

## La seguridad del paciente y la colaboración entre médicos y farmacéuticos

F. García Cebrián

Farmacéutico. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España. Miembro de la REAP

Según la mitología griega, Prometeo consiguió la inmortalidad del centauro Quirón, gran conocedor de las virtudes medicinales de las plantas que crecían en el monte Citerón. También fue Prometeo quien proporcionó a los mortales el uso de las tecnologías al entregarles el fuego robado del Olimpo lo que provocó la ira de Zeus quien, en consecuencia, decidió enviar a la Tierra a Pandora. La importancia mitológica de la salud y de la enfermedad se refleja bien en estos personajes, cuyo tema recurrente es la inmortalidad.

La idea de inmortalidad es inseparable de la condición humana y su búsqueda siempre se ha unido a la química y a la farmacología, que también dan la mano al bien y al mal. De hecho, la palabra fármaco significa a la vez “medicamento” y “veneno”. Ya en el siglo VII, en la *Isagoge Ioannitii*, se define cómo una misma sustancia natural puede actuar, según su dosis, de alimento (conservación de la salud), de fármaco (restitución de la salud) o de veneno (producción de enfermedad y/o muerte)<sup>1</sup>.

Históricamente, el ejercicio de la medicina se ha asociado de manera natural con la aparición de efectos iatrogénicos, acompañantes del proceso terapéutico y considerados casi inevitables. El inicio del siglo XX supuso una revisión de la práctica de la medicina en los aspectos de seguridad del paciente y calidad asistencial relacionadas con personalidades como Cochrane y Donabedian. La seguridad del paciente pasó a considerarse una dimensión esencial de la calidad asistencial cuya ausencia pudiera comprometer negativamente dimensiones como la efectividad terapéutica.

Diversos estudios<sup>2-4</sup> cuantifican los eventos adversos de la práctica médica entre un 2,9% y 3,7% de los pacientes hospitalizados de los cuales entre el 53%-58% (1,6%-2%) pueden ser prevenibles y entre el 8,8%-13,6% (0,32%-0,41%) son mortales.

En lo que se refiere a medicamentos, el programa internacional de farmacovigilancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define reacción adversa a medicamentos (RAM) como: “Todo efecto nocivo y no deseado de un medicamento, que ocurre con las dosis habitualmente usa-

das para el diagnóstico, la terapéutica de una enfermedad o la modificación de una función fisiológica”.

Un estudio realizado por un centro de Atención Primaria<sup>5</sup> cuantifica en 1,35% las RAM detectadas en Medicina General y 0,36% para las detectadas en Pediatría. Los ingresos hospitalarios atribuibles a RAM evidencian porcentajes variables. Hidalgo et al<sup>6</sup> citan cinco estudios con porcentajes de RAM entre el 1% y el 3,9%. Alcalde et al<sup>7</sup> encuentran un 7% de RAM, con una mortalidad del 0,16%. Los estudios realizados en pacientes mayores de 65 años presentan porcentajes también variables, pero mayores; Vila et al<sup>8</sup> del 9%, Formiga et al<sup>9</sup> del 13,05% y Puche et al<sup>10</sup> del 18,7%.

En la actualidad asistimos a un gran cambio en la definición de salud y de enfermedad, en el que prima fundamentalmente el contexto personal de “salud percibida”. Por ello, no sólo se valoran los aspectos clínicos en sentido estricto, y se incluyen los relacionados con la vida diaria del paciente, y los que definen la “calidad de vida”. Esta valoración global no es nueva, pues terapéutica significa curación y también “servicio o cuidado”. Igualmente, el vocablo “*iatreúo*” significa curar y cuidar. La actividad del sistema sanitario se dirige no solamente a la curación, sino también al cuidado y al consuelo.

