)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (35,6%,141)	2,40-278,36 (40%,158)	1,92-175,34 (36,4%,144)	1,70-87,67 (32,6%,395)	1,70-76,71 (33,3%,132)	1,60-109,59 (35,7%,141)	1,59-109,59 (35,9%,141)

Discusión

El análisis de los datos globales de prevalencia de consumo de lorazepam indica que, de manera global, existe un aumento del consumo de lorazepam en el tiempo estudiado, datos que concuerdan con el aumento de consumo reflejado de otros estudios similares realizados en España^(7,18,19). Tras una revisión minuciosa de la bibliografía no ha sido posible encontrar estudios que arrojasen datos de consumo presentados en nuestro mismo formato.

Sin embargo, sí es comparable con los resultados del estudio de consumo por años de la AEMPS sobre el uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España⁽²⁰⁾, que resaltaba el incremento del 7,79% del consumo de lorazepam entre 2012-2018, mientras que en nuestro estudio se observa un bajo incremento de dicho principio activo siendo del 0,42%, esto puede ser debido a que en el estudio realizado por la AEMPS se tiene en cuenta el consumo de recetas oficiales y de mutuas, no estando estas últimas incluidas

Tabla 1. Distribución de la población por grupos de edad e intervalo de DHD por cada año de estudio.

en nuestro estudio, además en el estudio de la AEMPS están incluidos todos los principios activos del grupo terapéutico N05B, y todas las edades.

El análisis por sexos destaca que las mujeres tienen valores de DHD mayores a los hombres, como se describe en otros estudios realizados en España⁽²¹⁻²³⁾, y fuera de España^(24,25). Estos resultados pueden atribuirse a una mayor preocupación por su estado de salud y mayor frecuencia de visitas médicas que presentan las mujeres frente a los hombres^(26,27), y a la mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en este grupo^(28,29).

En relación al consumo de lorazepam por grupos de edad, hemos observado que en los últimos intervalos de edad, el consumo de lorazepam se va incrementando, coincidiendo con las DHD más elevadas, que concuerda con la tendencia de diferentes estudios realizados en nuestro país sobre el consumo de BZP, que apuntan a un mayor consumo de los mismos a medida que avanza en los grupos etarios^(21,23). El hecho de que los pacientes de edad avanzada sean los que más consumen este tipo de fármacos es preocupante, ya que presentan un mayor riesgo de efectos adversos asociados al consumo de BZP⁽³⁰⁾.

Entre las limitaciones de este trabajo cabe destacar que disponemos de escasa información aportada sobre el paciente, únicamente conocemos el sexo y la edad, pero no la indicación de su tratamiento. Además, nuestros datos provienen de recetas dispensadas y facturadas al SMS desde 2012 a 2018, no incluyendo datos de las correspondientes dispensaciones de receta privada o con cargo a cualquier otra mutualidad distinta al SMS. Los datos se refieren a las dispensaciones en el municipio de Mula, pero no podemos asegurar que las prescripciones provengan todas en su origen de los centros de atención primaria de Mula, pudiendo recoger datos de dispensaciones de pacientes de fuera del municipio que retiren su medicación en Mula, al igual que no se puede asegurar que todo lo prescrito en esta área de salud sea dispensado en este mismo municipio, ya que el paciente tiene la libre elección de farmacia.

Entre las fortalezas podemos destacar que se trata de un análisis pionero y novedoso de la DHD que permite reflejar mejor la población consumidora de este tipo de medicamentos, siendo además el tiempo de estudio amplio, permitiendo realizar un seguimiento en el tiempo de estos tratamientos. Por otro lado, este trabajo deja abierta la posibilidad de nuevas líneas de investigación, ampliando los años de estudio, realizándolo en toda la Región de Murcia e incluyendo más principios activos del grupo terapéutico analizado. Es importante el desarrollo de una nueva línea de investigación que analice el impacto de distintas estrategias para reducir el consumo de estos fármacos y fomentar un uso racional de los mismos e intentar disminuir sus datos de consumo, a través de la elaboración de protocolos de actuación conjuntos con atención primaria. Además, sería interesante ampliar la muestra de

estudio tanto poblacionalmente como en el número de principios activos a analizar, para observar si existe un comportamiento de consumo similar a nuestro estudio.

En conclusión, el consumo de lorazepam es elevado en el municipio de Mula, en la Región de Murcia, a medida que se incrementa la edad del paciente, mayoritariamente en mujeres, lo que agrava el riesgo de la aparición de los efectos adversos que producen.

Bibliografía

1. Lader M. History of Benzodiazepine Dependence. *J Subst Abuse Treat.* 1991;8:53–9.
2. Sternbach LH. The Benzodiazepine Story. *J Med Chem.* 1979;22(1):1–7.
3. Selfa M. Dependencia a benzodiazepinas. *Trastor Adict.* 2009;11(2):118–24.
4. Rosas-gutiérrez I, Simón-arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Ment.* 2013;36(4):325–9.
5. Florez J. *Farmacología humana.* 3ª edición. Barcelona. MASSON SA; 1997. 453-464 p.
6. Drummer OH. Methods for the measurement of benzodiazepines in biological samples. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl.* 1998 Aug 21;713(1):201-25. doi: 10.1016/s0378-4347(97)00537-9. PMID: 9700560.
7. Sanz Álvarez EJ, de las Cuevas Castresana C. Uso de Benzodiazepinas en España (1992-2006). AEMPS. 2006. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf
8. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011.[Internet]. 2011. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf
9. Mordujovich-buschiazzo P. Benzodiazepinas: Uso crónico y deprescripción [Internet]. *Fund Femeba.* 2020;2:1–12. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/benzodiazepinas-uso-cronico-y-deprescripcion-48856>
10. Martínez-cengotitabengoa M, Díaz-gutiérrez MJ, Besga A, Bermúdez-ampudia C, López P, Rondon MB, et al. Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2017;1:1–7.
11. Pierfitte C, Macouillard G, Thicoïpe M, Chaslerie A, Pehourcq F, Aïssou M, et al. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study. *BMJ.* 2001;322:704–8.
12. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population : the GIFA study. *J Clin Epidemiol.* 2000; 53:1222–9.

