

Perfil de las informaciones pasivas del Centro de Información de Medicamentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad Federal de Bahía

L. NOBLAT, R. MARTINS, L. COSTA

Facultad de Farmacia. Universidad Federal de Bahía. Brasil

Resumen

Objetivo: Describir el perfil de información pasiva prestada por el Centro de Información de Medicamentos (CIM) de la Facultad de Farmacia de la Universidad Federal de Bahía.

Metodología: Estudio prospectivo descriptivo realizado desde marzo de 1997 a diciembre de 2003 de las solicitudes de información (SI) hechas al CIM, utilizando una planilla de Microsoft Excel®, representadas en frecuencias.

Resultados: De las 1.267 SI recibidas en el periodo de estudio, el 37% implicaban a pacientes; el 73% de las SI fueron realizadas por teléfono y se utilizó esta vía en la respuesta en el 66%; el 68% de las SI fueron hechas por farmacéuticos. La mayoría de ellas provinieron del entorno hospitalario (39%), seguidas por las farmacias de la comunidad (23%). En el total de SI se contabilizaron 1.459 preguntas, en una proporción de 1,2 preguntas/SI, en las cuales el 18% de las preguntas se referían a indicaciones y uso de medicamentos, el 13% eran sobre reacciones adversas a medicamentos, el 17% eran referentes a identificación de productos nacionales, extranjeros, y principios activos, el 8% sobre posología y el 6% sobre interacciones medicamentosas. La respuesta se demoró menos de 23 h en el 59% de las SI.

Palabras clave: Centro de Información de Medicamentos (CIM). Información pasiva. Productividad.

Summary

Objective: To outline passive information offered by the Drug Information Center (DIC) of the Federal University of Bahia College of Pharmacy.

Methodology: Descriptive and prospective study of requests received at the DIC from March, 1997 to December, 2003.

Recibido: 11-08-2003
Aceptado: 09-07-2004

Correspondencia: Lucía Noblat. Facultad de Farmacia. Universidad Federal de Bahía. Brasil. e-mail: cimfarba@ufba.br

La instalación del CIM-UFBA ha sido financiada por el "Projeto UNI-Bahía".

Results, represented as frequencies, were obtained by using Microsoft Excel®.

Results: 1,267 requests were received in the study period. Thirty seven percent (37%) of these involved patients; 73% were done by telephone and 66% were answered the same way; 68% of the requests were made by pharmacists. About 39% of all requests were originated in hospitals and 23% in community pharmacies. A total of 1,459 questions were received, showing a proportion of 1.2 questions per information request, of which: 18% were related to drug indication/use; 13% to adverse reactions; 17% to identification of national and foreign products and active substances; 8% to posology and 6% to drug interactions. Fifty nine percent of the requests were answered within 23 hours.

Key words: Drug Information Center (DIC). Passive information. Productivity.

INTRODUCCIÓN

La información pasiva es la principal actividad de los Centros de Información de Medicamentos (1,2) (CIM) en EE.UU., Europa y América Latina (3-5). Rosemberg y cols., para evaluar los CIM de EE.UU. (6-8), recopilaron información actualizada que permitiera explorar las tendencias de crecimiento y desarrollo de la actividad de información, observando que la información pasiva continuaba siendo la principal actividad de los mismos. Los CIM norteamericanos disponen, por lo menos, de un farmacéutico a tiempo completo y los principales demandantes de información son los farmacéuticos de la red de servicios de salud, cuyas preguntas se refieren principalmente a reacciones adversas, uso terapéutico, identificación de especialidades nacionales, extranjeras y de principios activos.

Taggiasco y cols. (9) analizaron la producción de 88 CIM de 12 países europeos, con el objetivo de conocer

las actividades de los CIM independientes en Europa, y proponer la creación de una red de comunicación entre ellos. Junto a la información pasiva, la mayoría de los CIM europeos realizaban actividades de información activa de forma rutinaria. Todos los servicios tenían farmacéuticos en plantilla y en algunos de ellos eran especialistas en información de medicamentos.

Müllerová (10), al evaluar los datos procedentes de 84 CIM pertenecientes a 16 países europeos, encontró que todos los CIM tenían como actividad básica la información pasiva y que se encontraban ubicados principalmente en hospitales. Los farmacéuticos eran los principales profesionales encargados de responder a las demandas de información, hechas en su mayoría por profesionales de salud. Estas preguntas se referían principalmente a efectos adversos, indicaciones/uso terapéutico y dosificación.

