

LA INTERVECIÓN FARMACOTERAPÉUTICA ELEMENTO DE COHESIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

ANTECEDENTES

Durante muchos años, los farmacéuticos hemos estado involucrados en la revisión de tratamientos en un ambiente hospitalario. Los farmacéuticos hospitalarios se han beneficiado del acceso del que disponen a los registros clínicos y de atención sanitaria así como a unos recursos de información farmacoterapéutica y clínica que cualquier farmacéutico comunitario envidiaríamos. Debo en este instante instar a los médicos de atención primaria a que tengan el mismo grado de atención, respeto y colaboración con los farmacéuticos comunitarios como con nuestros compañeros en el ámbito hospitalario. El farmacéutico comunitario ha, desde siempre, intervenido regularmente en la prescripción del médico de atención primaria. Normalmente con la intención de confirmar dosis o con la intención de mejorar los regímenes farmacoterapéuticos. Esta labor es admirable y implica un esfuerzo considerable si tenemos en cuenta que no tenemos acceso al historial médico y que estamos muy limitados en el tiempo que disponemos para aconsejar a nuestros pacientes respecto a su terapia.

Algunos médicos de atención primaria encuentran más fácil y rápido responder a los síntomas mediante la adición de fármacos que considerar la farmacoterapia del paciente en su globalidad. También debemos entender que el verdadero y legitimado experto en el medicamento es el farmacéutico y que los conocimientos adquiridos por este son muy superiores a los de los médicos en general. Para el médico de atención primaria no resulta práctico revisar la farmacoterapia del paciente cada vez que este se presenta en la consulta.

Numerosos estudios han ilustrado con claridad el hecho que ni el médico del ambiente hospitalario ni el de atención primaria están al día de la totalidad de fármacos que son administrados o se administra el paciente incluyendo aquellos obtenidos sin receta médica. También se ha demostrado que más de un tercio de los pacientes de edad avanzada toman medicamentos que su médico no sabe. La falta de calidad en la prescripción ha sido asociada con un evento adverso para el paciente.

Por todo ello, existe un ámbito considerablemente amplio y despejado para nosotros los farmacéuticos a pie de calle y más en contacto con el paciente que ningún otro profesional sanitario. Debemos pues exigir y estar más involucrados en la gestión de farmacoterapias crónicas y en la revisión de tratamientos.

El párrafo anterior suena algo muy interesante pero, ¿cómo llevarlo a cabo? Es la intención de este escrito el proporcionar un primer paso, algo que todos podemos hacer con relativa facilidad y a un coste bajo que a la vez proporcione una repercusión amplia dentro de nuestro grupo de pacientes. No vamos pues a seleccionar un grupo de pacientes tan restringido como asmáticos, diabéticos, hipertensos, HIV, tuberculosis, etc... Lo que se propone es aplicable a más de la mitad de nuestros pacientes y se puede llevar a cabo paso a paso y llegar tan lejos como queramos y al ritmo que deseemos.

¿QUÉ ES LA REVISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA?

En resumidas cuentas es obtener una visión global de la farmacoterapia del paciente. Esto incluye medicamentos sin receta, medicación homeopática, preparados de herboristería, remedios caseros, evaluar el grado de cumplimiento, tomar nota de interacciones médicas y reacciones adversas. Subsecuentemente debemos diseñar un plan de atención farmacéutica que de lugar a una mejora en la salud del paciente y su calidad de vida al menor coste social y económico posible.

No deseo confundir el plan de atención farmacéutica con la definición, no oficial, que normalmente manejamos. Hablamos de contener nuestra actuación a aspectos farmacoterapéuticos y sociales sin inmiscuirnos en aspectos clínicos ni complicados parámetros biológicos. En lo que se refiere el párrafo anterior a las reacciones adversas e interacciones podemos emplear los grados de detección según sus efectos y empezar con el más somero y progresar según adquiramos confianza a niveles más por menorizados y que precisan la aplicación de más recursos y detenimiento.

¿POR QUÉ HACERLO?

