

■ INFORMES Y OPINIONES

La revisión de medicación a examen

F. Álvarez de Toledo

Ex presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care

Introducción

La revisión de medicación (RM) es un tipo de servicio farmacéutico ofertado en diferentes países al introducirse los conceptos de la atención farmacéutica (AF) como base del desarrollo profesional.

La característica básica de este servicio es el análisis de la farmacoterapia usada por un individuo en un momento dado para identificar posibles problemas presentes o futuros.

Las diferencias que van a caracterizar sus variantes se refieren a lo siguiente:

- Tipos de datos revisados: sólo medicamentos o también otros datos clínicos.
- Clase de entrevista: en persona con el paciente, o a través de su historia y por teléfono.
- Responsabilidades asumidas en la evaluación: con posibilidad de intervención para modificar aspectos del tratamiento, sólo con el paciente o también con prescriptores.
- Ámbito de actuación: farmacia comunitaria, residencias de «personas mayores» o domicilio del paciente.
- Continuidad en la atención farmacéutica al paciente, una vez terminada la revisión inicial.

Al tratarse de una actuación fácil de definir y controlar, ha tenido la enorme ventaja de poder establecer el pago por servicio mucho más fácilmente que otras ofertas de servicios de AF. En los tiempos que corren, esta ventaja ha llevado en ocasiones a defender la implantación de la RM de modo preferente sobre otro tipo de intervenciones.

En este artículo de revisión me propongo aportar datos sobre los diferentes modelos de RM realmente implan-

tados en el momento actual, analizar sus diferencias, enumerar las críticas recibidas y conocer los logros conseguidos y la perspectiva futura de este servicio.

La revisión de medicación en el Reino Unido

Comienzo

En abril de 2005, el Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) del Reino Unido propuso al Comité Negociador de la Profesión Farmacéutica (Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC) del país un nuevo esquema de contrato de servicios¹, en el que diferenciaba entre servicios *esenciales* (ofertados en todas las farmacias), servicios *avanzados* (ofertados en las farmacias que cumplieran los requisitos exigidos para llevarlos a cabo) y servicios *apoyados por la autoridad local* (según las necesidades detectadas y las posibilidades de las farmacias del área implicada). La revisión de medicación o MUR (*medication use review*) se clasificó entre los servicios avanzados y se extendió a casi todo el territorio, siempre que se cumpliesen las normas de acreditación establecidas.

Se definía el servicio de la siguiente forma: «Un farmacéutico revisa el uso que una persona está haciendo de sus medicinas, ofrece consejo sobre la utilización correcta de éstas, promueve el cumplimiento con la pauta prescrita y puede hacer recomendaciones sobre cambios necesarios al médico general del paciente»².

En este caso, por tanto, el servicio era individual, realizado por farmacéuticos en las farmacias, cara a cara con el paciente, con los datos aportados por este último tanto sobre sus medicamentos como sobre sus datos clínicos, y con posibilidad de intervención del farmacéutico tanto con el paciente como con su médico. La iniciativa para prestar el servicio podía provenir del

Fecha de recepción: 20/12/2011. Fecha de aceptación: 24/01/2012.

Correspondencia: F. Álvarez de Toledo

Correo electrónico: flortoledo39@gmail.com

MUR facturadas/mes	
80.000	XXXX
70.000	XXXXX
60.000	X XX XXX
50.000	X
40.000	X X X
30.000	X XXX
20.000	XX X
10.000	XXX
0	XXX
	Abril 2005 Febrero 2006 Octubre 2006 Abril 2007 Octubre 2007

Figura 1. Evolución del número de revisiones de medicamentos en el Reino Unido desde abril de 2005 hasta octubre de 2007

paciente o del farmacéutico. Los farmacéuticos debían estar acreditados por las instituciones autorizadas.

La remuneración de estas RM o MUR se estableció en 28 libras (equivalentes a 38 euros de 2005) por MUR facturada, con unos límites máximos de facturación consistentes en 400 revisiones anuales por farmacia y 2 MUR por paciente y año.

Evolución en la prestación del servicio

El crecimiento de la facturación por RM desde 2005 hasta final del 2007 se puede ver en la figura 1. En febrero de 2008 llegaron a facturarse más de 100.000 RM por mes; este fuerte incremento de servicios facturados dio origen a la aparición de críticas dentro del NHS acerca de su eficiencia. Anne Galbraith³, en su informe de 2008, recomienda al NHS que los servicios de MUR se oferten de acuerdo con las necesidades señaladas por cada área sanitaria donde se ubica la farmacia, y señala que es necesario establecer criterios de calidad para este nuevo servicio farmacéutico avanzado.

