

Médicos y farmacéuticos: éxitos y fracasos de colaboración profesional

G. Uribe y G. Martínez de la Hidalga

Farmacéuticos Comunitarios en Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de colaboración entre médicos y farmacéuticos puede parecer obvia, ya que ambos deberían tener en mente la salud y el bienestar del paciente¹. No obstante, la realidad nos demuestra que la comunicación entre ambos profesionales dista mucho de ser fluida y provechosa. Las razones por las que en la práctica diaria la comunicación resulta ser tarea difícil son múltiples y muy variadas^{2,3}:

- Falta de confianza del farmacéutico en su capacidad profesional.
- Comunicaciones innecesarias por parte de los farmacéuticos que provocan desconfianza en el médico para futuras ocasiones.
- Falta de proximidad entre la oficina de farmacia y la consulta del médico.
- Desconocimiento mutuo de los sistemas de trabajo.
- Falta de experiencia o costumbre.
- Escasez de conocimientos de las técnicas de comunicación.
- Falta de perspectiva clínica por parte de muchos farmacéuticos.
- Ausencia de incentivos.
- Falta de tiempo.
- Falta de coincidencia en los horarios.
- No conceder importancia a los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).
- Falta de documentación y de conocimientos sobre los propios PRM.
- Desconocimiento de los beneficios de la colaboración entre ambos profesionales.
- Desconfianza del médico respecto al farmacéutico.
- Ignorancia por parte del médico del potencial del farmacéutico.
- ...

Para romper el muro existente entre ambos y poder valorar en su justa medida el potencial que nos ofrece la colaboración, exponemos tres ejemplos reales que ilustran

de manera clara cómo el trabajo conjunto puede mejorar la calidad de la asistencia al paciente y cómo su ausencia puede llevar a situaciones indeseables. Experiencias como las expuestas a continuación justifican el esfuerzo añadido que supone romper con obstáculos fuertemente enraizados en nuestras profesiones.

Caso 1

Una médico, cliente habitual de la farmacia, nos comenta que sabe de la existencia de un “preparado a base de concentrado de hidratos de carbono” para las náuseas en pacientes en tratamiento quimioterápico, y manifiesta estar desesperada porque “ya no sabe dónde encontrarlo”.

En nuestro afán de ser útiles a otros profesionales sanitarios en el terreno terapéutico y favorecer la colaboración interprofesional, aprovechamos la ocasión para ofrecer nuestra experiencia y medios en la búsqueda de información sobre medicamentos.

Una vez consultada la página del USP DI Vol II “Advice for the patient”⁴ a través de Internet, visitadas distintas tiendas virtuales que comercializan el producto y tras efectuar una consulta al Centro de Información del Medicamento del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, ofrecemos a la médica la información disponible, explicando la posibilidad de elaborar el preparado como fórmula magistral.

La médica, muy agradecida, nos solicita que elaboremos la fórmula, a lo cual accedemos gustosamente. También recogemos información sobre el paciente para elaborar un prospecto teniendo en cuenta su estado psicológico, ya que se trata de un paciente con metástasis generalizada, pero muy motivado para luchar por su recuperación.

En una posterior visita de la médica, consensuamos el prospecto para entregar al paciente, que tenemos archivado en el ordenador aún sin imprimir, procedemos a su impresión y le entregamos la información más técnica para que la conserve, solicitándole que nos comente cómo le ha ido el preparado al paciente.

Caso 2

Una paciente habitual acude a la farmacia a tomarse la presión con una prescripción de captoperilo. Sabemos que está en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida (con-

Correspondencia: ozzarate@euskalnet.net

firmado por la paciente), por lo que preguntamos si el médico le ha comentado algo sobre un cambio terapéutico. Contesta que, como no le han indicado nada, entiende que debe tomar los dos comprimidos conjuntamente.

Ante la posibilidad de una duplicidad de tratamiento se le comenta a la paciente que antes de dispensar el captoprilo sería preferible confirmarlo con el médico, porque se trata de un medicamento similar al que está tomando⁵.

Dadas la sobrecarga de trabajo en la farmacia y la impaciencia de la señora, se escoge el teléfono como vía de comunicación, ya que es la vía más rápida y cómoda, aunque puede forzar a una decisión precipitada³. Solicitamos hablar directamente con el médico, aun a riesgo de interrumpir su consulta, porque tenemos constancia de que de esta manera las intervenciones son más efectivas⁶.

El médico agradece la llamada manifestando que pensaba que tomaba Tertensif® (indapamida) en vez de Dintenside® (enalapril + hidroclorotiazida), cosa nada rara, ya que sabemos que la paciente acude a la consulta del médico sin solicitar cita previa, lo que supone que en ese momento el médico no dispone del informe en la consulta. Decide cambiar la prescripción de captoprilo por nifedipino y mantener el enalapril + hidroclorotiazida.

La paciente acude de nuevo a la consulta en busca de la nueva receta y, en una posterior visita a la farmacia, nos comunica que el médico le ha comentado que es una suerte contar con nosotros.

Nueve meses más tarde, tras un largo período vacacional en Andalucía, la paciente nos visita de nuevo con tres recetas de nifedipino, enalapril + hidroclorotiazida y captoprilo, respectivamente. Se vuelve a utilizar la vía telefónica por las mismas razones que en la primera intervención y se confirma con el médico la supresión del captoprilo.

Probablemente, en la anterior comunicación, el médico no pudo registrar en la ficha de la paciente el cambio de tratamiento por haberle interrumpido la consulta.