- 13.** Greenblatt DJ. Pharmacology of Benzodiazepine Hypnotics. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:7–13.
- 14.** Danza Á. Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Arch Med Interna*. 2009;4:103–7.
- 15.** CARM.es - Organización y Funciones. Available from: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/carm2018/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=459&RASTRO=c819\\$m4800](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/carm2018/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=459&RASTRO=c819$m4800)
- 16.** MurciaSalud, el portal sanitario de la Región de Murcia. [Internet]. Available from: <https://www.murciasalud.es/principal.php>
- 17.** Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. In: *Principios de epidemiología del medicamento*. 2 Edición. 2007. p. 80.
- 18.** Garcia del Pozo J, de Abajo Iglesias FJ, Carvajal García-Pando A, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, Garcia del Pozo V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública*. 2004;3(1):379–87.
- 19.** 19. AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012 [Internet]. 2014;1–4. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf
- 20.** Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Available from: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- 21.** Bejarano F, Lluís J, Moreso P, Mora N, Claver P. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención primaria*. 2008;40(12):617–21.
- 22.** M. Bello-Brau, C. Morales-Blauquez, F. Abad-Alegria ERC. Estudio sobre el consumo de hipnóticos por ancianos en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. *Vigilia-Sueño*. 2005;17(2):82–9.
- 23.** Ferrairó RE, Díez AP, García CL, París JM, Cuesta TS. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud : prevalencia , cómo es su consumo y características del consumidor. *Atención primaria*. 2000;25(2):107–10.
- 24.** Mort JR, Aparasu RR. Prescribing Potentially Inappropriate Psychotropic Medications to the Ambulatory Elderly. *Arch Med Interna*. 2015;160:2828–31.
- 25.** Paz A, Paz I, Martínez C. Uso crónico y sobreindicación de Benzodiazepinas en Pacientes del Hospital Mario Mendoza , Honduras 2016. *iMedPub Journals*. 2016;12(3):1–8.
- 26.** Rosa-Jimenez F, AM M. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *An Med Interna*. 2005;22:515–9.
- 27.** Ileana DC, Abascal EC, Fermina M, Macías R. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2013;29(3):281–96.

- 28.** Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad : una aproximación psicobiológica. *Escritos Psicol.* 2009;3:20–9.
- 29.** Ramos-lira L. ¿ Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Ment.* 2014;37(4):275–81.
- 30.** Charles E GI, Kaye AM, Pharm D, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. *Ochsner J.* 2013;13:214–23.

Original Articles · Artículos Originales

Evolution of the consumption of lorazepam in a rural environment in the Region of Murcia (2012-2018)

Evolución del consumo de lorazepam en un medio rural en la Región de Murcia (2012-2018)

Information

Dates:

Received: 30/06/2022

Accepted: 04/08/2022

Published: 15/08/2022

Correspondence:

Juan A. Cano
juanancano93@gmail.com

Conflict of interests:

All the authors have disclosed that they have no significant relationships with or financial interests in any commercial companies related to this study or article.

Funding:

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Authors

Juan Antonio Cano-Hernández¹  0000-0001-7182-9922

Pura Ballester-Navarro²  0000-0002-7345-448X

Sandra Sierra-Alarcón¹  0000-0003-1720-4192

Alejandro Galindo-Tovar¹  0000-0003-4449-8560

¹Department of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, Universidad Católica de San Antonio de Murcia, UCAM, Murcia (Spain).

²Nutrition, Oxidative Stress and Bioavailability Group, Degree in Pharmacy, Faculty of Health Sciences, Catholic University of San Antonio de Murcia, Murcia (Spain).

Authorship & contributorship

JA Cano, S Sierra-Alarcón, and A Galindo-Tovar designed the study. JA Cano and P Ballester performed the statistical analyzes of the data and interpreted the results obtained. JA Cano wrote the first version of the manuscript. Finally, all the authors contributed to the critical review of the consecutive versions of the document, made contributions and approved the final version for publication. All signatories are responsible for all aspects of the study.

How to cite this paper

Cano-Hernández JA, Ballester-Navarro P, Sierra-Alarcón S, Galindo-Tovar A. Evolution of the consumption of lorazepam in a rural environment in the Region of Murcia (2012-2018). Pharm Care Esp. 2022;24(4):54-63.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the consumption of lorazepam in the Region of Murcia, specifically in the district of Mula, during the period 2012-2018, considering age and sex variables.

Method: Cross-sectional descriptive study, where the use of benzodiazepines in a specific population during the period 2012 - 2018 is investigated. The variables collected were sex, age and the prescribed Defined Daily Dose. The data correspond to the dispensations of Lorazepam in the pharmacy offices of the district of Mula, provided by the Health Assistance General Directorate. Daily dose per inhabitant and per 1000 inhabitants were calculated and the groups median and interquartile ranges were established p25 and p75 for later comparisons.

Results: Overall consumption over the period increased by 0.42%. In men it increased by 21.4%, while in women it decreased by 7.5%. However, in women, consumption was at higher doses, between significant differences were found in lorazepam consumption in groups when analyzed by sex. The analysis by age showed a significant increase in consumption as the age of the patients increased.

Conclusion: The consumption of benzodiazepines is high with increasing age, more so in women, and this may have an impact on the adverse effects associated with this group of drugs and present an important public health problem.

Key Words: Benzodiazepines, Pharmaceutical care, Primary Health care, Anxiolytic, Anxiety.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el consumo de lorazepam en la Región de Murcia, concretamente en el municipio de Mula, durante el periodo 2012-2018, considerando las variables edad y sexo.

Método: Estudio descriptivo trasversal, donde se investiga el consumo de Benzodiazepinas en una población concreta durante el periodo 2012 - 2018. Las variables recogidas fueron el sexo, la edad y la Dosis Diaria Definida prescrita. Los datos corresponden a las dispensaciones de Lorazepam en las oficinas de farmacia del municipio de Mula, facilitados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Se calcularon las Dosis diaria por habitante y día por 1000 habitantes y se establecieron mediana y rangos intercuartílicos p25 y p75 los grupos para posteriores comparaciones.

Resultados: El consumo global durante el periodo estudiado aumentó un 0,42%. En los hombres se incrementó un 21,4%, mientras que en las mujeres disminuyó un 7,5%. Sin embargo, en las mujeres el consumo se produce a dosis más elevadas, encontrándose diferencias significativas en el consumo de lorazepam entre grupos al analizar por sexo. El análisis por edades mostró un aumento significativo de consumo conforme aumentaba la edad de los pacientes.

Conclusión: El consumo de benzodiazepinas es elevado a medida que avanza la edad, de manera más acuciante en las mujeres, pudiendo esto incidir sobre los efectos adversos asociados a este grupo de fármacos y presentando un importante problema de salud pública.

Palabras Clave: Benzodiazepinas, Atención farmacéutica, Atención primaria, Ansiolíticos, Ansiedad.

Introduction

Benzodiazepines (BZP) are widely used for the treatment of anxiety disorders and sleep disorders^(1, 2). They emerged as an alternative to barbiturates, as a safer group, with fewer associated adverse effects and less capacity to produce dependence⁽³⁾. They depress the central nervous system by acting at the level of the gamma aminobutyric acid (GABA) neurotransmitter receptor, specifically in the GABA_A subunit⁽⁴⁾. BZPs have a quadruple therapeutic effect: anxiolytic, sedative-hypnotic, anticonvulsant and muscle relaxant⁽⁵⁾. These effects do not occur equally or simultaneously in all BZP⁽⁶⁾.

