

■ CASO CLÍNICO

El derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento: caso clínico de optimización de la farmacoterapia

The patient's right to decide on their treatment: a clinical report of medicines optimisation

Reynaga C¹, González Valdivieso M², Alonso Garre C², Verdú Calvo J²

¹Facultad de Farmacia Universidad de Buenos Aires, ²Farmacéuticos Comunitarios

ABREVIATURAS:

IMC: Índice de masa corporal; UOF: Optimización de la Farmacoterapia; HTA: Hipertensión arterial; MAPA: Medida Ambulatoria de la Presión Arterial; PRM: Problemas Relacionados con la Medicación (PRM); RAM: Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

El intercambio de conocimientos y experiencias entre el farmacéutico y el paciente es parte fundamental en la práctica asistencial de la Optimización de la farmacoterapia, para que así el paciente pueda obtener los mejores resultados de sus medicamentos.

Descripción del caso:

VRS es una mujer de 77 años de una pequeña ciudad española. Ha trabajado desde niña por lo que no ha podido completar su educación básica.

Su índice de masa corporal (IMC) es 24,6 y su perímetro abdominal 93 cm. No toma alcohol habitualmente y ha sido fumadora pasiva. Su dieta es variada y no tiene alergias. No presenta dificultades para desplazarse pero no realiza ejercicio. Tampoco manifiesta pérdida de memoria.

Se siente deprimida debido a problemas de salud de su marido y la reciente muerte de su hermana. No le cuesta conciliar el sueño.

En 1988 padeció un cáncer de mama cuyo tratamiento, incluyendo una histerectomía, consiguió resultados positivos. Superar un cáncer ha generado en VRS una elevada tolerancia a las *Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)*.

Fecha de recepción: 07/05/14 Fecha aceptación: 03/09/14

Correspondencia: M. González
Correo electrónico: maria@farmacialabarbera.com

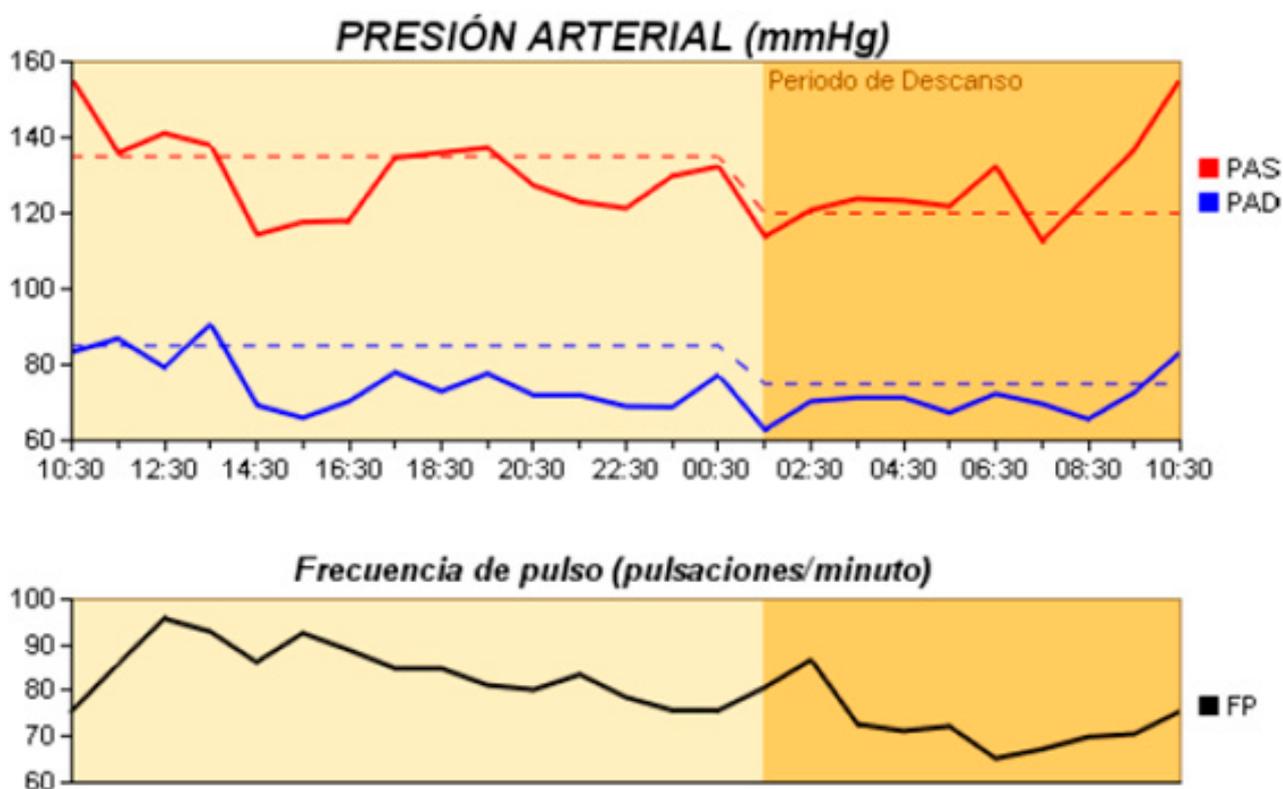
Reynaga C¹, González Valdivieso M², Alonso Garre C², Verdú Calvo J²

