

Propuesta de cambio para la dispensación de Medicamentos en la Farmacia Comunitaria

Sonia Uema(*) - Pedroa Armando(**)

Nancy Solá (*) -

RESUMEN

Cuando un problema de salud en un paciente está relacionado con la utilización de medicamentos, se habla de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y de morbilidad relacionada con medicamentos (MRM). La MRM es una problemática compleja que ha recibido poca atención en comparación con otros problemas de salud (enfermedades cardíacas, diabetes, asma, etc.). La solución consiste en mejorar el control de la farmacoterapia para evitar la aparición de PRM.

El farmacéutico puede colaborar para lograr los objetivos terapéuticos pretendidos por el médico a través de la dispensación activa del medicamento y del seguimiento del tratamiento farmacológico. Estas actividades componen los servicios de Atención Farmacéutica, cuya finalidad es cooperar con el equipo de salud para alcanzar resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

Una de las metodologías empleadas en el seguimiento farmacoterapéutico es el Programa DÁDER. Este programa fue adaptado y aplicado en la provincia de Córdoba, donde participaron 31 farmacéuticos y 129 pacientes en el primer trimestre de actividades (septiembre-noviembre 2000). Los PRM identificados correspondieron en un 53% a falta de seguridad. La resolución de PRM alcanzó un 80% de efectividad promedio. El 67% de los PRM con intervención farmacéutica requirieron la comunicación con el médico (logrando un 65% de resolución).

PALABRAS CLAVE: dispensación de medicamentos, farmacia comunitaria, atención farmacéutica, morbilidad relacionada con medicamentos, problemas relacionados con medicamentos, seguimiento farmacoterapéutico, programa DÁDER.

ABSTRACT

When a health problem in a patient is related to drug utilization, drug-related problems (DRP) and drug-

related morbidity (DRM) are mentioned. DRM is a complex problem that has received poor attention in comparison with other health problems (cardiac diseases, diabetes, asthma, etc.). The solution consists on improving pharmacotherapy control to avoid the appearance of DRP.

The pharmacist can collaborate to achieve the therapeutic objectives pretended by the physician through active dispensing and drug therapy follow-up. These activities constitute the Pharmaceutical Care services and their purpose is cooperating with health team to reach results that improve the patient's quality of life.

One of the methodologies used in pharmacotherapeutic follow-up is the DÁDER Programme. This programme was adapted and implemented in the province of Córdoba, where 31 pharmacists and 129 patients participated in the first quarter of activities (September-November 2000). The identified DRP corresponded in 53% to lack of safety. DRP resolution reached 80% of mean effectiveness. The 67% of the DRP with pharmaceutical interventions required the communication with the physician (achieving a 65% of resolution).

KEY WORDS: drug dispensing, community pharmacy, pharmaceutical care, drug-related morbidity, drug-related problems, pharmacotherapeutic follow-up, DÁDER programme.

INTRODUCCIÓN

La utilización masiva de los medicamentos disponibles en el mercado por parte de la población ha reportado grandes beneficios a la salud, pero también ha generado nuevos problemas vinculados a la terapia farmacológica¹. Aunque sabemos que no todos los problemas de salud se solucionan con farmacoterapia, en

*Departamento de Farmacia - **Departamento de Farmacología/Facultad de Ciencias Químicas - Universidad Nacional de Córdoba
Correspondencia a: Mag. Sonia Uema - Departamento de Farmacia Facultad de Ciencias Químicas / Universidad Nacional de Córdoba
Ciudad Universitaria 5000 - Córdoba E-mail: suema@dqo.fcq.unc.edu.ar Teléfono: 0351-4334163 / Fax: 0351-4334127

la mayoría de los casos se utilizan medicamentos, sean estos prescritos, indicados o automedicados.

Un problema de salud es «cualquier queja, observación o hecho que el agente de salud percibe como una desviación de la normalidad... todo aquello que requiere, o puede requerir, una acción por parte del agente de salud (incluido el paciente)».

Cuando el problema de salud está relacionado con el medicamento, se habla de problemas relacionados con medicamentos (PRM). En diciembre de 1998, el Consenso de Granada unificó la definición de PRM en España: «Un PRM es un problema de salud vinculado con la farmacoterapia que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente». También propuso una clasificación de los mismos, basada en criterios de necesidad, efectividad y seguridad del medicamento, con 6 (seis) categorías en total^{2,3}. Existen además, otras clasificaciones de PRM a nivel internacional que no son tratadas en este texto^{4,5}.

