

# AFR UNA VENTANA DE OPORTUNIDADES

*Se ilustra la Atención Farmacéutica Residencial (AFR) que puede llegar a desempeñar la OF dentro de un Sistema Sanitario moderno estimándose la reducción en el Gasto en la Prestación Farmacéutica que es capaz de generar. Dando ejemplos, experiencias y*

*resultados de otros países se evalúa el panorama actual considerando los recursos y métodos disponibles. Se describen los parámetros para la evaluación de la utilidad de la OF en AFR. Se valoran algunas opciones disponibles de cara a una posible retribución de la OF.*

El número de mayores en Residencias Geriátricas (RG) está creciendo y se multiplicará por seis. Esto presenta a las OF con retos, posibilidades y oportunidades.<sup>1,2</sup>

Existe una tendencia social encaminada a reducir la estancia en hospitales y remitir a los pacientes a un ambiente *residencial*. Cada vez más se intenta apoyarlo a mantener su independencia,<sup>3</sup> el proyecto piloto de Almería de Atención Domiciliaria es un ejemplo. Este panorama va en consonancia, aunque retrasado, con otros países de nuestro entorno donde existe legislación específica desde 1990.<sup>4-6</sup>

## FARMACOTERAPIA GARIÁTRICA

En Sur Africa, Reino Unido y EE.UU. los enfermos en RG reciben hasta cuatro veces más medicación que sus equivalentes ambulantes,<sup>7, 8</sup> una media de cuatro (0-14) y un 41% más de cinco,<sup>9</sup> en los dos últimos la media es de 6<sup>10,11</sup> y 7.<sup>12</sup> Es probable que estos datos sean similares en nuestro país.

Los mayores son más sensibles a los efectos de la medicación, una patología iatrogénica puede provocar el ingreso hospitalario.<sup>13-15</sup> Un 15-20% de las admisiones son fruto de una farmacoterapia inadecuada.<sup>16,17</sup> Lo más grave es que la mitad eran previsible.<sup>18</sup>

Con un criterio de clasificación de una farmacoterapia inadecuada,<sup>19</sup> se realizó un estudio con más de mil residentes donde se demostró que el 40% tenía, al menos, un fármaco innecesario.<sup>12,20</sup> Un estudio similar bajo la supervisión de un Equipo Multidisciplinar de AFR (EMAFR)<sup>21,22</sup> en 101 RG encontró que más del 50% de los residentes tenían uno o más fármacos innecesarios.<sup>11</sup> Podríamos pensar que las patologías leves son las más tratadas innecesariamente, esto es incorrecto ya que el sistema cardiovascular y nervioso son los más sobremedicados.

## POSIBILIDADES EN LA AFR

Hay 5,000 farmacéuticos responsables de la medicación de RG en EE.UU.<sup>23</sup> Este número se multiplicará ya que todas tienen que tener, por ley, un farmacéutico responsable de la revisión mensual de los tratamientos, aconsejar a médicos en aspectos como en la elección y duración de un tratamiento y participar en la formación.<sup>7</sup>

Se ha demostrado que una hora semanal de revisión de la medicación

*Entre el 15 al 20% de las admisiones hospitalarias se deben a una farmacoterapia inadecuada, la mitad son previsible*

*Los enfermos en Residencias reciben cuatro veces más medicación, una media de cuatro medicamentos y un 41% más de cinco diarios*

por la OF proporciona una aportación en la AFR y al Gasto de la Prestación Farmacéutica\*, que es bienvenida por cuidadores y médicos que aceptan el 78% de los consejos.<sup>24</sup>

Uno de los primeros estudios realizados en Canadá basados en una AFR desde una OF donde se producía una revisión de la medicación dio unos resultados esperanzadores, 31% de las recomendaciones dieron lugar a un cambio en la medicación.<sup>25</sup> Estudios posteriores incrementó la tasa de aceptación. Esta evolución no es única, en Sur Africa se apreció una progresión similar, los últimos datos indican que se

acepta el 78% de las recomendaciones y se implementan el 70%.<sup>26</sup>

El grado de aceptación de los consejos de los farmacéuticos por parte de los médicos en EE.UU. es de un 60-81%.<sup>27,28</sup> En ambientes donde opera regularmente un EMAF la aceptación es de un 85-91%, y el 55% de las intervenciones farmacoterapéuticas son por indicación farmacéutica.