Recientemente se le ha diagnosticado: *discartrosis, osteoporosis, hernia de hiato y hernias cervicales*. Sufre frecuentes dolores de espalda y rodilla que según la paciente sólo se alivian con el uso de **celecoxib**, y esta mejoría es lo que le permite llevar una vida socialmente activa.

A mediados del 2013 padeció una úlcera ocular y actualmente tiene cataratas. No ha notado cambios significativos en la visión, pero sí una disminución auditiva. Manifiesta hipersalivación desde septiembre del 2013.

En diciembre acude a la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) por su preocupación en el control de su hipertensión arterial (HTA), para la cual se le prescribió **enalapril 20mg**. Además, la paciente toma **AAS 100mg, omeprazol 20mg, celecoxib 200mg, alprazolam 1mg** y ocasionalmente **hidróxido de magnesio**.

VRS tiene antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares y durante el último año ha padecido episodios de ictus e HTA. En enero del 2014 en nuestra UOF se le realizó una Medida Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), clasificando a la paciente como *non-dipper*.



Además toma homeopatía y siente gran confianza y predilección por las recomendaciones de su homeópata; éste es una persona muy influyente en las decisiones terapéuticas de VRS.

Reynaga C¹, González Valdivieso M², Alonso Garre C², Verdú Calvo J²

Optimización de la Farmacoterapia:

Encontramos diversos problemas relacionados con la medicación (PRM) a optimizar, sin embargo, priorizamos la prevención de eventos cardiovasculares.

Se propone la retirada del **celecoxib** por contraindicación en ficha técnica y por sospecha de desarrollo de efectos adversos como HTA, úlcera ocular e ictus.

Se debe valorar la posibilidad de administrar un AINE de acción local (**diclofenaco** en gel) para tener menos reacciones adversas y/o en combinación con **naproxeno** oral para los momentos de mayor dolor por ser el AINE de menor riesgo cardiovascular.

Se sugiere que el **enalapril** sea administrado al acostarse y así minimizar riesgos al reducir la presión arterial nocturna (paciente non-dipper).

Después de una búsqueda bibliográfica no encontramos referencias de hipersalivación entre las RAM de los medicamentos que toma VRS. Sin embargo, podría asociarse a los ictus sufridos.

Resolución del Caso

VRS no remitió nuestro informe a su médica de familia, por lo que el **celecoxib** sigue figurando en su receta electrónica. Sólo informó a su homeópata, quien le aconsejó (además de productos homeopáticos) que probara 15 días con **diclofenaco** gel y **naproxeno** oral para los momentos de mayor dolor, pero que si no funcionaba, retomara **celecoxib** argumentando que “todos los medicamentos tienen RAM”.

Discusión

a) Desde la UOF:

El primer inconveniente que nos encontramos es la falta de información: nos vemos obligados a deducir la patología por medio del CIE9 y de lo que entendió el paciente en consulta.

CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLÓGÍA	FECHA INICIO	RESPUESTA
HIPERTENSION ESENCIAL	401	dic-13	Crónico	Mejoría parcial		ENALAPRIL BELMAC 20MG 28 C	1-0-0-0	30/12/2013	Efectividad
REFLUJO ESOFAGO	530.81	años	Crónico	Estable		ALPRAZOLAM ARISTO 1MG 30	0-0-0-1	más de 10 años	Indicación
REFLUJO ESOFAGO	530.81	años	Crónico	Estable		OMEPRAZOL ZENTIVA 20MG 28	0-0-0-1		
DESPLAZAMIENTO DISCO LUMBAR SIN MI	722.10	años	Crónico	Aún sin mejoría		ARTILOG 200MG 30 CAPSULAS	0-1-0-0	2012	Seguridad
CEFALEA	784.0	ago-13	Crónico	Estable		ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS	0-1-0-0	2013	
ESTREÑIMIENTO (+)	564.0					Hidróxido de Magnesio	0-0-0-1		

No poder acceder al historial clínico de los pacientes, no sólo constituye una falta de información a los pacientes sino que dificulta la acción del farmacéutico.

