

Atención farmacéutica en el entorno hospitalario: la hora de las decisiones

En la Encuesta Nacional de Salud de 1993 el porcentaje de pacientes de más de 65 años que decía haber tomado algún medicamento en las dos semanas previas a la entrevista apenas superaba el 70%. Diez años después, en la encuesta de 2003, los españoles de este grupo de edad que declaraban haber tomado medicamentos en las últimas dos semanas habían ascendido hasta casi el 90%. Más medicinas y pacientes más añosos, con más enfermedades crónicas y regímenes medicamentosos más complejos es una combinación que incrementa el fracaso terapéutico (por menor adherencia, por mayores efectos secundarios) y la morbilidad relacionada con los medicamentos. En otras palabras, menos efectividad y más efectos adversos, incluyendo ingresos hospitalarios, muertes y, por supuesto, gasto sanitario. La importancia que en los últimos años han ido adquiriendo los problemas relacionados con medicamentos ha sido la responsable, al menos en parte, de que la profesión farmacéutica este redefiniendo –en todo el mundo desarrollado y en todos los niveles asistenciales– su papel en la prestación de atención sanitaria. Y la atención farmacéutica es una parte, quizás la más importante, de esta redefinición¹.

Aunque su definición y contenidos han sido bastante discutidos, la atención farmacéutica es, en lo esencial, un cambio de paradigma en el rol del farmacéutico, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario y en la farmacia comunitaria, que dejaría de pivotar sobre la provisión de un producto para centrarse en cómo contribuir de una forma sustancial a la mejora de los resultados clínicos de los pacientes². Quizás, la principal virtud de la definición más extendida de atención farmacéutica, la poco precisa y menos operativa definición de Hepler y Strand³, sea precisamente la de enfatizar esta idea de que los farmacéuticos están para contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el entorno hospitalario los beneficios de la atención farmacéutica son poco discutidos, en especial en pacientes con enfermedades crónicas o polimedicados. Los numerosos estudios empíricos publicados en este ámbito muestran, como norma, resultados positivos⁴. Hasta la fecha

sabemos que la anamnesis por farmacéuticos hospitalarios y la revisión de las historias clínicas al ingreso permite corregir errores de medicación, que los clínicos aceptan casi siempre las recomendaciones de modificación de terapia efectuadas por los farmacéuticos de hospital (con tasas de aceptación por encima del 85% en casi todos los estudios) y que aprecian la labor de los farmacéuticos de sala (especialmente la monitorización de fármacos y la información para reducir las reacciones adversas) porque les permite ganar tiempo y les aporta confianza.

También sabemos que la revisión de tratamientos produce cambios sustanciales en la prescripción, incluyendo la retirada de fármacos inadecuados, cambios en dosis y vías de administración y la incorporación de nuevos fármacos más adecuados y, sobre todo, que el pase de visita por farmacéuticos tiene cierto impacto en la efectividad y seguridad de los tratamientos, mejorando los resultados para los pacientes (especialmente en unidades con pacientes complejos, como las de cuidados intensivos). Este tipo de atención farmacéutica en sala podría ser costo-efectiva, aunque la baja calidad de las evaluaciones económicas disponibles deja mucha incertidumbre sobre este aspecto.

Finalmente sabemos que los clínicos parecen dispuestos a delegar en los farmacéuticos hospitalarios el informe de prescripción al alta, la comunicación sobre terapéutica farmacológica con los médicos de familia y también las explicaciones sobre medicamentos a los pacientes, que a los pacientes les gusta que los farmacéuticos les den consejos, aspecto que incrementa su satisfacción con la atención recibida y la confianza en el tratamiento, y que el consejo farmacéutico directo mejora el conocimiento de los fármacos por parte de los pacientes y su adherencia a los tratamientos (al menos en el corto plazo y frente a una alternativa nula o los cuidados usuales).

No es poca cosa, aunque la fortaleza de los estudios que sostienen estos beneficios ha sido bastante discutida. Las revisiones publicadas⁵⁻⁸ sugieren que estamos ante una literatura entusiasta y que el entusiasmo está salpicado de sesgos de diseño, especialmente la ausencia de controles adecuados, análisis incorrectos, muestras pequeñas y periodos de seguimiento demasiado cortos. Con todo, las debilidades de la evaluación de la atención farmacéutica son, en buena medida, las debilidades de la evaluación de cualquier otra “intervención” organizativa. La

Peiró S. Atención farmacéutica en el entorno hospitalario: la hora de las decisiones. *Farm Hosp* 2006; 30: 325-327.

atención farmacéutica es una intervención compleja, con diversos ingredientes activos, no todos presentes en todos los estudios y no siempre fáciles de operativizar y cuantificar. En sus resultados intervienen elementos del entorno, del clima organizacional, las relaciones entre profesionales en cada centro, el tipo de pacientes implicados y, al extremo y como sucede en la cirugía, la experiencia y habilidades de los farmacéuticos implicados. Incluso el comparador –los cuidados usuales en la mayor parte de los estudios– es un elemento esencial en los resultados, ya que cuanto mejores sean los cuidados “habituales” menor espacio quedará para las mejoras producidas por la atención farmacéutica, tanto si con este término nos referimos a un paquete global de atención (que incluya desde la anamnesis farmacéutica, al pase de visita, la información al alta, y el seguimiento post-alta) como sólo a uno de estos elementos.

