

Uso de metamizol, tramadol y ketorolaco en farmacia

A. M. Molinero Crespo

Farmacéutica comunitaria.

Farmacéuticas colaboradoras: Avelló, M.A.; de Diego, C.; González, A.; Méndez, P.; Peiró, A.; Pérez, V.; Rubio, E.; Villanueva, M.

El dolor es una de las causas de incapacidad más frecuentes y una de las razones que con mayor asiduidad llevan al individuo a buscar cuidados médicos.

En la población española, el estudio *El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria* concluye que un 45% de las personas entrevistadas se había visto obligado a reducir o limitar sus actividades habituales en 11 días al mes, y un 24% requirió quedarse en cama 3,4 días al mes como promedio.

También se sabe que las mujeres padecen más cefaleas y algo más de dolor de estómago, dolor articular y lumbalgias que los hombres. Además, los individuos de raza blanca sufren más experiencias dolorosas que los de raza negra o de origen hispano y sólo un 3% consulta a un médico o especialista en dolor. Aunque éste debe ser abordado desde una perspectiva multidimensional, hay que reconocer que, en la actualidad, el medio terapéutico más utilizado para combatir el dolor es el farmacológico. El consumo de analgésicos en España durante 2006 representa el 5,5% del total, siendo el paracetamol el principio activo más consumido (48,2%), seguido del ácido acetilsalicílico (16,4%) y metamizol (10,5%), ocupando puestos más lejanos tramadol (1,5%) y ketorolaco (1,1%).

Metamizol (N02BB - Analgésicos y antipiréticos): Dolor agudo postoperatorio o postraumático. Dolor de tipo cólico. Dolor de origen tumoral. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos.

Tramadol (N02AX - Otros opioides): Tratamiento del dolor moderado a severo.

Ketorolaco (M01AB - Antiinflamatorios derivados del ácido acético y acetamida): Tratamiento a corto plazo del dolor leve o moderado en postoperatorio.

OBJETIVOS

- Conocer cómo y para qué utilizan estos tres medicamentos (metamizol, tramadol y ketorolaco) los pacientes de la farmacia comunitaria.
- Identificar la procedencia de la prescripción: atención primaria o atención especializada.
- Averiguar si existe grado de autoprescripción.
- Identificar las patologías para las cuales han sido prescritas los medicamentos.
- Verificar si la posología y tiempo de utilización de los tratamientos es concordante con la indicada por el médico.
- Detectar los posibles Resultados Negativos de la Medicación (RNM) y tratar de resolverlos.

MATERIAL, MÉTODOS Y RESULTADOS

El estudio observacional descriptivo transversal fue en 6 farmacias comunitarias de la Comunidad de Madrid durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2007. Variables:

1. Persona que solicitaba el medicamento: paciente, familiar o cuidador.
2. Edad y sexo del paciente.
3. Demanda del medicamento con o sin receta, así como conocimiento de necesidad de receta para la dispensación.
4. Tiempo de uso: primera vez, semana, mes, año.
5. Tipo de prescripción: primaria, especializada o autoprescripción.
6. Indicación realizada por el médico y utilización que hacía el paciente.
7. Pauta de administración aconsejada por el médico y seguida por el paciente.
8. Efectividad.
9. RNM: necesidad, efectividad y seguridad.

Se recogieron 443 cuestionarios, que se correspondieron con metamizol (294), tramadol (135) y ketorolaco (14). De este último, los datos sólo se recogieron durante el mes de marzo, ya que pasó a ser medicamento de uso hospitalario el 1 de abril de 2007. En la mayoría de los casos la demanda fue realizada por el paciente (72% y n=319), seguida de familiar (23,7% y n=105) y cuidador (4,3% y n=19). En relación al perfil de los pacientes, un 37,7% (n=167) fueron hombres y un 62,3% (n=276), mujeres, y en cuanto a la distribución por edad, el mayor grupo correspondió al intervalo 41-65 años (44,9% y n=199), seguido del intervalo 21-40 años (29,1% y n=129), >65 años (20,8% y n=92) y 18-20 años (5,2% y n=23), sin existir diferencias significativas entre sexos.

