Lat. Am. J. Pharm. **22** (4): 351-4 (2003) Recibido el 7 de junio de 2003 Aceptado el 1° de agosto de 2003

Atención Farmacéutica en Pacientes Ambulatorios con Trastornos Psiquiátricos

Gerardo Abraham FRIDMAN y Ester Julia FILINGER*

Cátedra de Farmacia Clínica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires. Junín 956, 6º Piso. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN. El presente artículo aborda de una manera introductoria la evolución desde la Farmacia Clínica hasta la Atención Farmacéutica y su aplicación en el ámbito de la Salud Mental. Se explica el papel que el farmacéutico de oficina puede realizar a fin de mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes con trastornos psiquiátricos en el ámbito ambulatorio.

SUMMARY. "Pharmaceutical Care in Psychiatric Outpatients". This article broaches in an introductory way the evolution from the Clinical Pharmacy to the Pharmaceutical Care and their application in the mental health. It is explained the rol that the pharmacist in a community pharmacy can do with the purpose of the improvement of health and quality of life of psychiatric outpatients.

INTRODUCCION

Los cambios sufridos por la profesión farmacéutica desde su separación de las ciencias médicas en el siglo XVIII están íntimamente relacionados a la evolución socioeconómica que se produjeron a través del tiempo. Lo mismo sucedió tanto con la educación como con la práctica farmacéutica.

Durante su desarrollo, la humanidad ha pasado por tres períodos, conocidos sucesivamente como Era Agrícola, Era Industrial y Era Informacional.

Estos períodos se corresponden con las distintas etapas de la práctica y educación farmacéutica, denominadas Etapa Empírica, Etapa Científica y Etapa de Atención al Paciente.

La *Era Agrícola* se correlaciona con la *Etapa Empírica* que se prolonga aproximadamente hasta 1940. En este periodo la actividad profesional farmacéutica estaba centrada en el medicamento. El boticario preparaba los medicamentos en su oficina de farmacia y sus responsabili-

dades eran obtener, preparar y garantizar la calidad de los medicamentos que se utilizaban. Durante este periodo la educación farmacéutica se basaba en Farmacognosia y Farmacia Galénica.

La Era Industrial se correlaciona con la Etapa Científica que va desde fines de la Guerra hasta 1970. Es una etapa transicional en la cual la actividad profesional se orientó a la producción industrial del medicamento y, por ende, la responsabilidad profesional se centró en la distribución de dichos medicamentos. Durante la década del sesenta se introduce el concepto de Farmacia Clínica como la atención farmacéutica orientada hacia el paciente. Con esta orientación surge la necesidad de reprofesionalización del farmacéutico por pérdida de funciones en la atención de la salud de la población. Además es durante este período en el que aparecen los centros de información de medicamentos y los programas de farmacovigilancia.

La Era Informacional se correlaciona con la

PALABRAS CLAVES: Atención Farmacéutica, Calidad de Vida, Farmacia Clínica, Intervención Farmacéutica, Pacientes Psiquiátricos.

KEY WORDS: Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, Pharmaceutical Intervention, Psychiatric Patients, Quality of Life.

* Autor a quien dirigir la correspondencia. E-mail: efilin@ffyb.uba.ar

ISSN 0326-2383 351

Etapa de la Atención al Paciente, desde 1970 hasta nuestros días. En este período se produce un cambio profundo en el enfoque de la profesión, centrada en el paciente y sus problemas, conocido como Atención Farmacéutica ("Pharmaceutical Care"). En esta etapa la responsabilidad es prevenir y/o resolver los Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs). La educación se basa en la Farmacología, la Biofarmacia, la Informática y la Comunicación.

FARMACIA CLÍNICA

Es la Ciencia de la Salud cuyo propósito es asegurar, mediante la aplicación de conocimientos y funciones relacionadas con el cuidado de pacientes, que el uso de medicamentos sea seguro y apropiado. Necesita de educación especializada y entrenamiento estructurado. Requiere además, que la recolección e interpretación de datos sean juiciosas, que exista motivación por parte del paciente e interacciones interprofesionales 1-3.

