

■ INFORMES Y OPINIONES

Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario: Oportunidad de colaboración entre farmacia hospitalaria y comunitaria

Hospital Diagnosis Drugs: An opportunity for collaboration between hospital and community pharmacy

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.

¹Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria.

²Farmacéutico Comunitario.

Palabras claves: Farmacia Hospitalaria, Farmacia Comunitaria, Medicamentos de Uso Hospitalario, Colaboración Interprofesional, Colaboración Inter-niveles.

Keywords: Hospital Pharmacy, Community Pharmacy, Drugs for Hospital Use, Interprofessional Collaboration, Inter-levels Collaboration.

Se entiende como medicamentos de uso hospitalario (H) los medicamentos que cuando a causa de sus características farmacológicas, novedad, o por motivos de salud pública, se reserven para tratamientos que sólo puedan utilizarse o seguirse en medio hospitalario o centros asistenciales autorizados¹.

Por otro lado, los medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH), son aquellos que se utilizan en el tratamiento de enfermedades que deben ser diagnosticadas en el medio hospitalario, o en establecimientos que dispongan de medios de diagnóstico adecuados o por determinados médicos especialistas, aunque la administración y seguimiento puedan realizarse fuera del hospital¹.

Analizando estrictamente estas definiciones, en algunos casos se dan situaciones paradójicas que se pueden ver con diferentes ejemplos:

Atendiendo a sus características farmacológicas:

Si atendemos a sus características farmacológicas, sería lógico pensar que los fármacos empleados para quimioterapia intravenosa fueran de uso hospitalario, pues entre otros factores, al ser citotóxicos, requieren de instalaciones especiales de elaboración, salas específicas, cabinas de flujo vertical entre otros, y son administrados en hospital

Fecha recepción: 22/07/14 Fecha aceptación: 01/08/14

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.

de día mediante bombas de infusión². No obstante, existen múltiples especialidades comercializadas tales como las diferentes especialidades intravenosas de doxorubicina, carboplatino, ciclofosfamida y etopósido³⁻⁶ entre otros que son de DH. Además, existen otras especialidades como vincristina o vinblastina, que por su parte no presentan ninguna restricción de prescripción ni uso, más allá de receta médica⁷⁻⁸. Es el sentido común y la lógica la que las vincula a ser elaboradas, dispensadas y administradas en el hospital más allá de la normativa al respecto.

Atendiendo a motivos de salud pública y/o novedad:

En este supuesto estarían, los medicamentos necesarios para el tratamiento de los pacientes con infección por VIH o hepatitis entre otros. Si bien es cierto, que todos los antirretrovirales consultados tienen la designación de ser medicamentos H, en el caso de la Hepatitis C no ocurre lo mismo, ya que tanto ribavirina, como los peginterferones alfa-2B y 2A, tienen la clasificación de DH pero sin cupón precinto diferenciado lo que liga su dispensación a los hospitales. Incluso los novedosos inhibidores de la proteasa, boceprevir y telaprevir, comercializados en 2011, fármacos que supusieron un cambio en el abordaje terapéutico del tratamiento de la hepatitis C, ambos salieron bajo la condición de prescripción y uso de DH y no como H como era de esperar⁹⁻¹².

Atendiendo al seguimiento:

Si atendemos a los fármacos por el estrecho seguimiento y monitorización que realizan los especialistas y potencial desarrollo de efectos adversos, podemos poner como ejemplo los fármacos de la esclerosis múltiple. Tanto los diferentes interferones (curiosamente el beta sí es hospitalario, el alfa como se ha indicado antes no lo es), el acetato de glatiramer, natalizumab y fingolimod son todos H¹³⁻¹⁶. Existe un grupo muy reducido de pacientes con esclerosis múltiple que emplean azatioprina. Este fármaco requiere una monitorización muy especial ya que su metabolismo es idiosincrásico y depende de los niveles en sangre de la tío purina metil transferasa (TPMT). En función de la TPMT se ajustará la dosis y es necesario monitorizar cada 3 meses¹⁷. Este fármaco, se dispensa en la oficina de farmacia por receta médica. Otros ejemplos pueden ser en otros fármacos inmunosupresores tales como tacrolimus o micofenolato de mofetilo, fármacos con un estrecho seguimiento por parte del especialista y cuya dispensación se realiza en el ámbito comunitario¹⁸⁻¹⁹.

