



EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL ANTE EL NUEVO RETO: EXPERIENCIAS PRÁCTICAS EN CONSULTAS EXTERNAS

Dr. José Luis Poveda Andrés

Jefe de Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete

La verdad es que pocas veces uno encuentra un título tan oportuno y con tanto significado, como el que hoy nos ha traído a todos a este taller. De hecho, los farmacéuticos estamos evidentemente en un proceso de cambio continuo, que no hace replantearnos muchas de nuestras actividades tradicionales y al mismo tiempo y desde esta encrucijada estamos iniciamos nuevos caminos en nuestra práctica profesional que sin duda son retos que estamos dispuestos a abordar. En este marco, intentare explicarles dos experiencia en consultas externas. Dos experiencias que aunque complementarias creo que contienen la diversidad suficiente como para que resulten enriquecedoras en el posterior debate.

Como recordar la historia, entiendo que no es un ejercicio de melancolía, sino la oportunidad de reflexionar sobre los caminos y retos iniciados. Comenzare mi exposición con una fecha, concretamente el día 17 de junio de 1997, fecha que sitúa el primer registro de asistencia farmacéutica en una consulta externa ubicada en el centro de especialidades de Onteniente (Valencia) para un paciente que había sido remitido por el cardiólogo de zona y donde en su hoja de interconsulta se podía leer textualmente. " Ruego valoración y seguimiento del tratamiento.

Esta experiencia iniciada en la consulta externa que tuve el placer de liderar durante más de 2 años, generó una actividad superior a las 1300 consultas correspondientes a la monitorización de cerca de 500 pacientes, y cuyo objetivo principal, no fue otro que es reducir la morbilidad farmacoterapéutica en el hospital y su ámbito de influencia.

Con este planteamiento general y con el respaldo que la actividad asistencial proporciona, abordaremos las siguientes cuestiones: ¿Qué características definen este tipo de consulta? ;¿ Cómo se articulan los procedimientos y actividades necesarios para el desarrollo de la misma?; y sobre todo, ¿ Qué resultados hemos obtenido en nuestro entorno?.

En primer lugar, tanto las actividades como las funciones desarrolladas en la consulta son guiadas por un marco conceptual y filosófico que permite proporcionar atención farmacéutica, por tanto la consulta esta definida fundamentalmente por las siguientes cualidades:

- Su carácter preventivo, mediante intervenciones prospectivas.
- La colaboración con otros profesionales mediante la participación interdisciplinaria

- La interacción directa con el paciente y la asunción por el farmacéutico de responsabilidad en los resultados obtenidos.
- La evaluación continua de la respuesta a la actuación farmacéutica.

En este marco, las actividades y tareas que forman parte del cuerpo de esta consulta se encuentran definidas por los siguientes objetivos:

Proporcionar recomendaciones apropiadas a los problemas farmacoterapéuticos del paciente. Para ello es necesario establecer una cronología de sucesos que nos permita estimar ¿ por qué ocurre el problema terapéutico?, ¿ Dónde está el error que ocasiona este problema terapéutico? .Y por último interrogarnos sobre ¿Cuál es la causa del mismo?

Es un objetivo igualmente, aliviar las preocupaciones y ansiedades que los tratamientos pueden ocasionar al paciente, y esto no sólo por el compromiso de tipo ético que debemos mantener con el paciente, sino y muy especialmente por la exigencia que supone conocer la influencia que en la efectividad terapéutica ejerce este proceso. Por tanto, es una tarea necesaria averiguar las creencias y expectativas que el tratamiento genera en el paciente y en este sentido ayudarle a verbalizar y controlar sus miedos.

En esta misma línea, es una misión de la consulta aumentar los comportamientos responsables de los pacientes con relación a su tratamiento y por tanto es una labor imprescindible aportar información muy comprensible y fácilmente recordable.

Por último, no podemos olvidar que la consulta deber ser un medio idóneo para fortalecer la relación de cooperación entre el farmacéutico y el paciente a través de un proceso que implica en la mayor parte de los casos negociar las recomendaciones terapéuticas y en casi todos los casos motivar su adherencia.

Pero además, este tipo de consulta presenta características muy específicas que la diferencian de otros modelos desarrollados en los hospitales de nuestro país como son las establecidas para la dispensación de medicamentos a pacientes VIH +, pacientes con hepatitis c, fibrosis quística, esclerosis múltiple, etc. y cuya experiencia propia explicare más adelante

En efecto el modelo se basa en un principio de autonomía, caracterizado por la ausencia de un control externo que dirija los flujos de demanda asistencial.