En un estudio en EE.UU. los farmacéuticos asumieron el control de la farmacoterapia de enfermos en una RG. El grupo con intervención tenía, como consecuencia, una menor morbilidad y mortalidad y recibían una media de dos medicamentos menos. Estos datos ilustran la utilidad de la OF intervencionista.<sup>29-33</sup>

En un estudio intervencionista con el objetivo de evaluar la capacidad de la OF con 136 residentes de 24 médicos se observó que el 47% de las recomendaciones indicaban la eliminación de algún medicamento del tratamiento y el 67% de estas eran porque no estaba justificado.<sup>34</sup> Esto indica no solamente la capacidad de la OF sino también que los médicos no realizan las revisiones de medicamentos con la escrupulosidad necesaria. Es merecedor indicar que el 8% de las intervenciones fueron para la inclusión de un tratamiento para una patología que o bien no había sido diagnosticada o tratada. El 15% de las recomendaciones sugerían la necesidad de pruebas analíticas indicando su relativa ausencia. El objetivo del estudio no era el de reducir directamente el GPF, algo que pensaron algunos cuidadores y médicos, ya que sólo el 7% de las intervenciones tenían como objetivo el de reducir los costes.

La reducción del GPF que puede producir una OF intervencionista, donde solo se sigue el 73% de sus consejos, es de un 14%<sup>35</sup>, si añadimos un Sistema Individualizado de Dispensación y Dosificación (SIDD)<sup>36</sup> se puede llegar a un 34%.

\* GPF: Cuantificación monetaria de los recursos farmacoterapéuticos y medios necesarios para y por el paciente así como los empleados a causa de los PRM.

## AFR EN ESPAÑA

En España ni siquiera llegamos a una mínima aceptación de nuestras recomendaciones por la clase médica, esto se debe principalmente a la total inexistencia de EMAFs, falta de interés y tiempo de los médicos, desconfianza, nuestra propia falta de confianza, ausencia de cooperación por parte de los cuidadores, falta de implantación de una herramienta de intervención y control apropiada como los SIDD.

La OF tiende a pensar que los médicos no estarían dispuestos a que la OF les diese recomendaciones directamente. Esto es indicado por las recomendaciones de algunos farmacéuticos que indican que cualquier mensaje al médico respecto al tratamiento de un paciente debe realizarse con el permiso de éste, en un sobre abierto donde el paciente actúa de cartero. Esto no es ni viable ni práctico e indica al paciente que necesitamos pedir permiso al médico.

El papel de la OF dentro de la Asistencia Sanitaria moderna ha de ser el de recomendar y colaborar con el médico en establecer la farmacoterapia más idónea sin necesidad del consentimiento del paciente, pero informándole.

Nuestra experiencia es que el médico da la bienvenida a los consejos de la OF. Normalmente destacan su falta de tiempo como el factor que condiciona su capacidad de revisar, individualizar y convencer al paciente de su farmacoterapia. Estos datos son consecuentes con los datos de otros estudios en el extranjero.<sup>37, 38</sup> Las experiencias con los médicos abordados con el SIDD en blister han sido positivas, ha bastado con indicarle las ventajas y la utilidad de la capacidad de intervención de la OF para que accedan a nuestras intervenciones, estimamos que un 70% han sido implementadas.

En el Reino Unido, como en la mayoría de Europa, la AFR se encuentra en una fase de perfeccionamiento.<sup>39</sup> La OF presta un apoyo que se limita primordialmente al suministro en un SIDD y orientar sobre documentación y almacenamiento.<sup>40</sup> Aspectos de mayor envergadura como PRMs, son comunicados al médico de una forma cada vez más activa, los EMAF están consolidando los avances.

