

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Utilidad potencial de los Programas de Atención Farmacéutica con evaluación farmacoeconómica (2ª parte) (*)

() La idea del presente artículo se ha expuesto por el autor en el I Simposium de Resultados del Programa DADER en el seguimiento farmacoterapéutico. (Gandía 15 y 16 de Junio de 2001)*

Resolución de PRMs actuales

Veamos ahora otro caso, la Tuberculosis Pulmonar (TP). En esta patología nos enfrentamos a un problema que surge actualmente, el resurgimiento de la TP, el cual va unido a otro, un incremento paulatino en las resistencias del microorganismo a los fármacos, siendo éstas de dos tipos, resistencia simple, a un sólo fármaco y resistencia múltiple, a diversos fármacos simultáneamente. Las causas por las que esto se produce son diversas, pero entre las más importantes nos hallamos con las siguientes: infección por HIV, tratamientos incorrectos, inmigración de zonas endémicas o no finalización del tratamiento. Hay que tener en cuenta que cuando se cumple el tratamiento, se cura, como mínimo, el 90% de los pacientes con enfermedad activa y menos del 5% experimenta una recaída⁶. Esto quiere decir que, incluso en óptimas condiciones de colaboración del paciente, con una adherencia máxima al tratamiento, no se producirá el

éxito terapéutico en la totalidad de los pacientes . Además, en una proporción dada (5%), se producirán recaídas que prolongarán los tratamientos, y se encarecerán los mismos. En E.E.U.U. entre los años 1987 y 1991 se observó que entre sólo el 73,7 y el 77,3% de los pacientes completaron el tratamiento, por lo que entre el 22,7 y el 26,3 % de los mismos no acabaron su tratamiento.

Ocurre que la TP es una patología en la que concurre una gran falta de adherencia a su tratamiento. A nivel general, esta falta depende, entre otros motivos⁷, del número de fármacos utilizados en la terapia (en la TP concurren bastantes medicamentos), de la frecuencia de administración, (que en el caso que nos ocupa es grande), de la complejidad el tratamiento (la terapia de la TP, además de ser prolongada, varía con el tiempo, haciendo excesivamente compleja su administración). Esta problemática origina unas consecuencias económicas muy importantes. En E.E.U.U. en 1991, los costes asociados a la TP supusieron 703 millones de dólares, éstos es, 130.750 millones de pesetas. Pero es más, un sólo caso de TP con resistencia múltiple a fármacos origina unos costes de hasta 200.000 dólares.

Por todo lo expuesto, se ha recomendado, por ejemplo en las *Public Health Tuberculosis Guidelines Panel*, entre otras, el uso de la Terapia De Observación Directa (TOD) en el tratamiento de la TP⁸. La TOD consiste en la observación directa de la administración de todos los medicamentos requeridos⁹. Se ha venido evaluando, con buenos resultados, su implementación desde hace bastantes años, en diversas patologías como TP o SIDA. El programa TOD afecta fundamentalmente, y de un modo

positivo, a las tasas de curación y a la de resistencias a fármacos, simple y múltiple.

Un estudio¹⁰, ya clásico, evaluó la implementación de dicho programa en pacientes con TP, partiendo de dos cohortes de 100 pacientes cada una de ellas. En la primera se dejó la Terapia de Autoadministración (TAA) clásica mientras que en la segunda se implementó un programa de Terapia de Observación Directa (TOD). En el grupo control de TAA se observó que el porcentaje de éxito terapéutico fue del 79% y el fracaso terapéutico por resistencia del microorganismo fue: resistencia simple: 71% y resistencia múltiple: 29%. En el grupo con el programa TOD los resultados fueron en el porcentaje de éxito terapéutico, del 94,5%, y en el fracaso terapéutico por resistencia del microorganismo, con resistencia simple, 84% y múltiple, 16%. Vemos entonces en el TOD un aumento del éxito terapéutico del 19,62% y una disminución de las resistencias, simple y múltiple, del 15,47 y 44,83% respectivamente.