Por otra parte, surgieron críticas profesionales desde el sector médico. Así, por ejemplo, Richard Holland, médico general, publicó junto con sus colaboradores, en diciembre de 2007, un artículo de revisión y metaanálisis sobre 32 programas de RM en residencias de mayores, 25 ubicadas en el Reino Unido y Estados Unidos y 7 en otros países de cultura anglosajona⁴. Fue criterio de inclusión que la RM debía haber sido llevada a cabo por farmacéuticos. Holland y su equipo midieron como resultados principales los siguientes:

- Disminución de visitas a urgencias de hospital.
- Mortalidad.
- Cambios en el número de medicamentos usados.

Estos autores no encontraron diferencias en el número de visitas a urgencias de hospital ni en los índices de mortalidad, y sólo observaron una pequeña disminución en el número de medicamentos usados. Aunque atribuyen en parte los malos resultados a la poca homogeneidad de los servicios en los 32 programas y a los diferentes criterios de inclusión de los pacientes, las conclusiones son desalentadoras. Sus observaciones positivas acerca de la mejoría evidenciada en el cumplimiento y conocimiento de la medicación por parte de los pacientes les conducen a reflexionar sobre el poco valor añadido que estos dos parámetros suponen si no se acompañan de verdaderos resultados en salud.

Es cierto que las RM analizadas y valoradas negativamente por Holland et al. en su trabajo eran llevadas a cabo en residencias de ancianos y no en farmacias comunitarias, pero sin duda ello influiría en el ya citado informe del Ministerio de Sanidad británico de abril de 2008², en el que se recomienda al NHS y al PSNC que se revise y evalúe si la financiación de los servicios de MUR puede estar más orientada a pagar resultados en salud.

Consecuencias

Este desarrollo exponencial del servicio y las críticas a la falta de resultados en salud fácilmente medibles dieron lugar a los recientes cambios de 2011⁵, con un nuevo gobierno inglés y en situación económica restrictiva:

- El presupuesto para pagar MUR en los próximos 3 años se reduce un 20%. Se exige que al menos el 50% de las RM facturadas estén orientadas a los colectivos que el NHS señala como más necesitados de revisión de sus medicamentos, y parte del dinero ahorrado de las MUR se vuelca en un servicio nuevo, el New Medicine Service (NMS), que ya va a incluir un corto seguimiento farmacoterapéutico, de al menos una segunda visita.
- La remuneración por RM facturada se mantiene en las 28 libras (33 euros de 2011) y el número total por año se reduce a 200 por farmacia y año si el contrato

no se hizo antes de 2010. Además, se exigen formatos «estándar» para el registro de la revisión, para el consentimiento informado del paciente si se va a derivar al médico, y para las derivaciones a los médicos; es decir, se incrementa el control de calidad.

- Se interrelaciona el nuevo servicio (NMS) con las MUR, limitando un tipo de servicio u otro para evitar repeticiones. El objetivo de esta mayor carga burocrática consiste en permitir evaluar el valor añadido de estos servicios «avanzados».

Situación actual

En la actualidad existen dos tipos de RM en el Reino Unido:

- MUR como las autorizadas en 2005.
- MUR «*targeted*», es decir, RM orientadas a pacientes que pertenezcan a alguno de estos tres grupos:
 - Pacientes de alta hospitalaria con cambios de medicación.
 - Pacientes que usan medicamentos de alto riesgo (listados por el NHS).
 - Pacientes con enfermedades respiratorias.

Se modifica la definición de MUR, a fecha 1 de octubre 2011, por el PSNC: «Revisión estructurada llevada a cabo por un farmacéutico para ayudar a los pacientes a gestionar su medicación de modo más efectivo». Se aclara la definición con los típicos apartados de «lo que no es MUR» y «lo que sí es MUR», según se puede ver en la tabla 1.

Sin embargo, estas restricciones impuestas ahora a las revisiones de medicación en la farmacia comunitaria desaparecen en los requerimientos exigidos para el nuevo servicio (NMS), ya que en este caso el criterio para restringir la prestación del servicio se basa en la mayor morbilidad por medicamentos de cuatro grupos de enfermos: hipertensos, diabéticos tipo 2, anticoagulados y pacientes con EPOC, siempre para inicios de tratamiento.

La conclusión es que el Reino Unido va dando pequeños pasos hacia la integración en el NHS de los profesionales farmacéuticos que trabajan en farmacia comunitaria, responsabilizándoles de servicios orientados a los pacientes y promoviendo una mayor colaboración con los médicos generales.

Tabla 1. Ayuda oficial del Comité Negociador de la Profesión Farmacéutica (Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC) del Reino Unido para comprender el contenido del servicio de revisión de medicación

Lo que SÍ es MUR	Lo que NO es MUR
Mejorar el conocimiento del paciente sobre sus medicinas	Una revisión clínica completa
Detectar efectos secundarios problemáticos y proponer soluciones apropiadas	Un acuerdo acerca de cambios en las medicinas
Mejorar el cumplimiento	Una discusión acerca de los problemas de salud subyacentes a la necesidad de la revisión de medicación
Reducir el gasto innecesario en medicinas impulsando en los pacientes el uso exclusivo de los fármacos necesarios	Una discusión sobre la efectividad del tratamiento basada en resultados de pruebas clínicas

MUR: medication use review (revisión de medicación).