Debemos mirar hacia modelos europeos y en particular al británico en

lo que se refiere a AFR, están años detrás de EE.UU., y no se sabe cuantos por delante de nosotros. La utilidad de valorar estas experiencias radica en que proporcionan una visión del objetivo intermedio que permitirá alcanzar niveles muy superiores. Si conseguimos despegar en AFR será progresando por las etapas intermedias.

Debemos cuestionar el enfoque actual de la AF y muy en

*El ahorro en el GPF que puede producir una OF que revise los tratamientos y use un SIDD puede llegar al 34%*

particularmente la AFR, a la cual se le presta muy poca atención, ya que se está orientado a alcanzar el máximo con pacientes ambulantes, sin pasar por las fases intermedias necesarias.

### MODELO DE UN ESTUDIO DE LA UTILIDAD DE LA OF EN AFR OBJETIVO

Diseñar una metodología para documentar la AFR orientada a la revisión de tratamientos y de como informar de las actuaciones, evaluar los resultados farmacoterapéutica y farmacoeconómicamente.

### PREPARATIVOS

El proyecto ha de ser supervisado por un estamento que garantice los aspectos éticos y profesionales como una Universidad o COF. Estos junto con otros profesionales deben formar el equipo coordinador. Este estructurarán los elementos necesarios para que se creen los EMAF necesarios.

En los ambientes residenciales donde se han realizado estudios se ha empleado algún SIDD, prevaleciendo aquellos en blister. Por tanto se deberá seleccionar el SIDD más adecuado. Existen experiencias nacionales que ayudaran en esta decisión.

Se ha de consensuar un formato para la documentación de la intervención. Recomendamos que se adapte el desarrollado por Canaday<sup>41</sup> al abordar los siete aspectos principales de la AF de Strand en Minnesota.<sup>42</sup>

La selección de las OF que tomarán parte se llevará a cabo mediante rondas informativas o comunicación del COF de la provincia o Distritos Sanitarios en la que se solicita la disponibilidad de

estas. Mediante entrevistas, charlas y visitas se seleccionan las OF.<sup>43</sup>

Ya que en España los SIDD no tienen una implantación aceptable será necesario formar y financiar a las OF seleccionadas para que puedan prestar este Servicio.

### ALISTAMIENTO

Ha de involucrar a al menos 150 residentes entre diez RG. Se ha de mantener conversaciones con los gestores y ATS de RG para informar de los objetivos e intenciones del estudio debido al desconocimiento general tanto respecto a los SIDD, capacidad de intervención de la OF y la intención del estudio. Se debe obtener su consentimiento verbal y escrito.

La incorporación de los residentes debe ser voluntaria y llevarse a cabo mediante la obtención por parte del ATS o por personas involucradas en el estudio del su consentimiento, facilitándoles un folleto que indique los objetivos del estudio. El consentimiento de aquellos residentes incapaces de darlo debe ser proporcionado por los familiares o parientes más cercanos. Finalmente se procederá a una adjudicación aleatoria de los residentes.

Los médicos de los residentes deben ser informados e invitados a tomar parte. Será de extrema utilidad concertar entrevistas individuales donde se les informe del estudio y de los beneficios que percibirán.

### INTERVENCIÓN

La intervención debe consistir en una revisión mensual de la medicación de los pacientes seleccionados. Antes de iniciar la prueba se obtienen los tratamientos de los pacientes durante cuatro meses en Hoja de Registro de Tratamientos (HRT) así como una breve historia clínica y otros problemas identificados por los cuidadores.

Tabla 1. Recomendaciones

Substitución genérica
Adición de medicación
Modificación de la dosis
Eliminación de medicación
Cambio a otro medicamento
Solicitud de análisis clínicos
Modificación de la posología
Modificación de la formulación
Dar información a profesionales
Solicitud de seguimiento por ATS

A raíz de estas anotaciones y observaciones se evalúan los tratamientos con los médicos. No se

procederá a registrar las intervenciones iniciales hasta que el historial clínico y farmacoterapéutico sea contrastado. Cualquier cambio debe quedar anotado en el registro del médico y en la HRT.

