

Revisiones bibliográficas · Bibliographical Reviews

Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional

Pharmaceutical Care in National and International
Bibliography

Información

Fechas:

Recibido: 2021.08.25

Aceptado: 2021.09.23

Publicado: 2021.10.15

Correspondencia:

M^a Victoria Rojo Manteca
mavirm@usal.es

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó
ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido
ninguna ayuda o financiación.

Autorías

M^a Victoria Rojo Manteca¹  0000-0002-9628-222X

¹Responsable del CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ávila, España.

Cómo citar este trabajo

Rojo Manteca MV. Atención farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional.
Pharm Care Esp. 2021;23(5):49-57.

A mixed method study design to explore the adherence of haematological cancer patients to oral anticancer medication in a multilingual and multicultural outpatient setting: The MADESIO protocol

Michiels S, Tricas-Sauras S, Dauvrin M, Bron D, Kirakoya-Samadoulougou F. PLoS ONE. 2021;16(6):e0253526.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253526>

El creciente uso de medicamentos antitumorales orales (OAMs) hace que los profesionales de la oncología deban enfrentarse al reto de asegurar una óptima adherencia a los tratamientos. Sin embargo, los estudios a este respecto son escasos, especialmente en el campo de la oncohematología, y los datos publicados (adherencias del 20 a 53% para CML y 6 a 35% para ALL) sugieren que un porcentaje sustancial de pacientes tienen dificultades para cumplir con los tratamientos prescritos y muestran que la adherencia se reduce con el paso del tiempo.

En Bélgica, los frecuentes ajustes de dosis que se realizan en los tratamientos con OAMs debido a toxicidades o comorbilidades conllevan una falta de registro de las dosis prescritas y limitan considerablemente el estudio de la adherencia. Además, y aunque se ha demostrado que los conocimientos y creencias de los pacientes y las interacciones médico-paciente son factores que condicionan la adherencia a los tratamientos, el único estudio realizado en Bélgica hasta la fecha adolece de una representación muy insuficiente de migrantes y minorías étnicas (MEM). Puesto que estos grupos poblacionales son más vulnerables y presentan un alto riesgo de baja adherencia a los tratamientos, los autores de este trabajo consideran que, en el contexto de creciente diversidad de la población belga, es urgente identificar las diferencias potenciales en el uso de OAMs entre los pacientes MEM y los no migrantes.

Para ello han diseñado el protocolo MADESIO, con metodología mixta secuencial que combina una primera fase cuantitativa basada en el uso de cuestionarios para medir la adherencia a OAMS e identificar factores de riesgo, y otra cualitativa consistente en la realización de entrevistas semiestructuradas para abordar en profundidad las implicaciones subjetivas de los pacientes. Se han establecido tres objetivos concretos: 1) medir la adherencia en dos subgrupos de pacientes (migrantes de primera y segunda generación / no migrantes) con cáncer hematológico; 2) identificar los factores de riesgo asociados; 3) entender las diferencias observadas entre ambos grupos.

El estudio se realizará en el área de pacientes externos de dos hospitales del centro de Bruselas, que atienden a una población cuyo 40% no tiene francés u holandés como primera lengua y cuya plantilla es mayoritariamente nacional. Participarán unos 113 pacientes (60 migrantes y 53 no migrantes)

a lo largo de 12 meses. El tamaño de muestra se calculó en base a una estimación de adherencia del 60%, considerando un intervalo de confianza del 95%, con una precisión del 10% y una ratio de no respuesta del 20%. Se consideran elegibles los pacientes con cáncer hematológico en tratamiento con al menos un OAM desde hace 30 días o más y con una esperanza de vida de al menos 6 meses, que deben ser capaces de leer y entender alguno de los siguientes idiomas: francés, holandés, inglés, árabe, polaco o rumano. Ante la ausencia de una definición única de migrante, los autores consideran como migrantes de primera generación (FG) a todas aquellas personas que han nacido en el extranjero, y como migrantes de segunda generación (SG) a todos los nacidos en Bélgica que tienen otra nacionalidad o uno de sus progenitores es extranjero. No se tienen en cuenta el estatus legal, la duración de la estancia en el país y el motivo de la misma.

