

Tabla 1. Dificultades enfrentadas mediante los CFT en Camagüey

Problemas	Descripción	Causas	Estrategias
<p>1. Uso inadecuado de antimicrobianos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevados índices de consumo (651,92 DDD/100ing./d) • Poco uso de antimicrobianos como la amoxicilina, ampicilina, fenoximetilpenicilina, oxacillin, eritromicina, cefuroxima, cefalexina, gentamicina, sulfametoxazol/trimetoprim y ácido nalidíxico. • Uso excesivo de ceftriaxona, cefotaxima, cefepime, amikacina, ciprofloxacina, azitromicina, ceftazidima provocando desabastecimiento frecuente en la Farmacia de estos antimicrobianos. • Poco uso de los antimicrobianos orales (12%) • Alta incidencia de fallos terapéuticos (19%), con necesidad de frecuentes cambios terapéuticos antes de lograr un tratamiento efectivo. • El mapa de susceptibilidad microbiana mostraba aumento de la resistencia de los gérmenes, siendo una de sus causas el sobre uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • No existía una política farmacéutica aceptada que orientara la prescripción. • Entre el área asistencial y el servicio de microbiología no existía una eficiente interrelación, los prescriptores no conocían los resultados del comportamiento de la susceptibilidad microbiana en sus áreas y en el hospital. • Malos hábitos de prescripción. • Falta de conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y aplicar política de antimicrobianos. • Implementar listas restringidas de antimicrobianos. • Crear un subcomité de antibióticos, que controlara la prescripción. • Fomentar el uso de las consultas terapéuticas. • Vigilar la prescripción. • Capacitar continuamente a los prescriptores en materia de terapia antimicrobiana. • Difundir los resultados del mapa de susceptibilidad y publicarlos en cada área.
<p>2. Poca adhesión a los protocolos terapéuticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplican esquemas terapéuticos que no coinciden con los protocolos que están normalizados en la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los protocolos terapéuticos que existían no se actualizaban con regularidad. • Incluían drogas o que no estaban en el cuadro básico de medicamentos o que habían sido sustituidas, en la práctica, por medicamentos con mejor relación costo-efectividad. • Los médicos de las salas desconocían los protocolos o estos no estaban disponibles para su consulta. • Algunos protocolos institucionales eran copia fiel de protocolos nacionales, cuya implementación conllevaba problemas de aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar políticas de utilización de grupos de medicamentos, además de la de antimicrobianos. • Actualizar protocolos terapéuticos cada vez que haya un cambio en la política de algún grupo de medicamentos. • Capacitar los prescriptores sobre los protocolos. • Implementar medidas que garanticen el acceso a los protocolos terapéuticos. • Adecuar los protocolos terapéuticos nacionales a las características de la institución.
<p>3. Cuadro Básico de medicamentos del hospital ineficiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Excedió el presupuesto para medicinas. • Desabastecimientos en Farmacia, carencia de algunos medicamentos, diferencia de rotación entre los diferentes medicamentos, vencimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala planificación de la Farmacia, que se manifiesta por mal análisis de los índices de consumo de medicamentos, falta de correspondencia entre el cuadro básico de medicamentos y los protocolos de tratamiento. • Administrativamente la responsabilidad de la selección y aprobación del cuadro básico estaba desligada del CFT, que es la encargada de medir las políticas de uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El CFT es el encargado de la evaluación y selección de las drogas para el cuadro básico de medicamentos.

<p>4. No existencia de protocolos terapéuticos para determinadas de enfermedades presentes en el hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo están protocolizadas las 10 enfermedades más prevalentes de cada sala de hospitalización, que representan el 38% de las enfermedades diagnosticadas en el hospital. • En el caso de enfermedades de una baja incidencia pero que tienen esquemas terapéuticos complejos y/o caros no existen protocolos para las mismas. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala política en la responsabilidad de las confecciones de los protocolos. • No está bien delimitado quién es la autoridad encargada de confeccionar los protocolos y determinar cuales van a ser las enfermedades que se deben protocolizar. 	<ul style="list-style-type: none"> • El CFT será la autoridad encargada de determinar cuales van a ser las enfermedades que se deben protocolizar y de dirigir la confección de estos protocolos. • Crear protocolos para: <ul style="list-style-type: none"> – enfermedades que se note que su prevalencia vaya en aumento y no estén protocolizadas, – enfermedades cuyo esquema terapéutico a nivel internacional este cambiando y pudiera convertirse en un esquema terapéutico difícil en el país, porque utilice medicamentos que ya no se consigán fácilmente, que se producían en el país pero ahora hay que importarlos, medicamentos que estén subiendo el precio, – enfermedades que se abordan mediante tratamientos diversos y que se sabe que en ocasiones son inadecuados • enfermedades que precisan un tratamiento caro o el uso de medicamentos cuyo uso pueda ser peligroso en niños.
<p>5. Poco desarrollo en el sistema de Farmacovigilancia en el hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infranotificación de ADR. • Solo el 1% de los profesionales reportan ADR. • No se disponen de perfiles de seguridad de los medicamentos, por lo que la seguridad en pocas ocasiones marca la estrategia terapéutica a seguir. 	<ul style="list-style-type: none"> • No está bien definida la entidad responsable de la gestión de ADR. • Ausencia de un sistema de identificación y gestión de ADR. • Existen insuficiencias referentes al reconocimiento de ADR. • No se utiliza la información existente para mejorar la seguridad. • Los profesionales sanitarios no son suficientemente concientes de la gran magnitud de los problemas de seguridad en la atención sanitaria. • Escasa atención explícita al tema dentro de la atención de rutina del hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • El CFT será la entidad responsable de la gestión de ADR. • Implantación de un sistema eficaz, cómodo, no punitivo para vigilar, rastrear, investigar y notificar las ADR en el hospital. • Capacitar continuamente a los prescriptores en materia de farmacovigilancia. • Retroalimentar a los notificadores sobre los resultados del sistema, de esta manera no solo los mantendrá informados en relación a las señales de alerta, sino que verán la importancia de notificar.