

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

M^a Victoria Rojo Manteca

Responsable del CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ávila, España. ID 0000-0002-9628-222X

Cómo citar esta revisión: Rojo Manteca MV. Atención Farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional. Pharm Care Esp. 2019; 23(1):73-82

A realist synthesis of pharmacist-conducted medication reviews in primary care after leaving hospital: what works for whom and why?

Luetsch K, Rowett D, Riste L, Twigg M. J.

British Medical Journal Quality & Safety. Epub ahead of print: 23/01/2021

DOI: [10.1136/bmjqs-2020-011418](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011418)

Las transiciones entre niveles asistenciales son momentos críticos para la salud de los pacientes que requieren de una comunicación adecuada, eficiente y en tiempo real entre los profesionales sanitarios que los atienden para reducir el riesgo de aparición de problemas relacionados con el uso de medicamentos. En este sentido, el papel del farmacéutico en la atención a pacientes que acaban de recibir el alta hospitalaria contribuye a mejorar los resultados en salud y a minimizar los daños.

Sin embargo, aunque existen evidencias que apoyan la utilidad de servicios como la conciliación y la revisión de la medicación en la reducción de costes y del riesgo de efectos adversos tras el ingreso hospitalario, es menos claro qué beneficios pueden proporcionar a los pacientes y los sistemas de salud si se utilizan al alta hospitalaria, cuando el paciente vuelve a la atención primaria. Los estudios existentes arrojan resultados dispares, algo que puede deberse a la variabilidad en la ejecución de la intervención, y no establecen un protocolo o consenso en cuanto al procedimiento.

Por ello, el objetivo de este trabajo es clarificar y desarrollar una teoría de qué funciona, para quién, cómo, y bajo qué circunstancias las Revisiones de Medicación (RM) llevadas a cabo por farmacéuticos en el ámbito de la atención primaria a pacientes que han

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

recibido el alta hospitalaria tienen éxito y permiten mejorar el uso de medicamentos y la salud de los pacientes.

Para ello, los autores llevaron a cabo una síntesis realista que explora las relaciones causales existentes entre el contexto en el que se desarrolla la intervención, los mecanismos desencadenados por ésta y los resultados obtenidos, aplicando los estándares de calidad RAMESES (Realist and MEta- narrative Evidence Syntheses: Evolving Standards).

Se realizó una búsqueda sistemática en distintas bases de datos utilizando inicialmente los términos “medication review” (MR), “hospital discharge” (alta hospitalaria) y “community pharmacy” (farmacia comunitaria), y se excluyeron los trabajos que se referían a MR realizadas en el ámbito hospitalario. Para facilitar el análisis de los datos, el proceso de MR se desglosó en tres pasos: la iniciación, el proceso de MR propiamente dicho y lo que ocurre después. Se establecieron y analizaron las relaciones existentes entre Contextos, Mecanismos y Resultados (CMO) en todos los documentos examinados, estableciéndose 9 configuraciones (CMO configurations o CMOCs) o, lo que es lo mismo, 9 contextos en los que 10 mecanismos pueden ser activados para influenciar los resultados de las RM (14 en total).

A continuación se resumen los hallazgos de los autores en relación con las contribuciones de cada una de las CMOC al proceso de RM, que se han separado en los tres pasos de los que consta el proceso:

1. Iniciación del proceso: qué hace que tenga lugar una RM
 - CMOC 1: Reclutamiento de los pacientes: Se ve afectado por el momento, lugar y profesional que ofrece el servicio, y aumenta cuando el ofrecimiento se realiza en un centro sanitario debido a la confianza de los pacientes en el profesional que lo recomienda. Además, cuando el reclutamiento es apoyado o promovido por una organización/hospital, las tasas se incrementan porque la obligación que se establece sobre los profesionales hace que se impliquen más. Los

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

mejores resultados se obtienen con un reclutamiento inicial en el hospital y seguimiento por los profesionales implicados en la RM.

