

❖ 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. 2021; 23(3):269-282

Study protocol: Development, implementation, evaluation and refinement of a translational allergic rhinitis clinical management pathway (AR-CMaP) for community pharmacies

Tan R, Kritikos V, Cvetkovski B, Rimmer J, Yan K, Cheong L, Bousquet J, Bosnic-Anticevich S. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2021, 17: 1216-1222.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.08.009>

La rinitis alérgica (AR) es una patología respiratoria crónica que llega a afectar a un 40% de la población mundial. Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia la mayoría de los pacientes que la sufren no están correctamente controlados, lo que hace que convivan con síntomas moderados o severos que impactan en su calidad de vida y provoca un empeoramiento de otras enfermedades coexistentes, como el asma, generando además una carga socioeconómica significativa.

En Australia, la mayoría de los tratamientos disponibles para la AR no están sujetos a prescripción. Esta libertad de acceso conlleva que un número elevado de pacientes se automediquen sin consultar con un profesional sanitario (el 70% elige su tratamiento sin consultar siquiera al farmacéutico), lo que ha generado que un 85% de los mismos esté utilizando un tratamiento subóptimo. Se ha detectado, además, que una elevada proporción de pacientes no sólo se automedica sino que también se autodiagnostica, subestimando la severidad de los síntomas y dejando de reportarlos a los profesionales sanitarios.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Por ello, es importante analizar cómo conseguir una implicación efectiva de los farmacéuticos con la población con AR y mejorar la implementación de las recomendaciones establecidas en las guías. En este sentido, aunque el papel del farmacéutico en el manejo de la AR está definido y reconocido e incluye: 1) detección temprana y derivación para diagnóstico, 2) identificar control subóptimo de los síntomas e indicar tratamiento alternativo, 3) recomendaciones de manejo óptimo en el contexto de otras comorbilidades y 4) identificar casos de falta de respuesta al tratamiento y asegurar un uso correcto de la AR a largo plazo, en la práctica las guías de manejo de AR no están siendo implementadas en la farmacia.

Con el objetivo de superar las barreras existentes para la implementación efectiva de estas guías, este trabajo describe la metodología utilizada para desarrollar, implementar, evaluar y perfeccionar una estrategia de manejo de AR en la farmacia comunitaria. El proyecto consta de cuatro fases:

1. Desarrollo del Programa de Manejo Clínico de Rinitis Alérgica (AR-CMaP), para lo cual se utilizaron las guías más recientes sobre manejo de AR en la farmacia, la evidencia empírica existente sobre el comportamiento de los pacientes en relación con el propio manejo de la AR y el marco de trabajo PARIHS*, especialmente diseñado para la implementación, en los servicios sanitarios, de prácticas basadas en la evidencia. Puesto que muchos pacientes utilizan medicación para AR a pesar de no tener un diagnóstico clínico e infravaloran la severidad de los síntomas, se consideró oportuno incluir en el programa una herramienta validada que permita realizar una valoración precisa de los mismos. AR-CMaP consiste en:
 - Valoración de las necesidades del farmacéutico, determinadas a través de un cuestionario desarrollado utilizando el marco ARIA 2018** de manejo de AR por el farmacéutico, que explora las necesidades en relación con tres dominios: 1) la percepción del farmacéutico acerca de su rol en el manejo de la AR, 2) barreras

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

potenciales que, según farmacéuticos y pacientes, impiden el manejo efectivo de la AR desde la farmacia, y 3) percepción del farmacéutico acerca de su relación con otros profesionales sanitarios y barreras percibidas por el paciente en lo relativo a su relación con médicos y farmacéuticos.

- Webinar sobre AR-CMaP y evaluación online: Formación de 1 h de duración que proporciona a los farmacéuticos herramientas para la atención al paciente con AR, como son la habilidad de detectarla en ausencia de diagnóstico, identificar el nivel de severidad y reconocer los criterios de derivación al médico.
- Taller sobre la implementación de AR-CMaP: Taller presencial que aborda las necesidades específicas de los farmacéuticos en base a los resultados del cuestionario inicial.
- Recursos para el manejo de los pacientes: Herramientas y recursos diseñados a partir de la evidencia existente con el objetivo de concienciar a los pacientes acerca de sus síntomas y fomentar la consulta con el farmacéutico antes de elegir un tratamiento para automedicarse. Como herramientas para valorar el impacto de los síntomas en la calidad de vida del paciente se incluyeron una Escala Visual Análoga (VAS) y la app MASK-air.