Nuestros pacientes crónicos reciben su medicación de una forma casi robótica con un aporte de su médico escaso y a veces inexistente durante muchos meses. A menudo el médico de atención primaria no es consciente de toda la medicación que se le ha recetado al paciente y que se está tomando y esto puede contribuir a aspectos como duplicidad, sinergia, o simplemente que se prescriba más de lo necesario.

En el corto tiempo que se puede pasar el médico de atención primaria con el paciente, menos de tres minutos, a lo mejor no es posible que se lleve a cabo una revisión farmacoterapéutica completa. Es de todos conocido y asumido que los pacientes no admiten a su médico normalmente que no cumplen las pautas posológicas, por cualquier razón, pero sí a su farmacéutico.

La medicación crónica o de larga duración necesita ser revisada y evaluada regularmente para detectar y abordar aquellos aspectos que influyen negativamente en el resultado clínico, social, calidad de vida o farmacoterapéutico bien modificando pautas, fármacos, eliminando o adicionando otros fármacos etc. ... pacientes crónicos normalmente reciben repeticiones de medicamentos y una revisión regular.

Sin menospreciar otras guías, me he atrevido a resumir los muchos problemas que pueden surgir durante una terapia crónica en cinco puntos:

- Reacciones adversas con aparición progresiva o retardada (Parkinsonismo inducido).
- Aparición de nuevas patologías para la cual la terapia actual puede estar contraindicada o alterar el metabolismo o sensibilidad a la farmacoterapia actual (una farmacoterapia con beta bloqueantes para la hipertensión ante la aparición de una patología de obstrucción de las vías respiratorias).
- El metabolismo y eliminación puede cambiar en el tratamiento crónico (Toxicidad a la Digoxina a causa de una insuficiencia renal).
- El grado de cumplimiento posológico puede verse modificado (el paciente de abandona un diurético a causa de una frecuencia urinaria elevada o social/personalmente inaceptable).

Una revisión farmacoterapéutica proporcionará al farmacéutico la oportunidad de valorar la capacidad del paciente en el uso de diversos dispositivos como son colirios, baños de ojos, inhaladores de cualquier tipo y la capacidad de abrir blisters, sobres, frascos y SIDD.

SELECCIÓN DEL PACIENTE

Es muy importante abordar y centrar nuestros esfuerzos en el grupo adecuado de pacientes, si no desperdiciaremos una cantidad de tiempo y recursos tan necesarios en nuestra farmacia, la cual como la mayoría, no cuenta con un excedente de recursos humanos. El farmacéutico debería empezar con pacientes que se tomé cuatro o más medicamentos distintos. Estos pacientes son normalmente de edad avanzada y tengan más problemas con un cumplimiento posológico y susceptibilidad a efectos secundarios.

La población puede ser ampliada en una fase posterior para incluir otros grupos con patologías específicas, con una farmacoterapia con un fármaco en particular (warfarina, digoxina, teofilina), o el paciente muy enfermo donde los cambios son tan rápidos que el asesoramiento del farmacéutico sería de utilidad. Nuevamente sugiero que empecemos poquito con muchos para después llevar a cabo mucho con pocos o todos si fuese posible. Empezar algo que requiere un esfuerzo personal más realista, con más posibilidad de éxito y con una rentabilidad profesional y económica más alta.

EMPEZANDO

Cualquier intercambio de información médica debe ser realizada en la residencia o hogar del paciente o en una zona privada de la Oficina de Farmacia. Esta zona no necesita ser un despacho o mesa, simplemente un sitio cómodo donde podamos hablar y escuchar sin que otros puedan enterarse, y donde podamos apoyar un folio para escribir. Cuando ya tengamos la confianza del paciente o el tema a tratar lo requiera podremos darle paso a un lugar aún más privado o segregado de la farmacia. La formación en el uso de dispositivos debería hacerse sin que otros pacientes puedan verle.

Debemos pedirle al paciente que traiga todos los medicamentos que se está tomando y cualquier otra medicación que haya sido retirada. Esto dará al paciente la oportunidad de deshacerse de medicación innecesaria y así evitar confusiones. Si el paciente es incapaz de ir a la farmacia una visita domiciliaria debería ser organizada.

