

CARTAS AL DIRECTOR

Carta al director

Letter to the Editor

Sr. Director:

La reciente publicación en su revista del artículo «Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas»¹, nos ha suscitado algunas reflexiones sobre la corta historia que en nuestro país aún tiene la Atención Farmacéutica (AF), y la necesidad de mayor integración que la conseguida hasta ahora.

Los autores dicen en la introducción *que consideran necesario evaluar la AF integrada y establecer así un modelo de AF que pueda ser reproducible*, objetivo que desde su inicio en 2004 ha perseguido el grupo de FORO de AF, integrado por las tres asociaciones profesionales de farmacéuticos, SEFH, SEFAP y SEFAC, además de la Fundación Pharmaceutical Care, el Grupo de investigación en AF de la Universidad de Granada, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la Real Academia de Farmacia y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Documento de Consenso de FORO de AF publicado en 2008² define servicios, términos y procedimientos que en el trabajo publicado no encontramos asumidos ni utilizados, señalando a continuación algunos ejemplos:

1. Llama la atención que no se asigna el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a un profesional farmacéutico una vez dado de alta el paciente, bien comunitario (FC) o bien de atención primaria (FAP) si el paciente necesita ciertos apoyos asistenciales no disponibles en la farmacia comunitaria. Por las figuras que describen la Intervención en los tres niveles parece que solo al FAP se le reconoce competencia profesional para realizar el servicio de SFT, con visita bimensual prefijada, mientras que el FC se limita a identificar PRM mediante un test de AF previamente diseñado, que nada tiene que ver con la entrevista para realizar un «estado de situación» propuesta en el Consenso de FORO de AF.
2. La utilización en 2010 de una clasificación de PRM del segundo Consenso de Granada, cuando ya en 2008 todos los integrantes del grupo acordamos desdoblarse los seis PRM enunciados en dos categorías

diferentes: RNM (resultados negativos en la salud del paciente asociados a la medicación) y PRM (problemas relacionados con el proceso de uso de los medicamentos), no contribuye a una mayor integración³. Diferenciar los problemas en el proceso de uso, a veces múltiples, de los problemas de salud ocasionados facilita enormemente la evaluación de cada situación temporal del paciente. Así lo va asumiendo también el grupo europeo de atención farmacéutica de la PCNE, que en su última clasificación de PRM separa causas y problemas de salud observados por el farmacéutico⁴.

Además, para que seamos aceptados como parte sustancial de la asistencia a los pacientes, objetivo esencial de la AF, no es posible responsabilizarse solamente de los fallos en los procesos asistenciales, sino que debemos asumir responsabilidad sobre los problemas de salud de los pacientes asociados a los medicamentos que nosotros dispensamos.

3. Se obtienen resultados positivos para el número de PRM identificados y resueltos, mientras que el número de reingresos (variable principal), aún con diferencia positiva para el grupo intervención, no obtiene significación estadística. Sin embargo, el trabajo de L. Cabezas⁵ realizado en el Hospital de Vic en el año 2006 frente al mismo tipo de pacientes (IC), consigue una diferencia significativa en el número de reingresos, el 32% a los 12 meses, con una intervención «efectiva y sencilla» en palabras de sus autores. Tal como se describe esta intervención, contiene lo esencial del servicio de SFT que aprobamos en FORO de AF: «...este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y...».
4. Las demás limitaciones citadas por Gorgas y col. también habrán motivado el déficit en la necesaria significación estadística que hubiese dado más fuerza a los resultados, pero una de ellas «En la farmacia comunitaria el paciente acudía pocas veces y, en algunas

ocasiones, el familiar era poco colaborador, además de disponer en algunos casos de poco tiempo para la AF» vuelve a llamarnos la atención sobre el modo de integración de estos profesionales en este estudio.

Creemos muy necesario volver a plantear estudios que midan resultados de Servicios de AF prestados a pacientes crónicos, pero siempre que dichos Servicios se presten con los mismos protocolos, se utilicen los mismos términos para referirse a las mismas actuaciones y, sobre todo, se establezca una responsabilidad clara sobre cada paciente y en cada nivel asistencial, del profesional determinado.