Sus *áreas de aplicación* son: a) Farmacias de hospital y consultorios de atención primaria, b) Laboratorios de Farmacia Clínica, c) Docencia e investigación, d) Oficinas de farmacias y e) Otras áreas (Ministerio de Salud, Agencias estatales de control y registro de medicamentos, industria farmacéutica).

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Es la provisión responsable de una terapia con medicamentos destinada a alcanzar resultados definidos que mejoren o preserven la calidad de vida del paciente ⁴⁻⁹. Esos resultados serían: a) Curación de la Enfermedad, b) Eliminación o reducción de la sintomatología, c) Detención o disminución del progreso de la enfermedad, d) Prevención de una enfermedad o una sintomatología e) .

En este contexto las principales funciones del farmacéutico son: a) Identificar los *Problemas Relacionados con Medicamentos* (PRMs) reales o potenciales, b) Resolver los PRMs reales y c) Prevenir los PRMs potenciales.

Cuando los medicamentos son usados para el tratamiento de los pacientes, el objetivo fundamental de todas las partes involucradas es lograr el resultado terapéutico óptimo, que se alcanza cuando no existen PRMs ¹⁰. Un PRM es un problema de salud, vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados esperados de salud en el paciente.

Los PRMs no resueltos o no reconocidos co-

mo tales pueden manifestarse como enfermedades relacionadas con el uso de medicamentos. A su vez estas enfermedades pueden llevar a la muerte ¹⁰ si tenemos en cuenta las siguientes consideraciones: a) El paciente no usa el medicamento que necesita, b) El paciente usa medicamentos que no necesita, c) El paciente usa un medicamento mal seleccionado, d) El paciente usa una cantidad insuficiente del medicamento correcto, e) El paciente usa una cantidad excesiva del medicamento correcto, f) El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa medicamentosa (RAM), g) El paciente usa medicamentos que le provocan interacciones, h) El paciente no cumple con el tratamiento prescrito.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Desde el punto de vista farmacéutico se enfocan las patologías psiquiátricas de acuerdo a los mecanismos de acción de las drogas que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central ¹¹: a) Hipnóticos y Ansiolíticos, b) Drogas Anticonvulsivantes, c) Drogas usadas en Parkinsonismos, d) Drogas Antipsicóticas-Neurolépticos, e) Drogas Antidepresivas, f) Hipnoanalgésicos (analgésicos narcóticos), g) Drogas Psicoactivas y h) Anestésicos Generales.

Además en la Atención Farmacéutica de los pacientes psiquiátricos hay que tener en cuenta los siguientes aspectos ¹²⁻¹⁵:

RAMs Frecuentes: Por ejemplo los efectos extrapiramidales producidos por muchos de estos fármacos, daño neurológico producido por benzodiazepinas, taquicardias con el uso de psicoestimulantes, efectos anticolinérgicos (boca seca, constipación, retención líquida, visión borrosa, etc.), así como aumento de peso por el uso de antipsicóticos, entre otros ¹⁶⁻¹⁹.

Enfermedades concomitantes: Cardiopatías, hipo e hipertiroidismo, gripe, problemas gastrointestinales, ciertas interacciones como: potenciación del efecto tóxico de digoxina con diazepam, disminución de la absorción de benzodiazepinas con antiácidos orales, potenciación del efecto hipoglucemiante de los hipoglucemiantes orales e insulina por IMAOs, riesgo de arritmias del litio con verapamilo, disminución de la acción de levodopa con clonidina, etc. ¹⁶⁻²⁰.

Cumplimiento de los Tratamientos: Se define como el grado de coincidencia entre la conducta de los pacientes y el consejo de los profesionales de la salud acerca del uso de los medicamentos y cambios o ajustes en los hábitos de vida. Advertir sobre efectos colaterales, sobre la cronicidad del mismo, toma de conciencia a familiares y/o personas a cargo, etc. ^{1,2,11}.