La revisión de medicación en Australia Comienzo

La Asociación Empresarial de Farmacéuticos Australianos (Pharmacy Guild of Australia) ha negociado desde el año 2001 planes quinquenales⁶ de contratación de servicios con los gobiernos de su nación. Este sistema de revisión periódica sobre la oferta de las farmacias al Ministerio de Sanidad ha dado como resultado la introducción sucesiva de lo que han denominado «servicios cognitivos», más orientados a ocuparse del uso que los pacientes hacen de los medicamentos que a la forma tradicional de servicio, centrada preferentemente en la distribución e información sobre el producto.

Dentro del apartado de estos servicios cognitivos, la RM se ha diseñado hasta hoy con dos modalidades diferentes:

- La RM a pacientes residentes de diferentes colectivos (ancianos, minusválidos, etc.).
- La RM en el domicilio del paciente (*home medication review*, HMR).

Ambas tienen connotaciones bien distintas de las implantadas en el Reino Unido, y han sido evaluadas y

reformadas a día de hoy según las necesidades sociales percibidas.

Actualidad

Las características más destacadas del modelo actual de RM australiano son las siguientes⁷:

- Los farmacéuticos que realizan las RM deben estar acreditados, y la acreditación⁸ es más exigente en cuanto a contenido y práctica que la necesaria en el Reino Unido.
- Corresponde a los médicos generales el inicio o demanda de la RM, tanto en residencias de ancianos como en los pacientes que adquieren los medicamentos en farmacias comunitarias.
- Una vez que el médico general detecta la necesidad de una RM, el paciente designa al farmacéutico que se la va a realizar.
- El farmacéutico designado, siempre debidamente acreditado, puede trabajar en la farmacia donde el paciente retira los medicamentos o ejercer libremente haciendo RM.
- El farmacéutico tiene acceso a la historia clínica del paciente, en poder del médico general que solicitó la RM, y se desplaza al domicilio del paciente para realizar el informe pertinente.
- Este informe, con su listado de recomendaciones, es remitido al médico general que solicitó la RM y a la farmacia comunitaria donde el paciente retira sus medicamentos.
- En vista de este informe, el médico general organiza un plan de gestión de la medicación que entrega al paciente y remite a la farmacia.
- Tanto el médico como el farmacéutico acreditado que realiza la RM facturan sus honorarios al servicio de salud.
- El plan de gestión de la medicación queda en poder de la farmacia, que asegura así la continuidad de los cambios establecidos por la RM.

La entidad que acredita a los farmacéuticos para poder realizar RM es la Asociación Australiana de Consultoría para la Farmacia (Australian Association of Consultant Pharmacy, AACP). También se empieza a ofrecer la acreditación a los estudiantes de farmacia mediante acuerdos con las universidades. El pago por

las RM a domicilio es de 140 dólares australianos (104 euros) para el farmacéutico que la realiza y de 120 dólares australianos (88 euros) para el médico que la solicita. En cuanto a las revisiones en residencias de ancianos, se pagan 100 dólares australianos (75 euros) por cada una. El Estado sólo paga una RM por paciente y año.

Desde 2001 a 2008 se habían realizado 180.000 HMR, con una cadencia de 40.000 por año, en un país que tiene aproximadamente unas 5.000 farmacias, es decir una media de 8 RM por farmacia y año.

Evolución y evaluaciones

En estos 10 años el citado marco de condiciones ha dado lugar a una evolución profesional que se caracteriza por una relativa escisión entre farmacéuticos propietarios de farmacia y jóvenes farmacéuticos que realizan este tipo de servicios cognitivos, quienes a su vez han terminado siendo los que acreditan a nuevos profesionales para realizar las RM.

Para conocer la valoración de estas RM en Australia hemos encontrado varias publicaciones que nos indican el contenido y el valor añadido de estos servicios:

- En una muestra de 234 RM de ambos tipos llevadas a cabo entre los años 1998 y 2005, Stafford et al.⁹, de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Tasmania, encuentran diferencias significativas en la cantidad y en el tipo de problemas identificados en la revisión a domicilio (HMR) respecto a lo encontrado en la revisión en residencias de ancianos: 4,9 DRP (*drug-related-problems*, lo que nosotros denominamos problemas relacionados con la medicación- resultados negativos asociados a la medicación [PRM-RNM]) por revisión de medicación a domicilio frente a 3,9 DRP por revisión de medicación en paciente asilado. La diferencia también atañe a los grupos terapéuticos implicados en los DRP detectados: más problemas con antidiabéticos orales y con analgésicos/antipiréticos en los domicilios que en las residencias.
- En la Escuela de Farmacia de la Universidad de Sídney, Timothy Chen et al.¹⁰ realizaron un estudio retrospectivo sobre 500 RM representativas de las llevadas a cabo durante 6 meses por 10 farmacéuticos acreditados en 62 residencias de ancianos que com-

praron el servicio. Evaluaron el tipo de PRM encontrado e intervenido así como la aceptación de cambios por parte del médico general que atendía a los ancianos: el 75% de los DRP correspondían a problemas de los sistemas cardiovascular, digestivo, respiratorio o nervioso central, y la aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte de los médicos dependió más del tipo de enfermedad subyacente que del tipo de medicamento intervenido.