Actualmente, en cualquier definición de PRM se considera que algo afecta (o puede afectar) la salud del paciente y tiene relación con la medicación que consume (o debería consumir)³.

Para colaborar en la identificación y resolución de PRM, el público cuenta con un profesional sanitario accesible, disponible y que conoce de medicamentos en las Farmacias. El ámbito más extendido de ejercicio profesional del farmacéutico es la oficina de farmacia o

farmacia comunitaria. Este ámbito laboral independiente (liberal) se diferencia del ámbito institucional (hospitales, clínicas, órganos de planificación y control, etc.), así como de la industria farmacéutica y los intermediarios en la cadena de comercialización (droguerías), de las herboristerías y de los centros de investigación y desarrollo, por su cantidad y su buena distribución geográfica, satisfaciendo la demanda de servicios farmacéuticos de los pacientes ambulatorios y de la población en general. La denominación farmacia comunitaria es la que más se utiliza y es aceptada internacionalmente a modo de consenso⁶, si bien las normativas vigentes en Argentina suelen emplear los términos: Farmacia, Oficina de Farmacia, Farmacia Oficial o Farmacia Privada.

CADENA TERAPEUTICA DEL MEDICAMENTO

Si entendemos la utilización de medicamentos como un proceso, observamos que la cadena terapéutica del medicamento comienza con la detección de un problema de salud y termina con un tratamiento farmacológico. Por lo tanto, intervienen diferentes actores con responsabilidades y funciones específicas, que se muestran en la Tabla 1⁷.

Tabla 1: Cadena terapéutica del medicamento

¿QUIEN?	¿QUE HACE?	COMENTARIOS
PACIENTE	Detecta un problema de salud	El equipo de salud actúa en respuesta al problema de salud del paciente. El médico solicita y evalúa toda la información necesaria. Finalmente, instala una terapia que puede incluir medicamentos.
MEDICO	Diagnostica una enfermedad	
MEDICO	Instaura una terapia: prescribe medicamentos	
FARMACEUTICO	Dispensa los medicamentos	
PACIENTE	Se administra los medicamentos	El paciente (o el tercero a cargo) se ocupa de cumplir con la farmacoterapia. Si el paciente no está en contacto con el equipo de salud, no se conocen los resultados alcanzados.
TERCERO*	Administra los medicamentos al paciente	
MEDICO Y ENFERMERIA	Seguimiento clínico del paciente	
FARMACEUTICO	Seguimiento del tratamiento farmacológico	

*Tercero a cargo del paciente: familiar, cuidador o personal de enfermería.

El paciente es el centro de la actuación de los profesionales de la salud y su participación (consentimiento) y colaboración como principal agente de salud es fundamental para mejorar el uso de los medicamentos³.

El médico es el centro de todos los profesionales que colaboran en la salud de los pacientes: recibe informes de cada uno de ellos (p.ej: médicos especialistas, bioquímicos, personal de enfermería, farmacéuticos, etc.), los valora, diagnostica y pronostica el problema y, finalmente, decide junto al paciente la terapia a seguir, que suele incluir medicamentos³. Con la prescripción del médico u odontólogo y la posterior dispensación por parte del farmacéutico, se completa una primera etapa donde el paciente es asistido por el equipo de salud y adquiere la medicación para alcanzar determinados objetivos terapéuticos.

La participación del farmacéutico en la dispensación debe entenderse como un acto profesional que no sólo incluye la entrega del medicamento, sino que se orienta a detectar riesgos de PRM e informar al paciente sobre la adecuada utilización del medicamento. La decisión del farmacéutico deberá ser la más beneficiosa para el paciente, ya sea: dispensar el medicamento, ofrecer una asistencia complementaria (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico) o no dispensar sin previa consulta al prescriptor (médico u odontólogo)⁸.

A partir de ese momento, depende del paciente o tercero a cargo (especialmente en el ámbito ambulatorio) la utilización correcta de los medicamentos y la comunicación con el equipo de salud para informar el grado de avance o los resultados obtenidos. La elección del farmacéutico debiera ser, para el paciente, una decisión importante por los servicios profesionales personalizados que puede brindarle⁹.

Un dato para destacar es que se estima que más del 50% de los casos en que se instaura una farmacoterapia, los objetivos terapéuticos no se consiguen por incumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito o indicado¹⁰.