In Spain, a study conducted over fifteen years (1992 - 2006) by the Spanish Agency of Medicines and Health Products (AEMPS) showed an increase in consumption of this group of drugs of 113.6% in that time period⁽⁷⁾. In 2011, the EDADES Spanish survey about the consumption of psychoactive substances estimated that 11.4% of the general population (15 - 64 years) were consumers of anxiolytic and hypnotic drugs⁽⁸⁾. Despite these national data, data on consumption per autonomous communities is unknown, since most studies focus on national analysis of consumption.

The risk associated with an acute use of BZP is low compared to long-term use (more than 3 months). In this group, the shorter duration of usage, the greater efficacy and safety achieved. It is not recommended to exceed more than 4 weeks for insomnia treatment, and 12 weeks for the treatment of anxiety disorder⁽⁹⁾. However, in clinical practice there is a trend to make these treatments chronic⁽¹⁰⁾.

Mainly, population over 65 years of age are at risk of chronic BZP prescription, their prolonged use triggers important, and worrying adverse effects, with a positive relationship between chronic consumption and falls with bone fractures^(11,12). In addition, this consumption pattern leads to memory impairment⁽¹³⁾. Other studies have proven that prolonged consumption of BZP is associated with impaired psychomotor performance, decreasing time reaction⁽¹⁴⁾.

Considering that in Spain the prevalence data in provinces is unknown, and the described growing risk of developing adverse events due to chronic treatment with BZP, especially in senior patients, the aim of this work is to evaluate the consumption of lorazepam in the municipality of Mula (Murcia) during the period 2012 - 2018, considering the variables age and sex in the analysis.

Methods

Cross-sectional descriptive study, based on data collected from prescriptions dispensed in pharmacy offices, in the Municipality of Mula, charged to the National Health System (SNS) during 2012-2018.

The data were requested and obtained through the Service of Pharmaceutical Management, which reports to the General Health Assistance Registry (DGAS)⁽¹⁵⁾ of Murcia Health Service (SMS)⁽¹⁶⁾. Medications purchased with private prescriptions or any mutual insurance companies were not included in this study. Anonymized data disaggregated by sex and age were provided for each year.

The annual consumption in defined daily doses (DDD) for each active ingredient and presentation of lorazepam was provided. Defined Daily Doses per thousand inhabitants per day (DDD) were calculated by conversion from the DDD provided: no. of DDD= (DDD x 1000 inhabitants)/(no. of inhabitants by sex and age x 365 days)⁽¹⁷⁾. Each year population was obtained from the population census, through the National Institute of Statistics (www.ine.es).

Quantitative variables were expressed as mean \pm standard deviation, or median (DHD) with interquartile ranges (p and p. The data dispensations were grouped into five year intervals: 9-25 years; 26-40 years; 41-55 years; 56-74 years; >75 years to investigate the relationship between DHD consumption and age groups. Analyses performed were Pearson's Chi-square statistical test, using the IBM SPSS Statistics package for Windows version 28.0. Given the multiple comparisons done, a p value of $p < 0.001$ was set for significant differences.

The present study has the favorable report of the ethics committee of Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), code CE021908.

Results

In the period from 2012 to 2018, 98249 packages of lorazepam were dispensed in the pharmacy offices of Mula. A total of 1581 patients, whose age ranged from 9 to 101, were included in the analysis, the mean age was 57 ± 22 years old, and 54% were females.

The average age for each of the five groups was as follows: 20 ± 4 years old youngest group; 34 ± 4 years old for the group of 26-40 years; 48 ± 4 years old for the third group; 65 ± 6 years old in the 56-74 years range; and finally, 85 ± 7 years old for the fifth group.

Overall lorazepam consumption (Figure 1) increased a total of 0.42% (4073 DHD/2012 and 4090 DHD/ 2018). The consumption increased between 2012 and 2013 a 26.46% (4,073 DHD/2012 and 5,151 DHD/2013) notably,

compared to the rest of the years, where consumption kept levels within a similar trend to 2012. Splitting the consume by sex, consumption in men increased a 21.4% (1116.4 DHD/2012 and 1355.2 DHD/ 2018), and in women it decreased a 7.5% (2956.8 DHD/2012 and 2734.8 DHD/2018) over the years.

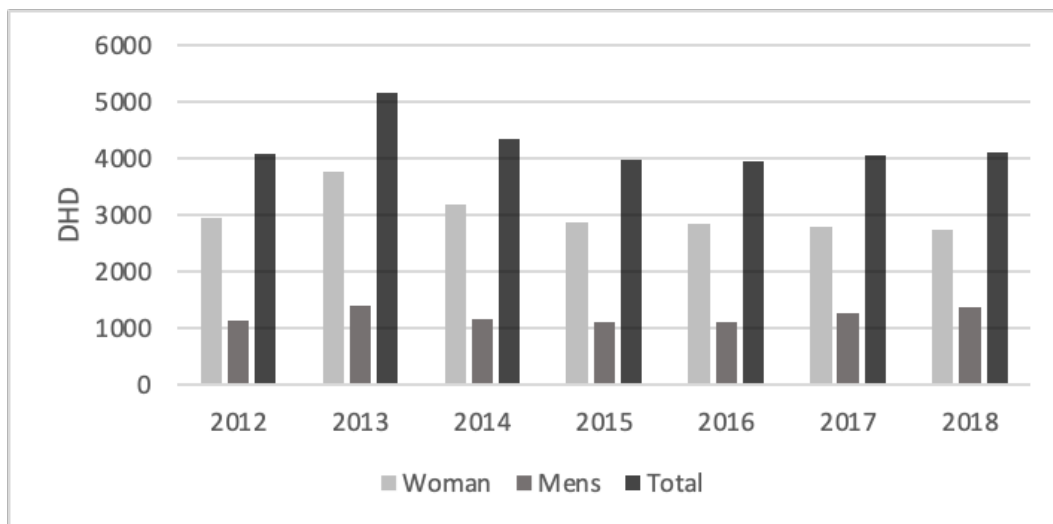


Figure 1: Consumption in DHD during the 2012 - 2018 study period.

Yearly, consumption was analyzed by sex (Figure 2), establishing intervals with the p50, p75 and p100, p25 was not used since until p50 the DHD values were 0. During the first five years of the study (2012-2016), significant differences were observed in the distribution of men and women according to DHD across the percentile intervals analyzed, with a p-value<0.001. There were still differences in 2017 with a p-value<0.005, however, in 2018, there were no significant differences. In the analysis, it was observed that consumption in men is in first DHD interval (p0-p50), and in women in the higher dose intervals. The DHD data indicate that women have a higher dose of lorazepam consumption than men.