- El mismo equipo del trabajo anterior realizó otro estudio retrospectivo¹¹ sobre 234 RM a pacientes en su domicilio (HMR) en el que se analizó la calidad de las recomendaciones efectuadas en las intervenciones farmacéuticas. Las 234 HMR dieron origen a 1.114 recomendaciones a los médicos de los pacientes; de ellas, el 94% estaban basadas en la evidencia científica de la farmacoterapia usada.
- El informe final sobre la HMR, encargado en 2008 por el Ministerio de Salud a una consultora independiente¹², puso de manifiesto las debilidades del programa y sugirió las modificaciones necesarias: descargar el servicio de burocracia para que fuese más eficiente en cuanto al tiempo, motivar a los farmacéuticos acreditados, motivar a los médicos generales y difundir el servicio a la población.

En el quinto acuerdo del Pharmacy Guild con el gobierno, firmado el pasado 2011, el apoyo al desarrollo de servicios cognitivos consolida el pago por las RM tanto a domicilio como en personas asiladas y se abre a nuevas modalidades de servicio para la atención a grupos de pacientes previamente definidos, como enfermos mentales, diabéticos o enfermos crónicos polimedicados.

Esta consolidación en el pago de las RM se apoya en resultados tales como los obtenidos por Roughhead et al.¹³, quienes demuestran un 45% de disminución de las hospitalizaciones en pacientes con fallo cardíaco tratados con betabloqueadores que habían recibido alguna HMR.

Por otra parte, también se ha registrado una evolución positiva por parte de los consumidores y los médicos generales acerca del valor añadido de las RM.

En abril de 2011, una escuela de negocios realizó una encuesta¹⁴ para averiguar si el reducido número de RM

se debía a un bajo aprecio de éstas por parte de los usuarios de medicamentos; los investigadores encontraron que la razón de la baja utilización del servicio no era el rechazo de la RM, sino la poca oferta por parte de los farmacéuticos en las farmacias y el consiguiente desconocimiento entre la población.

La aceptación del servicio por los médicos presenta las mismas reservas que en otros países. Éstos reconocen la posibilidad de mejorar los resultados de la farmacoterapia, pero creen que la financiación del sistema sanitario influye enormemente en la necesidad real del servicio^{15,16}, y consideran que es preciso ganar eficiencia en él, acercando a los dos profesionales y permitiendo a los farmacéuticos efectuar prescripciones de manera puntual cuando existe acuerdo sobre las intervenciones y recomendaciones a los pacientes.

Resumen actual

Parece evidente que las evaluaciones de la eficiencia (gastos/resultados en salud) colocan a la revisión de medicación en Australia por delante del servicio análogo en el Reino Unido, pero el porcentaje de población que accede a ese tipo de servicio es mucho mayor en este segundo país. También son destacables las diferencias entre los programas de acreditación de los farmacéuticos en ambos países.

La revisión de medicación en Estados Unidos

Comienzo y desarrollo

Tras la eclosión del término *pharmaceutical care* hacia 1989-1990, la consolidación de servicios definidos dentro de este concepto pasó por múltiples ensayos que dieron lugar, en 2003, a la implantación de un servicio hoy extendido por todo el territorio de los Estados Unidos, el MTM (*medication therapy management* o servicio de gestión de la farmacoterapia). Este servicio farmacéutico es aceptado y reembolsado tanto por los dos programas de cobertura sanitaria pública (Medicaid y Medicare) como por muchas otras empresas de proveedores de salud.

La definición de los servicios de *medication therapy management* es «*The analytical, consultative, educational and monitoring services provided by pharma-*

cists in order to facilitate the achievement of positive therapeutic and economic results from medication therapy», que podríamos traducir como «Los servicios de monitorización, consultoría, análisis y educación desempeñados por los farmacéuticos con el objetivo de conseguir los mejores resultados terapéuticos y económicos de la farmacoterapia».

Por tanto, aunque no podemos hablar sólo de RM, el MTM siempre incluye a esta última como el primer paso del servicio, ya que el procedimiento descrito en los acuerdos firmados para facturarlo establece la RM como el primero de los cinco puntos básicos de que consta¹⁷:

1. Revisión de medicación.

2. Establecimiento de la historia farmacoterapéutica.
3. Plan de acción.
4. Intervención farmacéutica y/o derivaciones a otros profesionales.
5. Registro documentado de la actuación y, al menos, una visita de seguimiento.