El farmacéutico resulta, en esta instancia, el profesional de más fácil acceso, ya que está disponible para atender al paciente sin necesidad de solicitar turnos previamente ni abonar costos adicionales por consulta. Por otra parte, como profesional del equipo de salud, en la relación farmacéutico-paciente rige el secreto profesional y la comunicación es confidencial. Cuando el paciente se siente contenido por su farmacéutico, le revela información muy detallada del uso real de los medicamentos y de su actitud frente al tratamiento farmacológico.

Sin embargo, como contrapartida a la cercanía al público, el farmacéutico se ha alejado del equipo de sa-

lud, particularmente al ejercer en el ámbito de la Farmacia Comunitaria. Este «aislamiento» es un desafío profesional a superar, una barrera en la comunicación con los otros miembros del equipo que asisten al paciente. Dado que el centro de actuación y principal agente sanitario es el paciente, es ético y razonable hacerlo partícipe en toda comunicación, a su través. Es decir, que la vía de comunicación debe plantearse como: farmacéutico-paciente-médico (o farmacéutico-paciente-profesional sanitario), preferentemente por escrito.

Una de las mayores responsabilidades del farmacéutico es la educación sanitaria sobre medicamentos al consumidor⁹, asegurándose de que el paciente conozca todo lo necesario para una correcta utilización de la medicación y lograr, de este modo, su máximo aprovechamiento. Legalmente, la atención personal y efectiva de la farmacia es una obligación del farmacéutico director técnico, así como la dispensación de medicamentos y la promoción de la salud son responsabilidades de todos los farmacéuticos que trabajan en el establecimiento (sean directores técnicos o no)¹¹.

MORBILIDAD RELACIONADA CON MEDICAMENTOS

Con la definición de PRM surge el concepto de morbilidad relacionada con medicamentos (MRM) y, a continuación, la MRM prevenible (MRMP), referida esta última a problemas de salud prevenibles causados por la terapia farmacológica.

La MRMP está recibiendo más atención, últimamente, debido a que es una problemática compleja en su abordaje y análisis. Existe un subregistro de su magnitud real ya que la utilización de medicamentos no es controlada ni supervisada globalmente como sistema.

A partir de diferentes estudios efectuados entre 1986 y 1996 en Estados Unidos y Europa, se considera que alrededor del 3,2% de todas las admisiones hospitalarias se relacionan con MRMP en la atención ambulatoria¹². Realizando una estimación con la población de Estados Unidos en 1996, la tasa de MRMP en los ingresos hospitalarios sería de aproximadamente 4,0‰ habitantes, comparable con infarto de miocardio (3,1‰), menor al cáncer (5,2‰) y mayor que diabetes mellitus (1,9‰) y asma (1,8‰)¹². Sin embargo, estas comparaciones resultan falaces ya que la farmacoterapia es una parte vital del manejo de muchas enfermedades y un porcentaje desconocido de las internaciones que se atribuyen a estas patologías son, en realidad, el resultado de MRMP. Todas estas apreciaciones tienen también su correlato en el gasto sanitario con un enorme costo asociado, cuyas implicancias no analizaremos en este tra-

bajo. Sin embargo, a pesar de su magnitud, la problemática de la MRMP ha recibido poca atención, tanto por parte de los investigadores como en las políticas sanitarias, comparada con las enfermedades cardíacas, la diabetes o el asma, entre otros problemas de salud¹².

La solución a esta problemática consiste en promover un mejor y mayor control de la farmacoterapia para evitar la aparición de PRM, lo cual se logra realizando una dispensación activa del medicamento o, cuando resulte conveniente, un seguimiento del tratamiento farmacológico. El profesional más adecuado para desarrollar estas y otras actividades complementarias en torno al medicamento es el farmacéutico, quien cuenta con la capacitación necesaria y la oportunidad de colaborar para alcanzar los objetivos terapéuticos pretendidos por el médico al momento de prescribirlo¹. El Comité de Ministros del Consejo de Europa¹³ (marzo 2001) considera que los farmacéuticos proporcionan valor añadido, tanto por su experiencia científica y profesional como en términos de ética, y que es necesario promocionar su rol en la gestión de los nuevos riesgos sanitarios. Allí se recomiendan una serie de principios para adaptar la legislación a fin de reflejar el papel del farmacéutico; entre ellos menciona como una de sus funciones básicas ayudar a prevenir riesgos iatrogénicos a través del establecimiento de una red epidemiológica de errores de medicación (que incluya al equipo de salud, con comunicaciones sistemáticas) y del desarrollo de la Atención Farmacéutica.