- CMOC 2: Experiencia de los pacientes: La aceptación de los pacientes depende de su experiencia y actitud hacia el rol clínico del farmacéutico, de manera que las tasas de participación se incrementan si los pacientes perciben un beneficio en el servicio y/o confían en las habilidades del farmacéutico.
- CMOC 3: Conocimiento y concienciación de los profesionales sanitarios: Las derivaciones y la iniciativa en la realización de las RM aumentan cuando se desarrollan programas y sistemas que mejoran la concienciación y experiencia de médicos y farmacéuticos en relación con el servicio, al reconocer el rol del farmacéutico y percibir un beneficio la prestación del mismo.
- CMOC 4: Integración del rol en la práctica diaria: Se ha detectado la necesidad de apoyo organizativo, normativo y procedimental para facilitar la integración de las MR en la rutina de trabajo del farmacéutico, conseguir que acepte la prestación de este servicio como parte de su rol profesional, y que perciba que supone un beneficio para los pacientes y para su prestigio profesional.
- CMOC 5: Localización: La participación de los pacientes se incrementa al flexibilizar el lugar de realización de la RM, siendo importante adaptarse y cubrir las necesidades y preferencias de los pacientes en términos de accesibilidad, aceptabilidad y conveniencia.
- CMOC 6: Vida después del hospital: La participación de los pacientes depende de cómo prioricen y valoren el servicio una vez son dados de alta, de manera que sólo aquellos para quienes los beneficios pesen más que el esfuerzo de acudir a las citas se implicarán activamente en el servicio.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2. Qué ocurre durante el proceso de RM
3. Qué ocurre después de la RM: Debido a la limitada información que los trabajos analizados aportaban sobre lo que ocurre durante y después de la prestación del servicio, los autores decidieron combinar ambos pasos.
 - CMOC 7: Comunicación y coordinación: Ambos factores mejoran la concienciación de los profesionales con el servicio, promueven las derivaciones e incrementan las tasas de participación, lo que genera una reducción de los problemas relacionados con los medicamentos y los reingresos.
 - CMOC 8: Información disponible: La RM arroja resultados positivos cuando el farmacéutico dispone de fácil acceso a la información clínica relevante del paciente, al permitir identificar y resolver un mayor número de problemas.
 - CMOC 9: Regulaciones y estándares: Los mejores resultados se obtienen cuando los protocolos de RM facilitan que el farmacéutico se responsabilice de la resolución de los problemas identificados en el proceso, bien por sí mismo o en colaboración con el paciente u otros profesionales sanitarios.

Budget impact analysis reveals walk-in fingertip HbA1c testing in community pharmacies could provide a significant long-term reduction in public expenditure

Shono A, Kondo M, Hoshi S, Okubo R, Yahagi N.
Research in Social and Administrative Pharmacy. 2021, 17: 368-371
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.014>

En Japón, el cribado universal de síndromes metabólicos se ofrece a todos los ciudadanos de entre 40 y 74 años, pero la tasa de participación en el mismo es de sólo un 50%. Por ello, en 2014 pusieron en marcha un nuevo programa de detección de enfermedades metabólicas en las oficinas de farmacia, enfermedades entre las que destaca la diabetes tipo 2. En este caso concreto el servicio consiste en realizar, a demanda del paciente y sin cita previa, test en sangre periférica de los niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Así, previa explicación del proceso por el farmacéutico, el paciente realiza su propia toma de muestra de la punta del dedo, que es analizada en el momento, y los resultados son explicados por el farmacéutico, quien entrega además al paciente un folleto con información sobre cómo interpretar los resultados y qué acciones deben llevarse a cabo. Se recomienda la realización de un test anual a todos los pacientes y aquellos con niveles de HbA1c superior a 6 son derivados a su médico de familia.

Los autores de este trabajo han realizado ya una evaluación económica de este programa desde el punto de vista social, que se realizó comparando el ahorro generado con la realización del test en las farmacias frente al escenario previo, en que sólo estaba disponible el cribado universal. Este Análisis de Coste-Efectividad (CEA) concluyó que el programa genera ahorros en recursos y mejora los resultados en salud. Sin embargo, se desconoce el impacto de este programa en la financiación del sistema público de salud a medio y largo plazo y, por ello, los investigadores decidieron realizar un Análisis de Impacto Presupuestario (BIA) para ver cómo la difusión de la nueva estrategia de cribado

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

puede generar cambios en la detección de la diabetes mellitus tipo 2 y en el coste del tratamiento de la enfermedad como resultado de una detección precoz de la misma. El estudio pretende, por tanto, utilizar el BIA para clarificar el impacto del programa sobre el gasto sanitario público, incluyendo subsidios públicos y reembolsos de la seguridad social.