OBTENCIÓN DEL HISTORIAL FARMACOTERAPÉUTICO

Un comprensivo historial farmacoterapéutico será la base de cualquier revisión farmacoterapéutica. Este podrá ser obtenido en el entrevista con el paciente, consultando el historial médico o el registro de dispensaciones en nuestro ordenador. Pero por comprensivo no queremos decir exhaustivo, necesitamos saber aquello que verdaderamente nos es de utilidad.

Un historial farmacoterapéutico debería incluir una serie de aspectos:

- Farmacoterapia actual incluyendo todo aquello que tenga propiedades medicinales que no necesiten de receta médica.
- Medicamentos que tomaba antes, fechas de inicio y finalización y las causas, si son conocidas.
- Alergias a fármacos, vacunas, vendas y alimentos.
- Tratamientos tópicos incluyendo parches y champús con propiedades medicinales.
- Vendas u útiles de cura.

Debemos tomar nota de circunstancias sociales (vive solo, ceguera, disminuido o con limitaciones físicas, existencia de un cuidador o cuidadores). Un historial de adicción a la nicotina, consumo de alcohol y

cafeína puede ser de utilidad en nuestra valoración pero solo si la farmacoterapia puede verse significativamente afectada.

No se trata de obtenerlo todo de golpe y de una sola entrevista, obviamente el primer punto es el más importante y donde debemos concentrar nuestros esfuerzos iniciales. Sobre la base de estos datos y lo poco o mucho que obtengamos de los demás podremos saber donde hurgar. Respecto a donde recoger y archivar los datos creo que cualquier programa informático de gestión de la Oficina de Farmacia tiene un módulo capaz de ordenar, almacenar y gestionar estos datos.

EVALUACIÓN DE LA FARMACOTERAPIA

No es nuestra intención elaborar una lista exhaustiva ni completa, solamente indicar aquellos parámetros que en nuestra opinión son más importante y que la mayoría de nosotros somos capaces de identificar y actuar sin necesidad de estudios de formación ni una gran base bibliográfica.

¿ES LA DOSIS APROPIADA CONSIDERANDO LA EDAD, INDICACIÓN Y ESTADO CLÍNICO?

Un número de aspectos farmacocinéticos dan lugar con la edad tal como:

- Reducción en la eliminación renal
- Reducción de la capacidad hepática
- Reducción del volumen de distribución para fármacos liposolubles y hidrosolubles
- Reducción no significativa en los niveles de proteínas
- La absorción total no es significativamente alterada para la mayoría de fármacos

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Siempre es preferible la vía oral como primera opción pero siempre debemos entender que a medida que progresa o se agrava la patología o envejece nuestro paciente deberíamos considerar otras vías como supositorios, parches e inhaladores.

¿SE TOMA EL PACIENTE EL MEDICAMENTO EN EL MOMENTO MÁS INDICADO PARA ESE FÁRMACO?

Antes o después de comer, mañana o tarde (los diuréticos deben ser tomados por la mañana para evitar la enuresis nocturna). ¿Puede la frecuencia o pauta ser reducida para mejorar el grado de cumplimiento posológico o proporcionar unos niveles plasmáticos más uniformes? La fenitoína es recetado con una pauta de tres al día pero puede ser administrado como dosis única al tener una vida media relativamente larga.

¿ES EL PACIENTE CAPAZ DE TOMAR LA MEDICACIÓN QUE LE HA SIDO PRESCRITO?

¿Es capaz de tragar los comprimidos, cápsulas, medir la dosis de un líquido? ¿Puede abrir el frasco, tubo o blister? ¿Usa el inhalador adecuadamente? Se debe considerar la posibilidad de emplear otra forma farmacéutica o de una fórmula magistral.

¿PRESCRIPCIÓN INADECUADA?