El reclutamiento se realiza telefónicamente y, si el paciente acepta participar en el estudio, se agenda una cita informativa de 30 minutos de duración coincidiendo con su próxima visita de seguimiento, en la que se obtendrá el consentimiento informado. En caso de barrera con el idioma, se invita a la persona de contacto que figure en la historia y se solicita la presencia de un Mediador Intercultural (IM). Para mayor confort de los pacientes, la fase cuantitativa se distribuye en 4 entrevistas sucesivas (Fig. 2) que se hacen coincidir con las visitas de seguimiento del paciente.

Para que la medición de la adherencia sea lo más fiable posible y asegurar que se analizan todas las variables que pueden afectar a la misma, se han seleccionado varias herramientas complementarias cuyo uso se reparte entre las distintas visitas. Sólo se utilizan escalas previamente validadas con utilidad demostrada y se estableció un riguroso protocolo de traducción (Fig. 3) siguiendo recomendaciones internacionales para adaptar los cuestionarios culturalmente y a las características específicas de los tratamientos con OAMs.

Puesto que la adherencia puede variar a lo largo del tiempo, el paciente debe responder, en todas las visitas, a dos escalas de 8 ítems para medir la falta de adherencia intencionada y no intencionada e identificar barreras: TABS (*Tool for Adherence Behaviour Screening*) y MMAS-8 (*Morinsky Medication Adherence Scale*).

En la visita 1 se recogen las características socio-demográficas, económicas, educacionales, lingüísticas y migratorias necesarias para el análisis. Además se realiza, verbalmente, un cuestionario que explora si el paciente recibe ayuda en el manejo de la medicación, si usa tratamientos alternativos/complementarios o si ha implementado cambios en su estilo de vida para mejorar su salud. Al final de la visita el paciente recibe una encuesta (SDS-17, *Social Desirability Scale-17*) para reducir el sesgo de deseabilidad social.

En la visita 2 el paciente completa dos cuestionarios para medir sus creencias en relación con la medicación: BBQ (Beliefs and Behaviour Questionnaire), que cubre en profundidad distintos aspectos relacionados con la adherencia, y BMQ (Beliefs about Medicine Questionnaire), que cuantifica y compara las creencias personales sobre la necesidad de la medicación con sus preocupaciones acerca de la toma de la misma.

En la visita 3 el paciente completa la *Human Connection Scale* (HCS) para conocer su valoración acerca de la alianza terapéutica, por ejemplo, la interacción o el vínculo con su hematólogo. Además, completa la escala HADS (*Hospital and Anxiety Depression Scale*), que permite medir la ansiedad y depresión de personas con problemas de salud.

En todas las visitas se recogen, de la historia clínica del paciente, datos relativos a la evolución de la enfermedad y su tratamiento. También se registra información complementaria como la presencia de familiares, el idioma de comunicación y el nivel de francés del paciente.

Para reforzar el sentimiento de confidencialidad y anonimidad, las entrevistas se realizaron en consultas privadas y los cuestionarios son identificados con un código único sólo conocido por el investigador que permite que el paciente los complete en cualquier momento durante su estancia y los deposite después en cualquier buzón del hospital. Además, en los objetivos del estudio se ha sustituido la palabra "adherencia" por "experiencia con el tratamiento" y se enfatiza el hecho de no se juzga si la toma de la medicación se realiza correctamente o no.

Una vez completada la fase cuantitativa se realizará un análisis intermedio de los datos para seleccionar y estratificar a los pacientes de cara a la segunda fase, la cualitativa, que consistirá en la realización de entrevistas semiestructuradas que serán grabadas y transcritas. Para las entrevistas se utilizará la entrevista narrativa de McGill (*McGill Illness Narrative Interview*), que permite averiguar el significado que tiene la enfermedad para cada individuo, los tipos de razonamiento, la secuencia histórica y el contexto sociocultural de la experiencia con la enfermedad.

The influence of intervention complexity on barriers and facilitators in the implementation of professional pharmacy services – A systematic review

Moecker R, Terstegen T, Haefeli WE, Seidling HM.

Research in Social and Administrative Pharmacy. 2021,17:1651-1662.