2. Implementación del AR-CMaP: El programa se implementó en 6 farmacias de la región australiana con más prevalencia de AR (29%). Para analizar el impacto del AR-CMaP en los distintos modelos de práctica farmacéutica, se seleccionaron tanto farmacias centradas en la prestación de servicios como orientadas al desarrollo del negocio y los descuentos. La participación de las farmacias requirió la firma de un consentimiento informado y la selección de los pacientes la realizó un investigador que se desplazó a las farmacias 2 semanas antes de la implantación. Proporcionó información verbal y escrita sobre el estudio a los usuarios, recopiló sus consentimientos y les proporcionó el cuestionario inicial, que recoge datos

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

demográficos, clínicos e información sobre el medicamento adquirido para la AR, que se utilizarán como base para la evaluación posterior. Se consideró necesario un tamaño mínimo de muestra de 240 pacientes.

3. Evaluación del AR-CMaP: Se realizará posteriormente utilizando un estudio pre-post intervención con el objetivo de evaluar el impacto del Programa en el manejo de la AR por la farmacia y la selección de medicación por los pacientes, así como el feedback de los farmacéuticos en relación con el proceso. Para ello se recogieron datos tres semanas después de la implementación del programa utilizando el mismo proceso que para la información inicial.
4. Mejora del AR-CMaP para su escalado y generalización: Para poder extender el programa a todas las farmacias australianas se realizará un proceso de evaluación que, utilizando la Herramienta de Evaluación de Escalabilidad de Intervenciones (ISAT), analizará su factibilidad, aceptabilidad, costes, sostenibilidad y, lo más importante, adaptabilidad al entorno de la farmacia. Se utilizará además un cuestionario para conocer si las herramientas proporcionadas cubren las necesidades de las farmacias participantes.

* Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. Qual Health Care. 1998;7(3):149–58.

** Bosnic-Anticevich S, Costa E, Menditto E, et al. ARIA pharmacy 2018 "Allergic rhinitis care pathways for community pharmacy. Allergy. 2018

Pharmacist medication review: An integrated team approach to serve home-based primary care patients

Monzón-Kenneke M, Chiang P, Yao N (Aaron), Greg M.

PLoS ONE 2021, 16(5): e0252151

DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252151>

Los farmacéuticos clínicos juegan, como parte de los equipos multidisciplinares, un papel fundamental en la optimización de la farmacoterapia, detectando necesidades no tratadas, reduciendo prácticas de prescripción inadecuadas y mejorando la seguridad en el uso de los tratamientos. Una manera de conseguirlo es mediante el servicio de revisión de la medicación, especialmente útil en pacientes polimedicados, frágiles y de edad avanzada.

En Estados Unidos, la mitad de los americanos tienen dificultades para el acceso los centros de atención primaria debido a problemas de movilidad, limitaciones funcionales o situaciones de fragilidad, lo que hace que no reciban asistencia sanitaria continuada y su salud sea pobre, con patologías mal controladas. Para tratar de paliar esta situación y ahorrar costes, clínicas privadas ofrecen el modelo de atención primaria a domicilio (HBPC), que acerca la experiencia y tecnología de estas clínicas a los hogares de los pacientes complejos. Sin embargo, este servicio se limita a atención médica y de enfermería, por lo que estos pacientes no reciben atención farmacéutica a pesar de que el envejecimiento de la población y el aumento de la polifarmacia incrementan el riesgo de efectos adversos y de aparición de problemas relacionados con los medicamentos que pueden impactar negativamente en la salud de los pacientes.

Puesto que esta necesidad de atención farmacéutica había sido detectada y expresada por los profesionales y las organizaciones que prestan atención domiciliaria, los autores de este trabajo han puesto en marcha un programa piloto para incluir el servicio de revisión de la medicación en el HBPC, de manera que éste sea prestado de manera

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

remota, sin necesidad de desplazamiento a los domicilios. Este programa, innovador en cuanto a la atención remota, se desarrolla en colaboración con un proveedor de servicios médicos a domicilio para pacientes complejos y el objetivo es ayudar a los profesionales que atienden a los pacientes con el manejo de la medicación y evaluar el grado de aceptación de las recomendaciones que se realicen.