ATENCION FARMACEUTICA

La profesión farmacéutica reconoció el problema de la MRMP hace más de 10 años y adoptó la Atención Farmacéutica (del inglés *pharmaceutical care*) como una estrategia concreta para mejorar la utilización de medicamentos en la sociedad¹².

La Atención Farmacéutica (AF) es una filosofía del ejercicio profesional. Involucra al farmacéutico con sus responsabilidades frente a un paciente individual y su medicación. Trata sobre el modo en que un paciente debería recibir y usar la medicación y toda la información necesaria (instrucciones y consejos) para tal fin¹⁴.

La definición de AF ha ido evolucionando a partir de la publicación de Hepler y Strand en 1990: «AF es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente»¹⁵.

En el Consenso español se propone la siguiente definición: «AF es la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, co-

operando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades»⁸.

Todas las actividades vinculadas a la AF deben diseñarse como un servicio continuado con el objetivo de ofrecer al paciente protección frente a la aparición o presencia de PRM. En el ámbito de estas actividades orientadas a la asistencia del paciente en el manejo de la medicación, se destaca el seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

Dado que el seguimiento farmacoterapéutico personalizado es un componente de los servicios de AF, debe diseñarse considerando: procedimientos normalizados de trabajo, oferta del servicio al paciente, registro de problemas de salud del paciente y su medicación, evaluación de PRM manifestados o no, intervención farmacéutica, comunicación con el equipo de salud, autonomía de decisión del paciente y evaluación de los resultados⁸.

Una de las metodologías empleadas es el Programa DÁDER de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico, desarrollado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Este programa proporciona una metodología ágil, especialmente orientada y adaptable a la realidad de la Farmacia Comunitaria. El Programa DÁDER dispone de procedimientos normalizados de trabajo que permiten optimizar las etapas del proceso de AF, tanto en la búsqueda como en la identificación y resolución de los PRM, con el registro de las intervenciones realizadas¹⁶.

El programa adopta la clasificación del Consenso de Granada, basada en los tres requerimientos básicos de una farmacoterapia: necesidad (que esté indicada: es decir, que esté justificada en cada caso y no queden problemas de salud sin tratar), efectividad (que cure, alivie, controle o prevenga un problema de salud) y seguridad (que no presente efectos tóxicos o reacciones adversas que pongan en riesgo la salud del paciente ni su calidad de vida).^{2,3}

RESULTADOS EN ARGENTINA

Tomando como base el Manual de Procedimientos desarrollado por el Grupo de Investigación en AF (Universidad de Granada), se elaboró otro manual con adaptaciones a la realidad argentina. Se trabajó en conjunto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba y la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Entre las premisas bási-

cas de esta metodología de trabajo, por razones legales, profesionales y éticas, se destacan las siguientes¹⁷:

- a) El farmacéutico no diagnostica ni pronostica (es decir, no emite opinión respecto al pronóstico de) enfermedades, no prescribe medicamentos ni cambia dosificaciones ni pautas prescritas, como tampoco sigue la evolución de la enfermedad.
- b) El farmacéutico realiza el seguimiento del tratamiento farmacológico y se ocupa de buscar, identificar y resolver posibles PRM, documentando los resultados e informando al paciente los PRM encontrados para resolverlos juntos y, cuando se requiere, al profesional prescriptor a través de un *informe técnico*. El prescriptor, tras valorar beneficio-riesgo, es quien decide continuar con el mismo tratamiento o realizar cambios.

Los farmacéuticos interesados en implantar la metodología DÁDER, en sus respectivas farmacias comunitarias (de barrio, céntricas, sindicales, etc.), se constituyeron como un grupo de trabajo en el Colegio de Farmacéuticos. Los participantes se organizaron en grupos de sesiones clínicas, con un trabajo continuo, cooperativo y coordinado. En la fase de estudio de la metodología implantada, al analizar los estados de situación de medicamentos y problemas de salud, los farmacéuticos necesitaban contar con información sobre medicamentos que fuera científica, confiable y actualizada. Este aspecto se canalizó a través de un convenio con el Centro de Información sobre Medicamentos (CIME) de la Universidad Nacional de Córdoba¹⁸.