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.01.013>

Los farmacéuticos pueden expandir su rol como sanitarios más allá de la dispensación mediante la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente, que han demostrado mejorar los resultados en salud y suelen contar con un elevado grado de satisfacción por parte de los pacientes. Sin embargo, la implantación satisfactoria de estos servicios depende de múltiples factores que pueden afectar de manera negativa (barreras) o positiva (facilitadores) al proceso y que son difíciles de predecir con anterioridad, ya que varían en función de las características propias del servicio y la complejidad de la intervención a realizar.

De acuerdo con el British Medical Research Council (MRC), la citada complejidad es inherente a la propia intervención, y comprende: 1) número de componentes de la misma; 2) número y dificultad de los comportamientos requeridos para proporcionar o recibir el servicio; 3) número de niveles organizativos; 4) número y variabilidad de resultados; 5) grado de flexibilidad o adaptación permitido en la intervención. Además, otros parámetros como la duración del servicio, el tipo de población a la que va dirigido y el efecto que su implantación tiene sobre el flujo de trabajo influyen también en el nivel de complejidad de una intervención.

Los autores de este trabajo consideran que investigar la complejidad de un servicio profesional permitiría detectar y abordar los factores que van a influir en su implantación en la farmacia comunitaria con anterioridad a que ésta se lleve a cabo, lo que facilitaría que la implantación sea más eficiente y efectiva. Para determinar la asociación existente entre complejidad de una intervención y los factores que, según los farmacéuticos, afectan a la implantación del mismo, han llevado a cabo una revisión sistemática basada en la recogida y comparación de datos cualitativos y cuantitativos sobre la implantación procedentes de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y encuestas, y datos cuantitativos sobre la complejidad de la intervención.

La revisión se realizó entre octubre y diciembre de 2018 en las bases de datos electrónicas PubMed, CINAHL y PsycINFO (las estrategias de búsqueda aparecen como Supplementary material 1) y se incluyeron estudios publicados en inglés o alemán en los que: farmacéuticos o técnicos en farmacia implementasen servicios profesionales en el ámbito de la farmacia comunitaria; los factores relacionados con la implementación se obtuvieran a través de

entrevistas, grupos focales o encuestas cuanti o cualitativas; se incluyesen datos relativos a la complejidad de la intervención.

Las barreras y facilitadores se extrajeron y categorizaron de acuerdo con el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) y la complejidad de cada servicio se estimó asignando puntuaciones de 0 (ausencia) o 1 (presencia) a cada uno de los siguientes parámetros: I) número de profesionales sanitarios implicados (1 si hay más de 1 profesional); II) número de fases/componentes del servicio (1 si son más de 3 fases); III) frecuencia del servicio (1 si es repetida); 4) tiempo invertido por paciente (1 si supera los 10 minutos); 5) distorsión del flujo de trabajo de la farmacia (1 si no se reservaban citas con los pacientes). Se definieron como complejos aquellos servicios con 3-5 puntos.

La asociación entre los factores que afectan a la implementación y la complejidad se realizó en dos pasos (Fig. 1): primero se analizó la existencia de cada barrera/facilitador en relación con la complejidad del servicio (complejo/menos complejo) y después se analizó individualmente cada parámetro de complejidad dividiendo los servicios en dos grupos (con presencia/ausencia de parámetros de complejidad). Se utilizó el test exacto de Fisher para establecer la relación entre cada barrera/facilitador y las características específicas de la intervención.

Tras aplicar la declaración PRISMA para el desarrollo de la revisión sistemática, se obtuvieron 15 estudios que cubrían un amplio espectro de servicios profesionales farmacéuticos con distintos niveles de complejidad (7 baja y 8 alta) y con $11,4 \pm 4,6$ barreras/facilitadores reportados por servicio. Se identificaban más factores en los servicios con mayor complejidad (13,3 en los complejos y 9,3 en los menos complejos; $p = 0,094$), si bien la diferencia no es estadísticamente significativa. Se encontró, así mismo, que algunos parámetros concretos de complejidad pueden conllevar la existencia de determinados factores que afecten a la implantación.

