

AF PARA TODOS PARTIENDO DE CERO: UN ENFOQUE ALTERNATIVO

INTRODUCCIÓN

Tras varios años vemos con asombro lo difícil que parece, bajo los parámetros actuales, desarrollar un concepto tan aparentemente sencillo como la atención farmacéutica. Ante este panorama no vemos otra salida que empezar con un folio en blanco... ¿cómo alcanzar esa capacidad de intervención que algunos declaran poseer y llevarla a cabo? Vemos a nuestro alrededor compañeros deseosos que se ven impotentes de desarrollar y llevar a cabo los conceptos que manejamos en la actualidad. El enfoque más adecuado es ir por fases y no pasar a la siguiente hasta haber implantado, normalizado y sistematizado la anterior, adecuando la actuación a la realidad de nuestra Oficina de Farmacia (OF) y de nuestros pacientes, y ante todo, estar en control de la situación y del proceso.

Los asiáticos creen, y creo que con razón, que cuando se ha desarrollado algo hasta un punto donde se ha perdido la esencia misma del concepto y que pocos te han seguido hasta ese punto, la única opción posible es volver al punto de partida. Nuestro punto de partida es y será siempre la Oficina de Farmacia.

DESDE DONDE ESTOY Y CON LOS RECURSOS QUE DISPONGO, ¿QUE PUEDO HACER?

No somos ni los paladines, ni los portavoces de esta mayoría de farmacéuticos que nos encontramos frustrados y preocupados ante las demandas que impone el modelo actual de atención farmacéutica. Más bien, que desde nuestro trabajo nos hemos esforzado en crear y desarrollar. Nuestro pequeño granito de arena ha sido el trabajo con los Sistemas Individualizados de Dispensación y Dosificación (SIDD)*, bien a nuestros pacientes en general o con pacientes VIH positivos, han evidenciado que fácil es realizar y llevar a cabo acciones, que requieren poco esfuerzo y repercuten en muchos de nuestros pacientes. He visto lo fácil que es conseguir sesenta pacientes que precisan de estos dispositivos y lo difícil que es conseguir cinco a los que realizar un seguimiento de la hipertensión. Hemos contemplado que los médicos aceptan nuestra actuación con los sesenta pero recela de la intervención con los cinco, y que el gran problema y lugar de partida es el incumplimiento y el mejor lugar de abordarlo es la farmacia.

¿Qué o quien debe estar en el centro de nuestra preocupación, el paciente, el diagnóstico, el tratamiento o la farmacoterapia? ¿Quién debe controlar la terapia: el paciente, el médico o el farmacéutico? ¿Quién está capacitado para actuar, y cómo? ¿Dónde empieza y acaba la libertad de dispensación? ¿Hasta dónde y cuándo se puede intervenir? ¿Que pasa cuando el problema es de la incumbencia de otros profesionales? Y más importante ¿Por donde empezar?

Ante esta batería de preguntas vemos ciertas respuestas claras y algunas de difícil respuesta. El centro de mi preocupación es el paciente; el medicamento, el médico y yo no somos más que elementos de apoyo al paciente. Cada uno a nuestra manera intentamos influenciar al paciente para que se produzca una mejora en nuestra percepción de su salud. Creo que nos encontramos con un sujeto, el paciente; un parámetro, el diagnóstico; una herramienta, el medicamento y un elemento de cohesión y correa de transmisión, el farmacéutico y el médico.

El control debería tenerlo el paciente, esto implica responsabilidad y para ejercerla se precisa de conocimientos e información. No pensamos en hacer al paciente un experto en la terapia de su patología sino más bien que sepa qué tiene, las limitaciones que le impone, expectativas e inconvenientes que puede generar así como qué esperar cuando se produce un agravamiento. Por tanto, el farmacéutico y el médico somos dos elementos al servicio del paciente con la obligación de informarle y asesorarle.

¿Qué entendemos por actuación? Actuación es toda aquella acción documentada y justificada llevada a cabo con la intención de modificar, alterar o cambiar directa o indirectamente la situación vigente con el seguimiento y apoyo necesario. La farmacoterapia no es la terapia y esta no es lo mismo que el diagnóstico, aunque estén íntimamente vinculados. Por formación, titulación y experiencia el experto en el medicamento y por ende en la farmacoterapia es el farmacéutico y toda actuación vinculada al mismo es competencia del farmacéutico. La farmacoterapia es un aspecto de la terapia la cual es causa del diagnóstico e implica al farmacéutico y al médico. El diagnóstico es competencia del médico. Tras esta breve y brusca definición de competencias creo haber definido el concepto y respondido algunas más de mis preguntas y estar listo para abordar el problema.