El BIA utilizó el modelo coste-efectividad, incluyendo costes financieros y excluyendo resultados en salud, y siguió los principios de buenas prácticas de ISPOR (International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research).

El análisis se realizó en varios pasos, comenzando por la selección de la muestra. Se eligió un distrito de Tokio (Adachi Ward) en el que se ha implementado un programa pionero (subvencionado) de cribado de diabetes en la oficina de farmacia, distrito sobre el que ya se realizó el CEA previo. El análisis de sensibilidad se realizó asumiendo la realización de 638 test como parte del programa.

El horizonte temporal se fijó en 15 años basándose en la progresión de la diabetes a largo plazo hasta la aparición de complicaciones serias, tomándose cuatro de ellas como referencia: insuficiencia renal terminal, ceguera, enfermedad cardiovascular y amputación.

Las estimaciones presupuestarias se dividieron en pagos en efectivo bajo financiación sanitaria pública, subvenciones para la realización de test de HbA1c pagados por las autoridades locales y reembolsos de la seguridad social, abonados tanto por las administraciones locales como por los seguros sociales asociados al empleo. Los cálculos económicos se hicieron desde el punto de vista del pagador y reflejaron el sistema de copago estándar vigente en Japón. Así, los reembolsos se estimaron en el 70% de los costes utilizados en el CEA, excepto en el caso de aquellos por enfermedad renal terminal en los que el copago fue de 91 USD/mes.

Los gastos anuales que esta enfermedad supone para el sistema de salud se establecieron en: examen médico exhaustivo, 50 USD; tratamiento para diabetes tipo 2,

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.355 USD; tratamiento para insuficiencia renal terminal, 42.755 USD; tratamiento de la ceguera, 484 USD; tratamiento para enfermedad cardiovascular, 12.721 USD en el primer año y 1.139 en el segundo; y tratamiento que implique amputación 14.579 USD en el primer año.

Con todas estas variables, el BIA arrojó los siguientes resultados en relación con el gasto público anual:

- Con el programa de cribado en farmacia: 46.000 USD el primer año y 1.009.000 USD en el decimoquinto año.
- Sin el programa: 26.000 USD el primer año y 1.230.000 USD en el decimoquinto.

Se considera que el gasto positivo de los cinco primeros años se debe al pago de las subvenciones para la realización de las pruebas en las farmacias, habiéndose estimado el total de ayudas durante el primer año en 2.909 USD, y al coste de los tratamientos de las diabetes detectadas.

Esto se traduce en que, si bien durante los primeros 5 años la introducción del programa genera un incremento del gasto público, a partir del sexto el impacto presupuestario sería negativo, con unos ahorros para el sistema de hasta 221.000 USD en el decimoquinto año, ya que con la detección precoz de la enfermedad se reducen las complicaciones graves asociadas a la misma y los gastos de sus tratamientos.

Una extrapolación de los resultados obtenidos en Adachi Ward a todo el país indica que, con la implantación del programa a nivel nacional, el gasto público adicional sería de 4.2 millones de USD y el ahorro a los quince años de 429 millones, contribuyendo por tanto a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Potentially inappropriate prescriptions and therapeutic complexity in older HIV patients with comorbidities

Vinuesa-Hernando JM, Gimeno-Gracia M, Malo S, Sanjoaquin-Conde I, Crusells-Canales MJ, Letona-Carbajo S, Gracia-Piquer R.

International Journal of Clinical Pharmacy. 2021.

<https://doi.org/10.1007/s11096-021-01242-1>

En las últimas décadas, la efectividad de los tratamientos antirretrovirales (ART) ha incrementado significativamente la supervivencia de los pacientes con infección por VIH (PLWH) y, con ello, su edad media, encontrándonos actualmente con un número sustancial de pacientes mayores de 65 años. La situación inmunológica de estas personas hace que la aparición de comorbilidades como enfermedad cardiovascular, deterioro neurocognitivo y cáncer, entre otras, se produzca a una edad más temprana que en la población general, lo que genera un incremento en el número de prescripciones y una mayor complejidad farmacoterapéutica.

Puesto que la polifarmacia se asocia a problemas de adherencia, efectos adversos, interacciones e incremento de mortalidad, el concepto de deprescripción está adquiriendo una importancia creciente como método para discontinuar o modificar prescripciones potencialmente inadecuadas (PIP) para la situación clínica del paciente. Sin embargo, son pocos los estudios que evalúan las PIP en pacientes con infección por VIH (PLWH), ninguno de ellos realizado en población española.