Miró (11) ha publicado el único trabajo sobre el perfil de los CIM de América Latina, en el que fueron evaluados 13 cuestionarios procedentes de 12 países. Brasil fue excluido porque el cuestionario respondido indicaba que los servicios de información se ofrecían a través de bibliotecas, es decir hubo una confusión entre CIM y servicio de documentalista. De acuerdo con este estudio, la principal actividad de los CIM latinoamericanos es la información pasiva y las principales consultas se referían a identificación, disponibilidad, uso terapéutico y efectos adversos. Todos los CIM tenían por lo menos un farmacéutico y los principales profesionales que utilizaban sus servicios eran otros farmacéuticos y médicos.

En Brasil, en una reciente publicación sobre los CIM (12) se presentaban datos preliminares de productividad que indicaban que la información pasiva era su principal actividad, que estos disponían, por lo menos, de un farmacéutico, y que la mayor demanda de consultas eran los farmacéuticos de hospitales y comunitarios. Las cuestiones más frecuentemente formuladas eran sobre bibliografía, reacciones adversas, farmacología, disponibilidad comercial de fármacos en el país, identificación e interacciones medicamentosas.

El CIM de la Facultad de Farmacia de Universidad Federal de Bahía fue inaugurado el 31 de marzo de 1997 en cooperación con la Facultad de Farmacia, Proyecto UNI Bahía (Kellogg Foundation) y el Hospital Universitario.

Este trabajo fue ideado a partir de la necesidad de conocer mejor el perfil de información pasiva provista por el CIM de la Facultad de Farmacia de la UFBA, que es el único CIM del Estado de Bahía, y para establecer un paralelo de comparación entre el mismo y los demás existentes en el ámbito nacional e internacional, en lo que respecta a la actividad de información pasiva desarrollada por los mismos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo prospectivo realizado en el periodo de marzo de 1997 a diciembre de 2003, de las solici-

des de información (SI), información pasiva, Facultad de Farmacia de la UFBA. Los datos fueron recogidos por el equipo técnico de este centro y analizados utilizando una planilla de Microsoft Excel®, siendo representados como frecuencias. La información activa no fue objeto de análisis en este estudio. Fue elaborada una revisión en las fuentes secundarias disponibles como IPA, *Web of Science*, Medline e IOWA utilizando como palabra-clave “*drug information*” limitado al periodo de 1990 a 2003. Las SI recibidas se recogían en un impreso normalizado e inicialmente se clasificaron como: “SI implicando a un paciente”, la cual fue hecha por un paciente o para atender el caso de un paciente concreto; “SI que *no* implicaba un paciente”, cuando en la formulación de la pregunta no se hacía referencia al paciente, ni la pregunta era realizada por este.

Los campos de la ficha de registro de SI eran:

—Tipo de solicitante. Muestra cuál es el grupo de personas que más utiliza el servicio. Determina el lenguaje a utilizar en la respuesta.

—Lugar de origen de las SI. Determina la procedencia de las SI y está relacionado con el grado de complejidad de las cuestiones.

—Vía de recepción y de respuesta. Proporciona información sobre las vías de recepción y respuesta más utilizadas.

—Naturaleza de la información solicitada. Determina el tipo de información a proporcionar y dirige a la fuente que debe ser consultada. También está relacionada con el grado de complejidad de la cuestión.

—Tiempo de respuesta. Este dato muestra la capacidad resolutoria del CIM y determina la eficiencia del mismo en la resolución de las cuestiones. Se considera un indicador de calidad, cuando se asocia a otros como “SI implicando a un paciente” o “impacto de la información proporcionada” y otros. Hasta 1999, la planilla de recogida de datos no permitía evaluar el tiempo de respuesta de las SI con pacientes, lo que motivó una modificación en la tabulación. A partir de 2000 estos datos pasaron a contemplar esta particularidad.

RESULTADOS

Durante el periodo evaluado por el estudio, se totalizaron 1.267 consultas (Fig. 1), con una media de 181 SI/año. En el total de SI se identificaron 1.459 preguntas, con una media de 1,2 preguntas/SI. Treinta y siete por ciento de las SI “implicaban a un paciente concreto”. Cincuenta y nueve por ciento de las SI fueron respondidas antes de 23 horas. Se recibieron por vía telefónica el 73% de las SI, el teléfono fue el vehículo del 66% de las respuestas. Los principales usuarios del CIM fueron farmacéuticos, que formularon el 68% de las SI (Fig. 2). La mayoría de las SI provinieron del entorno hospitalario (39%), seguidas por las farmacias de la comunidad (23%) (Fig. 3). Las informaciones más solicitadas fueron sobre

