

■ BREVES

Atención farmacéutica como proceso pedagógico: relato de un caso

Pharmaceutical care as a learning process: case report

P. Mastroianni¹, M. Machuca²

¹**Professor Assistente.** Doutor do Departamento de Fármacos e Medicamentos. Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP. Araraquara/SP-Brasil.

²**Doctor en Farmacia.** Farmacéutico Clínico. Unidad de Optimización de la Farmacoterapia. Sevilla.

RESUMEN

La pedagogía de la autonomía permite la integración entre la teoría, la práctica y la reflexión en el proceso de enseñanza. Aplicada a la atención farmacéutica, proceso asistencial centrado en el paciente para optimizar los resultados de la farmacoterapia, permite construir, reconstruir y compartir con el paciente conocimientos y experiencias de manera crítica y progresiva, indagando e investigando. De esta forma, se puede construir un plan de cuidados adaptado a la experiencia del paciente, trabajando juntos paciente y farmacéutico, y resolver los problemas detectados, con el paciente como eje de la atención sanitaria.

Palabras clave: Atención farmacéutica, educación en salud, autonomía.

ABSTRACT

The autonomy pedagogy allows the integration among theory, practice and reflection in the learning process. Applied to pharmaceutical care, the patient-centered process to achieve desired goals of therapy enables to build, rebuild and share knowledge and experiences with patients, in a critic and progressive way, inquiring and investigating. Therefore, it is possible to design a care plan according to patient experience, working together with the pharmaceutical care practitioner, to solve drug-therapy problems detected, with the patient as the center of the health care system.

Keywords: Pharmaceutical care, health education, autonomy.

Introducción

Conocer la experiencia farmacoterapéutica del paciente permite entender sus creencias y percepciones en relación con sus medicamentos. Es intentar entender sus necesidades, miedos, preocupaciones, expectativas y actitudes en relación con su farmacoterapia, para así contribuir a satisfacer sus necesidades farmacoterapéuticas, respetando sus decisiones, en su contexto social¹⁻³.

Si se comprende dicha experiencia, a la hora de tomar decisiones, se pueden proponer planes de actuación factibles para el paciente, respetando sus limitaciones, su contexto social y sus necesidades reales, que pueden ser diferentes de las que aconsejan la evidencia científica o los consensos¹⁻³.

Hay que considerar esa experiencia y conocer las diferentes dimensiones del paciente para manejar mejor el proceso terapéutico y ofrecer propuestas coherentes de intervención. Pero no sólo para entenderlas, sino, sobre todo,

Correspondencia: P. de Carvalho Mastroianni. Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP. Araraquara-São Paulo (Brasil)
Correo electrónico: pmastro@fcar.unesp.br

para transformar la realidad, para intervenir en ella efectivamente y reconstruirla de forma compartida, tal como sugiere la pedagogía de la autonomía propuesta por Paulo Freire⁴.

En este contexto se presenta este caso, en el que después de comprender la experiencia farmacoterapéutica del paciente –lo que permitió entender su contexto y necesidades sociales en relación con sus medicamentos, gracias al método de la pedagogía de la autonomía⁴–, se logró el cumplimiento de la farmacoterapia y los objetivos terapéuticos deseados, gracias a los cambios de hábitos.

Relato de caso

Evaluación inicial

Evaluación de la farmacoterapia

Mujer de 83 años de edad. Ingresó en una unidad de optimización de la farmacoterapia porque presentaba una elevada presión arterial (PA). Su farmacoterapia habitual era: torasemida 10 mg (1-0-0), paracetamol 1 g (1-0-0), metamizol 575 mg (0-1-0) y simvastatina 10 mg (1-0-0).

Se comprobó que la paciente tenía mucho dolor. Presentaba una PA de 168/110 mmHg y una frecuencia cardiaca de 91 lpm; el colesterol total era de 270 mg/dL, el c-LDL de 162 mg/dL y el c-HDL 87 de mg/dL.

Evaluación de su experiencia farmacoterapéutica

No cumplía con su tratamiento diurético, porque no sabía que era para controlar su PA. Pensaba que era para orinar y, como ella orinaba bien, entendía que no era necesario. Lo que más deseaba era no tener tanto dolor, aunque en ese momento su mayor preocupación era que su PA estaba siempre elevada. No tomaba la medicación diurética por las mañanas cuando tenía que salir de compras, ya que sus padres le habían enseñado que una mujer no podía entrar sola en un bar para orinar. También creía que el paracetamol que tomaba por las mañanas, cuando tenía más tareas que hacer, no le hacía nada. Y al tomar metamizol por la tarde, cuando veía la televisión o escuchaba la radio, sentía que le hacía más efecto. En cuanto a su colesterol, creía que estaba siempre alto porque era algo propio de ella, y por eso el medicamento no funcionaba.