¿POR DONDE EMPEZAR?

Podríamos empezar por percatarnos de la percepción de la farmacoterapia y salud de nuestros pacientes. No todos los pacientes son iguales y no tienen el mismo grado de conocimiento sobre su enfermedad o su terapéutica así como, dentro de los parámetros de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no todos siguen las mismas-ni tienen el mismo conocimiento y percepción-prácticas de riesgo ni poseen la misma sensibilidad ante según que situaciones. Necesitamos percatarnos de estos aspectos y jerarquizar nuestros consejos de tal forma que aproximemos su entendimiento a la realidad y los nuestros también, dentro de las limitaciones normales y por facilitar una información a los mismos de una forma sistemática ¿Qué pastilla les es más importante la de dormir o la de orinar? “La de dormir es

* Los autores desean indicar que la postura del Ministerio de Sanidad y Consumo respecto a los SIDD es una donde se les considera de “interés, mediante su inclusión dentro de programas concertados con las estructuras asistenciales, como un servicio ofrecido con posterioridad a la dispensación y orientando a mejorar el cumplimiento terapéutico” y acorde al artículo 1 de la Ley 16/97 sobre Regulación de servicios de Oficinas de Farmacias.

menos importante, tómese la de orinar si puede por las mañanas”, ¿seguiría el paciente este consejo? ¿Sabemos lo suficiente respecto a sus hábitos? Aparte de este problema de comunicación nos enfrentamos a un dilema ¿nos daría el paciente algo por nada? ¿Sería este un paso o un objetivo? Creo que más bien lo segundo, definiendo el objetivo como el intercambio y adquisición de confianza mutua.

Debemos proporcionar al paciente algo palpable, inmediato, adecuado, aplicable y convincente para que este esté dispuesto a desvelarnos algo que, desgraciadamente para nosotros, hemos dejado que sea privado. Por todo ello debemos encontrar algo que a la vez que cumplimos nuestro primer objetivo (saber su percepción del tratamiento y obtener información del tratamiento), le podamos dar algo a cambio y que el intercambio no quede en simplemente una charla. Debemos encontrar esa población en la que podamos hacer algo a la vez que obtenemos algo y yo opino que pacientes polimedicados (más de 4) son un universo más que adecuado ya que abarca más del 50% de nuestros pacientes. Hemos dado pues con un colectivo que nos permite mucha más actuación que otros modelos de atención farmacéutica donde se solicita una población más restringida, por patología, que rara vez supera el 10%. Nos queda pues, encontrar una herramienta que nos permita alcanzar los siguientes objetivos: la formación y la educación del paciente.

Sin pensarlo hemos trazado las primeras etapas de un proyecto de atención farmacéutica que nos permite partir de donde estamos y progresar según vayamos cubriendo las etapas: percepción, información, formación y educación. La herramienta que solucione un problema al paciente debe ser nuestro vehículo o correa de transmisión así como un elemento de cohesión y ante todo rentable, ya que al implementarla le aportaremos algo al paciente, no perjudicaremos la rentabilidad de nuestro negocio y empezaremos en nuestro programa.

La rentabilidad económica de la atención farmacéutica es un aspecto que precisaría de toda una disertación pero que debemos considerar por encima ya que esta no es retribuida, ni parece que lo vaya a ser a corto plazo. Existen diversos aspectos que afectan a este parámetro. Podemos considerar rentable algo que consolida nuestra clientela y evita su erosión. Así mismo y en la misma línea consideraremos que algo que consiga atraer más clientes también es rentable. Si reducimos la clientela en el mostrador y la transferimos a la rebotica, retraso en la dispensación, nos proporciona más tiempo con otros pacientes así como evita la posibilidad de dar faltas. Una mejora en nuestra imagen será rentable, un servicio novedoso y nuevo nos dará ventaja respecto a la competencia de nuestra zona que si manejada adecuadamente y con el marketing adecuado será rentable. Por tanto la elección de esta herramienta no debe basarse en su coste sino en: el tiempo de amortización del gasto, y su rentabilidad social, económica y profesional.

PRIMER PASO

¿Con qué problemas se enfrenta el paciente? ¿Sobre cuáles podemos hacer algo al respecto?