A la vista de esos resultados clínicos, el programa se evaluó desde un punto de vista farmacoeconómico¹¹. Para ello, se realizó un análisis coste-efectividad mediante el estudio de dos grupos de pacientes: en el primer grupo se estableció un programa de Terapia de Observación Directa y en el segundo se mantuvo la Terapia de Autoadministración. Los costes de la terapia inicial fueron muy similares ,pero donde hubo una diferencia evidente fue en el coste de los fallos terapéuticos (157.900 y 930.800 \$), lo que declinó totalmente la balanza hacia el programa TOD. El coste neto por paciente, dado que el resultado clínico mejoró notablemente (94,5 versus 79 pacientes por cada 100) fue de 2.947\$ en el TOD y de 13.328\$ en la

TAA. El coste efectividad incremental es de – 49.961 lo que significa un ahorro neto de costes de 49.961 por cada caso adicional conseguido.

A la vista de los resultados farmacoeconómicos, se han extrapolado los datos al universo de los nuevos casos de pacientes diagnosticados de TP en E.E.U.U. en 1994¹² (24.361 nuevos casos) en el caso que se hubiera adoptado el programa TOD a la totalidad de los mismos. Los resultados muestran que en ese hipotético caso, el ahorro de costes a nivel nacional sería de 26 millones de dólares. Además se evitarían 240 muertes y se obviarían 2.400 casos de recidivas por resistencias, de los cuales 100 de estos casos corresponden a resistencia múltiple.

Programas de Atención Farmacéutica

Vemos entonces que la identificación de los problemas relevantes de las diversas patologías y la posterior implementación de programas, cuyo objetivo sea la prevención o resolución de los mismos, repercutirá muy positivamente en los resultados clínicos de los pacientes que cursen las patologías analizadas. Entonces, la Atención Farmacéutica (AF) es la pieza clave en el escenario dibujado al inicio de esta exposición. La AF, según la clásica definición de Hepler y Strand¹³ es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados definitivos que mejoren la calidad de vida del paciente. Las funciones principales de la AF son identificar los PRM actuales y potenciales, resolver los PRM actuales y prevenir los PRM futuros. Y es en el ejercicio de las funciones mencionadas, en el seno de patologías concretas, en donde se van a hallar los incrementos en los resultados clínicos. Además, se ha comprobado que la intensificación de las acciones farmacéuticas (programas incrementales de AF) repercute directamente en los resultados en el paciente¹⁴.

Se han descrito diversos Programas de Atención Farmacéutica (PAF) implementados en patologías diversas. En el caso que nos ocupa, podemos ver uno de los desarrollados en la diabetes *mellitus* en Oficinas de Farmacia de Richmond³ (Virginia, E.E.U.U.) Se trataba de evaluar los efectos en los resultados de los niveles de glucemia basal, así como en las tasas de adherencia al tratamiento. Se seleccionaron 82 pacientes diagnosticados de diabetes mellitus en los que se desarrolló un PAF integrado en la función de la dispensación de sus tratamientos. Se evaluaron durante 12 meses obteniéndose los resultados mostrados en la Tabla 1.

	T = 0	T = 12 meses
Glucemia basal (mg/dL)	178,6	149,7
Tasa de adherencia	88,1	90,3

Tabla 1.- Resultados obtenidos en la implementación de un PAF en diabetes mellitus.

Durante el período analizado se realizaron recomendaciones a los médicos de los pacientes, acerca de la detección de un PRM, así como la sugerencia de su posible detección, puesto que la misma se salía del ámbito de responsabilidad farmacéutica. Las recomendaciones realizadas fueron: iniciar tratamiento de metformina, cambiar la dosis de metformina, cambiar la dosis de insulina, iniciar tratamiento con insulina, cambio en el régimen de sulfonilurea e iniciar tratamiento de neuropatía periférica. De un total de 20 recomendaciones, 15 fueron totalmente aceptadas por el médico correspondiente.

Acuerdos en base a PAF con evaluación farmacoeconómica

Así pues, la conjunción táctica de la Atención Farmacéutica con la Farmacoeconomía podría servir como base para el diseño de acuerdos marcos, entre Oficina de Farmacia y Servicio de Salud, que estableciese

una serie de objetivos a cubrir, con el planteamiento estratégico de “*Ganas tú, gano yo*” es decir, en donde ambas partes se beneficiaran mutuamente de su implementación.