Por ello, los autores de este trabajo decidieron llevar a cabo un estudio observacional para evaluar la presencia de polifarmacia y PIP en pacientes mayores con VIH. Se incluyeron en el mismo todos los pacientes de 65 años o más con al menos una dispensación de ART en el servicio de farmacia del Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza entre junio y noviembre de 2018, utilizando para ello los registros electrónicos de la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.

ATENCIÓN FARMACEÚTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Como variables relacionadas con la infección se recogieron la fecha del diagnóstico, la carga viral en plasma y el recuento de CD4 en la última visita realizada durante el periodo del estudio, y para conocer la adherencia se utilizaron los registros de las dispensaciones realizadas. Además, se realizó una entrevista personal con los pacientes para obtener información sobre el uso de tratamientos concomitantes, automedicación y percepción de la adherencia por el propio paciente. Se utilizó el cuestionario creado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para estratificar a los pacientes en función del riesgo de sufrir efectos negativos asociados a la medicación. Este cuestionario tiene en cuenta factores demográficos, sociosanitarios y relacionados con la medicación así como el uso de servicios sanitarios, y ha sido adaptado para PLWH.

Los regímenes de ART se separaron en aquellos con 3 ingredientes o principios activos (AI) o más y los que incluyen dos o menos, y los agentes estimulantes (boosting agents) no se consideraron AI. La complejidad de la farmacoterapia se cuantificó utilizando el Índice de Complejidad de Regímenes Terapéuticos (MRCI), que tiene en cuenta no sólo la cantidad de tratamientos sino también parámetros como la frecuencia de uso, instrucciones para correcta administración y la forma farmacéutica de cada presentación utilizada.

Siguiendo las recomendaciones de las guías, la adherencia se midió por dos métodos, cuali y cuantitativo, de manera que un paciente se consideró adherente cuando ambos coinciden. Para la valoración cualitativa se utilizó el Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ), que es la única herramienta validada para ART en España, y como método cuantitativo se utilizó la Ratio de Posesión de Medicación (MPR), que se calculó en base a las prescripciones dispensadas en los seis meses previos a la entrevista, estableciéndose el 90% como el valor mínimo a obtener en total para ser considerado adherente.

Además, se utilizaron las últimas versiones de los criterios STOPP y LESS-CHRON para identificar los tratamientos susceptibles de deprescripción.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En cuanto a las características de los 30 pacientes que completaron el estudio, la mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 17 años, el 96,7% tenían carga viral indetectable y la mediana del recuento de CD4 fue de 482,5 cel/mcL. Las comorbilidades más frecuente fue dislipemia e hipertensión, si bien también se detectaron con frecuencia desórdenes de la salud mental y diabetes. El 83,3% de los pacientes recibía regímenes de ART con 3 o más fármacos y la media de medicamentos utilizados para enfermedades concomitantes fue de 8,3, de manera que el 70% de los pacientes se clasificaron como polimedicados y el 30% como altamente polimedicados, un dato este último en consonancia con los obtenidos en estudios similares. Sólo el 17% de los pacientes afirmó utilizar medicamentos OTC o fitoterapia, algo que sí difiere de trabajos anteriores, en los que este dato incluso se duplica.

La evaluación de la complejidad de los tratamientos arrojó un valor medio de 24 puntos de acuerdo al MRCI, al que contribuyen principalmente las prescripciones para enfermedades concomitantes (18,3 puntos), siendo la frecuencia de uso el parámetro más influyente en la complejidad.

El 66,7% de los pacientes eran adherentes a sus tratamientos, un resultado que, a pesar de considerarse bajo, refleja la realidad de la población española con VIH. De la aplicación del modelo de estratificación de la SEFH se obtuvo que el 63,3% de los pacientes se encontraban en nivel 2 de riesgo de sufrir efectos negativos asociados a la medicación.

El 70% de los pacientes sería candidato a deprescripción, al menos de un fármaco, siendo benzodiazepinas y antidepresivos los medicamentos más prevalentes, si bien los autores recomiendan centrar inicialmente la atención farmacéutica en el 16% de los pacientes clasificados como de riesgo alto según la estratificación de la SEFH.