A las dos semanas de los cambios se visita la RG para realizar un seguimiento de los efectos.

Se registran los siguientes aspectos de la actuación de la OF.

- Recomendaciones al médico
- Razonamiento de la recomendación
- Indicación de su aceptación
- Anotación de la intervención
- Seguimiento de la intervención

La clasificación de las recomendaciones pueden dividirse en: tipo (Tabla 1),<sup>44</sup> razón (Tabla 2), seguimiento y efecto de la intervención.

La clasificación del efecto de la recomendación ha de basarse en la interacción entre la OF y el personal de la RG. Un efecto positivo es anotado si los cuidadores notan cambios que podrían ser atribuibles a la intervención. Negativo, si se nota un cambio negativo del paciente atribuible al medicamento y neutral si no se puede incluir en ninguna otra categoría.

Tabla 2. Razonamiento

No existe indicación
Existe indicación pero falta medicación
Efecto secundario/adverso
Interacción
Contraindicación
Medicamento alternativo disponible
Mayor seguridad/eficacia en el uso
Duplicación terapéutica
Revisión individualizada
Racionalización del tratamiento
Economía/Gestión

### ¿ QUE MODELO DE RETRIBUCIÓN?

Europa nos proporciona ejemplos de modelos retributivos por la AFR. En la mayoría de los casos la retribución de la OF no va en función de sus intervenciones. Esto no incentiva la realización de revisiones de medicación que puedan dar lugar a una mayor reducción del GPF y efectividad de la AFR. La retribución generalizada ha sido puesta en marcha cuando se requería una implantación rápida pero es autolimitante a largo plazo al no crear la motivación necesaria para su desarrollo. Han evolucionado en pos de una incentivación selectiva y proporcional.

Existen criterios que sugieren que la OF debería llevar a cabo estas

actuaciones automática y gratuitamente, como en la actualidad, sin el incentivo necesario. Esto dará lugar a un proceso de desarrollo lento, descoordinado y creará roces entre los profesionales sanitarios al carecer del respaldo necesario de los gestores sanitarios.<sup>45</sup>

La mejor opción es una combinación de las opciones disponibles.<sup>46</sup> Existe el riesgo en que los gestores sanitarios lleguen a conciertos selectivos con OF que presten una AFR de última generación, como en los EE.UU.. Esta alternativa es, desde el punto de vista de un mercado libre, aconsejable ya que proporcionaría una AFR de calidad, coordinada y retribuida, permitiendo a las OF adquirir los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios para aumentar su rentabilidad.

### CONCLUSIONES

Los estudios poblacionales más recientes indican que nuestro país seguirá la misma tendencia en cuanto al incremento del número en RG.

La OF debe ver la AFR y los SIDD como una iniciativa y herramienta respectivamente que amplía su papel y mejora su rentabilidad.

Claramente existe un amplio campo para la OF, que se abre aún más con los SIDD, donde puede crecer y realizar aportaciones valiosas que pueden afectar a la forma en la que se receta medicación a nuestros mayores y a su satisfacción profesional. Tenemos la capacidad de producir una reducción en el GPF con una AFR que mejora nuestro prestigio y utilidad social.

Es preciso que los COF desarrollen, fomenten y esquematicen el desarrollo de la AFR que le brinde las posibilidades de aspirar a estas oportunidades. Se crearían puestos de trabajo y una salida profesional. En este modelo se debe valorar la forma retributiva de las OF que presten este servicio. Debido a nuestra situación tenemos una multitud de opciones disponibles proporcionan las bases de un nuevo concepto de AF.

Cubramos la primera fase en AFR: prestar un apoyo a la RG en el buen uso y distribución de la medicación y dar unos consejos básicos en lo que se refiere a la documentación y almacenamiento, ya se progresará en un futuro hacia la AFR que todos queremos proporcionar.