Los autores plantean que los servicios más complejos y de mayor duración son más difíciles de implantar. Así mismo, el hecho de no fijar citas con los pacientes genera una mayor disrupción en el flujo de trabajo de la farmacia, por lo que deben implantarse estrategias para paliar estas barreras. Se ha detectado, además, que en el 86% de los servicios con participación del médico de atención primaria se reportó la comunicación interprofesional como un factor que impactaba de manera importante en la implementación del servicio. Lo mismo ocurre con la falta de liderazgo del farmacéutico, que es una barrera en aquellos casos en que se incluye a los técnicos de la farmacia en la prestación del servicio. Otra de las barreras reportadas por los farmacéuticos es el reclutamiento, que puede estar afectado por distintos factores como la falta de interés del paciente, la falta de tiempo o la priorización de la rutina de trabajo frente a la prestación del servicio.

Finalmente, el estudio ha revelado que, en general, los farmacéuticos reportan muy pocas barreras/facilitadores en relación con la planificación, ejecución del proceso, etc. y se centran mayoritariamente en los factores relacionados con la propia oficina de farmacia.

Therapeutic optimization through goal-oriented prescription in nursing homes

Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, González-Bueno J, Garcia-Sánchez V, Segura-Martín LA, Codina-Jané C, Espauella-Panicot J. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2021,43:990–997.

<https://doi.org/10.1007/s11096-020-01206-x>

Las personas que viven en residencias de ancianos presentan una elevada fragilidad y un alto grado de dependencia funcional, algo que se asocia a caídas, inmovilidad y síndromes confusionales. Además, un porcentaje alto de residentes se encuentra al final de su vida y presenta múltiples comorbilidades, lo que hace que la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas (IP) sean problemas comunes en estos centros. Se ha demostrado que la polifarmacia es un factor de riesgo para que se produzcan resultados negativos en salud y conlleva un elevado gasto sanitario, mientras que las prescripciones inadecuadas son la causa del 30% de los ingresos hospitalarios urgentes de los residentes.

Puesto que estudios anteriores han demostrado que la toma de 6 o más medicamentos aumenta la mortalidad de los pacientes, con un riesgo mayor aún en aquellos que utilizan 10 fármacos o más, el manejo de las patologías crónicas de los residentes no debe realizarse aplicando estrictamente las guías de práctica clínica para la población general, sino que debe asegurarse que el balance riesgo/beneficio es positivo en estos pacientes ya que el riesgo de que sufran efectos secundarios es particularmente elevado. Por ello, es imperativo revisar periódicamente las prescripciones que se realizan en las residencias de ancianos.

En este sentido, aunque el trabajo interdisciplinar entre médicos geriatras y farmacéuticos clínicos permite reducir la polimedicación, identificar IP y prevenir los potenciales efectos adversos, aún hay dudas acerca del beneficio que la revisión de la medicación puede aportar en relación con la reducción de los ingresos hospitalarios, la mejora de la calidad de vida y la reducción de la mortalidad.

Por ello, se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y observacional en dos residencias de ancianos de Cataluña cuyos objetivos fueron: 1) estudiar la situación de cada residente y calcular su índice de fragilidad (FI); 2) evaluar los resultados de la práctica clínica rutinaria para realizar una revisión farmacoterapéutica siguiendo el modelo de Prescripción Centrada en

el Paciente (PCP); 3) estudiar la relación entre IP y fragilidad, dependencia funcional, demencia avanzada y situaciones de final de vida.

El estudio se realizó entre febrero y julio de 2019 y se incluyeron en el mismo todos los residentes mayores de 70 años, excepto aquellos con diagnóstico de desorden mental grave y los que se encontraban en sus últimos días/horas de vida.

Se recogieron los siguientes datos: 1) personales (edad y sexo); 2) funcionales (dependencia y Barthel Index); 3) médicos (comorbilidades, diagnóstico de demencia y grado de deterioro, y niveles de presión arterial en el último año); 4) resultados analíticos; 5) datos farmacológicos antes y después de la revisión (número de tratamientos crónicos, polifarmacia, y medicamentos de alto riesgo iatrogénico); 6) fragilidad (medida mediante el Frail-VIG index). Se identificaron como pacientes que se encontraban en el final de su vida (pacientes EOL) aquellos clasificados como tal por el médico de atención primaria, con criterios de enfermedad avanzada o con un FI superior a 0,50.