Como consecuencia del cambio hacia la valoración global, la tendencia actual en el ejercicio de los profesionales farmacéuticos añade una nueva dimensión al estudio de los eventos adversos de la farmacoterapia. Mediante el proceso de atención farmacéutica<sup>11,12</sup> se estudian problemas relacionados con medicamentos (PRM), lo que conlleva el estudio adicional de los problemas de seguridad farmacológica y de efectividad que pueden suponer una desviación (en pérdida de eficacia o inicio de efectos adversos) de los resultados esperados de la farmacoterapia, con impacto en el estado de salud del paciente.

El objetivo fundamental de la atención farmacéutica es prevenir, detectar y resolver los PRM de los pacientes, entendidos dichos PRM como problemas de salud vinculados a la farmacoterapia, que interfieren o pueden interferir con los resultados esperados de salud en el paciente. Se entiende por “problema de salud” todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte de los profesionales sanitarios<sup>13</sup>. Los PRM se clasifican en tres apartados, de necesidad, efectividad y seguridad (desde el punto de vista del farmacéutico que dispensa la medicación a un

Correspondencia: F. García Cebrián.  
C/ Comedias, 3-4.  
46003-Valencia.  
Correo electrónico: fjc@arrakis.es

paciente concreto). Téngase en cuenta que el farmacéutico de cabecera dispensa todos los medicamentos que consume un paciente (y muchas veces “sabe” los que no consume y se le han prescrito).

Tres son las fuentes de prescripción de medicamentos:

1) *El médico de Atención Primaria*. Dentro del ejercicio clínico del médico de cabecera, la prescripción de medicamentos supone un 80% de las intervenciones terapéuticas en Atención Primaria<sup>14</sup>. La principal dificultad para su uso correcto es poder decidir con certeza cuáles son las situaciones en las que es más eficiente una intervención farmacológica que una no farmacológica (o que el simple “esperar y ver”, sin mayor intervención que la “espera expectante”). Ello implica ciencia y arte, como toda decisión sanitaria.

2) *El médico especialista, por sí, o a través del médico de cabecera*. Se estima que un 30%-35%<sup>15</sup> de las prescripciones de los médicos de Atención Primaria son tratamientos inducidos por los médicos especialistas lo que añade nuevos elementos de distorsión en la adopción de decisiones terapéuticas.

3) *El paciente (y el farmacéutico que le aconseja sobre medicamentos de “mostrador”, que no requieren receta médica)*. Es importante tener en cuenta la actitud y libertad de acción de los pacientes ante la farmacoterapia. Se ha estimado que el 21% de los ancianos toma medicaciones no prescritas, con un 20% que comparten medicamentos con otras personas y un 30% que utiliza viejos fármacos<sup>16</sup>. Otro elemento importante es la utilización de medicinas complementarias o alternativas distintas de la alopatía. Así, en una encuesta realizada a pacientes afectos de neoplasias linfoides un 77% de los mismos reconoció estar utilizando o haber utilizado algún tipo de medicina alternativa o complementaria<sup>17</sup>.

El farmacéutico que dispensa debería actuar con cautela, procurando no aportar nuevos elementos de preocupación y evitar crear nuevas incógnitas innecesarias al paciente. La intervención farmacéutica debería encaminarse a detectar e informar al médico, con el asentimiento del paciente, de: a) la utilización de medicamentos no indicados e innecesarios o contraproducentes, b) duplicidades en la utilización de medicamentos, c) utilización de asociaciones de medicamentos no justificadas, d) incumplimiento terapéutico, e) incumplimiento terapéutico, f) existencia de un PRM que no puede resolver el propio farmacéutico, y g) tratamiento de una RAM con un nuevo medicamento (cuando podría evitarse mejor y más fácilmente eliminando o modificando la terapéutica previa).

Tomada una decisión en pro de un tratamiento farmacológico debiera ser factible comprobar su efectividad. Efectividad, o “efectividad clínica”, es la magnitud en la que una intervención mejora los resultados para los pacientes en la práctica.