### AGRADECIMIENTOS

El autor quisiera agradecer la inestimable colaboración recibida de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, FOAM, Hospital de la Caridad, UGT-Mayores, COM de Sevilla, COF de Sevilla. Este escrito hubiese sido imposible sin las correcciones y comentarios de Lda. Dña. Lucía Sáenz de Buruaga.

### REFERENCIAS

- 1 Royal College of Physicians. Medication for older people. London: Royal College of Physicians of London, 1997.
- 2 Meltzer D, Ely M, Brayne C. Cognitive impairment in elderly people: population based estimate for the future in England, Scotland and Wales. *BMJ* 1997; 315: 462
- 3 Programa de Gobierno para Andalucía. Partido Popular (Andalucía). 1996:111.
- 4 Scottish Health Service Planning Council, "Pharmaceutical Services for the elderly", report by the National Pharmaceutical Consultative Committee. 1979.
- 5 National Health Service and Community Care Act. London: HM Stationery Office, 1990.
- 6 Campbell-Stern M, Jagger C, Clark M, Anderson J, McGrother C, Battock T et al. Residential care for elderly people: a decade of change. *BMJ* 1993; 306:827-30
- 7 Bellingan M, Wiseman IC. Pharmacist intervention in an elderly care facility. *Int J Pharm Pract* 1996; 4: 25-9
- 8 Walley T, Scott AK. Prescribing in the elderly. *Postgrad Med J* 1995; 71: 466-471
- 9 Nolan L, O'Malley KO. The need for a more rational approach to drug prescribing for elderly people in nursing homes. *Ann Intern Med* 1989; 18: 52-6
- 10 Corbett J. Provision of prescribing advice for nursing and residential home patients. *Pharma J* 1997; 259: 422-4
- 11 Lunn J, Chan K, Donoghue J, Riley B, Walley T. A study of the appropriateness of prescribing in nursing homes. *Int J Pharm Pract* 1997; 5: 6-10
- 12 Beers MH, Ouslander JG, Fingold SF, Morgenstern H, Reuben DB, Rogers W et al. Inappropriate medication prescribing in skilled-nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992; 117: 684-9
- 13 Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *Br. Med. J.* 1993; 307: 846-8.
- 14 Williamson, J., Chopin, JM. Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: a multi-centre investigation. *Age & Ageing.* 1980; 9 n°2: 73-80.
- 15 Shimp LA, Ascione FJ, Glazer HM, Atwood BF. Potential medication-related problems in non-institutionalised elderly. *Drug. Intel. and Clin., Pharm.* 1985; 19:766-772.
- 16 Cannon J, Hughes CM. An assessment of the incidence and factors leading to drug-related hospital admissions in the elderly. *Eur J Hosp Pharm* 1997; 3: 14-8
- 17 Cunningham G, Dodd TRP, Grant DJ,

