

# Inconsistencias conceptuales relacionadas con la utilización de los RNM

**S**e acaba de publicar una nota breve<sup>1</sup> en la que sus autores pretenden aclarar ciertas inconsistencias conceptuales relacionadas con la utilización de los resultados negativos relacionados con el uso de los medicamentos que se han ido detectado en diferentes cursos, artículos, conferencias y publicaciones de todo tipo. El objetivo de este escrito no es otro que divulgar el contenido de dicha nota.

El proceso de atención sanitaria comienza cuando un paciente acude a su médico con una dolencia o problema de salud (PS) y éste realiza el diagnóstico correspondiente. En general la respuesta es la instauración de un tratamiento farmacológico, ya que la farmacoterapia es la tecnología sanitaria más utilizada, probablemente por su coste-efectividad.

De una manera general, la prescripción de un medicamento la realizan el médico y el odontólogo, mientras que el farmacéutico comunitario puede realizar la indicación de medicamentos que no precisan receta, estando todavía sin concretar el papel que jugará enfermería en la denominada “prescripción enfermera”.

Sea cual sea el origen de la prescripción, cuando el paciente alcanza los objetivos esperados se entiende que el PS se ha controlado, mientras que si el tratamiento no es efectivo (PS no controlado) o aparece una reacción adversa (nuevo PS “no controlado”) es cuando se afirma que existe un resultado negativo asociado al medicamento (RNM).

Los RNM han sido definidos como los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos<sup>2,3</sup>. Por tanto los RNM no son sino problemas de salud no controlados, siempre que éstos tengan, o puedan tener, relación con la medicación.

UN aspecto que ha planteado problemas es el análisis de la falta de efectividad de un tratamiento cuando el paciente no utiliza la medicación prescrita. Habitualmente, cuando se identifica una falta de adherencia y el paciente no alcanza los objetivos esperados el farmacéutico lo clasifica como RNM de ineffectividad. Es el caso de los pacientes hipertensos que olvidan tomar su medicación con cierta frecuencia y, como consecuencia de esta falta de adherencia al tratamiento sus valores de presión arterial no están controlados. El PRM es de “incumplimiento” según la terminología de Foro<sup>3</sup>, que quizás debería modificarse por el término más específico de falta de adherencia. Sin embargo, hay quien afirma que si dicha falta de adherencia es total, es decir, si el paciente no toma ninguna unidad del medicamento prescrito, el RNM responsable de la falta de control del PS no es de ineffectividad sino de necesidad, ya que, según esta corriente, “el paciente necesita un tratamiento que no utiliza”.

En los documentos de consenso que definen los RNM se afirma que un paciente tiene un RNM de necesidad cuando ante la aparición de un PS nuevo y la solicitud de atención sanitaria, “el sistema” no responde en un plazo de una semana. Este plazo lo definieron arbitrariamente Baena et al.<sup>4</sup> al describir los criterios para determinar la evitabilidad de los RNM. Estos autores afirmaban que una semana es un tiempo suficiente para que un paciente reciba un tratamiento. Entienden que si en este tiempo, ante la demanda de una solución algún profesional sanitario, o dicho de una manera general, el sistema de salud, no prescribe o indica el/los medicamentos que necesita, existirá un problema de necesidad.

Es decir, un RNM de necesidad es aquella situación en la que existe un PS para el que el paciente necesita un tratamiento farmacológico que no recibe. En los casos de la falta de adherencia total, en los que el paciente no toma el medicamento prescrito la situación es diferente; el paciente ha recibido atención sanitaria, se le ha prescrito un medicamento y es sólo su comportamiento el que explica la falta de utilización del medicamento. No parece, por tanto, que sea correcto hablar de necesidad sino de ineffectividad por falta de adherencia al tratamiento prescrito. La solución no dependerá de la instauración de una nueva prescripción, sino del abordaje en la modificación del comportamiento del paciente.

Antes de finalizar también parece interesante recordar el concepto de riesgo de aparición de un RNM (rRNM). El concepto de “riesgo” es un concepto epidemiológico relacionado con la probabilidad de aparición de un PS. En el campo de la atención farmacéutica y del desarrollo conceptual de los RNM se utiliza este concepto cuando existe “intuitivamente” una mayor probabilidad de aparición de un PS aunque no existan datos epidemiológicos que lo apoyen. Si una persona utiliza un medicamento gastrolesivo sin protección gástrica, mientras no aparezca dicho PS se puede afirmar que la probabilidad es mayor que en la población general y que por tanto existe un rRNM. Lo mismo ocurre cuando un paciente tiene pautado un antiagregante en prevención secundaria de un accidente cardiovascular (ACV). Si el paciente no lo utiliza correctamente, parece que la probabilidad de aparición de un ACV será mayor que la de aquellos que sí lo utilizan. Por ello cuando no se utiliza correctamente el medicamento preventivo se afirma que existe un rRNM, siempre y cuando no se haya manifestado el PS que se pretende prevenir.

1. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Nota Breve. Resultados negativos asociados a la medicación. (Aceptado para publicación). *Ars Pharm* 2016; 57(2)
2. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48 (1): 5-17.
3. 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
4. Baena MI, Marín R, Martínez Olmos J, Fajardo P, Vargas J, Faus MJ. Nuevos criterios de evitabilidad de los problemas relacionados con los medicamentos. Una revisión actualizada a partir de la experiencia con 2558 personas. *Pharm Care Esp* 2002; 4:393-396