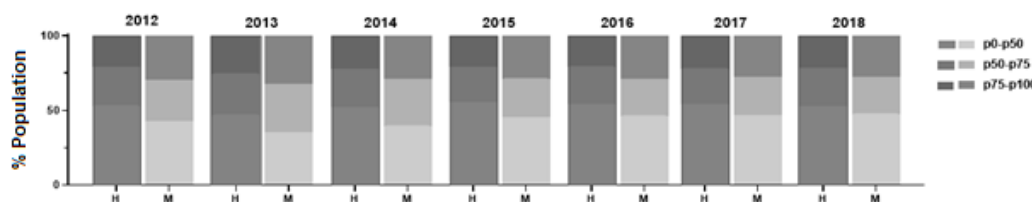


Figure 2: Figure 2. Percentage of lorazepam-consuming population during the period 2012-2018 distributed by DHD intervals and separated by sex and year of study. [p 0; 50; 75; 100]: alludes to percentile 0; 50; 75; 100 respectively; [M]: male; [F]: female *p-value<0.001. **p-value<0.005.

The yearly analysis of consumption by age group is shown in Table I. This analysis proved significant differences, between the different age intervals and lorazepam consumption, with a p-value<0.001 for all years of the study. In the table it can be shown how the percentage by age group and year of consumption is reflected in DHD intervals, P0-50 and P50-75. For the first two age groups, more than 70% of the consumption was distributed in the first DHD interval. Percentages above 50 in the group of 26-40 years and reaching a percentage above 30% in the DHD interval P75 -P100 for the last two age groups. We could affirm that there was a increase in percentages as we increased age. As can be seen in Figure 3, for the first age group, 9-25 years, consumption was observed mainly in p0-p50 and P50-P75, then, up to the 41-55 years age group, the most prevalent consumption was observed in the first two DHD intervals. However, in the next two age groups, 56-74 years and >75 years, consumption was higher, in p75-p100 interval. In general, a trend of higher DHD consumption observed after the 41 years of age, increasing as age increases, while at ages below 40, consumption was higher in DHD doses in the first group (P0-P50).

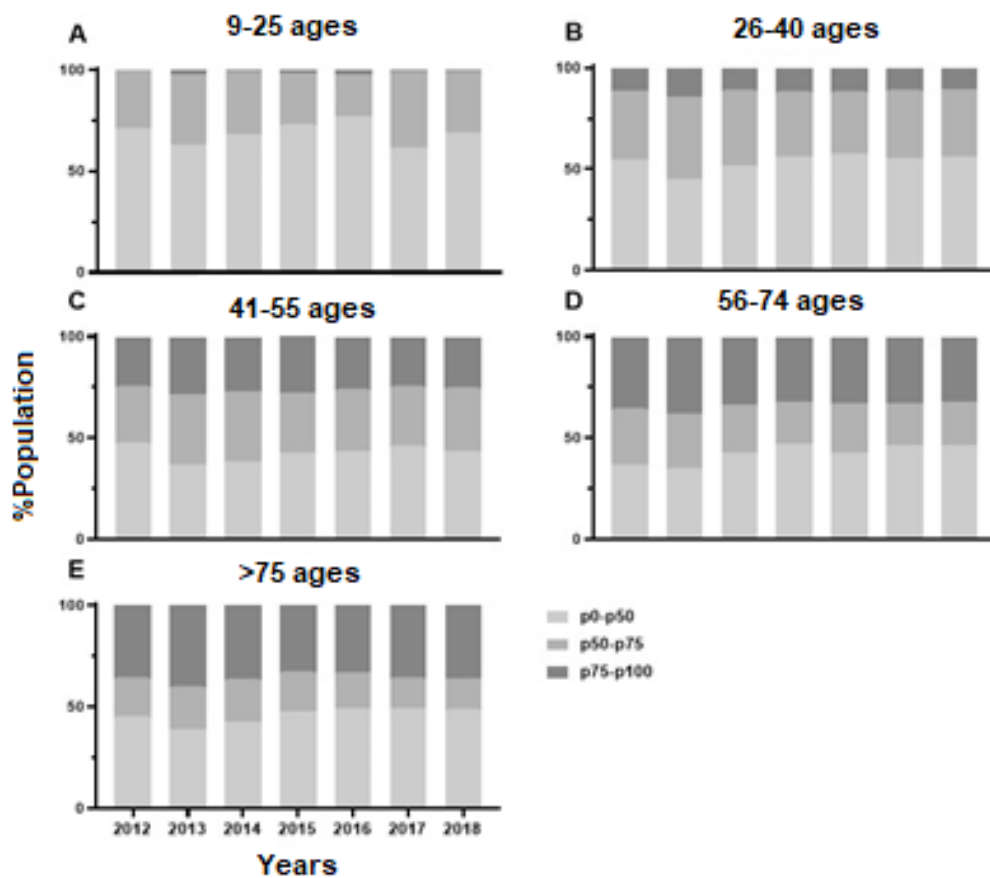


Figure 3: Percentage of lorazepam consuming population during the period 2012-2018 in Mula, separated by age interval and DHD range for each year of the study. [p 0; 50; 75; 100]; alludes to percentile 0; 50; 75; 100 respectively. *p-value<0.001.