- McMurdo ME, Richards RM. Drug related problems in elderly patients admitted to Tayside hospitals, methods for prevention and subsequent reassessment. *Age Ageing* 1997; 26: 375-82
- <sup>18</sup> Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992; 21: 294-300
- <sup>19</sup> Beers MH, Onslander JG, Rollinger I, reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825-32
- <sup>20</sup> Urquhart J, Chevalley C. Impact of unrecognised dosing errors on the cost and effectiveness of pharmaceuticals. *Drug Inform J* 1998; 22: 363-78.
- <sup>21</sup> Blenkinsopp A et al. Community pharmacist and GP liason groups: (1) The Airedale/Bradford experience. *Pharm J* 1993; 250: 430-1
- <sup>22</sup> Blenkinsopp A et al. Community pharmacist and GP liason groups: (2) Getting started. *Pharm J* 1993; 250: 477-8
- <sup>23</sup> Khaliq KA, George AJ. Developing the consultancy pharmacy in the United Kingdom. *Arch Intern Med* 1995; 254: 194-7
- <sup>24</sup> Lapsley R. Prescription monitoring in a nursing home. *Pharm J* 1988; 260: 150
- <sup>25</sup> Grymonpre RE, Milliamson DA, Huynh DH, Desilets LM. A community-based pharmaceutical care model for the elderly: a report on pilot project. *Int J Pharm Pract* 1994; 2: 229-34
- <sup>26</sup> Thompson JF, McGhan WF, Ruffalo RL, Cohen DA, Adamcik B, Segal JL. Clinical pharmacist prescribing drug therapy in a geriatric setting: outcome of a trial. *J Am Geriatr Soc* 1984; 32: 154-9
- <sup>27</sup> Dyer CC, Coles KS, Davis SW. The role of the pharmacist in a geriatric nursing home: a literature review. *DICP Ann Pharmacother* 1984; 18: 428-33
- <sup>28</sup> Cole MR, Jacobs M, Silver B. Unnecessary medications: cost savings resulting from interdisciplinary assessment of medication regimens. *Consultant Pharmacist* 1996; 11: 933-6
- <sup>29</sup> Laucka PV, Hoffman NB. Decreasing medication use in nursing home. *Am J Hosp Pharm* 1992; 49: 96-9
- <sup>30</sup> Miller SW, Warnock R, Marshall LL, Blankenship G. Cost savings and reduction of medication-related problems as a result of consultant pharmacy intervention. *Consultant Pharmacist* 1993; 8: 1295-72
- <sup>31</sup> Hirshfield JS. Positive patient outcomes from interdisciplinary assessments of psychoactive drug use. *Consultant Pharmacist* 1993; 8: 532-4
- <sup>32</sup> Neel AB, Pittman JC, Marasco RA, Trimmer BK. Psychoactive drugs use in Georgia nursing homes: effects of aggressive intervention. *Consultant Pharmacist* 1993; 8: 245-8
- <sup>33</sup> Obenchain LA. Effectiveness of drug-regimen review in eliminating unnecessary drugs. *Consultant Pharmacist* 1991; 6: 845-7
- <sup>34</sup> Furniss L et al. Medication reviews in nursing homes: documenting and classifying the activities of a pharmacist. *Pharm J* 1998; 261: 320-23.
- <sup>35</sup> Green R, Harrison E. Employing the pharmacist to cut prescribing costs. *Prescriber* 1995; 6: 21-2
- <sup>36</sup> Contribución de los Sistemas Individualizados de Dispensación y Dosificación (SIDD) al cumplimiento posológico OFFARM 1998; Vol 17; 3: 66-77
- <sup>37</sup> Pilling M, Geoghegan M. The St Helens and Knowsley prescribing initiative: a model for pharmacist-led meetings with GPs. *Pharm J* 1998; 260; 100-2
- <sup>38</sup> Prescribing and medicines management. The role of the practice pharmacist – the new member of the team. *Value for Money Update* 1996; 1: 26-7
- <sup>39</sup> Brown P. The cavalry to the rescue?. *Pharma J* 1998; 260: 660
- <sup>40</sup> Spong L. Role of the pharmacist in nursing homes in northern Europe. *Pharm J* 1992; 248: 23-5
- <sup>41</sup> Canaday BR, Yarborough PC. Documenting pharmaceutical care: creating a standard. *Ann Pharmacother* 1994; 28: 1292-6.
- <sup>42</sup> Simpson D. Pharmaceutical care: the Minnesota model. *Pharm J* 1997; 258: 899-904
- <sup>43</sup> Espina Márquez, A. Los SIDD y la Farmacia Comunitaria. *El Farmacéutico*, febrero 1998.
- <sup>44</sup> Rees JK, Livingstone DJ, Livingstone CR, Clarke CD. A community clinical pharmacy service for elderly people in residential homes. *Pharm J* 1995; 225: 54-6
- <sup>45</sup> Dorset introduces contracts for a range of professional services. *Pharm J* 1998; 260: 150
- <sup>46</sup> Gisbert R. La retribución a la atención farmacéutica. *El Farmacéutico* 1996; 181: 67-72