Los farmacéuticos son conscientes de sus propias limitaciones, por lo que refieren todas sus intervenciones a la razón de consulta, y colaboran de continuo con el médico, único profesional con capacidad real y legal para establecer diagnósticos y constatar la evolución de la sintomatología clínica.

La intervención del farmacéutico será especialmente valiosa en aquellos casos en los que la *efectividad* de los medicamentos se vea comprometida por una utilización de dosis subterapéuticas, posología o duración de tratamiento probablemente inadecuados; utilización incorrecta de los dispositivos de administración de los medicamentos; incumplimiento terapéutico, utilización de medicamentos implicados en los sistemas metabólicos de la glucoproteína P (Pgp) y del citocromo P450 (CYP450); posibilidad de interacciones con alimentos y medicamentos, y otros casos similares.

En forma similar, pero respecto a la *seguridad* en la utilización de medicamentos es importante que el farmacéutico, durante la dispensación, tenga criterio acerca de si hay utilización de dosis supraterapéuticas, posología o duración de tratamiento probablemente inadecuados; utilización incorrecta de los dispositivos de administración de los medicamentos; incumplimiento terapéutico; intervención de los Pgp y del CYP450; interacciones con alimentos y medicamentos; existencia de RAM.

La atención farmacéutica puede parecer algo nuevo, pero ya los árabes supieron ver la necesidad de que junto al médico puro existiera el preparador de medicamentos, lo que supuso la aparición de los farmacéuticos, y esta corriente no tardó en ser adoptada por los reinos cristianos. Así, las primeras farmacias de la Europa occidental aparecen en Florencia en 1198 y sus profesionales, denominados “*speziale*”, tenían estrecho contacto con médicos y traficantes de drogas.

Corresponde a los médicos y farmacéuticos actuales mantener y mejorar aquel estilo de cooperación que los ha distinguido durante siglos, y acrecentar ese estrecho contacto profesional, estudiando y delimitando las funciones de unos y otros con un objetivo único: el beneficio de nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Guillén D, Folch Jou G, Albarracín A, Arquiola E, Montiel L, Peset JL, et al. Historia del medicamento. Barcelona: Ediciones Doyma; 1984.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orave J, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
5. Joyanes A, Higuera LM, de León JM, Sanz E. Análisis de las reacciones adversas detectadas en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17:262-7.
6. Hidalgo Balsera J, García del Pozo J, Carvajal García-Pando A. Mortalidad y morbilidad producidas por fármacos. Aproximación a su magnitud en nuestro medio. *Ph Care Esp*. 1999;1:179-83.
7. Alcalde Tirado P, Dapena Díaz MD, Nieto de Haro MD, Fontecha Gómez BJ. Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos medicamentosos. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2001;36:340-4.
8. Vila A, San José A, Roure C, Armadans L, Vilardell M; Grupo para el estudio de las Reacciones Adversas a Medicamentos en pacientes

- mayores hospitalizados. Estudio multicéntrico prospectivo de reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:613-8.
9. Formiga F, Jover A, Mascaró J. Reacciones adversas a medicamentos: más frecuentes en mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:241-2.
  10. Puche A, Luna JD, García J, Góngora L. RAM de pronóstico grave en ancianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38: 193-7.
  11. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533-43.
  12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: 2001.
  13. Equipo CESCA. Los sistemas de registro en Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
  14. Gómez de la Cámara A. La investigación en atención primaria. El ensayo clínico y los estudios observacionales de productos farmacéuticos. *Aten Primaria*. 1999;24:431-5.
  15. Carrión JL, Martí C, Marque M, Daimiel R, Lengo C. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)*. 1993;100: 736-40.
  16. Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 1999;23:2.
  17. García-Nieto A, Capote Huelva FJ, Fernández Valle MC, Gil García JL. Medicinas Alternativas y Complementarias en pacientes con neoplasias linfoides. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:676.