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
9-25 ages	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (71,5%,93)	0-0,31 (63,1%,82)	0-0,18 (68,5%,89)	0-0,12 (73,1%,95)	0-0,10 (76,9%,100)	0-0,06 (61,5%,80)	0-0,06 (69,2%,90)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (28,5%,37)	0,31-2,39 (34,6%,45)	0,18-1,92 (30,8%,40)	0,12-1,70 (25,4%,33)	0,10-1,70 (20,8%,27)	0,06-1,60 (37,7%,49)	0,06-1,58 (30%,39)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (0%,0)	2,40-278,36 (2,3%,3)	1,92-175,34 (0,8%,1)	1,70-87,67 (1,5%,2)	1,70-76,71 (2,3%,3)	1,60-109,59 (0,8%,1)	1,59-109,59 (0,8%,1)
26-40 ages	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (54,5%,163)	0-0,31 (45,2%,135)	0-0,18 (51,8%,155)	0-0,12 (55,9%,167)	0-0,10 (57,4%,171)	0-0,06 (55,5%,166)	0-0,06 (55,9%,166)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (34,1%,102)	0,31-2,39 (40,5%,121)	0,18-1,92 (37,1%,111)	0,12-1,70 (32,4%,97)	0,10-1,70 (30,9%,92)	0,06-1,60 (33,4%,100)	0,06-1,58 (33,7%,100)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (11,4%,34)	2,40-278,36 (14,4%,43)	1,92-175,34 (11%,33)	1,70-87,67 (11,7%,35)	1,70-76,71 (11,7%,35)	1,60-109,59 (11%,33)	1,59-109,59 (10,4%,31)
41-55 ages	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (47,5%,163)	0-0,31 (37%,127)	0-0,18 (38,2%,131)	0-0,12 (42,9%,147)	0-0,10 (43,4%,149)	0-0,06 (46,1%,158)	0-0,06 (43,7%,149)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (28%,96)	0,31-2,39 (34,4%,118)	0,18-1,92 (35%,120)	0,12-1,70 (29,2%,100)	0,10-1,70 (30,6%,105)	0,06-1,60 (29,4%,101)	0,06-1,58 (31,1%,106)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (24,5%,84)	2,40-278,36 (28,6%,98)	1,92-175,34 (26,8%,92)	1,70-87,67 (28%,96)	1,70-76,71 (25,9%,89)	1,60-109,59 (24,5%,84)	1,59-109,59 (25,2%,86)
56-74 ages	P0-P50 (%,n)	0-0,17 (36,8%,152)	0-0,31 (34,9%,144)	0-0,18 (42,6%,176)	0-0,12 (47,2%,195)	0-0,10 (42,6%,175)	0-0,06 (46,7%,193)	0-0,06 (46,5%,192)
	P50-P75 (%,n)	0,168-1,887 (27,6%,114)	0,310-2,394 (27,1%,112)	0,182-1,923 (23,5%,97)	0,123-1,701 (20,6%,85)	0,098-1,701 (24,3%,100)	0,061-1,6 (20,6%,85)	0,064-1,584 (21,3%,88)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (35,6%,147)	2,40-278,36 (38%,157)	1,92-175,34 (33,9%,140)	1,70-87,67 (32,2%,133)	1,70-76,71 (33,11%,136)	1,60-109,59 (32,7%,135)	1,59-109,59 (32,2%,133)
>75 ages	P0-P50 (%,n)	0-0,16 (45,2%,179)	0-0,31 (39%,154)	0-0,18 (42,4%,168)	0-0,12 (47,5%,188)	0-0,10 (49%,194)	0-0,06 (49,1%,194)	0-0,06 (48,9%,192)
	P50-P75 (%,n)	0,17-1,89 (19,2%,76)	0,31-2,39 (21%,83)	0,18-1,92 (21,2%,84)	0,12-1,70 (19,9%,394)	0,10-1,70 (17,7%,70)	0,06-1,60 (15,2%,60)	0,06-1,58 (15,3%,60)
	P75-P100 (%,n)	1,89-98,63 (35,6%,141)	2,40-278,36 (40%,158)	1,92-175,34 (36,4%,144)	1,70-87,67 (32,6%,395)	1,70-76,71 (33,3%,132)	1,60-109,59 (35,7%,141)	1,59-109,59 (35,9%,141)

Discussion

The analysis of the global data on the prevalence of lorazepam usage indicates that, overall, there was an increase in the use of lorazepam during the time studied, data that agreed with the growing use described in similar studies carried out in Spain (7,18,19). After a thorough review of the literature, it was not possible to find studies that yielded consumption data presented in our format.

However, it is comparable with the results of the study of consumption by years of the AEMPS about the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (20), which highlighted an increase of 7.79% in the consumption of lorazepam between 2012-2018, whereas our study shows a lower increase of that active ingredient being 0,42%, this may be due to the fact that the study conducted by the AEMPS takes into account the consumption of official and mutual prescriptions, the latter not being included in our study, also in the AEMPS study are included all the active principles of the therapeutic group N05B, and all ages.

Table 1: Distribution of the population by age groups and DHD interval for each year of study.

The analysis by sex highlights that women have higher DHD values than men, as described in other studies carried out in Spain⁽²¹⁻²³⁾ and outside Spain^(24,25). These results can be attributed to a greater concern for their state of health and greater frequency of medical visits compared to men^(26, 27), and a higher prevalence of psychiatric diseases in this group^(28, 29).

In relation to the consumption of BZP by age groups, we have observed that it is in the last age intervals where the consumption of lorazepam is increasing, coinciding with the highest DHD. That agreed with the trend of different studies carried out in our country about the consumption of BZP that point to a higher consumption in older groups of population^(21, 23). The fact that older patients are those who consume more of these drugs is worrying, since they present a greater risk of adverse effects associated with BZP consumption⁽³⁰⁾.

Among the limitations of this study, it should be noticed that we have little information on the patient; we only know the sex and age, but not the treatment indication. In addition, our data come from prescriptions dispensed and billed to the SMS from 2012 to 2018, not including data from the corresponding private prescription dispensations or those charged to any other mutual insurance company rather than the SMS. The data refer to dispensations in the municipality of Mula, but we cannot ensure that the prescriptions come all in their origin from the primary care centers of Mula, being able to collect disperse data of dispensations from patients who live outside the municipality but withdraw their medication in Mula, just as we cannot ensure that everything prescribed in this health area is dispensed in this same municipality.

Among the strengths we can highlight that this is a pioneering and novel analysis of the DHD that allows a better reflection of the population consuming this type of medication, and also that the study time is extense, allowing a long follow-up time duration of these treatments. On the other hand, this work leaves open the possibility of new lines of research, extending the years of study, carrying it out in the whole Region of Murcia and including more active ingredients to the therapeutic group analyzed. It is important to develop a new line of research to analyze the impact of different strategies to reduce the consumption of these drugs, promote their rational use, and try to reduce their consumption rates, through the development multidisciplinary protocols uniting pharmacist and primary care providers. In addition, it would be interesting to extend the study sample both in terms of population and the number of active ingredients to be analyzed in order to observe whether consumption behavior is similar to what has been described in our study.

In conclusion, the consumption of lorazepam is high in the municipality of Mula, Region of Murcia, even higher as patients' age increases, mostly in women, which aggravates the risk of the appearance of adverse effects that they produce.