Algunos problemas y sus soluciones

- Toxicomanía concomitante proporcionar información y apoyo.
- Desconocimiento de la relación beneficio / riesgo de los medicamentos, educación respecto al tratamiento y revisar la farmacoterapia para encontrar alternativas viables, proponiéndoselas al médico de cabecera.
- Problemas de manipulación de los medicamentos, configurar un perfil del paciente en este aspecto y encontrar alternativas bien cambiando la presentación o mediante un SIDD.
- Disparidad de mensajes sanitarios recabar los mensajes recibidos por el paciente y entablar un consenso con los emisores de los mensajes.
- Desfase de los tratamientos: si se le realiza un cálculo por adelantado del número de recetas al mes sabría el paciente cuantas solicitar cuando coja número y apoyáramos al médico.
- Confusión respecto a las tomas, etiquetar por encima los envases con letra clara y grande o un SIDD.
- Problemas organolépticos, configurar un perfil del paciente en este aspecto y encontrar alternativas.
- Problemas con la extracción de los medicamentos: trasvase de los medicamentos a un frasco debidamente etiquetado o un SIDD.
- Interacción medicamento-medicamento y medicamento-alimento, configuración del perfil del paciente en este aspecto y encontrar alternativas implantables y mutuamente acordadas.
- Automedicación irresponsable convencer de que este tipo de postura le perjudica y dificulta las tareas de todos los que quieren velar por su salud.
- Incertidumbre respecto a cuando tomar su medicación, elaborar un calendario individualizado o un SIDD.
- Patología asintomática, remitir al médico de cabecera para su diagnóstico.
- Problemas en la gestión del tratamiento entre familiares, elaborar un calendario individualizado o un SIDD.
- Paciente vive solo y tiene problemas de movilidad o de acceso a los medicamentos, visitas domiciliarias o bien contactar con una orden religiosa o ONG.

Existe un número infinito de problemas pero un número considerablemente limitado de soluciones y debemos aprovechar estas para aproximarnos a nuestros pacientes de una forma más sistemática y declarándoles nuestras intenciones de presente y futuro.

Si esto lo llevamos haciendo toda la vida ¿a qué viene el cambio de nombre y darle tanto bombo? al igual que la mayoría nos preguntamos esto, pero la respuesta es que no es lo de antes. Acaso antes teníamos un objetivo, acaso antes documentábamos las actuaciones, acaso hemos abierto una ficha farmacoterapéutica (ojo, no la económica) a nuestros pacientes. Acaso antes nos mostrábamos activos o éramos más bien pasivos, ¿íbamos o esperábamos a que viniesen? Y si por mera casualidad, por muy remota que fuese, lo de ahora es similar o al menos el 10% de lo de antes, pues sencillamente, lo de antes no nos ha llevado a ningún lado, al revés nos ha convertido, a ojos de la opinión pública, en algo que sobra y no tienen ningún recelo en sacrificarnos. Por todo ello debemos, como dicen algunos y estoy de acuerdo con ellos, “convertirnos en la primera línea de defensa del Sistema Sanitario y estar capacitada para actuar una vez que el paciente ha vuelto a su entorno fuera del Sistema”.

¿Qué proponemos? Centrémonos en un problema, el incumplimiento, y si creemos necesario emplearemos un SIDD porque este sistema es capaz de abordar todos los problemas que he listado y nos proporciona la capacidad de cumplir nuestros primeros cuatro objetivos.

A la vez que hemos de plantear una atención farmacéutica escalonada, progresiva, adaptada y universal también hemos de diseñar un organigrama que ubique al paciente en el nivel de vehiculización de mensaje que sea coherente y acorde con sus necesidades, ubicación y conocimiento, esto puede facilitar enormemente nuestra tarea.

NUESTRO PRIMER OBJETIVO: CUMPLIMIENTO POSOLÓGICO

DEFINICIÓN Y CAUSAS

El cumplimiento posológico es definido como el grado de seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios por el paciente en lo que se refiere a la dosis y pauta de su farmacoterapia.

Pocos, muy pocos cumplen el régimen posológico al 100%. Existen razones activas (no me lo tomo, etc. ...) y pasivas (no me acuerdo, etc. ...) que dan lugar a un incumplimiento posológico. Pese a que muchos trabajos se han llevado a cabo y escrito al respecto, incluso por los autores de este escrito, las causas son múltiples y poco entendidas. La relación entre el profesional de la salud y el paciente es muy importante y se les debería dar a los pacientes la capacidad y oportunidad de preguntar y satisfacerse respecto a su tratamiento. El material de acondicionamiento primario es difícil de emplear, los prospectos confusos y se efectúan cambios de éticas a EFG sin aconsejar al paciente adecuadamente. De una forma muy resumida y no exhaustiva podemos decir que las principales causas del incumplimiento posológico son:

- Toxicomanía concomitante.
- Patología asintomática.
- Problemas organolépticos.
- Automedicación irresponsable.
- Desconocimiento de la relación beneficio / riesgo de los medicamentos.
- Interacción medicamento-medicamento y medicamento-alimento.
- Problemas de manipulación de los medicamentos.
- Disparidad de mensajes sanitarios.
- Efectos secundarios adversos
- Una mala/escasa relación médico/paciente
- Polifarmacia
- Aislamiento social
- Depresión
- Complejidad de los regímenes terapéuticos
- Dificultad con el material de acondicionamiento
- Impedimentos
- Cognitivos o físicos

Un incumplimiento posológico puede resultar en un fracaso terapéutico. El grado de cumplimiento requerido varía dependiendo de la patología tratada. Para una sencilla infección urinaria que requiere una dosis única no presenta un problema de cumplimiento. En cambio un cumplimiento superior al 90% es necesario para el éxito de la farmacoterapia antiepiléptica o hipertensa.

El farmacéutico tiene un papel extremadamente importante en la educación del paciente para intentar obtener unos niveles de cumplimiento posológico óptimos. Este aspecto educativo cobra especial relevancia en el uso de inhaladores en el tratamiento de patologías respiratorias. La variedad de dispositivos disponibles y cada paciente debe ser evaluado para encontrar el más adecuado.

IDENTIFICANDO EL INCUMPLIMIENTO

No existe una forma sencilla e infalible para reconocer aquellos pacientes en los cuales el cumplimiento posológico es la excepción. Como norma se debería sospechar que un fracaso terapéutico es causado por un incumplimiento posológico. Esta frase demuestra la importancia y magnitud del problema. Métodos indirectos de evaluación, hacer una breve encuesta al paciente sobre los diferentes causas de incumplimiento y repasar situaciones que pueden derivar en una omisión de dosis, repasando las pautas horarias y la manipulación / utilización de los fármacos. Métodos directos, valoración de niveles plasmáticos o marcadores se escapan un poco de la Oficina de Farmacia y no deben emplearse salvo, que sea la única opción posible y viable y si la vida del paciente corra peligro. El recuento de comprimidos o cápsulas es otro método medianamente fiable, se emplazará al paciente a que traiga toda la medicación que tiene almacenada en su domicilio, comentándole que es para repasar la conservación y las caducidades a la vez que nos familiarizamos con su terapéutica, una vez haya traído los fármacos haremos un recuento de las pastillas y lo

compararemos con los cálculos según la última dispensación y posología, de esta manera podamos identificar si hay sub o supra utilización de la medicación.

MEJORANDO EL CUMPLIMIENTO

En diversos artículos se ha demostrado que existen diversos métodos y actuaciones que todas las Oficinas de Farmacia pueden llevar a cabo para mejorar el cumplimiento del 25% actual hasta un 90%. Nuevamente podemos hacer lo mínimo o lo máximo pero, debemos entender que no es posible evaluar una muestra si no se ha seguido el método de elaboración, me explico, como podemos decir que una terapia ha fracasado si el paciente se ha tomado una de cada cinco dosis ¿No deberíamos primero probar la terapia, cinco de cinco, antes de decidir que ha fracasado? Los peligros de aventurarse en una evaluación de tratamientos con un paciente que no cumple pueden ser contraproducentes e incluso devastadores. A modo de ejemplo ilustrativo examinemos una terapia con digoxina, si decidimos que la dosis no es suficiente y la incrementamos y a la vez conseguimos que el cumplimiento posológico suba del 25 al 90% veremos que hemos quintuplicado la dosis original, probablemente causando un ingreso hospitalario, actualmente el 9% de las urgencias son por aspectos posológicos.

Las medidas más sencillas para mejorar el cumplimiento son:

- Que el paciente entienda la necesidad del tratamiento y los efectos secundarios.
- Conseguir un régimen posológico sencillo.
- Emplear cuantos menos fármacos posibles.
- Comprobar el uso de inhaladores y la capacidad del paciente de extraer los medicamentos.
- Evitar el uso de indicaciones vagas y sin contenido como "según indicado".
- Etiquetar los medicamentos de una forma entendible por el paciente.
- Emplear Sistemas Individualizados de Dosificación y Dispensación (SIDD).