Durante el primer trimestre de actividades (septiembre-noviembre 2000) participaron en el programa 31 farmacéuticos y 129 pacientes: 18 profesionales registraron un total de 81 intervenciones farmacéuticas, correspondientes a 44 pacientes, con 208 medicamentos utilizados y 168 visitas (entrevistas) realizadas. Las medias por paciente resultantes fueron: 1,8 intervenciones; 4,7 medicamentos utilizados y 3,8 visitas.

Entre los PRM identificados se observa que la mayoría corresponden a PRM de seguridad con un 53%,

seguidos por los de efectividad con un 35% y un 12% de necesidad.

La efectividad promedio en la resolución de PRM fue del 80%. Un 33% de los PRM se resolvieron entre el farmacéutico y el paciente; mientras que un 67% requirieron la comunicación con el médico, resolviéndose el 65% de estos PRM¹⁹.

Se continúa trabajando en la provincia de Córdoba, con 37 farmacéuticos y 158 pacientes (datos procesados hasta mayo de 2001) y capacitando profesionales en otras provincias (La Rioja, Mendoza y Chubut).

COMENTARIOS FINALES

En la actualidad, existe un problema sanitario relacionado con la utilización de medicamentos, cuya magnitud real está siendo investigada: la morbilidad relacionada con medicamentos (MRM). En este ámbito, el farmacéutico puede participar activamente aportando su conocimiento científico, profesional y ético, tanto al sistema de atención de salud como al paciente individual.

La Atención Farmacéutica es una estrategia para mejorar la utilización de medicamentos en la sociedad, a través de una cartera de servicios que incluya la dispensación activa de medicamentos, la consulta farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

El Programa DÁDER de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico ha conseguido en nuestro medio, desde sus comienzos, resultados preliminares positivos. Se abre así la posibilidad de desarrollar desde la farmacia comunitaria actividades de seguimiento farmacoterapéutico en Argentina.

Finalmente, es tan necesario como posible promover el trabajo multidisciplinario y con un enfoque sistémico en beneficio de la salud pública, con una mejora en la utilización de medicamentos en términos de costo-efectividad.

Bibliografía

- 1- Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000;41:137-43.
- 2- Panel de Consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999;1:107-12.
- 3- Faus MJ, Fernández-Llímós F, Martínez-Romero F, editores. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Casos Clínicos. 1ª edición. Barcelona: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica-Universidad de Granada; 2001.
- 4- Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990;24:1093-7.
- 5- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill;1998.
- 6- Fernández Llímós F. Respuesta del editor [comunicaciones breves]. *Pharm Care Esp* 2001;3:235.
- 7- Herrera Carranza J. Aspectos éticos de la Atención Farmacéutica desde la perspectiva de la cadena terapéutica del medicamento. *Pharm Care Esp* 2001;3:223-6.
- 8- Díez Rodríguez MV, Martín Sobrino N, coordinadoras. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo;2001.
- 9- USP DI. Información de medicamentos. Consejos al paciente. Edición en español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.p.XLIII-XLV.
- 10- Faus Dáder MJ, Martínez Romero F. La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de for-

- mación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm Care Esp* 1999;1:52-61.
- 11- Ley de Farmacias, Droguerías Farmacéuticas, Laboratorios Farmacéuticos y Herboristerías. Ley de la Provincia de Córdoba N°8302 (Agosto 06, 1993).
 - 12- Hepler CD. Regulating for Outcomes as a Systems Response to the Problem of Drug-Related Morbidity. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41:108-15.
 - 13- Consejo de Europa. Resolución Res AP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001;3:216-22.
 - 14- Van Mill JWF. Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria en Europa, retos y barreras. *Pharm Care Esp* 2000;2:42-56.
 - 15- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
 - 16- Martínez Romero F, Fernández Llimós F, Gastelurrutia MA, Perras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la Fase Piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42:53-65.
 - 17- Armando P, Semería N, Tenllado MI, Solá N. Programa Dáder de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico. Manual de Procedimientos. Córdoba (Argentina): Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba-Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Nacional de Córdoba; Marzo 2001.
 - 18- Fontana D. Convenio entre la Universidad y el Colegio de Farmacéuticos para la Implementación del Programa Dáder en Argentina. En: I Simposium de Resultados DÁDER en el Seguimiento Farmacoterapéutico. 2001 Junio 15-16; Gandía, España. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.
 - 19- Armando P, Semería N, Tenllado MI, Solá N. Programa Dáder en Argentina: Resultados del Primer Trimestre de Actividades. *Pharm Care España* 2001;3:196-203.