Contexto social

Es una mujer mayor que vive sola, es viuda y no tiene hijos. Precisa muletas para caminar, porque se le realizaron muchas intervenciones quirúrgicas en las rodillas y la pelvis, para colocarle o renovarle diversas prótesis. Tiene aprobada la asistencia domiciliaria para ayudarle en sus tareas domésticas, según la legislación española sobre dependencia⁵, pero no se le había asignado personal por falta de presupuesto.

Plan inicial

1. Tomaba analgésicos en bajas dosis y su medicamento habitual por las mañanas para controlar el colesterol. Se le propuso aumentar las dosis diarias de paracetamol (dosis diaria definida de 3 g).
2. Habría que informar a la paciente que debería tomar la simvastatina por la noche, ya que es cuando el organismo produce más colesterol y, por tanto, mejora su efectividad.
3. Asimismo, se le explicó la función del diurético para el control de su PA. Considerando sus costumbres, se le sugirió que tomara la torasemida por la mañana al despertarse, ya que ella solía hacerlo a las 5 de la mañana y se quedaba en la cama hasta las 8. De esta forma, aprovechando su posición acostada, aceleraría el efecto máximo del diurético, lo que le permitiría salir a hacer las compras cuando ya no le produjese tantas ganas de orinar.

La adecuación posológica propuesta fue: torasemida 10 mg (1-0-0), paracetamol 1 g (1-1-1), metamizol 575 mg (0-1-0) y simvastatina 10 mg (0-0-1).

Evaluación parcial de los resultados logrados

Parámetros clínicos

La PA quedó controlada después de 2 semanas, alcanzándose valores de 135/84 mmHg, y la frecuencia cardiaca se estabilizó en 87 lpm. Incluso un día que se despertó tarde y todavía no había tomado la torasemida, la PA estaba por debajo de 140/90 mmHg. Para evaluar su colesterol, se estaba a la espera de solicitar pruebas analíticas, cuando pasase el tiempo necesario que permitiera conocer si la simvastatina era efectiva, sin necesidad de cambiar la dosificación y únicamente modificando la hora de la toma.

Cambios en su experiencia farmacoterapéutica

Cuando se despierta temprano (entre las 5 o las 6 de la mañana), la paciente toma la torasemida y se queda en la cama hasta las 8, orina mucho y percibe que así su medicamento le hace efecto, porque sabe que orinar le ayuda a controlar la PA. Los días que se despierta tarde y tiene que salir de compras, no toma la torasemida, porque nadie le puede hacer sus compras y ella nunca entraría en un bar para orinar.

Ahora siempre toma la simvastatina por la noche, porque sabe que tiene que ser así para que sea efectiva. En cuanto al dolor, refiere lo siguiente: «...tengo mucho menos dolor. Ahora ya puedo levantar los brazos y peinar me yo sola. El paracetamol parece hacer efecto».

Discusión

En un proceso de gestión integral de la farmacoterapia centrado en el paciente, en primer lugar hay que entender su experiencia farmacoterapéutica, que se basa en cómo influyen sus conocimientos, cultura, miedos, expectativas y contexto social a la hora de utilizar sus medicamentos y obtener unos resultados clínicos específicos.

Un plan de cuidados debe basarse en la toma de decisiones compartidas entre el paciente y el farmacéutico, de acuerdo con la experiencia farmacoterapéutica del paciente. En la evaluación de este plan también se debe considerar el punto de vista del paciente. Por tanto, la práctica asistencial real se convierte en un proceso dialéctico⁵, mediante el cual el farmacéutico propone acciones que traten de mejorar la experiencia farmacoterapéutica del paciente.

El proceso pedagógico de integración entre la teoría y la práctica de la atención farmacéutica, y la reflexión crítica de la práctica y de la relación teoría/práctica, nos permite construir, reconstruir y compartir nuestros conocimientos y experiencias de manera crítica y progresiva, indagando e investigando⁴ gracias a la interacción con cada paciente, que tiene una experiencia farmacoterapéutica única, porque es único como ser humano. De ahí que no es posible aprender una práctica asistencial a base de contenidos teóricos, porque sólo la interacción con los seres humanos a los que llamamos pacientes hará grandes profesionales de la salud.

Bibliografía

1. Cipolle RJ, Strand L, Morley P. Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management, 3.ª ed. Ohio: McGraw Hill, 2012; 697.
2. Machuca M. Seguimiento farmacoterapéutico, 1.ª ed. Barcelona: Ediciones Mayo, 2008; 107.
3. Mastroianni PC, Machuca M. Conocimiento de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes como medio para resolver problemas farmacoterapéuticos causados por incumplimiento. Rev OFIL. 2012; 22: 38.
4. Freire P. Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa, 1.ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005; 84.
5. Ley n.º 39, de 14 diciembre de 2006. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE n.º 299; 44142-44156.