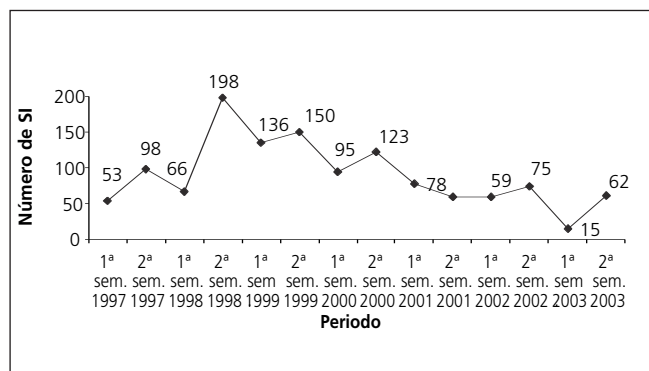


Fig. 1.- Evolución de las SI de 3/1997 a 12/2003.

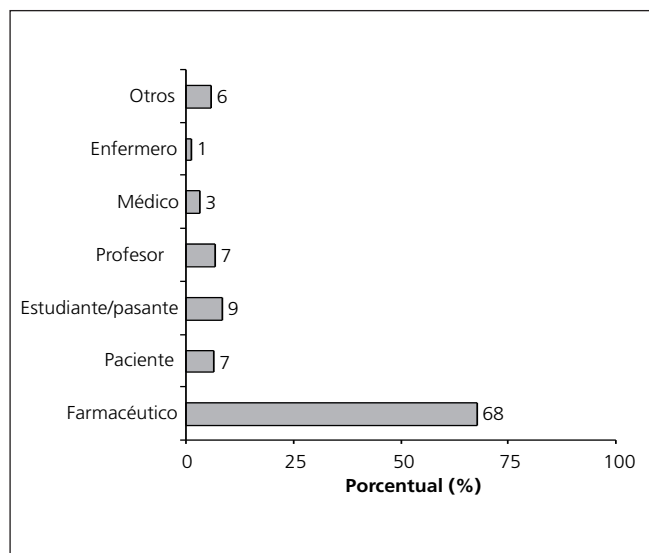


Fig. 2.- Perfil del solicitante.

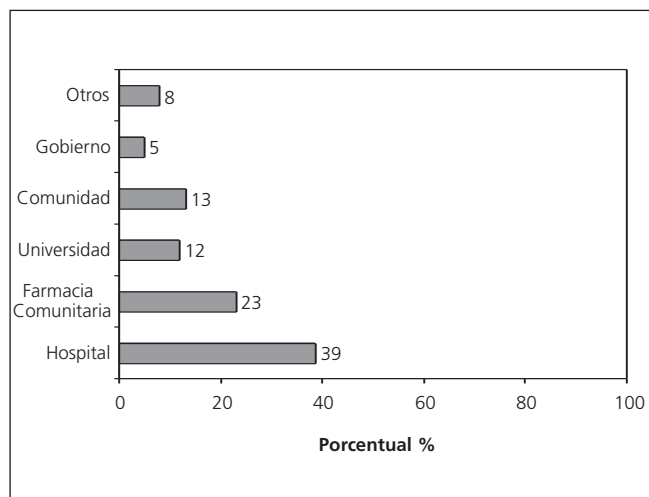


Fig. 3.- Origen de las SI.

indicación y uso (18%), reacciones adversas (13%), identificación (17%), posología (8%), e interacciones medicamentosas (6%) (Fig. 4).

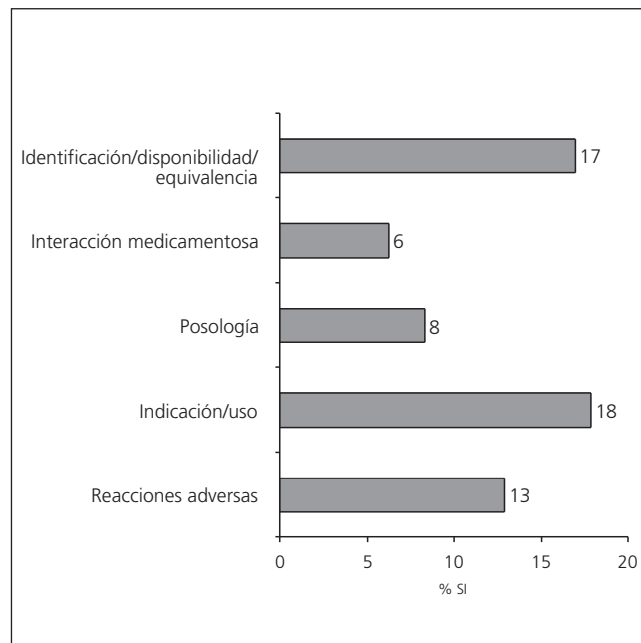


Fig. 4.- Tipos de información solicitada.