References

1. Lader M. History of Benzodiazepine Dependence. *J Subst Abuse Treat*. 1991;8:53–9.
2. Sternbach LH. The Benzodiazepine Story. *J Med Chem*. 1979;22(1):1–7.
3. Selfa M. Dependencia a benzodiacepinas. *Trastor Adict*. 2009;11(2):118–24.
4. Rosas-gutiérrez I, Simón-arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiacepinas. *Salud Ment*. 2013;36(4):325–9.
5. Florez J. *Farmacología humana*. 3ª edición. Barcelona. MASSON SA; 1997. 453-464 p.
6. Drummer OH. Methods for the measurement of benzodiazepines in biological samples. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl*. 1998 Aug 21;713(1):201-25. doi: 10.1016/s0378-4347(97)00537-9. PMID: 9700560.
7. Sanz Álvarez EJ, de las Cuevas Castresana C. Uso de Benzodiacepinas en España (1992-2006). AEMPS. 2006. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf
8. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011.[Internet]. 2011. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_EDADES_2011_Informe.pdf
9. Mordujovich-buschiazzo P. Benzodiazepinas: Uso crónico y deprescripción [Internet]. *Fund Femeba*. 2020;2:1–12. Disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/benzodiazepinas-uso-cronico-y-deprescripcion-48856>
10. Martínez-cengotitabengoa M, Díaz-gutierrez MJ, Besga A, Bermúdez-ampudia C, López P, Rondon MB, et al. Prescripción de benzodiacepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Rev Psiquiatr y Salud Ment*. 2017;1:1–7.
11. Pierfitte C, Macouillard G, Thicoipe M, Chaslerie A, Pehourcq F, Aïssou M, et al. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study. *BMJ*. 2001;322:704–8.
12. Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population : the GIFA study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53:1222–9.
13. Greenblatt DJ. Pharmacology of Benzodiazepine Hypnotics. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:7–13.
14. Danza Á. Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Arch Med Interna*. 2009;4:103–7.
15. CARM.es - Organización y Funciones. Available from: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/carm2018/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=459&RASTRO=c819\\$m4800](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=229&IDTIPO=200&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/carm2018/organigramas/plantillaDetalleOrganigrama.jsp&IDESTRUCTURAJERARQUICA=459&RASTRO=c819$m4800)
16. MurciaSalud, el portal sanitario de la Región de Murcia. [Internet]. Available from: <https://www.murciasalud.es/principal.php>

- 17.** Laporte JR, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. In: Principios de epidemiología del medicamento. 2 Edición. 2007. p. 80.
- 18.** Garcia del Pozo J, de Abajo Iglesias FJ, Carvajal García-Pando A, Montero Corominas D, Madurga Sanz M, Garcia del Pozo V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). Rev Esp Salud Pública. 2004;3(1):379–87.
- 19.** AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012 [Internet]. 2014;1–4. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf
- 20.** Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Available from: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- 21.** Bejarano F, Lluís J, Moreso P, Mora N, Claver P. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. Atención primaria. 2008;40(12):617–21.
- 22.** M. Bello-Brau, C. Morales-Blau, F. Abad-Alegria ERC. Estudio sobre el consumo de hipnóticos por ancianos en las ciudades de Zaragoza, Huesca y Teruel. Vigilia-Sueño. 2005;17(2):82–9.
- 23.** Ferrairó RE, Díez AP, García CL, París JM, Cuesta TS. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud : prevalencia , cómo es su consumo y características del consumidor. Atención primaria. 2000;25(2):107–10.
- 24.** Mort JR, Aparasu RR. Prescribing Potentially Inappropriate Psychotropic Medications to the Ambulatory Elderly. Arch Med Interna. 2015;160:2828–31.
- 25.** Paz A, Paz I, Martínez C. Uso crónico y sobreindicación de Benzodiazepinas en Pacientes del Hospital Mario Mendoza , Honduras 2016. iMedPub Journals. 2016;12(3):1–8.
- 26.** Rosa-Jimenez F, AM M. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? An Med Interna. 2005;22:515–9.
- 27.** Ileana DC, Abascal EC, Fermina M, Macías R. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Rev Cuba Med Gen Integr. 2013;29(3):281–96.
- 28.** Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad : una aproximación psicobiológica. Escritos Psicol. 2009;3:20–9.
- 29.** Ramos-lira L. ¿ Por qué hablar de género y salud mental? Salud Ment. 2014;37(4):275–81.
- 30.** Charles E GI, Kaye AM, Pharm D, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. Ochsner J. 2013;13:214–23.

Revisiones bibliográficas · Bibliographical Reviews

Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional

Pharmaceutical Care in National and International
Bibliography

Información

Fechas:

Recibido: 08/08/2022

Aceptado: 10/08/2022

Publicado: 15/08/2022

Correspondencia:

Elodie Ouadahi

elodieouadahi@gmail.com

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó
ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido
ninguna ayuda o financiación.

Autorías

Elodie Ouadahi¹  [0000-0002-6003-9762](https://orcid.org/0000-0002-6003-9762)

¹Farmacéutica Comunitaria en A Coruña, España.

Cómo citar este trabajo

Ouadahi E. Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional.
Pharm Care Esp. 2022;24(4):64-70.

Assessing the pharmaceutical care provision to suspected COVID-19 patients in community pharmacies: a simulated patient study.

Karout y col. BMC Health Services Research (2022) 22:467.

<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07870-1>

Como consecuencia de la presión ejercida sobre los sistemas de salud de todo el mundo debido a la pandemia de COVID-19, se han tenido que desarrollar nuevas gamas de servicios de atención farmacéutica; en algunos países dichos servicios incluyen: la orientación sobre medidas preventivas para minimizar el riesgo de transmisión, clasificar a los pacientes con COVID-19, garantizar un suministro seguro de vacunas contra la COVID-19, educar a los pacientes sobre la infección a través de varios medios (incluidos los servicios de telesalud), aclarar los conceptos erróneos sobre el desarrollo del tratamiento COVID-19, actualizar los formularios de medicamentos y abordar la escasez de los mismos. Sin embargo, en países en vías de desarrollo, debido a las dificultades políticas y económicas que sufren, no han podido llevar a cabo dichas estrategias para intentar frenar la tasa de infección; concretamente, la pandemia en el Líbano (donde se desarrolló el presente estudio) se produjo al mismo tiempo que tuvo lugar un conflicto social y económico, agotando los recursos del sistema de salud y colapsando los servicios médicos y farmacéuticos. Fueron los farmacéuticos comunitarios los que brindaron servicios a los pacientes con sospechas de COVID-19 y realizaron asesoramiento médico; esta situación hizo que se cuestionara la preparación de los farmacéuticos para enfrentar este tipo de desafíos.

El presente estudio se realizó durante la segunda ola de COVID-19, entre enero y febrero de 2021 en Beirut, empleando un paciente simulado con el fin de evaluar el desempeño de los farmacéuticos comunitarios, la calidad de sus servicios y el impacto de las intervenciones a pacientes con sospecha de COVID-19, además de revelar el comportamiento real de los farmacéuticos al no ser conscientes de que están siendo evaluados.

El paciente simulado era una farmacéutica que trabaja en una farmacia comunitaria, además de ser asistente en investigación con experiencia en este tipo de estudios; se seleccionaron 100 farmacias como muestra en las que se les planteaba en siguiente escenario: mujer de 25 años equipada con mascarilla quirúrgica, pantalla y guantes, evitó tocar superficies y mantuvo una distancia de seguridad con respecto a los demás. Una vez en la farmacia solicitaba hablar con el farmacéutico al que le informaba de sus síntomas: fiebre y pérdida del sentido del olfato en los últimos 2 días; la siguiente información se proporcionó solo a petición del farmacéutico: estaba desem-

pleada, previamente sana, no fumadora, vivía con sus padres y no recibía medicación crónica. Su temperatura corporal oscilaba entre 38 y 38,5 °C y si le preguntaban por la medicación utilizada respondía que había tomado un comprimido de Profinal XP® (ibuprofeno 400 mg/cafeína 65 mg) 2 h antes de su visita para controlar la fiebre. No se había hecho una PCR ni presentaba ningún síntoma de gravedad como disnea, confusión, dolor torácico, disminución de la producción de orina, entre otros. La semana anterior había visitado a una amiga, que recientemente dio positivo por COVID-19.