En cuanto a la demanda de estos medicamentos, un 77,2% (n=342) lo hicieron con receta, frente a un 22,8% (n=101) que los demandó sin receta y por tanto no se dispensaron. Además de los que mostraban receta, un 55% (n=188) desconocían que la receta fuera requisito indispensable para la dispensación. Respecto al tiempo de uso, los resultados se muestran en la figura 1.

La prescripción del medicamento para su primera utilización provenía de atención primaria (49,5% y n=219), atención especializada (35,5% y n=158) y autoprescripción (15% y n=66) (figura 2). Los resultados de la pregunta ¿para qué se lo han mandado? se muestran en la figura 3. En todos los casos la prescripción para el dolor era única, no habiendo en ninguno de ellos combinación de fármacos analgésicos.

A la pregunta ¿sabe para qué sirve este medicamento? un 49,5% (n=221) manifiesta que para cualquier tipo de dolor; un 18% (n=79) para dolor postoperatorio; un 15% (n=66) para artrosis; un 9% (n=39) para dolor dental, un 8% (n=35) y un 0,5% (n=3) no sabe para qué sirven los medicamentos.

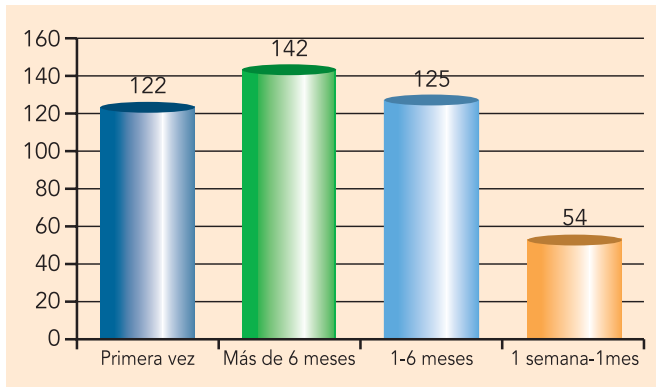


Figura 1. Tiempo de utilización de los medicamentos

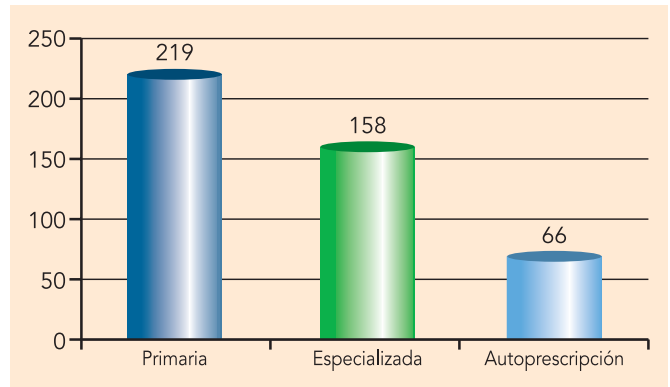


Figura 2. Tipo de prescripción

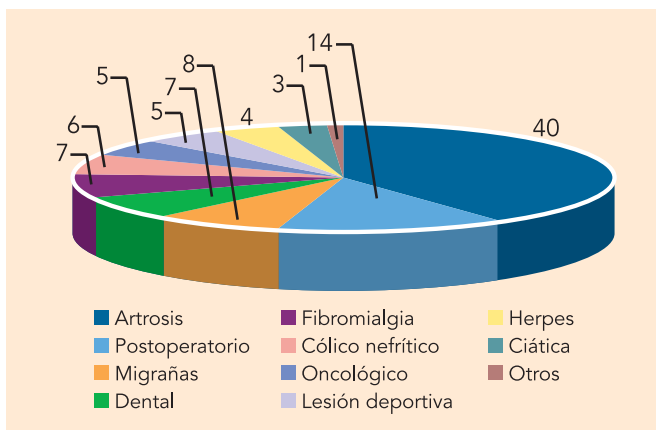


Figura 3. Indicaciones de los medicamentos

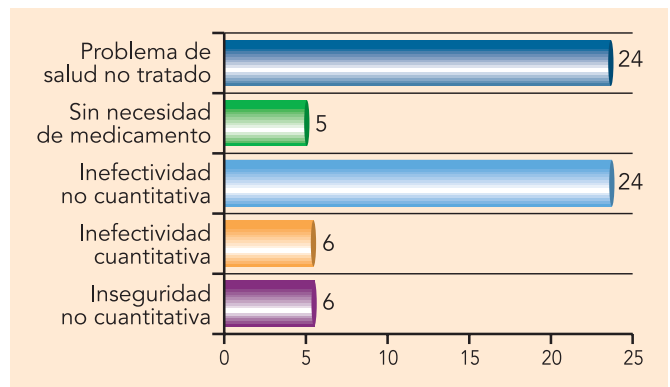


Figura 4. Resultados negativos de la medicación

La posología indicada por el médico fue en un 69% de dosis continuas y en un 31% de dosis aisladas, sin embargo la pauta posológica utilizada por los pacientes fue de 55% de dosis continuas y de 45% de dosis aisladas.

Para un 76% (n= 244) de los pacientes que ya habían tomado los medicamentos, éstos estaban resultando efectivos, frente al 24% (n= 77) que manifestaba que eran inefectivos (figura 4). Hay que señalar también que se recogieron 18 prescripciones de ketorolaco después de que este medicamento pasara a ser de uso hospitalario, de ellas 12 se correspondieron con informes de urgencias hospitalarias y 6 con recetas informatizadas de atención primaria.