DISCUSIÓN

La información pasiva es la principal de las actividades desarrolladas por el CIM de la UFBA, al igual que en los CIM analizados por los trabajos de Rosenberg (8), Müllerová (10), Miró (11) y Vidotti (12).

Con una media de 11 SI/mes, el CIM de la UFBA tiene una productividad compatible con la de la mayoría de los CIM de Brasil, analizados por Vidotti (12), cuya media se sitúa entre 11 y 20 SI/mes. El CIM de la UFBA también queda en una posición equivalente, cuando comparamos este dato con los correspondientes a los CIM de América Latina estudiados por Miró (11), cuya media de productividad varía entre 4 y 167 SI/mes.

La productividad de los CIM de los EE.UU., con más de 200 SI/mes (8), o de Europa, entre 100 y 1.000 SI/mes (10), resulta ser muy superior a la encontrada en nuestro CIM. En los países del primer mundo los CIM forman parte integrante básica del Sistema de Salud. Una posible explicación de la baja productividad de los CIM en Brasil puede estar relacionada con la precaria subsistencia de los mismos, que dependen de proyectos esporádicos y sin una vinculación formal de financiación, sea con el Sistema Único de Salud, o con organizaciones no gubernamentales, o con sistemas privados. Junto a esto existe una falta de incentivo para la formación y capacitación de recursos humanos.

Según Park (13), el tiempo de resolución de las consultas es un indicador de calidad y establece que el 70% de las consultas deben responderse en menos de 24 horas. Para Amerson (14), cinco preguntas recibidas y respondidas por día indican una buena productividad del servicio. Haciendo un paralelo y un cruce de datos entre este estudio y las recomendaciones de Park (13) y Amerson (14), los autores no aclaran en qué contexto se deben aplicar las recomendaciones efectuadas. Por ejemplo, no se definen aspectos como la complejidad de las preguntas formuladas, disponibilidad de fuentes de información pertinentes y actualizadas, y la proporción de SI que implican a pacientes. Además, los indicadores señalados no miden realmente la calidad del servicio, sino la productividad (15). Así, los resultados presentados en este estudio no implican necesariamente que el servicio tenga que promover una divulgación del mismo, para aumentar la demanda, sin aumentar su capacidad resolutoria, la cual se traduce en la contratación de personal, ni que las SI deban ser respondidas sin atender a los patrones mínimos de calidad para disminuir el tiempo de respuesta (15). En este estudio, los indicadores definidos por Park (13) y Amerson (14) fueron interpretados como objetivos a ser alcanzados en situaciones ideales y que, considerando la infraestructura disponible, los parámetros presentados son satisfactorios.

De acuerdo con la figura 1, evolución de la información pasiva, se verifica que hubo un aumento de las SI al inicio del funcionamiento del servicio, para caer de forma acentuada en 2001 y de nuevo volver a caer en 2003, con tendencia hacia la recuperación en los segundos semestres de 2002 y 2003. Esta oscilación en número de consultas recibidas es reflejo de las dificultades enfrentadas. Esta limitación también ha venido dificultando el desarrollo de algunas actividades relacionadas, como el montaje de una base de datos del servicio, un programa regular de información activa, entre otras, regularmente desarrolladas por los CIM y conforme a lo observado en los trabajos de Rosemberg (8), Müllerová (10) y Miró (11).

El número de cuestiones respondidas por día laboral fue aproximadamente 1 SI/día, siendo un 59% del total respondidas antes de 23 h. Un aspecto importante es la prioridad de respuesta de las SI que implican pacientes concretos. En este estudio, el 57% de estas solicitudes específicas fueron respondidas en menos de 23 horas. Este tipo de SI se definen en la literatura como “*judgmental questions*” (16,17) o preguntas que requieren la emisión de un juicio u opinión o toma de posición y no sólo datos. Son preguntas que necesitan de la integración entre los datos o conocimiento y la experiencia en el proceso de toma de decisiones relacionadas con un problema

terapéutico específico. Es importante resaltar que, según la literatura, las “*judgmental questions*” pueden implicar o no a un paciente concreto, pero deben “implicar un proceso intelectual dirigido a la formación de una opinión o evaluación (18).

Los usuarios más representativos del servicio fueron los farmacéuticos (68%), probablemente porque fueron el foco inicial de divulgación del servicio y/o por estar este localizado en la Facultad de Farmacia. Las instituciones de origen de las SI fueron las farmacias, tanto comunitarias como hospitalarias.