Nos hemos convencido que con los SIDD y abriéndole una ficha farmacoterapéutica a cada paciente podemos obtener un cumplimiento posológico aceptable. Pacientes erráticos se vuelven estables y controlados. Esto son una herramienta que solo se puede desarrollar de una forma masiva en las Oficinas de Farmacia. Tenemos ante nosotros una herramienta que con poco esfuerzo produce un gran cambio en la vida del paciente y una alta rentabilidad social y económica.

¿..... Y A CONTINUACIÓN?

Tras esta etapa podremos empezar en el siguiente paso, la revisión de la farmacoterapia, que a la vez nos servirá de guía y base y ese debe ser nuestro siguiente vehículo para alcanzar nuestros siguientes objetivos que en mi opinión son: seguimiento de la terapia en su globalidad dentro del ambiente ambulatorio, intervención en la terapia, monitorización de la enfermedad y consultor del prescriptor. Creo haber conseguido trazar una nueva forma de abordar la atención farmacéutica a partir de cero y con lo que tenemos ya que a medida que vamos alcanzando los objetivos ganamos la confianza y capacidad para el siguiente. El objetivo final en un futuro espero que sea que el médico diagnostique y que el farmacéutico implante la farmacoterapia.

CONCLUSIONES

Debemos alejarnos de modelos de atención farmacéutica donde se requiere un gran esfuerzo del farmacéutico que es concentrado en un pequeño número de pacientes y aproximarnos más a medidas sencillas que afecten a una mayor parte de nuestros pacientes.

La informática y la disponibilidad de los SIDD y el hecho de que ya han sido desarrollados y adaptados a la realidad de la Oficina de Farmacia española nos brinda una herramienta que con el tiempo nos daremos cuenta que no se conocen mejores alternativas y más rentables para de obtener un cumplimiento posológico aceptable ni de obtener sistemáticamente una relación completa del la farmacoterapia de este.

El incumplimiento posológico da pie a un mal uso de recursos valorables en cientos de miles de millones a la sociedad. Podemos reducir esta partida de una forma substancial, más que con cualquier recorte de márgenes y otros. Este aspecto de la Atención Sanitaria es un campo amplio y que nadie más está ni en la posición ni cuenta con la capacidad de intervenir mejor que nosotros. Afianzarnos en este papel nos proporciona la base sobre la cual ir a más y el control sobre el paciente, el cual espero que con el tiempo deje de percibirse como cliente y más como paciente. La propia sociedad, por el efecto sobre su salud, y los políticos, por el componente económico, estarían dispuestos a preservar, dejar que se desarrolle, y mantener un modelo que les empieza a aportar algo más de una forma palpable, valorable, inmediata, continuadamente y de un a forma sistemática con posibilidades de crecer y aportar más a la sociedad.

Es importante recalcar que la participación en equipos multidisciplinarios de salud puede favorecer que no se diversifiquen los mensajes y consejos de salud, para vehiculizar cualquier practica beneficiosa es importante no ofrecer mucha información de golpe, seleccionar "jerárquicamente" y según necesidades y prioridades la información que ofrecemos a nuestros pacientes, que de una vez por todas hemos de apoyar por un medio escrito "hoja de consejo farmacéutico"- aunque es evidente que muchos compañeros temen la responsabilidad de reflejar en un papel aquellos consejos que ofrecen verbalmente, queremos según que privilegios pero rehusamos responsabilidades y así es muy difícil mantener según que exclusividades y mas en puertas del s XXI.

Ante un colectivo inmovilista como el nuestro sería interesante buscar parámetros externos que motiven y obliguen a los nuestros pero que a su vez no altere el estado actual de la profesión, pues, a pesar de los cambios que se avecinan, el terreno aun es prospero para jugar nuestras cartas con cierta comodidad.

Una Oficina de Farmacia debería empezar un proyecto escalonado y progresivo de desarrollo de la atención farmacéutica. Una simple medida como preguntarle a cada uno de nuestros pacientes tres sencillas preguntas frente a la dispensación como: ¿Es para Ud.?, ¿Se lo han recetado antes? Y ¿se toma algo más? Sería un buen punto de partida combinado con la creación de fichas individualizadas de dispensación. Somos conscientes de que a veces se nos junta mucha gente en el mostrador y que el paciente exige celeridad pero ¿debemos nosotros sacrificar nuestra profesionalidad y la salud del paciente por este “buen servicio”?, creo que no. Debemos dejar de pensar que el buen servicio se basa en la celeridad en despachar y más en el valor añadido que le aportamos, dispensar. Centrarnos en una contribución en tres direcciones: potenciación y colaboración en la política de EFG y precios de referencia; colaboración en la mejora del cumplimiento posológico; contribuir en parámetros de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y uso racional del medicamento.