¿Quién decide finalmente cuál será el tratamiento a seguir?

Al seguir prescrito **celecoxib** y, además, **naproxeno** y **diclofenaco** en gel, se aborda una única patología a través de tres tratamientos diferentes. Esto se ve agravado por la contraindicación de suministrar dos AINEs conjuntamente

Reynaga C¹, González Valdivieso M², Alonso Garre C², Verdú Calvo J²

y por el aumento significativo del riesgo cardiovascular.

Si es el médico el que decide: ¿cuál de los dos debe tomar la decisión?, ¿estará libre de intereses económicos?, ¿Se toma el tiempo para analizar la posible relación entre el deterioro de la salud de la paciente y el **celecoxib**?, ¿Elige realmente el tratamiento de mayor evidencia científica y coste-efectivo?.

Si la decisión correspondiese al paciente, con el argumento de que es él mismo el que padece las consecuencias del tratamiento, tendría que tenerse en cuenta que, para que el paciente pueda tomar esa decisión, necesita conocer y entender todas las opciones terapéuticas con sus ventajas y desventajas. En este caso ¿están todos los profesionales del equipo de salud prestando correctamente sus servicios?. Por otro lado ¿puede el paciente decidir el tratamiento sin consideración alguna con el gasto?

Uno de los cometidos de las UOF es la de proporcionar al paciente herramientas concretas para que pueda decidir sobre su salud, con la intervención propuesta desde esta Unidad podría disminuir el coste al Sistema Nacional de Salud, la frecuencia y la gravedad de las reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Los tres actores (médico, farmacéutico y paciente) están en condiciones de hacerse cargo de esta decisión pero, a diferencia de países más avanzados, el rol del farmacéutico se encuentra siempre limitado a la colaboración y a la vigilancia de la salud pública.

Estos nuevos desafíos brindan la posibilidad al farmacéutico para abandonar su cometido tradicional y propiciar el desarrollo de otro más activo que sea capaz de responder a las necesidades actuales de los pacientes. Como profesionales cualificados, tenemos la responsabilidad de abandonar el papel de mero observador y exigir un trabajo interdisciplinario imprescindible para responder a estas problemáticas que afectan no sólo al paciente, sino a la toda la sociedad.

b) Desde la Farmacia Comunitaria:

1. Siempre existirá un potencial conflicto de intereses. Esta intervención por parte de la UOF, que pretendía beneficiar la salud de la paciente, puede interpretarse comercialmente como positiva, ya que la paciente aumentó su número de fármacos (a pesar de que no fue la intervención propuesta).
2. Nos interrogamos sobre la utilidad real de la negativa a dispensar, no sólo por una contraindicación, si no por el desarrollo de RAM más graves que la patología que se está tratando. Pero negar la dispensación en nuestra Farmacia no garantiza que no se dispensará en otra.

Esto se traduce en una necesidad del farmacéutico al derecho a bloquear las dispensaciones frente a causas como la que planteamos y su posterior evaluación por parte de la Autoridad Sanitaria. Contamos con el antecedente de Canadá donde el farmacéutico puede hacerlo y además es remunerado por ello.

Reynaga C¹, González Valdivieso M², Alonso Garre C², Verdú Calvo J²

Bibliografía

1. Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; Issue 9. Art. No.: CD007400. DOI: 10.1002/14651858.CD007400.pub2.
2. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. PLoS Medicine. 2011; 8 (9): e1001098 DOI: 10.1371/journal.p
3. Ramón C. Hermida, Michael H. Smolensky, Diana E. Ayala, Francesco Portaluppi, Comité de Revisión: Juan J. Crespo, Fabio Fabbian, Erhard Haus, Roberto Manfredini, Artemio Mojón, Ana Moyá, Luis Piñeiro, María T. Ríos, Alfonso Otero, Horia Balan y José R. Fernández. Recomendaciones 2013 para el uso de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para el diagnóstico de hipertensión en adultos, valoración de riesgo cardiovascular y obtención de objetivos terapéuticos (resumen). Clin Invest Arterioscl. 2013; 25(2):74-82
4. Ficha Técnica ARTILOG 200MG. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/63891/FT_63891.pdf (Acceso marzo 2014)
5. Ficha técnica Enalapril 20 mg: Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/63257/FT_63257.pdf (Acceso marzo 2014)
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> (acceso marzo 2014)