Evaluaciones del servicio

Al margen de haberse creado muchos puestos de trabajo para farmacéuticos acreditados para realizar el servicio de MTM, ¿conocemos resultados en la población así atendida? ¿Se ofrece el servicio desde la farmacia comunitaria o es un servicio más de las policlínicas? ¿Genera una mejor relación con los médicos de los pacientes? Encontramos algunas respuestas a estas preguntas en la bibliografía reciente.

Djenanne Ramalho y su equipo¹⁸ publican una revisión de 10 años de atención con MTM en la empresa Fairview de Minnesota, donde ya con anterioridad a 2003 se venía prestando ese tipo de servicio a los pacientes como consecuencia de estar ligados al Peters Institute for Pharmaceutical Care del College of Pharmacy de la Universidad de Minnesota. En esta revisión de más de 9.000 pacientes atendidos en esos 10 años, Ramalho et al. constatan:

- Una media de 3,7 visitas por paciente (aproximadamente 27.600 visitas documentadas).
- Más de 7.000 problemas de salud relacionados con la farmacoterapia necesitados de intervención.
- De ellos: mejoraron el 55%, siguieron igual el 23% y empeoraron el 22%.

- Las intervenciones más frecuentes fueron para aumentar la dosis (28%) o añadir medicamentos (23%).
- La ganancia neta por intervención farmacéutica fue de 19 dólares, calculada como la diferencia entre los costes sanitarios evitados por paciente (86 dólares) y el coste de la intervención (67 dólares).

Otra revisión publicada¹⁹ en la revista de la Asociación de Farmacéuticos Americana (*Journal of the American Pharmaceutics Association*)¹⁹, y que recaba información directa de más de 60 entidades proveedoras del servicio entre julio de 2007 y julio de 2008, señala la diversidad en los procedimientos, en los criterios de inclusión para los pacientes y en el medio de realizar las entrevistas de RM, por teléfono o en persona. Los profesionales que realizan los MTM son mayoritariamente farmacéuticos, y sólo se suele realizar un MTM por paciente y año.

Por último, en otra revisión bibliográfica de Pellegrino et al.²⁰, del College of Pharmacy de la Universidad de Chicago, los autores observaron que, desde el año 2000, en que empiezan a ensayarse procedimientos parecidos a lo que luego se definirá como MTM en 2003, la variedad en los procedimientos, en la remuneración del servicio, en la justificación de su realización o en el apoyo de los responsables de las instituciones que lo ofrecen es demasiado grande como para poder valorar si los resultados del servicio de MTM son los esperados tras la nueva legislación del 2003.

Resumen actual

A pesar de estas críticas académicas, el servicio de MTM se ha convertido en un «producto» que vender muy rentable para algunas cadenas de farmacias. En una entrevista a Nicole Quiles Alves, profesora de MTM en la Facultad de Farmacia de Puerto-Rico y farmacéutica en ejercicio en la cadena Wallgreens, la farmacéutica confiesa: «(...) La mayor diferencia entre mis estudios en la facultad sobre *pharmaceutical care* y el MTM es que el MTM se factura y se cobra»²¹.

Pocas veces se ha expresado tan sucintamente cómo convertir una actividad profesional en un producto comercial.

Tabla 2. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE). Tipos y características de las revisiones de medicación (según Clyne et al., modificado por Griesse³⁴)

	Tipo I Revisión de la prescripción	Tipo II Revisión del cumplimiento y la concordancia	Tipo III Revisión de la medicación clínica
Objetivos	Se revisan datos técnicos relacionados con las prescripciones	Se revisa el comportamiento del paciente respecto al uso de sus medicamentos	Se revisa el comportamiento del paciente respecto al uso de sus medicamentos y valorando su situación clínica
Revisión de:	Medicamentos en uso	Uso de medicamentos	Medicamentos y problemas de salud
Participación del paciente	No	Sí	Sí
Acceso a datos del paciente	A veces	A veces	Siempre

La revisión de medicación en la Unión Europea

El grupo PCNE (Pharmaceutical Care Network Europe), impulsado por los primeros farmacéuticos que aceptaron los postulados de Hepler y Strand de 1990, está integrado principalmente por profesores de práctica farmacéutica de distintas universidades de Europa. Este colectivo ha contribuido a la creación de un cuerpo de doctrina propio sobre atención farmacéutica, definiendo los DRP (PRM) y aportando una clasificación original de éstos. Dentro de esta organización ha surgido otro grupo de trabajo sobre RM, para comparar procedimientos según los países donde se realiza y debatir sobre los contenidos del servicio.