Interacciones Medicamentosas: Uso concomitante de IMAOs y antidepresivos tricíclicos, uso de preparados para adelgazar, aceleración del metabolismo hepático por barbitúricos, disminución del metabolismo hepático de los barbitúricos por IMAOs con el aumento de su toxicidad, uso de inhibidores altamente selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina o fluvoxamina con triptofano, litio o IMAOs que puede producir el síndrome serotoninérgico caracterizado por hipertermia, temblor y convulsiones, el uso de diazepam disminuye el efecto de ciertas drogas antiparkinsonianas y el sinergismo de benzodiazepinas con otros depresores del SNC 16-21.

Cuidados específicos: Uso del alcohol, tabaco e infusiones psicoestimulantes como café, té y mate que disminuyen la eficacia de drogas como litio y haloperidol. Las dietas del queso con IMAOs, dietas para disminuir o eliminar algunos síntomas molestos como la constipación o sequedad bucal, aumento de la excreción renal del litio con sales de sodio cuidando la ingesta, aumento de la biodisponibilidad del litio con las comidas, disminución de la absorción de levodopa con alimentos proteicos, etc. 1,2,11,12,16-19.

Grupos de Riesgo: embarazo (categorías A, B, C, D y X), lactancia, gerontes, niños, etc ^{12,16-19}. Uso de Medicación de Venta Libre ²².

Monitoreo y Seguimiento: Tenemos aquí varias formas de realizarlo; relacionarnos con el médico tratante ²³⁻²⁵ y con los familiares del enfermo, usar los test diagnósticos estandarizados para las distintas patologías o utilizar valores de laboratorio ^{1,2,4-9}.

Factores Farmacotécnicos: Necesidad de cambiar la vía de administración, la forma farmacéutica, imposibilidad de preparación de cierta forma farmacéutica, maximización de la toma, etc.

Psicoeducación: Está íntimamente relacionada al cumplimiento del tratamiento, dado que se evalúa por la importancia que el paciente asigna al mismo. Es uno de los factores fundamentales para el éxito terapéutico 1,2,4,-9,11.

Cabe señalar que en los últimos años se ha observado un aumento en el uso de medicamentos, muchas veces irracional, para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos ^{26-,28}. A esto debemos sumar un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1996 ^{29,30}, en donde se señala que los problemas psiquiátricos han sido subestimados, ya que cinco de las diez mayores causas de discapacidad mundial son psiquiátricas, como la depresión unipolar, el abuso de alcohol, la depresión bipolar, la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Por lo tanto, uno de los objetivos de la OMS es tratar de reducir la aparición de éstos problemas psiquiátricos.

La primer reunión entre farmacéuticos involucrados con la psiquiatría tuvo lugar en Inglaterra hace más de una década. Este evento dio origen a la creación de un grupo de farmacéuticos europeos orientados a la implementación de la Atención Farmacéutica en el área de la psiquiatría y la neurología.

De ahí que los objetivos que debemos plantearnos para implementar la Atención Farmacéutica de este tipo de pacientes deben estar orientados a mejorar la calidad de vida del mismo. Para ello es fundamental: a) Detectar e informar los PRM ¹⁰, b) Interactuar con el médico ²³⁻²⁵, c) Observar y analizar las posibles complicaciones de las diferentes patologías psiquiátricas ^{11,12,18,19}, d) Enfatizar en el paciente todo aquello que mejorará la eficacia del tratamiento como ser cumplimiento del tratamiento, toma de conciencia de su cronicidad , cuidados específicos ^{1,2,11,12}

CONCLUSIONES

Como consecuencia de lo expuesto surge la necesidad no sólo de desarrollar grupos de trabajo entre farmacéuticos, médicos psiquiatras y clínicos sino también de lograr la capacitación de farmacéuticos especializados en el área de la psiquiatría para poder brindar una verdadera atención farmacéutica en este grupo de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arancibia, A., E. Cid, C. Domeq, C. Paulos, M. Pezzani, E. Pinilla, M. Rojas, I. Ruiz & M. Vargas (1993) "Fundamentos de la Farmacia Clínica". Facultad de Ciencias Químicas y Farma-
- céuticas, Universidad de Chile. Ed. PIADE, Santiago de Chile, págs. 3-12 y 27-36.
- 2. Bonal de Falgás, J. (1999) *"Farmacia Clínica"* Vol. II, Ed. Síntesis, Madrid, págs 195 a 244.

