

Club de Atención Farmacéutica

Sección coordinada por el Dr. Manuel Machuca, farmacéutico comunitario.

Os recordamos que el Club está abierto a vuestra participación. Podéis remitir todas vuestras consultas o respuestas:

Vía Internet: http://www.ugr.es/~atencfar/club_af.htm

• **E-mail:** atencfar@platon.ugr.es

• **Fax:** (958) 24 62 41 (A/A: Francisco A. González).

• **Correo:** A/A Francisco A. González. Facultad de Farmacia. Campus Cartuja, s/n. 18071 Granada.

FARMACIA PROFESIONAL se reserva el derecho de recortar o extraer las comunicaciones que excedan el límite de extensión aceptable.

El Club de Atención Farmacéutica, una iniciativa del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada-Junta de Andalucía, cuenta con el patrocinio de Laboratorios Pfizer

Continuación del debate entre comunicantes reproducido en el número anterior, en torno a la siguiente intervención:

COMUNICACIÓN N.º 1 DE: FERNANDO PEÑA MUÑOZ Farmacéutico

En un artículo publicado hace ya varios meses¹ se propone el cambio del enunciado del PRM 3 de «El paciente usa un medicamento que está mal seleccionado» a «El paciente no responde al tratamiento». Es muy loable intentar que la denominación del PRM se ajuste a la realidad a la que se refiere; no olvidemos que, según el Consenso de Granada, las características de la clasificación de PRM deben ser: exhaustivas, excluyentes, precisas y utilizables.

Sin embargo, a mi entender, al cambiar el enunciado estamos dejando de lado un grupo de situaciones que se engloban en esta categoría de PRM, y son las que se refieren a las situaciones en las que el medicamento está indicado, está siendo efectivo y es seguro, pero no es la mejor opción terapéutica para el paciente.

Nuestros compañeros de Estados Unidos publicaron como causas de PRM 3 las siguientes²:

- El paciente está recibiendo una medicación que no es la más efectiva para el tratamiento de esa indicación.
- El paciente está recibiendo una medicación que es efectiva pero no es la menos costosa.
- El paciente está recibiendo una medicación que es efectiva pero no es la más segura.

¿Qué pasa con esos casos? El paciente SÍ responde al tratamiento, pero habría una opción mejor y, por lo tanto, es por la que se debería optar.

Bibliografía

1. Díez MV. Clasificación de PRM según el consenso de Granada. Sugerencia de definición para el PRM 3. *Pharm Care Esp* 2000; 2: 139-141.
2. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. Nueva York: McGraw-Hill, 1998.

RESPUESTA N.º 1 DE: INMACULADA PORTERO FRÍAS Farmacéutica

Pienso que si nos dedicamos a liar la teoría de clasificación de PRM podemos llegar a perdernos en divagaciones intelectuales,

interesantes algunas, ingeniosas otras, pero desde el punto de vista práctico, ineficaces:

1) Se supone que cuando un médico prescribe un analgésico lo hace basándose en su propia estadística de eficacia clínica y esto no creo que se pueda traducir en ningún caso en acierto pleno al cien por cien. No, ningún profesional tiene la llave estadística del pleno al 15 y, por tanto, su «mala selección» creo que es más imputable a su categoría de ser humano (cosa que es común a médicos, farmacéuticos, ingenieros, etc.).

2) Me parece que la efectividad en algunos casos es más imputable al paciente que al medicamento: si el paciente de tu ejemplo no responde al paracetamol, no es culpa del paracetamol (ni del médico que lo ha prescrito), sino de las características del paciente y de su hígado (probablemente), porque las estadísticas clínicas dan como resultado del paracetamol su eficacia analgésica en la aplastante mayoría de los casos, y esto es lo más *preciso* que se puede esperar del medicamento.

3) Luego si no es responsable el médico ni es responsable el medicamento, no se puede decir que el tratamiento está mal seleccionado. Creo que está bien decir que el paciente no responde al tratamiento (aunque sería el más interesado en que esto no fuera así).