La contratación del farmacéutico, especialista en farmacoterapia y geriatría con amplia experiencia en el manejo de pacientes complejos, la realizó la ACO (Organización que agrupa a proveedores y se responsabiliza de la prestación de la asistencia y la gestión de los reembolsos), y el equipo sanitario al que se incorporó constaba de 2 médicos y 3 enfermeras que atienden a unos 750 pacientes.

El piloto se desarrolló a lo largo de 4 meses, durante los cuales el farmacéutico revisó las historias y los tratamientos de 96 pacientes. El tiempo total asignado al proyecto fue de 1 h por paciente e incluía la revisión de la historia, realización de búsquedas bibliográficas y revisión de guías clínicas para apoyar las recomendaciones realizadas, envío de mensajes a los proveedores y registro de las intervenciones en una hoja de excel cuyo formato y contenido se consensuó con el equipo.

Semanalmente se enviaba al farmacéutico un listado de nuevos pacientes con 5 o más medicamentos en el que se incluía su nombre, número de historia clínica y fecha de nacimiento. Con esta información el farmacéutico accedía a su historia médica electrónica, que incluye información clínica, resultados de laboratorio y el listado de medicamentos del paciente, y realizaba una revisión exhaustiva y sistemática. Para cada paciente se evaluaron las patologías crónicas existentes, las prescripciones activas, revisando individualmente la idoneidad de cada una de ellas y la posible necesidad de ajuste de dosis, la presencia de medicación potencialmente inadecuada en geriatría de acuerdo a los Criterios de Beers, la existencia de interacciones y los tratamientos candidatos a deprescripción o inclusión.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El resultado de las revisiones se registraba en el archivo excel consensuado, que era devuelto semanalmente al proveedor. Adicionalmente, el farmacéutico enviaba mensajes con alertas sobre pacientes individuales en caso de detectar la necesidad de reajuste de dosis por problemas renales/hepáticos, interacciones significativas o resultados de pruebas de laboratorio, así como en pacientes cuyas patologías podrían beneficiarse de un aumento de la terapia. Las decisiones se apoyaban en las guías clínicas nacionales para las principales enfermedades crónicas, las interacciones se revisaron utilizando Micromedex y los ajustes de dosis se basaban en la ratio estimada de filtración glomerular o la Ecuación Cockcroft-Gault para aclaramiento de creatinina.

Al finalizar el piloto se realizó un análisis del total de recomendaciones realizadas por el farmacéutico y el grado de aceptación de las mismas. El farmacéutico clínico realizó 175 recomendaciones, de las cuales sólo se aceptaron el 30%, siendo las principales relativas a deprescripción y ajuste de dosis. El 67% de los pacientes (edad media 82 años, 13 patologías crónicas y 17 medicamentos) tenía prescrita medicación considerada potencialmente inadecuada según los Criterios de Beers.

El asesor médico senior revisó los resultados con su equipo para entender por qué muchas de las recomendaciones no habían sido aceptadas y entrevistó a los proveedores para conocer las barreras encontradas en la implementación de las recomendaciones, analizando con ellos el papel del farmacéutico en la optimización de la farmacoterapia y la deprescripción. Se identificaron las siguientes barreras: 1) decisión del proveedor de continuar con la medicación en base al juicio clínico y las necesidades del paciente, 2) reticencia del paciente/familia/proveedor a los cambios, 3) mentalidad de prescribir medicación para abordar problemas clínicos, 4) determinar la responsabilidad de la deprescripción cuando están implicados distintos especialistas, 5) falta de tiempo y 6) falta de guías claras para la deprescripción.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El proveedor considera positiva la incorporación del farmacéutico y cree que aportaría valor añadido si discutiera los cambios y problemas de la farmacoterapia directamente con los pacientes/familiares y los profesionales.

Exploring pharmacists' perceptions of integrating pharmacists into the general practice setting

Morcos P, Dalton K.

Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy. 2021. In press, Journal pre-proof.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100027>

El incremento de la esperanza de vida y, con ello, del número de pacientes mayores y crónicos, hace que los sistemas sanitarios de todo el mundo encuentren dificultades para atender la creciente demanda asistencial. Una situación especialmente exacerbada en la atención primaria debido a la limitación de recursos y a la alarmante reducción del número de médicos de familia. Una estrategia para reducir esta carga asistencial es la integración de farmacéuticos en los centros de salud, una iniciativa ya implementada en países como Canadá, Australia o Reino Unido en la que los farmacéuticos (GPP) proporcionan consejo y evaluación a los pacientes, realizan revisiones exhaustivas de la medicación que pueden incluso incluir prescripción, llevan a cabo auditorías clínicas y proporcionan educación e información sobre medicamentos al resto de profesionales sanitarios.

Aunque esta integración ha demostrado reducir los costes en medicación, mejorar la adherencia y reducir la carga asistencial (tanto en lo relativo a las consultas como en visitas a urgencias y hospitalizaciones), no se ha planteado aún en muchos países. Uno de ellos es Irlanda, donde los consultorios y centros de atención primaria son mayoritariamente privados y se encuentran al límite de su capacidad asistencial debido a la falta de médicos y las farmacias comunitarias ofrecen distintos servicios profesionales, incluyendo vacunación, pero no disponen de acceso a la historia clínica del paciente.

Estas circunstancias han llevado a los autores de este trabajo a estudiar las percepciones e intereses de los farmacéuticos irlandeses en relación con una posible integración de

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GPPs en los centros de salud, con el objetivo de identificar posibles barreras y facilitadores de la misma y analizar el rol del farmacéutico y los factores que afectarían a la integración. Este estudio presenta, como novedad frente a los anteriormente publicados, la realización de manera previa a la implementación.

Como método para la recogida de datos se utilizaron entrevistas individualizadas y semi-estructuradas, y se consideraron elegibles para su inclusión en el estudio todos los farmacéuticos registrados en la Sociedad Farmacéutica de Irlanda con experiencia, anterior o actual, en farmacia comunitaria en el propio país. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante técnicas de muestro de conveniencia y de bola de nieve, contactando posteriormente con los farmacéuticos para determinar su interés en participar y proporcionarles la información sobre el estudio y el consentimiento.

Los investigadores diseñaron una muestra inicial de 9 farmacéuticos para asegurar una distribución proporcional de sujetos con distintos niveles de experiencia (< 5 años, 5-10 años y >10 años) y de lugar de ejercicio (farmacia rural/semiurbana, centro ciudad y urbana pero no céntrica). Se planeó a priori realizar, al menos, otras 3 entrevistas a mayores de las 9 iniciales y se consideró que el estudio podría considerarse completado cuando se finalizasen 3 entrevistas adicionales consecutivas sin identificar nuevos temas.

Los autores elaboraron una guía para las entrevistas (Appendix 2) que se pilotó con un farmacéutico con experiencia universitaria y comunitaria que no fue incluido en la muestra de estudio. Las entrevistas se grabaron en audio, se transcribieron y se registraron en NVivo® Version 12, y las transcripciones se analizaron utilizando el método de análisis temático en 6 fases de Braun y Clarke*.

En total, entre septiembre y noviembre de 2019 se realizaron 12 entrevistas con farmacéuticos de la región de Munster, a partir de las cuales se generaron 4 temas principales con los subtemas correspondientes:

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Expectativas acerca del rol del farmacéutico tras la integración:

- Definición del rol: Los participantes coincidían en que el papel del GPP debería estar centrado en proporcionar información sobre medicamentos al resto de profesionales, realizar auditorías, revisiones de medicación y en el potencial para prescribir. Sin embargo, se detectó cierto miedo ante la novedad de este rol, que se tradujo en enfatizar la importancia de definir claramente el papel del farmacéutico para evitar solapamientos con otros profesionales y establecer las limitaciones y los protocolos de derivación.
- Habilidades, formación y atributos del farmacéutico: Buenas habilidades comunicativas, asertividad, capacidad de trabajo en equipo, seguridad y resiliencia se identificaron como los principales atributos para asegurar la integración y éxito del GPP en el desarrollo de sus funciones. Hubo consenso acerca de la necesidad de cursos para habilitar como prescriptor pero se registró variabilidad de opiniones acerca del efecto que la experiencia o falta de ella tendría para el desarrollo de las tareas encomendadas.
- Satisfacción con el trabajo: Los farmacéuticos destacaron que este nuevo rol incrementaría su satisfacción laboral al considerar que sus conocimientos y experiencia están siendo actualmente infravalorados e infrutilizados. Además, los entrevistados destacaron positivamente la posibilidad de integrarse en un equipo multidisciplinar.