Los principales tipos de información solicitada se presentan en la figura 4, y refleja lo descrito por otros autores (8,10-12) con cambios apenas en el orden en que aparecen, lo que demuestra las necesidades diferenciales de cada lugar.

Los servicios proporcionados por los CIM no tienen fines lucrativos, pero existe una necesidad de renovación de las fuentes de información, lo que requiere la financiación del servicio por otras instituciones ligadas o no al área de salud. Este hecho imposibilita la autogestión y convierte al CIM en dependiente de políticas externas, lo que contribuye para la persistencia de los resultados presentados y para la dificultad de mantenimiento del servicio. Estos datos apuntan a la necesidad de un sustento financiero por parte del Gobierno o de otras fuentes que no generen conflicto de intereses. Según Müllerová (10), ninguno de los CIM investigados fue financieramente autosuficiente y todos necesitaban de soporte adicional.

CONCLUSIÓN

De conformidad con los resultados presentados aquí, el desempeño del CIM de la UFBA no difiere de los datos de otros CIM en Brasil y otros países de América Latina, pero difiere sustancialmente de los de EE.UU. y Europa.

AGRADECIMIENTOS

—Al Dr. Emilio Pol Yanguas, Farmacéutico Jefe de la Unidad de Farmacia del Centro Socio-Asistencial Dr. Esquerdo y Servicio de Salud Mental de la Excma. Diputación Provincial de Alicante, por la traducción del portugués al castellano.

—Al Dr. Cristiano Sousa (CEMED/MG-Brasil) y al Dr. Rogério Hoefler (CEBRIM/DF-Brasil) por la búsqueda en IPA y en IOWA, respectivamente.

Bibliografía

1. Del Arco J. La información de medicamentos en los últimos 100 años. *El Farmacéutico* 2000; 289: 108-10.
2. Zárate JAO, Goicoechea AG. Centros de información de medicamentos y atención farmacéutica. *El Farmacéutico (Spain)* 2002; 291: 58,60,62,64-66,68, CP2.
3. Merritt GJ, Gernett WR, Eckel FM. Analysis of a hospital-based drug information center. *Am J Hosp Pharm* 1977; 34: 42-6.
4. Ruger JR, Durgin JM. Drug information: an overview and prospect for the future. *Drug Intell Clin Pharm* 1978; 12: 231-9.
5. Rosenberg JM. Drug information centers: future trends. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40: 1213-5.
6. Rosenberg JM, Raina MK, Kirschenbaum HL. Pharmacist-operated drug information centers in United States. *Am J Hosp Pharm* 1977; 34: 1201-7.
7. Rosenberg JM, Kirschenbaum HL, Labella NA Jr. Update on drug information centers in the United States. *Am J Hosp Pharm* 1981; 38: 1522-4.
8. Rosenberg JM, Fuentes RJ, Starr CH, Kirschenbaum HL, McGuive H. Pharmacist-operated drug information centers in the United States. *Am J Health-Syst Pharm* 1995; 52: 991-6.
9. Taggiasco N, Sarrut B, Doreau CG. European survey of independent drug information centers. *Ann Pharmacother* 1992; 26: 422-8.
10. Müllerová H, Vlcek J. European drug information centres – survey of activities. *Pharm World Sci* 1998; 20 (3): 131-5.
11. Miró G, Gutiérrez LM. Encuesta de Centros de Información de Medicamentos en América Latina. *Revista de la OFIL* 1992; 2 (5): 301-8.
12. Vidotti CCF, Heleodoro NM, Arrais PSD, Hoefler R, Martins R, Castilho SR. Centros de Informação sobre Medicamentos: análise diagnóstica do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Farmácia/Organização Pan-Americana de Saúde, 2000.
13. Park BA, Benderev K. Quality assurance program for a drug information center. *Am J Hosp Pharm* 1985; 42: 2180-4.
14. Amerson AB. Effectiveness of drug information centers. *Crit Rev Med Inform* 1986; 1 (2): 135-48.
15. Grace M, Wertheimer AI. Judgmental questions processed by drug information center. *Am J Hosp Pharm* 1975; 35: 903-4.
16. Halbert MR, Kelly WN, Miller DE. Drug information centers: lack of generic equivalence. *Drug Intell Clin Pharm* 1977; 11: 728-35.
17. Amerson AB, Wallingford DM. Twenty years' experience with drug information centers. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40: 1172-8.
18. Rosenberg JM, Peritore SP. A drug information service in a community hospital. *Am J Hosp Pharm* 1971; 28: 270-4.