Para las revisiones farmacoterapéuticas se aplicó el modelo de Prescripción Centrada en el Paciente (PCP, Fig. 1), un proceso sistematizado de 4 etapas en el que participa un equipo multidisciplinar compuesto por un médico especialista en geriatría, una enfermera y un farmacéutico clínico. La toma de decisiones terapéuticas, que se realiza conjuntamente con el residente o su cuidador principal, se basa en la evaluación global del paciente, el cálculo del FI y el objetivo terapéutico individual establecido (prolongar supervivencia, mantener funcionalidad o priorizar el control de síntomas).

Para la determinación de las IP se utilizaron diferentes criterios:

1. **Residentes al final de la vida** (de acuerdo al NECPAL CCOMS-ICO®, Instrumento para la Identificación de Personas en Situación de Enfermedad Crónica Avanzada y Necesidad de Atención Paliativa): se reevaluó la indicación de medicamentos para prolongar la supervivencia, se planteó la discontinuación de fármacos para prevención primaria, y los indicados en prevención secundaria se individualizaron de acuerdo a los objetivos del paciente.
2. **Diabetes Mellitus tipo 2:** para optimizar la terapia hipoglucemiante se utilizaron dos propuestas. Por un lado, los "criterios de intensidad terapéutica" en base a las guías de la American Diabetes Association, estableciéndose un nivel máximo de HbA1c para cada paciente según su objetivo terapéutico, en base al cual se plantearon modificaciones en el tratamiento. Por otro, "criterios cualitativos en relación con la prescripción de fármacos" para considerar una prescripción inapropiada (por ejemplo, sulfonilureas por el elevado riesgo de hipoglucemia, dosis de metformina no ajustada a insuficiencia renal, uso de glifozinas en fallo renal, etc.) excepto en casos justificados.
3. **Hipertensión y terapia cardiovascular:** Se propusieron ajustes farmacológicos en pacientes con presión sistólica inferior a 130 en el último año.
4. **Dislipemia:** No se recomiendan estatinas como prevención primaria en pacientes que se encuentren al final de su vida, independientemente de la indicación, y en el caso de prevención secundaria, se individualizó la decisión en base al balance riesgo/beneficio para cada paciente. Así, se propuso la deprescripción en residentes con colesterol total inferior a 150 al ser indicador de malnutrición.

5. **Salud mental y demencia:** Se siguieron las recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, que definen un objetivo terapéutico distinto en pacientes con demencia según la fase evolutiva en la que se encuentre la enfermedad. Se propuso además una reducción progresiva de los tratamientos antipsicóticos en pacientes sin trastornos conductuales en los últimos 3-6 meses.
6. **Dolor:** De acuerdo a los criterios de Beers/STOPP, se realizaron las siguientes propuestas: se evitaron antidepresivos tricíclicos en el tratamiento del dolor neuropático, se recomendó el uso de AINES a la menor dosis y durante el tiempo más corto posible, y opioides débiles como tramadol y codeína se recomendaron sólo a dosis bajas, de manera que en caso de necesitar aumentar la dosis se propone cambiar a morfina para evitar efectos anticolinérgicos.
7. **Osteoporosis:** Se propuso la eliminación de tratamientos complementarios con calcio, vitamina D o bifosfonatos en pacientes inmóviles.

Se encontró que todos los pacientes incluidos en el estudio (103 en total, 69,9% mujeres, edad media de 83,1 años) eran dependientes para actividades instrumentales y el 59,2% era totalmente dependiente. El 88,3 sufría de algún tipo de incontinencia y hasta el 79,6% tenía diagnóstico de demencia. La mediana del FI fue de 0,44 y la media de comorbilidades era de 5 por paciente. El 53,4% de los residentes se encontraban al final de su vida.

En cuanto a los objetivos terapéuticos establecidos para cada paciente, el más habitual (50,4%) fue el mantenimiento de la funcionalidad. Antes de la revisión farmacoterapéutica la media de prescripciones crónicas por residente era de 6,63 y hasta el 83,4% de los pacientes tomaban al menos un fármaco de alto riesgo iatrogénico. Se identificó al menos una IP en el 92,2% de los residentes y se realizaron un total de 273 propuestas de modificación de tratamiento (2,65 por paciente), 212 de las cuales fueron implementadas reduciéndose el número de tratamientos crónicos a 4,97 por paciente.