RESPUESTA N.º 2 DE: SANTIAGO RICARTE FILOLLA Farmacéutico comunitario

No se debe justificar el cambio de definición de PRM 3 como una concesión al médico*, como si le perdonásemos la vida, como si nosotros hiciésemos la vista gorda en pos de una mejor comunicación y para evitar ofensas. Esto no son técnicas de comunicación.

Yo estoy dispuesto a llamar a las cosas por su nombre; no me da miedo que los médicos se ofendan. Éste es el planteamiento que usan algunos defensores del «mal seleccionado» y creo que viene todo por la coletilla que puso María del Val a su artículo. Ella justifica de forma espléndida el porqué no se puede definir el PRM 3 como «mal seleccionado». El artículo está muy bien asentado y cualquiera que lo lea no puede rebatirlo si no es con argumentos falsos (falacias). El error es

*Esta cuestión se suscitó en las respuestas publicadas en el número anterior a la pregunta que aquí se reproduce de nuevo.

que al final añade: «... puede ser más adecuado para la relación farmacéutico-paciente-médico, ya que no sugiere en ningún caso una mala práctica, mientras que "mal seleccionado" tiene unas connotaciones negativas que podrían considerarse una crítica a la decisión clínica de un compañero, lo cual no se corresponde en absoluto con el objetivo de la Atención Farmacéutica». Para mí este párrafo sobra del artículo. La comunicación se sostiene por sí misma, y no necesita de justificaciones de este tipo, que hacen que algunos farmacéuticos vean la justificación del cambio en este párrafo en vez de verlo en la exposición del artículo.

En el caso más extremo de lo que se podría entender como «mal seleccionado», cuando el médico da una medicación que no se corresponde con la patología (por ejemplo, *Clamoxyl* para la hipertensión), lo que se observa es: PRM 1 («no usa el medicamento que necesita para la hipertensión») y PRM 2 («usa un medicamento que no necesita [*Clamoxyl*]»).

El farmacéutico, si lo cree conveniente y si considera que hay negligencia por parte del médico, le podría enviar un informe, poniéndolo a caldo y ofendiéndolo hasta la saciedad, pero llamando a las cosas por su nombre, es decir «usted, con su negligencia, está haciendo que este paciente esté tomando un medicamento que no necesita y además no toma el que necesita (PRM 1 y PRM 2)».

El cambio de definición de PRM no corresponde a una concesión al médico, sino a nuestra propia profesionalidad.

RESPUESTA N.º 3 DE:

FERNANDO PEÑA MUÑOZ

Farmacéutico (autor de la comunicación objeto de respuesta)

No dudo de que hay que cuidar las formas al comunicarnos, ya sea entre farmacéuticos o con otros profesionales de la salud, y sin lugar a dudas éste es un tema muy delicado que hay que tener muy presente. Sin embargo, yo normalmente no suelo mencionar en mis comunicaciones cómo he clasificado el PRM que me parece haber encontrado. Nunca diría: «Estimado compañero: este paciente presenta un posible PRM 3, ya que usa un medicamento mal seleccionado». Te aseguro que siempre uso unas maneras que harían las delicias de mis antiguos profesores de los Salesianos, y muchas veces tardo bastante en escribir la carta porque le doy muchas vueltas para decir lo que quiero sin que pueda molestarse ni el más susceptible de los médicos. Sin embargo, esto no es óbice para que en mis registros use una terminología más exacta y clara.

En relación con la respuesta de Santiago (n.º 2 de la anterior edición del Club de AF), comprendo que este es un mal momento para hablar de precios de medicamentos, con el muerto que nos ha caído con los precios de referencia. Sin embargo, cuando se menciona el tema del coste, en ningún momento me refiero a que se deba dar siempre el más barato que haya en el mercado. Está claro que la situación en América es distinta a la nuestra, y que este caso no se daría en pacientes pensionistas, pero ¿es que a nadie le ha preguntado un paciente cuánta es la aportación que tiene que pagar para ver si se lleva o no la prescripción? ¿Y los medicamentos que no son financiados por la Seguridad Social? No creo que mi botica sea una excepción, y recuerdo al menos un par de casos en los que no han querido retirar una segunda caja de fluoroquinolona porque «es muy cara y, total, ya estoy mucho mejor». ¿Y a nadie le han dejado en el mostrador un inhibidor de bomba de protones porque la aportación era muy elevada?