Comienzo y desarrollo

La primera reunión del grupo se celebró en Ginebra en noviembre de 2009²². Se señalaron las diferencias existentes sobre la cantidad y calidad de la información disponible para el farmacéutico cuando realiza una RM, y en función de ello se tipificaron tres clases de RM: *simple*, basada únicamente en la historia farmacoterapéutica registrada en la farmacia; *intermedia*, cuando además de la historia antedicha se obtiene información directa del paciente, y *avanzada*, cuando además del historial de medicamentos y la entrevista con el paciente hay posibilidad de acceso a más información clínica. Los criterios en los que el grupo PCNE basa su clasificación de las RM pueden verse en la tabla 2.

En marzo de 2011 se celebró un segundo minisimposio sobre RM en Mánchester, en el que se recogieron experiencias de distintos países:

- Holanda (Dr. F. Van Mil)²³: proyecto conjunto de investigadores y clínicos para definir los filtros o pasos que conducen a una RM eficiente.
- Dinamarca (Dra. C. Rossing)²⁴: describe las cuatro clases de RM que se realizan en su país.
- Suiza (Prof. K. Hersberger)²⁵: explica cómo el chequeo a los polimedicados, remunerado con 30 euros, es una forma de RM.
- Estudio europeo sobre RM automatizada que el Prof. A. Ekedahl²⁶ ofrece para inscribirse.

Desarrollo y evaluaciones

En octubre de 2011 tuvo lugar en Dublín la última reunión del grupo, y la definición de revisión de medicación quedó redactada como sigue: «*Medication review is an evaluation of patient's medicines with the aim of identifying the risks and optimizing the outcomes of medicine therapy by detecting (solving and detecting) drug-related problems and suggesting solutions*», que podríamos traducir como «La revisión de medicación consiste en una evaluación de los medicamentos de un paciente con el propósito de identificar los riesgos y optimizar los resultados de la farmacoterapia detectando los problemas relacionados con la medicación y sugiriendo soluciones para ello».

En esta reunión, se pusieron de manifiesto tres puntos clave acerca de la RM como servicio de atención farmacéutica:

- ¿Se puede considerar RM la simple revisión de riesgos en los medicamentos que usa un paciente e, inclusive, podría estar automatizada en los diferentes sistemas de *software*?

Tabla 3. Características del posible servicio de gestión de la medicación en Alemania**Objetivo:****Desarrollar un servicio nacional que sea provisto por un farmacéutico y un médico**

1	Enfoque interdisciplinario y en equipo, incluyendo comunicación efectiva
2	Independencia en las indicaciones, en lugar de la dependencia actual
3	Acceso de los pacientes regulado legalmente, no dependiente de los contratos con las aseguradoras
4	Remuneración adecuada e igual para médicos y farmacéuticos
5	Servicio estandarizado con control de calidad explícito

- b. ¿Estarían consideradas servicios de AF únicamente las RM que incluyen entrevista clínica con el paciente?
- c. ¿Sólo son eficientes las RM que se realizan de acuerdo y en colaboración con los médicos de los pacientes?

Respecto del punto *a*, presentaron trabajos C. Kaufmann²⁷, de Suiza (sobre los criterios para evaluar la prescripción inadecuada), y C. Ryan²⁸, de Escocia (analizando los criterios STOPP/START).

Respecto del punto *b*, M.Á. Gastelurrutia presentó el modelo de servicio español de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)²⁹, considerándolo una forma intermedia de RM a la que se añade un seguimiento (SFT= *medication review with follow-up*).

Respecto al punto *c*, J.A. Morrissey³⁰ presentó el programa piloto de MUR en Irlanda, con mayor participación de los médicos de familia que en la MUR del Reino Unido. M. Airaksinen³¹ introdujo el término «*collaborative medication review*» (aludiendo a la colaboración del farmacéutico con el médico del paciente) y presentó resultados de una encuesta en Europa sobre este tipo de RM. Por su parte, N. Griesse³² presentó el proyecto de ABDA con KBV Aseguradoras de Alemania para pasar a una nueva ley a finales de 2011 que permita la gestión conjunta de los pacientes polimedicados entre médicos generales y farmacéuticos. Los puntos clave del concepto de RM que son objetivo de esta legislación alemana se pueden ver en la tabla 3.

El Prof. Kurt Hersberger³³ hace un resumen actual de lo que PCNE considera revisión de medicación.

Por último, F. Van Mil y N. Griesse³⁴ presentaron un resumen de guías PCNE actualizadas para realizar los distintos tipos de RM. Estos autores se preguntan, en primer lugar, si la retrospectiva sólo con datos de medicación se puede considerar RM, o simplemente es una «validación» de la prescripción. Y en segundo lugar plantean la cuestión ¿cuál es el segundo escalón de la RM? ¿Información de la farmacia + información del paciente o información de la farmacia + información del médico general? En la tabla 3 quedan descritos los criterios de ABDA para el posible desarrollo de la legislación alemana sobre revisión de medicación.