De hecho, la remisión del paciente por parte del médico a la farmacia no obedece en ningún caso a la necesidad de dispensación de un fármaco por imperativo legal, por cuanto no existe realmente ningún acto de dispensación. Y Por otra parte el paciente tampoco es forzado a utilizar la prestación farmacéutica como mecanismo para la obtención de un medicamento, pues no existe este elemento físico que obligue y comprometa la relación entre ambos.

Así, el proceso se inicia con la emisión de una hoja de interconsulta por parte del médico especialista. Este documento es procesado por el departamento de cita previa del centro de especialidades que es el encargado de proporcionar fecha y hora al paciente, en función tanto de la urgencia de la petición, como de la disponibilidad temporal asignada en la consulta

Los pacientes una vez en la consulta son historiadados según el modelo específico que orienta nuestra actividad hacia la búsqueda de problemas terapéuticos. Así a partir de los datos iniciales, obtenidos de la entrevista clínica, datos de laboratorio, y exploración física, se identifican la lista de problemas relacionados con los medicamentos y se priorizan los mismos, estableciendo planes

iniciales y acuerdos sobre las metas y objetivos terapéuticos que van a determinar tanto los procedimientos de actuación como la alianza entre el paciente y el farmacéutico.

Igualmente, se documenta la evolución de los mismos a través de los epígrafes que integran y soportan la metodología SOAP, esto es datos subjetivos, objetivos, valoración y plan terapéutico. Con este soporte estamos en condiciones de elaborar un informe farmacoterapéutico dirigido al médico que solicitó la interconsulta y en donde se indican tanto los PRM identificados, como los procedimientos y actuaciones que se han efectuado en el paciente. Además se proporciona al paciente la hoja global de su tratamiento desde donde se abordan las recomendaciones necesarias para resolver o prevenir nuevos problemas relacionados con los medicamentos. En la mayor parte de los casos la actuación farmacéutica no finaliza con esta primera consulta y el paciente necesita ser monitorizado programándose sucesivas consultas.

Visto el proceso funcional y las tareas asistenciales de la consulta, voy a abordar otros interrogantes que parte de ustedes seguramente estarán ya haciéndose. ¿Que tipos de pacientes son remitidos por los especialistas para la monitorización en la consulta externa?

Antes de abordar la población de pacientes que son remitidos desde estas consultas conviene aclarar previamente algunos aspectos. En primer lugar, con la estructura descrita es el médico quien toma la decisión de quien necesita atención farmacéutica. Este hecho si bien es una ventaja para justificar documentalmente el incremento de demanda asistencial y por tanto la necesidad de aumentar el tiempo de atención farmacéutica, presenta la desventaja de excluir pacientes que probablemente se beneficiarían de esta atención pero que no son remitidos por diferentes motivos.

Por tanto, es particularmente útil que entre ambos profesionales delimiten la población subsidiaria de atención farmacéutica y en este marco nuestra disponibilidad temporal y los recursos de personal asignados en el servicio son los parámetros que probablemente más van a delimitar tanto el volumen como las características de los pacientes. En cualquier caso no deben ustedes olvidar que esta selección y priorización lleva asociado importantes conflictos de contenido ético, pero creo que es una forma excelente de iniciar esta actividad sobre todo si esperamos una expansión futura proporcional a la calidad y al valor de los servicios ofrecidos.

En nuestro caso, las especialidades médicas que remitieron pacientes, fueron en estos dos años cardiología, medicina interna, neurología, reumatología y el modelo aplicado se ha basado en la gestión de grupos de riesgo, que delimita la población subsidiaria a pacientes con resultados clínicos negativos y que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos

- Pacientes geriátricos, en especial los de bajo peso corporal, con dificultades cognitivas, sensitivas o motoras o bien alteraciones hepáticas y renales

Pacientes con politerapia y particularmente los de más 5 especialidades farmacéuticas,

Pacientes con medicamentos con elevada variabilidad farmacocinética y farmacodinámica.

Pacientes con enfermedades específicas que requieren regímenes terapéuticos complejos de larga duración y con gran repercusión sociosanitaria.

Brevemente para cerrar este modelo algunos de los resultados en términos clínicos, humanísticos y económicos, y que es posible que contengan limitaciones metodológicas pero que han surgido tanto de la necesidad de medir y verificar nuestra actividad como de la obligación de racionalizar unos recursos que no son ilimitados.