Por último, remarcaremos que existen patologías que suponen una grave repercusión, a nivel sanitario y económico, al sistema de salud, así como a la sociedad, (diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial, hiperlipidemias, SIDA, etc), que se pueden identificar las causas que verdaderamente suponen el problema, (resistencia a los antimicrobianos, falta de adherencia a los tratamientos, complicaciones originadas, efectos adversos manifestados, falta no detección precoz de la patología, etc), que en muchas ocasiones existen soluciones específicas para los problemas descubiertos, las cuales se pueden evaluar desde el punto de vista de la Farmacoeconomía, haciendo así patentes los beneficios clínicos y económicos, y en diversas ocasiones, los ahorros de costes que se pueden generar, que dichas soluciones se pueden implementar, desde la Oficina de Farmacia, como PAF los cuales obtendrán una mejora en los resultados a nivel de la salud del paciente y a nivel económico para el sistema de salud y/o sociedad, y por último, que la ejecución de PAF que dispongan de una evaluación farmacoeconómica adecuada, puede evidenciar los beneficios, tanto sanitarios como económicos, que de su implementación obtendría el Sistema de Servicios de Salud, en base a lo cual se podrían establecer acuerdos marco entre ambas partes, basados en los resultados de los PAF.

Sería favorable para las dos partes, Servicio de Salud y Oficina de Farmacia, que la hipótesis que planteo en esta exposición, la cual se lleva a cabo bajo diversas circunstancias en distintos países, sirviera como germen

para el desarrollo de nuevos marcos de diálogo, en donde la consecución del beneficio mutuo se tradujera en un marco de estabilidad y tranquilidad, semejante al que aparece en la fig 1. Konrad Adenauer, político alemán de mediados del S XX, dijo: “*Vivimos bajo el mismo cielo, pero ninguno tenemos el mismo horizonte*”. Un marco, como el de este bello paisaje podría hacer que todos tuviéramos el mismo horizonte, viendo como las nubes densas se alejan en la distancia, dando paso a un cielo azul y transparente.

Fig 1

Bibliografía (*)

- 6.- Combs D, O'Brian R, Geiter L. USPHS Tuberculosis short course chemotherapy Trial 21: effectiveness, toxicity, acceptability: the report of final results. *Ann Intern Med.* 1990; 112: 397-406.
- 7.- Bloch A, Cauthen G, Onorato I. Nationwide survey of drug-resistant tuberculosis in the United States. *JAMA.* 1994; 271: 665-671.
- 8.- Chaulk P, Kazandjian V. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis. Consensus statement of the public health tuberculosis guidelines panel. *JAMA.* 1998; 279: 943-948.
- 9.- Cohn D, Catlin B, Peterson K, Judson F, Sbarbaro J. A 62-dose 6-month therapy for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. A twice directly observed and cost-effective regimen. *Ann Intern Med.* 1990; 112: 407-415.
- 10.- Weis S, Slocum P, Blais F, et al. The effect of directed observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. *N Engl J Med.* 1994; 330: 1.179-1.184.
- 11.- Burman W, Dalton C, Cohn D, Butler J, Reves R. A cost-effectiveness analysis of directly observed therapy vs self-administered therapy for treatment of tuberculosis. *Chest.* 1997; 112: 63-70
- 12.- Moore R, Chaulk P, Griffiths R, Cavalcante S, Chaisson R. Cost-effectiveness of directly observed versus self-administered therapy for tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996; 154: 1.013-1.019
- 13.- Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47: 533-543.
- 14.- Skaer T, Sclar D, Markowski D, Won j. Effect of value-added utilities on prescription refill compliance and Medicaid health care expenditures –a study on patients non insulin dependent diabetes mellitus. *J Clin Pharm Ther.* 1993; 18(4): 295-299.

(*) Las citas bibliográficas 1 a 5 se describen en la parte 1ª de este artículo.