Otra cosilla que quería comentar es que no sé dónde encajar a los pacientes que siguen un tratamiento que requiere mucho tiempo para alcanzar los objetivos terapéuticos. Desde mi punto de vista, un paciente que toma un tratamiento

que le va a solucionar su problema de salud a las 2 semanas, habiendo una alternativa terapéutica que sería efectiva en 2 días, tiene un PRM, pero ¿de qué tipo?:

- ¿Medicamento indicado? Sí.
- ¿Medicamento efectivo? Sí (lento pero efectivo).
- ¿Medicamento seguro? Sí.

– ¿No hay PRM? No sé lo que diréis vosotros, pero me imagino lo que diría el paciente. Y si hay PRM, ¿dónde lo encajamos? Desde mi punto de vista (ojo, que no digo que sea el correcto, es solamente mi opinión), el paciente sí responde al tratamiento, pero el medicamento está mal seleccionado. Espero vuestras opiniones.

RESPUESTA N.º 4 DE:

FERNANDO FERNÁNDEZ-LLIMÓS

BScPharm. MBA. Community Pharmacist

Yo tengo muy claro que no es mi misión seleccionar medicamentos, esto es, prescribir. Por tanto no critico la selección que otros hacen (los que están predeterminados por la sociedad para hacer la selección). Este sería el argumento lingüístico o semántico de la historia.

Pero además, y ésta es la razón de fondo, hace ya algún tiempo que algunos hemos decidido trabajar por resultados y no por procesos. Es decir, lo que me interesa es resolver problemas, no aconsejar sobre lo que se debería hacer en el futuro. Esto no es un invento nuestro. Si lees el artículo de PRM de 1990, Strand y col. lo dicen muy claro, justo en el párrafo siguiente a la clasificación de 8 (que usaban por entonces).

El tema es que yo me planteo cuál debería ser el resultado de la estrategia elegida por el médico. La sigo (de ahí lo de seguimiento, no detección esporádica) y si no se cumple lo esperable (en objetivo y plazo de consecución), considero que no se está consiguiendo el efecto (no está siendo efectiva, o todo lo efectiva que debería ser). Pero no se me ocurre decir que sea una mala selección, sino una selección que no ha llegado a hacer efecto. A lo mejor era la selección «de libro», pero cualquier característica no conocida de nuestro paciente o de la farmacodinamia de ese medicamento hacen que no sea el efectivo. Y ya está. Así de sencillo. No le digo a nadie que ésa es una mala selección, porque con lo que sabíamos cuando se hizo la selección a lo mejor era la ideal, pero aun así, no hizo efecto.

En cuanto al dinero, creo que es un tema que está en pañales. Como sabes bien, los costes asociados a un tratamiento son directos e indirectos. Alguien no se lleva la fluoroquinolona por cara y prefiere un inyectable de betalactámico (que es bastante más barato). Pero tiene que haber un enfermero que le pinche. Como no lo paga (va a cargo del Sistema Nacional de Salud), ¿es mejor darles lo más barato para ellos o para todo el Sistema?

Por otro lado, puede que con la quinolona esté activo (trabajando) en 4 días, mientras que con el antibiótico más barato podría tardar 10 días. El coste del absentismo laboral, ¿no deberíamos contabilizarlo? Los estudios demuestran que las recaídas con la quinolona y sus consecuencias son menores que las asociadas al antibiótico más barato, lo que puede llevar asociado otros costes de asistencia sanitaria (hospitalización, nuevas consultas, etc). Como no las paga el paciente, ¿no importan?

El tema del dinero es mucho más complejo de lo que planteas. Se llama «evaluación económica» y es una parte de la farmacoeconomía. No está en manos de cada farmacéutico en cada farmacia y siguiendo a cada paciente. Por eso decidimos eliminarlo de la clasificación en el Consenso, en el que tú también estabas. □