Por ejemplo, la evolución de los perfiles de digoxinemia forma parte de los indicadores clínicos intermedios clínicos que de forma implícita podemos correlacionar con la optimización farmacoterapéutica. En este marco, cuando observamos la distribución de los niveles plasmáticos de digoxina en 148 pacientes en su primera y última consulta. Podemos apreciar como el número de pacientes que han normalizado sus niveles ha evolucionado desde 77 a 122 pacientes, es decir una efectividad del 63,38%.

Es un resultado interesante, pero si pudiéramos predecir cual es la yatrogenia evitada, seguramente estaríamos en condiciones de aportar datos sobre los costes soslayados cuando se aplican programas de atención farmacéutica.

Con este fin hemos utilizado el soporte informático Pred Tox que a través del uso de redes neuronales y concretamente el perceptron multicapa con 11 entradas correspondiente a cada uno de los factores de riesgo, 5 nodos en la capa oculta y un nodo de salida, permite la clasificación correcta del 86% de los pacientes con riesgo de ingreso hospitalario por intoxicación con digoxina. Pues bien, los resultados de esta aplicación señalan que en nuestro ámbito al menos 40 pacientes, él (27,02)% de los evaluados presentaba un alto riesgo de ingreso por intoxicación digitalica, pero sólo se produjo este evento en uno de los pacientes durante los dos años de seguimiento, por tanto 39 pacientes con una alta probabilidad han evitado su ingreso, situación que solo en costes de hospitalización supone ahorrar más 100000 €, sin considerar la mortalidad evitada.

Otro grupo del que disponemos de suficiente casuística es el referido a pacientes con enfermedad cardiaca coronaria que han sufrido un infarto de miocardio o un evento relacionado con cardiopatía isquémica y que por tanto esta indicada el control de su perfil lipídico como prevención secundaria. Así diversas sociedades médicas han ratificado la necesidad de alcanzar niveles de LDL-c inferiores a 130 mg/dl con el fin de reducir la morbi-mortalidad en estos pacientes. En este marco, iniciamos una cohorte con 76 pacientes procedentes de la consulta de cardiología y medicina interna que con tratamiento dietético y farmacológico durante más de 3 meses no habían logrado el mencionado objetivo terapéutico.

Pues bien los resultados demuestran que menos del 68% de los pacientes cumplen con mas del 75% de las dosis prescritas y además cuando se correlacionan estos resultados con la variación de su perfil lipídico, la asociación confirma el enorme impacto que en la eficacia presenta la adherencia al tratamiento, con reducciones superiores al 40% en los niveles medios de LDL en el subgrupo de pacientes más cumplidores, reducción que por otra parte duplica el valor medio obtenido para el conjunto de la población. Estos datos confirman el verdadero talón de Aquiles de esta terapia y nos sitúan el núcleo central de nuestra actuación. En cuanto a la obtención del objetivo terapéutico, esto es niveles de LDL inferiores a 130 mg/dl, 40 pacientes de los 76 iniciales han alcanzado después de 6 meses de tratamiento el objetivo propuesto, siendo la efectividad del programa del 55,5%

Por último para acabar con este modelo algunos datos epidemiológicos de carácter observacional que nos puede ayudar a investigar el efecto que en las urgencias de pacientes cardiólogos han tenido los programas multidisciplinarios de resolución de problemas farmacoterapéuticos iniciados entre cardiología y farmacia. De hecho, cuando analizamos los datos referidos a urgencias atendidas en población con o sin patología cardiovascular en los periodos temporales pre y post implantación de la consulta de farmacia, los valores obtenidos indican que el riesgo relativo de 1,41 (1,28-1,55) es altamente significativo y nos permite vislumbrar con las limitaciones propias del entorno como la actividad desarrollada desde la consulta de farmacia ha contribuido en esta población a la disminución de su morbilidad, y por tanto de su ingreso hospitalario.

Otro modelo, surgido a partir de las disposiciones legales que obligaban a los servicios de farmacia de farmacia a dispensar medicamentos, que inicialmente contemplaban los fármacos incluidos en el denominado prosereme, y que hoy conforman un abanico amplísimo de especialidades farmacéuticas y abarcan multitud de procesos clínicos.