Atendiendo a otros factores:

En el año 2010 por medio de una resolución de la Comunidad de Madrid, cinco fármacos de DH, pasaron a ser dispensados en las farmacias de los hospitales²⁰. El origen de dicha sentencia se basa en la inclusión en la dispensación hospitalaria, atendiendo principalmente a criterios de seguridad del paciente, de una serie de medicamentos de DH que previamente eran dispensados a través de las oficinas de farmacia. Entre ellos se encontraba capecitabina (Xeloda®), que es un antineoplásico ampliamente utilizado, con un recorrido de casi 10 años y con una toxicidad importante que requiere seguimiento frecuente y modificaciones de dosis. Parece por tanto razonable tomar este tipo de decisiones en base al perfil de seguridad. No obstante, fármacos que no presentan la condición de DH como el metotrexato²¹, que con frecuencia es susceptible de toxicidades importantes y errores de medicación que pueden causar incluso la muerte. Sin embargo, en el caso de este fármaco, el bajo impacto económico que representa pudo

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.

haber influido para no plantear su inclusión en la prestación de pacientes externos hospitalarios, aún siendo citotóxico. En el momento de la resolución, la capecitabina no contaba con especialidad farmacéutica genérica (EFG) comercializada, pero en 2013 ya se comercializaron las EFG de capecitabina y de temozolamida, otro antineoplásico, por lo que al disminuir el impacto económico, se podría plantear la vuelta a las farmacias, una vez resuelto el problema inicial de seguridad planteado.

Pero no todas las decisiones se toman en base a los costes, y este hecho se puede ver con el ejemplo de Faslodex®, que se dispensa en farmacia comunitaria. Su principio activo es fulvestrant, empleado como línea hormonal en el cáncer de mama metastático. Se administra cada mes a un coste de 460,63 euros por envase²², mientras que la capecitabina se dispensa en la Comunidad de Madrid en los servicios de farmacia de los hospitales, con un coste medio tras la salida del genérico en torno a 30 euros cada ciclo de 21 días.

El asunto ha adquirido una gran complejidad a nivel legal, por el problema de competencias entre la administración central y las autonómicas. El pasado mes de marzo de 2014, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía puso de manifiesto la falta de competencias de las autonomías, para modificar las condiciones de dispensación del medicamento como ya lo hizo el 4 de mayo de 2011 el Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, pues únicamente el Estado tiene competencia legal para excluir dichos medicamentos de las farmacias. El fallo aún no es firme, pero en el caso de serlo, los medicamentos de DH que se excluyeron volverían a ser dispensados a través de la oficina de farmacia²³.

Tras analizar estos supuestos, se pone de manifiesto que es necesario realizar una revisión de la clasificación de los medicamentos en este campo, estableciendo cuál es el circuito de dispensación a seguir en cada caso, y si esta designación se debe mantener a lo largo de la vida de todo el medicamento o si se debería revisar tras un periodo de introducción en el mercado y hasta que sea conocido por parte de los prescriptores el perfil de seguridad.

Existen retos futuros relacionados con el desarrollo de una logística enfocada al paciente que coordine la dispensación entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria. Uno de ellos, quizá el más importante, pasa por transformar el modelo actual, integrando los puntos fuertes de la farmacia de hospital con los de la farmacia comunitaria, con el paciente como eje central.