Así, quizás la estimación hoy probablemente optimista que los autores y muchos otros tenemos sobre la influencia de estos Servicios en los resultados de salud de los pacientes puede pasar a ser más cercana a la realidad.

Un saludo

Firmado por Flor Álvarez de Toledo Saavedra

en nombre de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, constituido por las siguientes instituciones: SEFAC, Fundación Pharmaceutical Care España, Grupo de investigación en AF de la Universidad de Granada, Consejo General de Colegios Oficiales de Farma-

céuticos y la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Universidad de Barcelona.

Bibliografía

1. M.Q. Gorgas Tornera, F. Pàez Vivesb, J. Camós Ramió, E. de Puig Cabrerad, P. Jolonch Santasusagna, E. Homs Peipochf, J. A. Schonenberger Arnaizg, C. Codina Janéh y J. Gómez-Arbonési. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 2012;36(4):229-39.
2. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
3. F. Álvarez de Toledo, B. Fité. Definiciones y conceptos de FORO de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 2008;10(1):37-48.
4. PCNE classification of DRP. V 6.0
5. Lopez-Cabezas C, Falces C, Cubí D, Arnau A, Ylla M, Muro N, et al. Randomised clinical trial of a postdischarge pharmaceutical care program vs regular follow-up in patients with heart failure. *Farm Hosp.* 2006;30:328-42.

Flor Álvarez de Toledo

Farmacéutica, ex-presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: flortoledo39@gmail.com (F. Álvarez de Toledo)
foroaffc@redfarma.org

Recibido el 7 de octubre de 2012; aceptado el 13 de noviembre de 2012.
DOI: 10.7399/FH.2013.37.1.102

Carta al director

Letter to the Editor

Sr. Director:

Palmitato de paliperidona es el tercer antipsicótico de segunda generación que se comercializa en formulación depot, con indicación en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia y en las fases agudas si previamente ha respondido a risperidona o paliperidona oral³. Paliperidona es el metabolito activo de la risperidona (9-hidroxi-risperidona) y al igual que ella, bloquea los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} y dopaminérgicos D₂, y en menor medida, actúa sobre los receptores adrenérgicos alfa-1, histaminérgicos H₁ y adrenérgicos alfa-2. Palmitato de paliperidona es el profármaco en forma éster de paliperidona que se administra vía intramuscular.

Los ensayos clínicos⁵⁻⁷ y modelos farmacocinéticos⁴ sugieren iniciar palmitato de paliperidona con una dosis de 150 mg en el día 1 de tratamiento y 100 mg una semana después, ambos administrados en el músculo deltoides para alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente sin necesidad de suplementación oral.

Después de una única dosis, la concentración plasmática de paliperidona aumenta gradualmente hasta alcanzar el máximo a los 13 días⁴. La liberación del fármaco comienza el día uno y dura hasta 126 días⁴. La dosis de mantenimiento mensual recomendada es de 75 mg, con un rango de dosis permitido entre 25-150 mg, en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente, pudiéndose administrar tanto en el músculo deltoides como en el glúteo. En los estudios farmacocinéticos se observó una concentración plasmática máxima (C_{max}) media, un 28% más elevada con una única inyección en deltoides, en comparación con el glúteo, sin embargo, después de múltiples inyecciones, las diferencias entre la administración en uno u otro lugar desaparecen⁴. En el caso de cambiar de otra formulación depot a palmitato de paliperidona no son necesarias las dosis de carga. Es preciso ajustar la dosis en insuficiencia renal⁴, y no es necesario hacerlo en insuficiencia hepática leve a moderada. En estados más graves, tanto en la insuficiencia hepática como renal no se recomienda administrar el fármaco⁴. Al ser un metabolito de la risperidona no experimenta un intenso metabolismo hepático, de hecho una gran proporción de fármaco se excreta por vía renal de forma inalterada⁴, es por ello que no se esperan interacciones farmacocinéticas importantes a nivel hepático⁴.