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos evidencian en primer lugar que existe un alto número de pacientes que creen que para utilizar estos medicamentos no es necesaria una prescripción médica (65%). Esto puede llevar a un riesgo en la utilización de los mismos, que puede ser paliado con la educación sanitaria por parte del farmacéutico en el momento de la demanda de los mismos. También se ha podido observar que un 15% de los pacientes los está utilizando por autoprescripción, lo que conlleva a un riesgo de seguridad en el uso de los medicamentos, que puede ser eliminada con la intervención del farmacéutico que, siguiendo protocolos de dispensación, puede derivar al médico o bien indicar medicamentos analgésicos de no prescripción médica

cuando lo estimase oportuno. Por último, el farmacéutico, como miembro del equipo de salud, puede realizar un seguimiento de la medicación prescrita por el médico, que en este estudio nos puede llevar a minimizar el incumplimiento terapéutico observado (28%) y a evitar los RNM producidos. ■

Bibliografía

- Donker FJS. Evaluación y tratamiento del dolor crónico. En Buela-Casal G y Caballo V. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo XXI. 1991.
- Raposo Simón C. El dolor desde el punto de vista socio-sanitario. El farmacéutico y el paciente con dolor. En: Abordaje del dolor desde oficina de farmacia. Madrid: Acción Médica. 2004.
- Bravo Díaz L y Marhuenda Requena E. Manual de Farmacoterapia. Madrid: Elsevier España. 2005.
- Flórez J. Fármacos y dolor. Madrid: Ergon. 2004.
- MEDLINEplus. Dolor. 2007. disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/pain.html>
- El mercado del medicamento en España. Farmaindustria. 2006.
- Catálogo de especialidades Farmacéuticas. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2007.
- Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica. Barcelona: Pharma Editores. 2003.
- Stockley. Interacciones farmacológicas. Ars Médica. 2006.
- Agencia Española del Medicamento. Ketorolaco: cambio a medicamento de uso hospitalario. Nota Informativa 2007/02.
- Foro de Atención Farmacéutica. Farmacéuticos 2006;315:28-29.