En cuanto a los resultados, del 18% de los farmacéuticos que aconsejaron a la paciente tomar un antipirético a demanda, el 16% recomendó tomar paracetamol y el 2% un antiinflamatorio no esteroideo. El tratamiento farmacológico recomendado para combatir sus síntomas fue beber abundante líquido (3%) y comer sopas (2%). Además, un farmacéutico recomendó hacer gárgaras con sal y agua, aplicar parches fríos y comer alimentos tibios. El 5% de los farmacéuticos recetaron un medicamento que no está indicado para el caso expuesto como antibióticos (4%), antihistamínicos (2%) y pseudoefedrina (1%). Además, el 20% de los farmacéuticos aconsejaron algunos suplementos que pueden no ser necesarios, tales como la vitamina C (19%), zinc (18%), vitamina D (12%) y multivitamínicos (1%). Como curiosidad, un farmacéutico llegó a recomendar un suplemento de vitamina D indicándole que debía tomar un comprimido diario durante 3 meses, y luego un comprimido una vez a la semana indefinidamente, afirmando que era necesario para tratar y prevenir la COVID-19.

Se puntuó del 1 al 4 el desempeño en cuanto a la comunicación de los participantes con respecto a la paciente, obteniéndose los siguientes resultados: 1 a 1,75 el 33%, 1,76 a 2,51 el 31%, 2,52 a 3,26 el 22% y 3,27 a 4 el 14%. Esto mostró que los farmacéuticos objeto de estudio tenían un nivel general insatisfactorio de preparación en respuesta a un caso sospechoso de COVID-19; el 56% de los mismos no recopilaban ninguna información relevante para evaluar la condición del paciente (a pesar de que tanto el Centro de Prevención y Enfermedades como la Federación Farmacéutica Internacional emitieron una serie de pautas con el fin de facilitar dicha labor). El presente estudio ha revelado una baja formación y capacitación respecto al abordaje de consejo farmacéutico sobre COVID-19 por parte de los farmacéuticos comunitarios del Líbano, lo que se traduce en una atención farmacéutica insatisfactoria; la solución sería dotar a las farmacias comunitarias de capacitación oficial, además de realizar guías que ayuden en su labor diaria y brindar un servicio de calidad, tal y como se ha hecho en otros países como China.

En este estudio se destaca la necesidad de una comunicación más sólida y profunda entre el farmacéutico y el paciente para realizar una buena atención farmacéutica, esto podría lograrse mediante la realización de unas guías prácticas sobre cómo abordar los problemas relacionados con la pandemia.

The Quality of Counseling for Headache OTC Medications in German Community Pharmacies Using a Simulated Patient Approach: Are There Differences between Self-Purchase and Purchase for a Third Party?

Langer, B. y Kunow, C. The Scientific World Journal, vol. 2022, ID del artículo: 5851117, 14 pag.

<https://doi.org/10.1155/2022/5851117>

Las cefaleas (tanto las migrañas o las cefaleas tensionales) son uno de los trastornos más comunes a nivel mundial y una de las causas más comunes de automedicación, siendo posible obtener un tratamiento farmacológico sin consulta médica. En Alemania, la Cámara Federal de Farmacéuticos redactó una guía para realizar un correcto asesoramiento en el tratamiento de las cefaleas. En cuanto a la cuestión de a quién va dirigida la compra del tratamiento, en diferentes estudios de Australia y Uganda se concluyó que el 24,5% y el 32,3% respectivamente de la compra en la farmacia iba dirigido a una tercera persona; las siguientes líneas de actuación tanto nacionales como internacionales serán lograr asesoramiento de calidad para el paciente que no está presente en la oficina de farmacia. El objetivo del presente estudio era evaluar la calidad del consejo farmacéutico en cuanto a los medicamentos de venta libre para el dolor de cabeza en oficinas de farmacia alemanas y analizar en qué medida existen diferencias entre la autocompra y la compra para un tercero.

Para llevarlo a cabo se utilizó como metodología el paciente simulado, llevándose a cabo en las 42 oficinas de farmacia de las que consta la ciudad de Potsdam. Se presentaban dos escenarios: uno en el que el paciente simulado entra en la farmacia para pedir un medicamento para su dolor de cabeza y el otro en el que se pide un medicamento para el dolor de cabeza de la pareja del paciente simulado. En ambos escenarios las respuestas dadas por el paciente simulado a las preguntas realizadas por el farmacéutico eran las mismas: dolor de cabeza con leve presión en ambos lados de la cabeza, el dolor había aparecido el día anterior, esta situación le ocurría de vez en cuando, no tenía ninguna otra enfermedad ni tomaba medicación. Se evaluaba qué analgésico le recomendaba el farmacéutico, las preguntas que le realizaba y en caso de que se realizara la dispensación, si se le informaba de la dosis, duración y efectos secundarios. Un total de 8 personas entre 23 y 48 años actuaron como paciente simulado, cada oficina de farmacia objeto de estudio fue visitada cuatro veces por un paciente simulado diferente, simulando dos visitas para comprar un OTC para ellos mismos y otras dos

visitas demandando un OTC para la supuesta pareja (en total se llevaron a cabo 168 visitas).

En cuanto a los resultados, todas las farmacias dispensaron un medicamento en cada actuación; la pregunta más realizada fue si el paciente padecía alguna otra patología (53%) y la duración de los síntomas (10%). El 73,8% de las farmacias proporcionó información sobre la dosificación del medicamento dispensado, en cambio solo un 5,4% de las farmacias proporcionó información sobre posibles efectos secundarios (como se ha documentado en otros estudios realizados previamente, el personal de las oficinas de farmacia manifestó temer la falta de adherencia del paciente, así como pérdida de ventas si se indicaba dicha información). En general, no hubo diferencias significativas entre los dos escenarios en cuanto a las preguntas realizadas ni el consejo dado por el personal farmacéutico. Sin embargo, se detectó un nivel bajo en el asesoramiento al paciente tal y como ya se había intuido en otros estudios previos sobre diferentes patologías; en estudios más recientes llevados a cabo en Alemania, la mayoría de los farmacéuticos comunitarios afirmaron que la mayoría de los pacientes a veces debido a limitaciones de tiempo o conocimiento preexistente sobre los medicamentos, no desean asesoramiento o ya han sido informados por el médico.