El tratamiento puede ser inapropiado si se ha realizado una valoración inadecuada de la causa que presenta la sintomatología o si se ha seleccionado una terapia inapropiada para un diagnóstico correcto. A menudo se prescriben medicamentos para síntomas más que para la causa, fenotiazinas para mareos causados por una hipertensión postural, tranquilizantes para estados de confusión aguda, antibacterianos para infecciones vírales de las vías respiratorias superiores, benzodiazepinas para insomnio por depresión.

No nos intentemos convertir en médicos, somos expertos en el medicamento y debemos solicitar el apoyo del experto en patologías, nuestros colaboradores, los médicos. Están deseosos de recibir y dispuestos a ayudar. La sinergia entre ambos colectivos es necesaria en pos de la salud y el bienestar de nuestros pacientes. No se trata de ¿quién sabe más? Ni de ¿quién sirve a quien? Ni tampoco de ganar puntos despreciando a otros. La libertad de prescripción implica la asunción de una responsabilidad, la dispensación implica una responsabilidad y por ende una capacidad de actuación.

Posiblemente la relación médico farmacéutico requiera de todo un doctorado para poder ver todos sus aspectos y efectos y aún así veremos que cada uno de nosotros se encuentra particularidades muy diversas pero ¿sabemos las necesidades de los médicos? ¿qué aporte precisan? Las presiones de reducción de costes y las EFG nos brinda una oportunidad en la actualidad. Cada uno de nosotros debe esforzarse en construir ese puente, no es un imposible y un elemento esencial para el desarrollo de nuestro nuevo papel dentro de una sociedad que nos demanda y demandará más.

CONTRAINDICACIONES

Refiriendo a un caso expuesto anteriormente, ¿Debería el tratamiento con beta bloqueantes para la hipertensión ser continuado ante una patología de insuficiencia respiratoria? ¿Está la paciente embarazada o dando el pecho? La lista es interminable, cada uno debería elegir su propio grado de actuación según el ambiente en el que se desenvuelve y sobre todo si afecta al paciente o a su bienestar. Como guía elijamos las contraindicaciones peligrosas o serias, a medida que ganemos soltura podremos

ganar la confianza necesaria para justificar actuaciones como la warfarina y el zumo de pomelo, por ejemplo.

DUPLICACIÓN

¿Se ha prescrito una ética y una EFG con el mismo principio activo? Y más importante ¿se está tomando el paciente ambas? ¿Se han recetado dos fármacos del mismo grupo terapéutico? ¿Se ha recetado el mismo principio activo pero de formas farmacéuticas distintas?

OMISIÓN

¿Se ha suspendido un tratamiento por efectos adversos pero no se lo ha comentado a su médico? ¿Se ha olvidado el médico o enfermera de darle la receta y el paciente asume que ya no lo necesita? ¿Existen nuevos tratamientos para patologías muy antiguas que no fueron tratables cuando se diagnosticaron (aspirina para prevenir el infarto de miocardio)?

¿ES EL TRATAMIENTO EFICAZ O EFICIENTE?

Un tratamiento eficaz es eficiente cuando es social y/o económicamente rentable. ¿Existen alternativas más económicas? ¿Qué efectos tienen las EFG? ¿Está justificado un lansoprazol cuando el omeprazol hará lo mismo? ¿Se puede sustituir un captopril tres veces al día por un enalapril en posología única?

¿ES LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ADECUADO?

¿Se le instauró un tratamiento de choque o de prueba que no ha sido revisado? ¿Se ha prolongado innecesariamente un antimicrobiano?

RECURSOS NECESARIOS

DOCUMENTALES Y DE OTRA ÍNDOLE

Los recursos que disponemos en la Oficina de Farmacia (Base de Datos del Consejo, CIM, #farmacia en UNINET, e Medline en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/, etc. ...) nos podrán sacar de la mayoría de nuestras dudas o necesidad de corroborar nuestra opinión. Rescatar antiguos libros de texto, siempre que no tengan más de diez años nos servirán como elemento de consulta. Empezar con tampoco nos puede hacer pensar que salimos un poco desprovistos pero no, enseguida descubriríamos que nuestra formación y experiencia nos predispone a absorber y recordar bastante más de lo que inicialmente podríamos esperar.