La atención farmacéutica no es una “tecnología” fácil de evaluar y es lógico que la mayor parte de estudios y las revisiones concluyan señalando la necesidad de disponer de más y mejor información, de más estudios. Pero lo cierto es que, antes que conocer la eficacia, en abstracto, de la atención farmacéutica, lo que necesitamos es más información sobre su efectividad (y su eficiencia) en cada contexto concreto (en intensivos, sala, tras el alta, etc.), en grupos de candidatos concretos (pacientes crónicos, oncológicos, enfermos mentales) o de pacientes especialmente sensibles a los efectos adversos (insuficientes hepáticos, renales, polimedicados, en tratamiento con determinados fármacos).

El trabajo de López Cabezas y cols., que aparece en este número de *Farmacia Hospitalaria* se dirige a cubrir estas necesidades de información⁹. Se trata de un trabajo bien planteado y desarrollado, que muestra la eficacia de una intervención de información personalizada al alta hospitalaria con refuerzo telefónico posterior, en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca en un hospital del Sistema Nacional de Salud. El trabajo tiene algunas limitaciones, y muchas e importantes fortalezas: análisis por intención de tratar, seguimiento pulcro (y prolongado para lo usual en este tipo de estudios), condiciones prácticamente similares a las reales, población poco seleccionada y, en especial, una intervención relativamente barata (sin grandes costes, más allá de los 50 minutos consumidos por cada paciente) y asequible para la mayor parte de los servicios de farmacia hospitalaria. Adicionalmente, algunos resultados son, simplemente, impresionantes: por cada 6 insuficientes cardiacos que reciben la intervención informativa se evita 1 reingreso hospitalario y 1 muerte en el año tras el alta. Dada la prevalencia de las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca, los beneficios de la generalización de la intervención

en términos absolutos podrían ser muy importantes para el Sistema Nacional de Salud y, en todo caso, mucho mayores que los de muchas otras intervenciones que se realizan con muchísimo menos soporte de investigación (por ejemplo, los programas de intercambio terapéutico).

Los buenos resultados (en grupos seleccionados de pacientes) de la atención farmacéutica y los beneficios perdidos por la no generalización de algunos de sus componentes, plantean el problema de cuánta información más vamos a necesitar antes de que la atención farmacéutica pase de ser el “brazo experimental” a ser el brazo “atención habitual” en los ensayos de intervención. Es cierto que necesitamos más investigaciones rigurosas, con definiciones operativas claras, alternativas razonables, número suficiente de pacientes, y mentalidad abierta (léase, menor entusiasmo). Es cierto que necesitamos mucha, muchísima, investigación local y, por supuesto, investigación cualitativa, capaz de abrir la “caja negra” de los ensayos, y explicarnos las condiciones para el éxito o el fracaso de la atención farmacéutica. Y también necesitamos entrar en los detalles (conocer si los 50 minutos por paciente consumidos en la intervención evaluada por López Cabezas y cols., podrían reducirse a la mitad sin merma en los resultados, si hacer un segundo recordatorio telefónico mejora la adherencia, o si sería preferible otro tipo de intervención, por ejemplo en atención primaria).

Necesitamos más investigación, pero también necesitamos tomar decisiones con la información ya disponible, y recordar que no debemos exigir la misma evidencia para prescribir un medicamento a un paciente que para darle información sobre el medicamento que se le ha prescrito. Los hospitales del Sistema Nacional de Salud deben avanzar ya, con firmeza, en la implantación de los componentes más sólidos de la atención farmacéutica en los grupos de pacientes de mayor beneficio esperable. Obviamente, esta decisión implica el riesgo de que algunos de estos componentes no sean efectivos o eficientes (aunque por lo que sabemos, la mayoría sí lo serían), pero demorar su adopción –bajo la excusa de que se requieren más evidencias– no es una estrategia exenta de riesgos. Hasta cierto punto, estamos manteniendo a la inmensa mayoría de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en el grupo control del trabajo de López Cabezas y cols., y basta ver los resultados de este trabajo para saber que, aun con incertidumbre, es ya la hora de tomar decisiones.

S. Peiró

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Bibliografía

1. Calvo Hernández MV, Alós Almiñana M, Giráldez Diego J, Inaraja Bobo MT, Navarro Ruiz A, Nicolas Picó J, en representación del Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica de la SEFH. *Farm Hosp* 2006; 30: 120-3.
2. Rothman R, Weinberger M. The role of pharmacists in clinical care: Where do we go from here? *Eff Clin Pract* 2002; 5: 91-4.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-43.
4. Tulip S, Campbell D. Evaluating pharmaceutical care in hospital. *Hospital Pharmacist* 2001; 8: 275-9.
5. Kennie NR, Schuster BG, Einarson TR. Critical analysis of the pharmaceutical care research literature. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 17-26.
6. Rangel Mayoral JF, Luis Fernández J, Liso Rubio FJ. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp* 2005; 29: 335-42.
7. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: A systematic review. *Arch Intern Med* 2006; 166: 955-64.
8. Pickard AS, Hung SY. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1623-34.
9. López Cabezas C, Falces Salvador C, Cubí Quadrada D, Arnau Bartés A, Ylla Boré M, Muro Perea N, et al. Randomized clinical trial of a post-discharge pharmaceutical care program vs. regular follow-up in patients with heart failure. *Farm Hosp* 2006; 30: 328-42.