Para una posible mejora de la calidad del consejo farmacéutico, se deberían llevar a cabo diversas intervenciones, como la capacitación, la distribución de folletos educativos a las farmacias comunitarias y la implementación y el seguimiento de guías; la formación debería llevarse a cabo desde la facultad o el ciclo formativo realizando ejemplos de actuación, ya que se corre el riesgo de que los medicamentos de venta libre en Alemania, al igual que en otros países, se dejen de vender exclusivamente en oficinas de farmacia si no se lleva a cabo una destacada actuación farmacéutica. También, se debe sensibilizar a los clientes a través de campañas públicas para que indiquen desde el comienzo de la consulta a quién va dirigido el consejo farmacéutico, así como prevenirlos de que es necesario que el personal de las oficinas de farmacia recopilen información sobre el estado de salud del paciente (ya que a muchos clientes no se les realiza un cuestionario tan exhaustivo).

Opioid treatment program prescribing of methadone with community pharmacy dispensing: Pilot study of feasibility and acceptability.

Brooner, R K. y col. Drug and Alcohol Dependence Reports, Volume 3, June 2022, 100067, ISSN 2772-7246

<https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100067>

La prevalencia del trastorno por uso de opioides y las muertes por sobredosis continúan aumentando en la mayoría de las comunidades de los Estados Unidos. Una de las intervenciones más estudiadas y efectivas para tratar dicho trastorno es el mantenimiento con metadona cuyo acceso está restringido a los programas de tratamiento de opioides certificados por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, que también son monitoreados por la Administración de Control de Drogas (DEA). El acceso a estos tratamientos se vuelve inaccesible para muchos pacientes que viven en el medio rural, por lo que dicha situación ubica en posición privilegiada a las oficinas de farmacia como posibles proveedoras de los mismos. El presente estudio pretende evaluar la factibilidad y aceptabilidad de la prescripción médica por parte del programa de tratamiento de opioides, y la dispensación de metadona en farmacias comunitarias. Todos los participantes recibían atención en uno de los programas de Baltimore, Maryland; las recetas de metadona fueron escritas por médicos de dicho programa y enviadas electrónicamente a una farmacia que administró y dispensó el medicamento. Finalmente, fueron 11 usuarios los que participaron en el estudio y una oficina de farmacia colaboradora que dispensaba la metadona 10 mg en comprimidos; uno de los autores del estudio (K. Stoller) era el médico prescriptor de la metadona, enviaba las recetas electrónicamente a la farmacia los viernes para que se pudiera llevar a cabo la dispensación el lunes siguiente. Todas las recetas incluían el número de registro de la DEA del programa de tratamiento de opioides, el número de DEA del prescriptor y la indicación de uso ("para: trastorno por uso de opioides"). Se diseñó un protocolo tanto para los pacientes como para la oficina de farmacia para poder llevar a cabo el estudio, así como una capacitación para esta última: los pacientes debían cumplir con todos los requisitos de seguridad implementados por la farmacia por la COVID-19, además de traer su identificación personal y un recipiente con agua para ingerir los comprimidos. Se les dijo que un farmacéutico observaría la ingestión de la metadona en la zona de atención personalizada de la farmacia. Los usuarios debían recoger la medicación cada dos semanas, recibiendo una dosis en cada visita, la cual sería administrada por el farmacéutico, y 13 dosis para llevar a casa. También tenían que reunirse con su consejero principal una vez al mes y enviar una muestra de orina para

la prueba de drogas, además los participantes debían rellenar un formulario de satisfacción sobre el servicio, y sobre si preferían que se les dispensara la metadona en la farmacia o en el programa asignado, así como cuánto estarían dispuestos a pagar por semana por el servicio (0,00-50,00\$).

De los 11 pacientes, solo 1 abandonó el estudio al final del primer mes alegando que la medicación le provocaba náuseas. Las visitas a la oficina de farmacia para recoger la medicación se llevaron a cabo según lo programado. En cuanto a las pruebas de orina para detectar algún tipo de consumo, ninguno de los pacientes dio positivo en drogas a excepción de un participante que dio positivo en alcohol al inicio del estudio y otro en una prueba de seguimiento. Dichos datos no sugieren cambios en la gravedad del consumo de drogas o alcohol a lo largo del tiempo.

En cuanto a las encuestas de satisfacción, las puntuaciones se mantuvieron estables y altas desde el inicio del estudio y a lo largo de los 3 meses que duró (mayor al 3,8 sobre 4) lo que indica una alta satisfacción con programa y la administración y dispensación en oficinas de farmacia. Entre el 80 y el 100 % de los participantes prefirieron la dispensación en oficina de farmacia y su disposición a pagar dinero adicional (más de 32,00\$ por mes) para tener acceso a la entrega de metadona en las farmacias. La evidencia más sólida tanto de la viabilidad como de la aceptabilidad de la dispensación de metadona por parte de las oficinas de farmacia fueron las aprobaciones que recibieron los autores tanto de la DEA como de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias para realizar el estudio, así como la alta tasa de finalización del estudio (91 %) y las visitas a la farmacia (100 %) y, además, se amplifican por la muy baja tasa de muestras de orina positivas para drogas (solo 1 test positivo en alcohol).

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, la más notable es el pequeño tamaño de muestra debido a las limitaciones de financiamiento causadas por retrasos en las aprobaciones federales, sumado a la eclosión de la pandemia de la COVID-19; el criterio de elegibilidad incluía estar estable y abstinentes durante al menos seis meses, la cual cosa constituyó una limitación potencial, por lo que sería óptimo realizar otros estudios con muestras y programas más grandes y clínicamente más diversos con el fin de obtener resultados con pacientes menos estables. En conclusión, ampliar el acceso de la metadona para este tipo de pacientes a las farmacias comunitarias probablemente resulte beneficioso desde las perspectivas tanto clínica como de salud pública.

MICROBIOTA Y USO DE PROBIÓTICOS

Actualización de los últimos avances en el uso de probióticos

NUEVO CURSO DESARROLLADO CON LA COLABORACIÓN DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

El objetivo del curso es ofrecer una **visión actual sobre la microbiota y los probióticos** para ampliar el conocimiento de los farmacéuticos; apoyándoles en su compromiso de **garantizar una asistencia sanitaria de calidad** al ciudadano.

El programa formativo **consta de 3 módulos**, que se irán publicando de forma escalonada:



MÓDULO 1:
Microbioma y microbiota



MÓDULO 2:
Probióticos



MÓDULO 3:
Los probióticos y su recomendación
en farmacia comunitaria

Información general



COMIENZO DEL CURSO
3 DE OCTUBRE DE 2022



MODALIDAD ONLINE



TUTORIAS
EN DIRECTO



ENVÍO DE CONSULTAS
A LOS DOCENTES

Plazo de matrícula hasta el 30 de septiembre 2022

Información completa y matrícula en
www.cinfaformacion.com