Caso 3

Una mujer solicita en la farmacia Dastosín® jarabe (Dime-morfán) para su hijo de 10 años. Por sistema preguntamos si alguna vez ha tenido "problemas de asma", a lo que nos contesta que está usando inhaladores desde hace 2 meses.

Según la paciente sí que le diagnosticaron asma, pero dado que la receta proviene del pediatra habitual del niño, damos por sentado que éste ha valorado la posibilidad de una broncoconstricción aguda⁷ y recomendamos a la madre del paciente que vigile la frecuencia de las toses y, si ésta aumenta, que suprima el jarabe y vuelva a la consulta del médico.

Con la esperanza de que en caso de que el paciente sufriese una crisis asmática, ésta fuera leve, no nos ponemos en contacto con el médico para confirmar el tratamiento, influidos por anteriores experiencias negativas de colaboración con dicho médico.

El paciente sufre esa misma noche un ataque agudo de asma que se resuelve con administración de oxígeno en el servicio de urgencias del hospital.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El farmacéutico desempeñaría un buen papel profesional si su labor cada vez estuviese más encaminada a proporcionar una información adecuada sobre medicamentos tanto a pacientes como a otros profesionales de la salud⁸. Los medios disponibles en las oficinas de farmacia pueden servir de fuente de consulta fácilmente accesible a los médicos de la zona, estableciendo así vínculos de colaboración no competitiva que sirvan para mejorar la salud de los pacientes. Esta colaboración puede llegar a plasmarse (como hemos expuesto en el caso 1) en la elaboración conjunta y consensuada de información escrita a cada paciente en particular.

El conocimiento personal previo de los interlocutores facilita enormemente la comunicación y el trabajo en equipo, sobre todo en enfermos crónicos, en los que se ha demostrado conseguir mejores resultados de salud⁹. Tanto en el primero como en el segundo caso descritos, el conocimiento personal previo de ambos ayudó a la resolución satisfactoria de los problemas planteados. En el tercer caso, en cambio, el desconocimiento fue un factor limitante de la actuación preventiva¹.

Tan importante como conseguir este tipo de relaciones es dotarlas de continuidad. Cuantos más médicos y farmacéuticos se involucren, menos dificultades habrá para mantener esta relación de mutua colaboración en pro del paciente¹⁰, siempre y cuando se respeten las normas más básicas de comunicación: no menospreciar actuaciones ajenas, ser constructivos, ser accesible, estructurar previamente las comunicaciones, etc.¹¹.

Creemos que las nuevas tecnologías de la comunicación facilitarán enormemente la coordinación entre los distintos agentes sanitarios que atienden al paciente, teniendo en cuenta que un mismo paciente puede acudir a distintos médicos y farmacéuticos (incluso hasta por el mismo problema de salud). De esta manera se podrían mejorar el uso de los medicamentos, disminuir las reacciones adversas a los mismos y evitar situaciones como la descrita en el segundo caso¹².

Dado que el correo electrónico en el futuro será una herramienta más de comunicación, como lo es hoy en día el teléfono, se evitarán las desventajas de la interrupción telefónica, la posible presencia de terceras personas durante la conversación y el hecho de que información vital sobre el tratamiento del paciente quede sin registrar (p. ej.: cambios en el tratamiento por posibles problemas de duplicidad).

Por último, si tenemos en cuenta que la colaboración aporta múltiples ventajas, que los farmacéuticos buscamos nuevos sentidos a nuestra profesión y que el objetivo de la mejora de la salud del paciente es común, consideramos que tender puentes de entendimiento constituye casi una obligación ética.

BIBLIOGRAFÍA

- Major MJ. Resolving pharmacist-physician conflict or how to get your drug therapy recommendations accepted. American Society of Consultant Pharmacists, 1999.

2. Ranelli PL, Biss J. Physicians' Perceptions of Communication with and Responsibilities of Pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 2000;40:625-30.
3. Arco Del J, Uribe G, Urrecho R. Comunicación entre profesionales de la salud. *Cooperación. Farmacia Profesional* 1997;11:51-5.
4. The United States Pharmacopeial Convention. USP DI Vol 2. Advice for the patient. Rockville: United States Pharmacopeial Convention, 2000.
5. The United States Pharmacopeial Convention. USP DI Vol 1. Drug information for the health care professional. Rockville: United States Pharmacopeial Convention, 1996.
6. Tindall WN, Beardsley RS, Kimberlin CL. Communication skills in pharmacy practice: a practical guide for students and practitioners. Pennsylvania: Lea & Febiger, 1984.
7. Parfit K, editor. Martindale. The complete drug reference. London: The Pharmaceutical Press, 1999.
8. Dessel S, Schwartz A, Schwartz M. The importance of communication skills for the managed care pharmacist. *J Manag Care Pharm* (publicación periódica on-line) 1998;4(2). Disponible en: <http://www.amcp.org/public/pubs/journal/vol4/num2/perspectives.html>.
9. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000;320:569-72.
10. Ponte CD, Byrd RC. Managed care and the pharmacy profession revisited. *J Manag Care Pharm* (publicación periódica on-line) 1999;5 (2): Disponible en: <http://www.amcp.org/public/pubs/journal/vol5/num2/perspectives.html>.
11. Buerger DK. Helpful ideas: basic steps to better pharmacist-physician communication. *Consultant Pharmacist* 1999.
12. The Academy of Managed Care Pharmacy Team. The electronic prescription record. Disponible en: <http://www.amcp.org/public/pubs/concepts>.