Un sistema que inicialmente tuvimos que diseñar para la dispensación de medicamentos, y que ha ido aumentando exponencialmente la carga asistencial de los Servicios de Farmacia, en nuestro caso en el último año se efectuaron 15000 actos de dispensación, con un incremento de actividad en el último trienio que se aproxima al 25%. Y cuya repercusión económica, ha minado los presupuestos hospitalarios, y alcanza cuotas en nuestro hospital que superan 38% de todo el capítulo de gastos de farmacia

Un modelo que inicialmente, era por tanto de recogida de medicamentos, y que evoluciono al que yo denomino modelo de dispensación ilustrada, en el que el farmacéutico a demanda del paciente efectuaba información de medicamentos, pero que realmente le otorga al farmacéutico un papel muy pasivo en el circuito asistencial y que a mi juicio, escasamente aprovecha los recursos que este profesional puede ofrecer a la organización. Y donde, difícilmente cumple con los principios normativos de ética, calidad, eficiencia, utilidad y equidad que deben regir cualquier servicio sanitario, y especialmente aquellos que contribuyen a la salud de los pacientes.

Desde este planteamiento normativo expuesto consideramos los miembros del equipo en el servicio de farmacia de complejo hospitalario de Albacete que era necesario abrir las puertas a nuevos modelos de relación entre el farmacéutico y el resto del equipo asistencial, y especialmente en nuestra relación con el paciente.

Con esta orientación al paciente y con las bases que lleva implícita la atención farmacéutica, iniciamos en febrero del 2000 un modelo centrado en el paciente y cuya actividad principal de la consulta se centra en el desarrollo de la entrevista motivacional. Un modelo pues, que utiliza la tecnología que proporciona la entrevista clínica, en sus distintas fases exploratoria y resolutoria. Que entiende que el proceso básico es la comunicación con el paciente, en un contexto específico surgido de la aplicación del counseling, y cuya documentación en la historia clínica del paciente, permite el aprovechamiento de todo el equipo asistencial. Un modelo cuyos principios cualitativos de relación con el paciente, son la empatía, la calidez, el respeto y la asertividad.

Así, con este nuevo modelo, realizamos en el servicio de farmacia en el año 2000, 136 primeras consultas, y 568 segundas, valores que se han incrementado en el año 2001 hasta las casi 200 primeras consultas, y más de 1500 segundas. Un modelo que permite que afloren las demandas latentes del paciente, y cuya técnica exploratoria de apoyo narrativo ha permitido identificar problemas relacionados con los medicamentos en la primera consulta en el 23% de los pacientes y en las consultas sucesivas permite identificar prm hasta el 50% de los pacientes.

Conviene especificar que en este modelo de entrevista motivacional, el paciente después de la primera entrevista puede optar por obtener directamente los medicamentos sin que existan posteriores encuentros con el farmacéutico, o continuar con el programa. Realmente pocos pacientes han abandonado el modelo y así el 82% de los pacientes ha continuado con sucesivas consultas.

Las intervenciones más frecuentes realizadas en la consulta, se encuadran en el marco de la mejora de la adherencia, el ajuste individual del esquema posológico, la provisión de educación sobre su salud y tratamiento y la prevención de interacciones y RAM. los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de la terapia antiretroviral en pacientes VIH+. Cumplimiento estimado en función de las dosis dispensadas y clasificadas como de bajo cumplimiento, cuando el

paciente deja de recoger más del 20% de las dosis, de cumplimiento intermedio cuando la falta de medicamento supera el 5% de las dosis que necesita el paciente, y de alto cumplimiento cuando el paciente no existe ningún periodo de tiempo que exceda la falta de medicamentos en el 5% de las dosis.

Pues bien, aún con las limitaciones de todos conocidas que proporciona este indicador indirecto del cumplimiento, como es la recogida de medicamentos, los resultados no pueden ser más concluyentes, los pacientes clasificados como de alto cumplimiento se incrementaron un 50%.

Finalmente, sobre todo dado que este foro reúne a directores económicos y gerentes, una llamada no solo por la importancia que la consulta puede tener en términos de salud para el conjunto de la población, sino también en términos económicos. Así pueden observar el importe económico que supone la devolución de medicamentos, medicamentos que no hace falta que vuelva a pagar el servicio de salud, y como este se ha incrementado en nuestro hospital hasta alcanzar los casi 23 millones casi el 5% del importe de adquisiciones para pacientes externos. Compartirán conmigo que pocos profesionales pueden presentar en su actividad un índice beneficio coste más elevado.

Espero que estas reflexiones, y la decisión institucional que ya se ha producido en la Comunidad Valenciana hace casi un año, donde se ha regulado por ley la necesidad de crear las unidades de pacientes externos en todos los hospitales y la obligatoriedad de dotar con nuevos farmacéuticos estas unidades de pacientes externos, sean estímulo suficiente para que empiecen a considerar su utilidad aquellos que tienen las posibilidades y la capacidad de dotar de recursos estas consultas.