2. Alteración de la dinámica farmacéutico-paciente en atención primaria:

- Acceso a atención sanitaria y seguridad del paciente: Los participantes perciben que la integración del GPP facilitaría que los pacientes recibieran asistencia sanitaria, reduciría la carga asistencial de los médicos y permitiría mejorar la farmacoterapia de los pacientes y, por tanto, sus resultados en salud.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Confianza del paciente y concienciación acerca del rol del farmacéutico: Los entrevistados consideran que, gracias a la confianza que los pacientes ya tienen en la farmacia comunitaria, estos serían receptivos a su integración en los centros de salud, si bien creen que para que el servicio sea demandado debe explicarse a los pacientes este nuevo rol. Se puso de manifiesto, no obstante, que algunos usuarios pueden ser reticentes a que el farmacéutico realice tareas más allá de la mera dispensación.
- Impacto en el rol del farmacéutico comunitario: Se definió el ahorro de tiempo como el mayor beneficio que esta integración tendría sobre la farmacia comunitaria, al optimizarse la prescripción y contar con el GPP como enlace con el centro de salud. Sin embargo, se planteó que algunos roles del GPP podrían invadir las competencias actuales del farmacéutico comunitario y dos de los entrevistados se mostraron a favor de aumentar las competencias de la farmacia comunitaria como alternativa a la creación del GPP.

3. Relación médico-farmacéutico:

- Carga de trabajo y usurpación: Los entrevistados coincidían en que el GPP reduciría la carga de trabajo de los médicos en lo relativo a la resolución de problemas relacionados con la medicación, la optimización de la prescripción y la interlocución con las farmacias. No obstante, temen que los médicos perciban al GPP como una amenaza al considerar que invade sus competencias.
- Atributos individuales del médico: Aunque se consideró que la receptividad de los médicos hacia la figura del GPP varía en función del individuo, y que se ha mejorado mucho en lo relativo al reconocimiento y respeto de la figura del farmacéutico, se identificó a los médicos de mayor edad como los más reticentes.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Relaciones preexistentes y confianza: Los farmacéuticos destacan que la existencia de relaciones previas positivas sería un facilitador importante de la integración y consideran que, con el trabajo conjunto, el GPP demostraría su competencia y capacidad para complementar el trabajo del médico, facilitando la integración y construyendo relaciones de confianza.
- Autonomía: Los entrevistados enfatizaron la importancia de que el GPP sea una figura autónoma, no dependiente del médico, y sin relación o interés económico con las farmacias cercanas.

4. Dificultades logísticas e implicaciones económicas

- Apoyar implementación basada en la evidencia: Los encuestados creen que la estructura sanitaria actual dificulta la puesta en marcha de la figura del GPP. Por ello destacan la importancia de utilizar modelos que han funcionado en otros países y reconocen la necesidad de un impulso para iniciar el proceso, considerando que un proyecto piloto podría ser útil.
- Características del centro sanitario: La falta de espacio para disponer de despacho propio se percibe como la principal barrera para la integración, mientras que la mayor demanda del servicio farmacéutico y la existencia de equipos multidisciplinares de mayor tamaño en los centros urbanos se consideran importantes facilitadores para la integración.
- Tiempo de dedicación en el centro: Los encuestados consideran que la dedicación va a estar limitada por la financiación y creen que una jornada completa facilitaría la integración, si bien consideran que, según las funciones encomendadas y las necesidades del centro, una jornada parcial o contratos estacionales pueden ser suficientes. También creen que compaginar este rol con el trabajo en farmacia comunitaria permitiría al GPP estar al día.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Implicaciones económicas: Se plantearon 3 posibles escenarios de financiación: contribución de los centros médicos, copago por el usuario y financiación pública, siendo este último el punto de vista predominante al considerar que los GPP generarían importantes ahorros al sistema.

* Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3(2):77-101.