- 3. Leape, L.L., D.J. Culien & M. Dempsey Clapp (1999) *J. Amer. Med. Assoc.* **282**: 267-70.
- Hepler, C.D. & L.M. Strand (1990) Amer. J. Hosp. Pharm. 47: 533-43.
- 5. The International Pharmaceutical Federation (1993) "The Tokio declaration. Standard for quality of Pharmacy Services", Amsterdam.
- 6. World Health Organization (1993) "Second Meeting on the Role of the Pharmacists in Health Care System". (Q.H.O./PHARM/94.569). Tokyo, Aug 31 Sept 1.
- 7. American Pharmaceutical Association (1992) "An APhA white paper on the role of the pharmacist in comprehensive medication use management; the delivery of pharmaceutical care", American Pharmaceutical Association, Washington, DC.
- 8. Gascón Lecha, M.P. (1998) *El farmacéutico* (**200** supl): 12-4.
- 9. Hepler, C.D. (1993) Pharmacother. 13: 64S-9S.
- 10. Strand, L.M., P.C. Morely, R.J. Cipole, R. Ramsey & G.D. Lansam (1990) *Ann. Pharmacother.* **24**: 1093-7.
- 11. Zaragoza García, F. (2001) "Farmacología y Farmacoterapia. Plan Nacional de Formación Continuada. Módulo III: Farmacología del Sistema Nervioso", Confederación Farmacéutica Argentina, Buenos Aires.
- 12. Curtis, J.L., B.A. Di Paula, J.A. Dophendie, M.A. Fuller, S.K. Gutherie & L.S. Tyler (2001) "Psychiatric pharmacy practice speciality certification. Examination review course". American Society of Health-System Pharmacy, Seat-
- Sommi, R. & R. Evans (1991) Amer. J. Hosp. Pharm. 48: 1185-6.
- 14. Stimmel, G.L. (1977) Hospitals 51: 71-4.
- 15. United Kingdom Psychiatric Pharmacy Group. (1997) "Clinical Pharmacy Standards for Mental Health".

- Berkow R & M.H. Beers (1994) "El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento". Ed. Harcourt-Brace, 10ma Edición. Madrid, págs. 1509-1604.
- Flathery, J.A., R.A. Channon & J.M. Davis (1991) Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento. Ed Médica Panamericana S.A., México, págs. 26-60
- Hardman J.G., L.E. Limbid, P.B. Moliniff, R.W. Ruddon & A. Goodman Gilman (1996) Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Médica Panamericana S.A. 9na edición, México D.F., págs. 423-90.
- Moizeszowicz, J. (1998) Psicofarmacología Psicodinámica. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Ed Paidos, 4ta Edición. Buenos Aires.
- Suñé Arbusá, J.M. (1997) Manual de interacciones medicamentosas. Ed. JIMS. Barcelona.
- Páez I Vives F. (1993) Psicofármacos. Interacciones medicamentosas. Ed. JIMS, 1ra Edición. Barcelona.
- 22. Fundación CONAMED (2002) *Formulario terapéutico 2002.* Ed. CONAMED. Buenos Aires.
- 23. Ferro, L.A., R.E. Marcrom & L. Garret (1998) *J. Amer. Pharm. Assoc.* **38**:655-64.
- 24. Fridman, G.A. & J.E. Filinger (2002) *Pharm. Care Esp.* **4**: 242-4.
- 25. Klopfer, J.D. & T.R. Einarson (1990) *Hosp. Pharm.* **25**: 830-6.
- 26. Fridman, G.A., C. Bregni & C.A. Zimerman (2002) *Ars Pharmaceutica* **43**: 1-2: 5-12.
- 27. Britten, N., S. Brant, A. Cairns & W.W. Hall (1995) *J. Clin. Pharm. Ther.* **20**: 199-205.
- 28. Horgerzeil, H.V. (1995) *Brit. J. Clin. Pharma-col.* **36**: 1-6.
- 29. Nation for Mental Health (1997) *Report of a technical consultation*, Geneva.
- 30. Greenberg, P.E., L.E. Stiglin & S.N. Frankelstein (1993) *J. Clin. Psychiatry* **54**: 405-18.