Si se analizan por otro lado los puntos fuertes de cada nivel asistencial, en líneas generales se puede resumir:

La farmacia hospitalaria tiene acceso a la historia clínica del paciente, formación en atención especializada, experiencia en seguimiento clínico, y capacidad de control en puntos críticos como el inicio o los cambios de medicación. Por otro lado, la farmacia comunitaria tiene muy buena accesibilidad, tanto en distancia (km) como en horarios (mañana y tarde), que facilitan la recogida de medicación, el seguimiento farmacoterapéutico continuado, la realización de consultas, y la resolución de problemas surgidos a lo largo del tratamiento.

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.

Pese a que se presupone una dispensación más segura en el ámbito hospitalario, no existen estudios que confirmen tal hecho. Ni tampoco se dispone de datos sobre errores de medicación evitados, ni resultados en salud positivos de los pacientes atendidos en farmacia hospitalaria frente a la comunitaria.

Se podría plantear por tanto el desarrollo un nuevo sistema donde se integren los puntos fuertes de cada nivel asistencial, que podría incluir las siguientes características:

- La atención farmacéutica inicial y los cambios de tratamientos podrían continuar ofreciéndose en la farmacia hospitalaria. Este entorno sería más adecuado, por existir un contacto más directo con el médico especialista en caso de que sea necesaria una intervención farmacéutica inicial.
- Formación a los profesionales de las farmacias comunitarias sobre dispensación de fármacos de diagnóstico hospitalario. En Reino Unido, existe el Continuing Professional Development (CPD) que consiste en el desarrollo profesional continuo. Éste es un proceso de aprendizaje y desarrollo profesional continuos. Permite a los farmacéuticos y técnicos de farmacia desarrollar sus funciones y demostrar que son competentes en sus áreas de práctica profesional. No es sólo formación continua, sino un proceso continuado de reflexión, planificación, acción y evaluación²⁴.
- Tras la formación adecuada, muchas dudas podrían ser resueltas por el personal de oficina de farmacia, sin necesidad de que el paciente se desplace al centro hospitalario. Otras consultas podrán ser derivadas al farmacéutico especialista. Para ello, se debería establecer un sistema de comunicación eficaz inter-niveles: Planteamiento de la duda por teléfono, correo electrónico o incluso derivación del paciente si es necesario.
- Aprovechar la red de farmacias comunitarias para mejorar la accesibilidad y dispensación de estos medicamentos.
- Acceso al historial farmacoterapéutico de forma bidireccional. El seguimiento puede ser realizado por profesionales inter-niveles. Es necesario por tanto, trabajar en unos estándares de calidad y establecer unas pautas de seguimiento de los pacientes por parte del farmacéutico.
- El nuevo modelo no debería suponer costes adicionales al sistema. Se podría intentar mantener las compras centralizadas, establecer un sistema de distribución adecuado, y una retribución por servicio a la farmacia comunitaria.
- Medir resultados en salud: Efectividad, seguridad, adherencia, satisfacción del usuario, e indicadores de eficiencia.

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.

En relación con la posibilidad de vuelta de medicamentos DH a la oficina de farmacia, es necesario valorar las razones que propiciaron la entrada de estos fármacos en la dispensación hospitalaria. Si estas razones son motivos de seguridad, la inclusión está justificada. La necesidad de reevaluación de las categorías de fármacos en DH se establece, además, por la propia vida del fármaco. Los fármacos de nueva introducción o con un perfil de toxicidad determinado requieren un adecuado control y manejo. Una vez pasada la fase inicial de introducción, el prescriptor es capaz de identificar aquellos factores de riesgo, reacciones adversas o contraindicaciones que permiten facilitar el adecuado seguimiento del tratamiento por un médico de atención primaria.

En el caso de que este tipo de decisiones se hayan tomado por el alto impacto que supone en el sistema nacional de salud, sería necesario encontrar nuevas fórmulas de gestión y distribución que permitan a la farmacia comunitaria mantener la dispensación y seguimiento de este grupo de pacientes.