Resumen de las revisiones de medicación en los países de la Unión Europea

- Se acepta que existen tres niveles de complejidad en las revisiones de medicación, condicionados por el acceso a una mayor o menor cantidad y calidad de información sobre el paciente y su farmacoterapia.
- Se observa que el servicio es pagado preferentemente cuando se dirige a grupos de enfermos con riesgo en el uso de medicamentos, como polimedicados (Suiza e Irlanda, y posiblemente Alemania a partir de 2012), con medicación de riesgo en su utilización (Dinamarca) o con medicación de riesgo en su cumplimiento (NMS en el Reino Unido).
- Se necesita una información fidedigna y comparable sobre el estado de la RM en los países de la Unión Europea.
- Se evidencia la necesidad de colaboración con el médico del paciente desde el inicio del procedimiento de RM («*collaborative medication review*» o CMR).

Conclusiones sobre la revisión de medicación en el momento actual

En nuestro país, la RM sólo es un primer paso en los procedimientos establecidos para realizar otros servicios de AF: dispensación, indicación y SFT o conciliación de la medicación en el medio hospitalario.

Sin embargo, del análisis comparativo de las RM examinadas en este artículo podemos deducir que, exceptuando lo que el grupo PCNE denomina revisión de

medicación *simple* (ya casi excluida por ellos mismos como servicio de AF), en los demás procedimientos descritos siempre existe una evaluación de los problemas encontrados y una toma de decisiones posterior, en mayor o menor cooperación con los médicos de los pacientes.

En el «entusiasmo» por los servicios de RM late el enfoque radical de aquellos que entienden *el medicamento* como objeto primordial del trabajo de los farmacéuticos (aunque relacionándolo después con la situación del paciente), frente al cambio de enfoque planteado en los postulados iniciales de la atención farmacéutica, que considera *al paciente* que usa medicamentos el objeto primordial de los nuevos servicios. Parece obvio que el primer enfoque encuentre un menor número de adversarios entre los colectivos médicos, y tanto en el Reino Unido como en Australia los logros conseguidos de la Administración para pagar estos servicios a los farmacéuticos habrán valorado esta patente «no injerencia» en otras competencias profesionales como una facilidad para la implantación.

Otro tema que destacar en la comparativa analizada es la exigencia a los profesionales en cuanto a la acreditación para poder prestar el servicio. Llamen la atención las diferencias de currículum y práctica exigidas en Reino Unido, Australia y Estados Unidos. Este análisis comparado de la acreditación necesita otra revisión específica, pero en una primera valoración podemos ver que en los tres países no basta con el currículum académico de pregrado, sino que se exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos en tres áreas:

- Capacidad para buscar y organizar los datos necesarios para conformar una historia farmacoterapéutica.
- Nuevas capacidades de comunicación con pacientes y personal sanitario.
- Conocimiento de los reglamentos administrativos aplicados a esos servicios.
- Demostración práctica de la capacidad de resolución de casos reales.

De todas formas, entre las 20 horas de formación continuada y a distancia con las que se titula en Estados Unidos al farmacéutico para realizar MTM y los casi 18 meses con examen presencial para los casos clínicos de la segunda etapa que exige el Consejo de Farmacia Aus-

traliano existe una diferencia notoria. Y quizá por ello se obtienen mejores evaluaciones de resultados en salud en la iniciativa australiana que en todas las demás.

Cuando se analiza el valor añadido de tan diferentes servicios, es fácil concluir que parecen más eficientes –y en consecuencia son más fácilmente remunerados– cuando la RM se orienta al uso de medicamentos con más riesgo, ya sea por el medicamento en sí o por la condición del paciente, y cuando las decisiones adoptadas en función de lo observado se toman en colaboración con los médicos de los pacientes. Es importante difundir el conocimiento sobre las diferencias subyacentes al término «revisión de medicación», pero no cabe duda que, nomenclaturas y mejoras posibles de los procedimientos aparte, la idoneidad de los farmacéuticos para conseguir mejores resultados con la farmacoterapia de los pacientes no es discutible en los ámbitos geográficos revisados.

Bibliografía

1. Pharmaceutical Services Negotiating Committee-PSNC. Londres, 2008 The Pharmaceutical Services (Advanced and Enhanced Services) (England) Directions 2005 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.psn.org.uk/pages/mur.html>
2. Department of Health. Pharmacy in England. Building on strengths-delivering the future. Abril 2008 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083815
3. Review of NHS pharmaceutical contractual arrangements. Report by Anne Galbraith. Marzo 2007 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.parliament.uk/deposits/depositedpapers/2009/DEP2009-0244.pdf>
4. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2007; 65: 303-316.
5. Pharmaceutical Services Negotiating Committee-PSNC. Londres 2008. Página web de la Comisión Negociadora de los Servicios Farmacéuticos en Inglaterra: especificaciones de los servicios. [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.psn.org.uk/pages/mur.html#changes>
6. Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in Community Pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother.* 2005; 39: 1.911-1.917.
7. Medicare. Australian Government. Department of Human Services. Home Medicines Review (HMR). 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fifth-agreement/home-medicines-review.jsp#N101E5>
8. Australian Association of Consultant Pharmacy-AACP. Guest page-Topic Outline, No. 3. The Facts about Accreditation Process. 2011