A medida que avanzamos y ganamos confianza subiremos los niveles de detección de interacciones de nuestro sistema informático así como incitará nuestra curiosidad. Si nos sentimos ávidos de información las revistas provisionales han publicado, publican y publicarán información que nos será de extremada utilidad la cual nos puede ser facilitada por la misma editorial o nuestro CIM. Debemos seleccionar ediciones informatizadas siempre que nos sea posible. Cuando verdaderamente descubriremos las fuentes de información disponibles es cuando nos encontramos con algo nuevo y desconocido, y desde aquí pido que alguien me informe si esto es algo nuevo. El metamizol reduce los niveles de metadona en 4 pacientes y se normalizaron cuando se substituyó por paracetamol, ¿es esto algo nuevo?

Existe otra fuente de información que en rara ocasión empleamos pero que nos puede ser de útil en muchos aspectos respecto a nuestro proyecto, los farmacéuticos de atención primaria. Ellos tienen acceso a ingentes cantidades de información la cual evalúan y seleccionan, además de un conocimiento mucho más real del ambiente, necesidades y problemas de los médicos de atención primaria.

EXTERNOS Y DE APOYO

Nuestros intentos de decidir o sugerir cambios o actuaciones al margen de la clase médica no han dado pie más que tristes enfrentamientos públicos donde hemos salido, al menos frente a la opinión pública, perdiendo. Necesitamos otro enfoque otro método de hacer nuestras sugerencias implantables y aceptables.

Desde estas humildes líneas sugerimos que nos olvidemos del paciente como cartero y de pedir permiso al paciente y al médico ante una actuación, debemos concentrar el poder de decisión en un comité de enlace entre la Oficina de Farmacia y el centro de Salud. Admito que no todos nuestros pacientes procederán de un único Centro de Salud pero el comité no es por centro de salud sino más bien por cada Zona Básica de Salud.

Quiénes componen este comité y como se financia. Su composición debe incluir un farmacéutico de atención primaria, uno de oficina de farmacia, un ATS un médico coordinador de zona y un médico de atención primaria. La financiación del mismo debe correr a cargo de la Zona Básica de Salud y sus miembros deberían percibir remuneración por las horas que le dediquen a esta actividad.

La operatividad sería a mi entender, la Oficina de Farmacia remite un informe donde se explica el problema, los fundamentos y su opinión, solicitando el consentimiento frente a una actuación. Este informe es remitido desde la Oficina de Farmacia al COF de la provincia y de ahí al comité, o bien a través del correo electrónico, y este lo evalúa y autoriza, modifica o desestima la actuación, remitiendo el

dictamen a la OF a través del COF o mediante correo electrónico y de ahí a la Oficina de Farmacia bien directamente o a través de una de las distribuidoras de medicamentos que actúen en la zona. Si la decisión no es tan clara, se le pedirá al médico del paciente su opinión. No es más burocracia al revés esta actuación le liberará de mucha en el futuro.

Los nombramientos deberán ser democráticos y entre los médicos y farmacéuticos de la zona y la documentación de enlace deberá ser elaborada por el propio comité. Este comité debería reunirse semanalmente si hay expedientes. No nos engañemos nosotros desde la Oficina de Farmacia les daremos todo el trabajo hecho, solo buscamos un elemento de certificación de la decisión que debe ser aceptado tanto por el farmacéutico como por el médico de cabecera.

CONCLUSIONES

No debemos progresar a una atención farmacéutica selectiva hasta que no tengamos una base sólida de confianza con nuestros pacientes ni con la clase médica. Esto ha dado lugar y dará lugar al triste espectáculo de enfrentamientos públicos que no nos benefician en nada.

Ante un programa de revisión de tratamientos debemos contar con un comité local de validación de las sugerencias de los farmacéuticos de la zona, este elemento no sólo eliminará los roces sino que nos enseñará a solucionar problemas y a que nuestra solución o sugerencia sea aceptada e implantable.

La revisión de tratamientos es un aspecto para la cual el farmacéutico está capacitado y que nadie desarrolla en la actualidad lo que nos permite acceder a este terreno tan importante para el futuro de la profesión.