Aquellos fármacos con un perfil de seguridad conocido y manejable por un médico de atención primaria deberían volver a la farmacia comunitaria así como aquellos fármacos que han sido incluidos en la dispensación hospitalaria por su alto impacto económico. En este último caso, es necesario encontrar nuevas fórmulas de gestión que permitan reducir el coste para el sistema de salud. Una posible fórmula sería establecer un sistema de compra centralizada por parte del servicio de farmacia del hospital de referencia de la zona y realizar una distribución a la farmacia comunitaria que permitiera mantener el precio de compra y beneficiar al paciente en aquellos núcleos de población más alejados del hospital. Este sistema de gestión debería ser remunerado para las oficinas de farmacia, además de permitir al servicio de farmacia hospitalario contar con un mayor número de efectivos que permitiesen llevar a cabo dicha centralización. Se trata de un proyecto colaborativo en el que es necesario realizar una importante inversión con el fin de mejorar la atención al paciente.

Los beneficios esperados de la implantación de este sistema serían:

- Mantener el ahorro económico mediante la adquisición centralizada en el servicio de farmacia del hospital de este grupo de fármacos.
- Continuar con la labor asistencial del farmacéutico comunitario, impulsando su figura en la atención a pacientes tratados con estos medicamentos, y recuperando los beneficios perdidos al transferir la dispensación al ámbito hospitalario.
- El paciente se beneficiaría de un punto de dispensación más cercano, especialmente importante en poblaciones alejadas de los centros hospitalarios, manteniendo el contacto con el farmacéutico.

J. Letéllez¹, C. Bravo¹, J. Andrés², F. Farfán¹.**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA. Disponible online: <http://www.aemps.gob.es/cima/pestanias.do?metodo=glosario#prescripcion>
2. García Gil M, Farfán Sedano FJ. (2007). Manipulación de medicamentos citostáticos “Hazardous Drugs”: sistemas de seguridad y gestión de residuos en las unidades centralizadas de mezclas citostáticas de los servicios de farmacia hospitalaria. Fundación Promedic. ISBN 978-84-88904-20-1 (libro nº 2).
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica farmiblastina®. Consultado 20 junio 2014.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Carboplatino EFG. Consultado 20 junio 2014.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Genoxal®. Consultado 20 junio 2014.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Etopósido. Consultado 20 junio 2014.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Vincristina. Consultado 20 junio 2014.
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Vinblastina. Consultado 20 junio 2014.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Ribavirina. Consultado 20 junio 2014.
10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Peginterferon Alfa 2A Y 2B. Consultado 20 junio 2014.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Victrelis®. Consultado 20 junio 2014.
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Incivo®. Consultado 20 junio 2014.
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Interferon Beta 1A y 1B. Consultado 20 junio 2014.
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Copaxone®. Consultado 20 junio 2014.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Tysabri®. Consultado 20 junio 2014.
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Gilenya®. Consultado 20 junio 2014.
17. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Imurel®. Consultado 20 junio 2014.
18. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Prograf®. Consultado 20 junio 2014.
19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica micofenolato de mofetilo. Consultado 20 junio 2014.
20. Resolución número 1050/10 del 22 de noviembre de 2010 de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, sobre actualización de la relación de medicamentos incluidos en la Resolución 213/08 de la extinta Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios por la que se incluyen determinados medicamentos en el programa de Asistencia Farmacoterapéutica a Pacientes Externos en los Servicios de Farmacia Hospitalaria de la Comunidad de Madrid.
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Metoject®. Consultado 20 junio 2014.
22. BOT Plus web. Disponible en : www.portalfarma.com. (Acceso 23 julio 2014).
23. Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Sentencia nº 737 de 2014. Sección Primera. Recurso 1845/11.
24. Health and Care Professions Council (HCPC). Continuing Professional Development (CPD). Disponible on-line: <http://www.hcpc-uk.org/registrants/cpd/>