- [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://aaccp.moodle.com.au/course/view.php?id=5>
9. Stafford AC, Tenni PC, Peterson GM, Jackson SL, Hejlesen A, Villesen C, et al. Drug-related problems identified in medication reviews by Australian pharmacists. *Pharm World Sci.* 2009; 31: 216-223.
 10. Nishtala PS, McLachlan AJ, Bell JS, Chen TF. A retrospective study of DRP in Australian aged care homes: medication reviews involving pharmacists and general practitioners. *J Eval Clin Pract.* 2011; 17: 97-103.
 11. Castelino RS, Bajorek BV, Chen TF. Are interventions recommended by pharmacists during home medicines reviews evidence-based? *J Eval Clin Pract.* 2011; 17: 104-110.
 12. Campbell Research & Consulting. Home Medicines Review Program Qualitative Research Project. Final Report. 2008 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2992EBF12BE7E1ECA2573D8007F91F3/\\$File/HMR%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2992EBF12BE7E1ECA2573D8007F91F3/$File/HMR%20Final%20Report.pdf)
 13. Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, Pratt N, Ryan P, Peck R, et al. The effectiveness of collaborative medicine reviews in delaying time to next hospitalisation for heart failure patients in the practice setting: results of a cohort study. *Circ Heart Fail.* 2009; 2: 424-428.
 14. White L, Klinner C, Carter S. Consumer perspectives of the Australian Home Medicines Review Program: Benefits and barriers. *Res Social Adm Pharm.* 2012; 8: 4-16.
 15. Emblen G, Miller E. Home medicines review. The how and why for GPs. *Aust Fam Physician.* 2004; 33: 49-51.
 16. Bryant L, Costner G, McCormick R. General practitioners perceptions of clinical medication reviews undertaken by community pharmacists. *J Prim Health Care.* 2010; 2: 225-233.
 17. American Pharmacist Association and National Association of Chain-drug stores Foundation. Medication Therapy Management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model (version 2.0). *J Am Pharm Assoc.* 2008; 48: 341-353.
 18. Ramalho de Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication Therapy Management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm.* 2010; 16: 185-195.
 19. Shoemaker SJ, Hassol A. Understanding the landscape of MTM programs for Medicare, Part D: Results from a study for the Centers for Medicare and Medicaid services. *J Am Pharm Assoc.* 2011; 51: 520-526.
 20. Pellegrino AN, Martin MT, Tilton JJ, Touchette DR. Medication Therapy Management services: definitions and outcomes. *Drugs.* 2009; 69: 393-406.
 21. Entrevista a Nicole Quiles Alves. *Pharmacy Today.* 2011 August; 47-51.
 22. Pharmaceutical Care Network Europe-PCNE working group on medication review. 2010-2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/PCNE%20WC2011/index.htm>
 23. Van Mil JWF. Medication Review. The Dutch filter method. PCNE Medication Review Working Group Mini Symposium. Manchester, March 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/PCNE%20WC2011/MedRev%20Vanmil.pdf>
 24. Rossing C. The four methods for Medication Review in Denmark. PCNE Medication Review Working Group Mini Symposium. Manchester, March 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/PCNE%20WC2011/index.htm>
 25. Hersberger K. Results from the Polimedication-Check. PCNE Medication Review Working Group Mini Symposium. Manchester, March 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/PCNE%20WC2011/MedRev%20Hersberger.pdf>
 26. Ekedahl A. Comparing automated medication review in Europe. PCNE Medication Review Working Group Mini Symposium. Manchester, March 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/PCNE%20WC2011/MedRev%20Ekedahl.pdf>
 27. Kaufmann C. Inappropriate prescribing: Mapping the characteristics of evaluation tools. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Kaufmann%20pres.pdf>
 28. Ryan C. The basics of the STOPP/START criteria. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Ryan%20pres.pdf>
 29. Gastelurrutia MA. The Spanish approach to cognitive services: Medication Review with Follow-up. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Gastelurrutia%20pres.pdf>
 30. Morrissey JA. Medication review developments in Ireland. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Morrissey%20pres.pdf>
 31. Airaksinen M, Leikola S. Collaborative medication review practices in Europe. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Leikola%20pres.pdf>
 32. Griesse N. New medication management developments in Germany? Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Griesse%20pres.pdf>
 33. Hersberger K. Status of medication review in PCNE. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/Hersberger%20Status.pdf>
 34. Van Mil F, Griesse N. Workshop I. The PCNE guidelines for medication review. Second PCNE Medication Review Working Symposium. Dublin, October 2011 [acceso 15/12/2011]. Disponible en: <http://www.pcne.org/sig/medication/documents/2011%20Presentations%20and%20reports/PCNE%20Dublin%20WS1.pdf>