



EDITORIAL

MAPEX: mirar profundo, mirar lejos

Ramón Morillo Verdugo¹, Javier Sáez de la Fuente² y Miguel Ángel Calleja Hernández³

¹Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ²Especialista en Farmacia Hospitalaria. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Farmacia. Hospital Infanta Leonor, Madrid. ³Especialista en Farmacia Hospitalaria. Director UGC Farmacia Hospitalaria Interniveles e Intercentros de Granada, Granada. En representación del grupo de trabajo del Proyecto "Mapa Estratégico para la Atención Farmacéutica la paciente Externo SEFH. MAPEX". España.

*Contacto directo con el paciente, integración en el equipo multidisciplinar y control de la eficiencia de los tratamientos*¹. Mas de 15 años después de la publicación de las primeras recomendaciones para realizar un modelo de Atención Farmacéutica al paciente VIH+, cuyo marco se ha extendido y asimilado por parte del resto de patologías atendidas en el ámbito de las consultas externas (CE) de los servicios de Farmacia Hospitalaria, aquellos retos siguen estando plenamente vigentes.

Sin embargo, como no podía ser de otra manera, el contexto ha cambiado radicalmente en todos los sentidos, tenemos un marco farmacológico mas complejo, un nuevo marco asistencial e, incluso, un nuevo marco social. Hoy día el numero de pacientes que atendemos en CE se ha quintuplicado en muchos hospitales. Desgraciadamente, los recursos tanto humanos como estructurales y tecnológicos no han crecido en paralelo. Tampoco el ámbito legal nos ha ayudado a consolidar y blindar nuestras actividades, salvo excepciones².

A título individual, muchos farmacéuticos han desarrollado un "modelo" de Atención Farmacéutica (AF) centrado en el medicamento y en el seguimiento farmacoterapéutico con una concepción episódica, que prioriza la primera visita y los cambios de tratamiento³. Las causas que lo explican son muchas, pero podríamos destacar fundamentalmente las siguientes: baja persistencia de los fármacos prescritos, problemas de adherencia por las formas farmacéuticas disponibles en un inicio, que obligaban a pautas posológicas complejas y consecuente aparición de resistencias (en determinadas patologías), importante y frecuente aparición de efectos adversos así como la nula formación e información sobre los trata-

mientos y/o las patologías por parte de los pacientes. Por otra parte, la mayoría de las presentaciones comercialmente disponibles, frecuentemente envases de un mes y el elevado coste de los mismos (que "invita" a dispensar cantidades mínimas para el control del gasto), han contribuido a generar, lo que podríamos denominar un modelo CMO (costes-medicamento-organización) en CE.

En esta línea, el lógico dinamismo y avance de nuestra profesión ha hecho que algunos entornos asistenciales se hayan adaptado según sus posibilidades, lo cual siendo positivo, ha generado una crítica variabilidad asistencial que como mínimo, ha de considerarse una debilidad en nuestro modelo profesional y no garantiza nuestra contribución a obtener los mejores resultados de salud en nuestros pacientes⁴⁻⁵.

Por tanto, es momento de confirmar que ese modelo ha "tocado techo" y es necesario transformarlo, desde dentro, volviendo a dar un nuevo enfoque, con respuestas profesionales homogéneas, con pilares más sólidos, raíces más profundas y enfrentándonos a los nuevos retos que se nos presentan en la actualidad⁶⁻⁹.

Es evidente la necesidad de nuestra participación: tratamientos complejos en patologías delicadas que requieren de pacientes activos y formados para su autocuidado fuera del entorno protegido y controlado del hospital, pérdidas de efectividad por mala adherencia o persistencia; iatrogenia debida a interacciones evitables en regímenes de polifarmacia revisables o elevado impacto económico de estos medicamentos que obligan a una cuidadosa gestión y a optimizar los resultado al máximo.

Si bien la necesidad de cambio es clara y evidente, la estrategia a seguir para afrontar el reto y poder dar las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ralejandro.morillo.sspa@juntadeandalucia.es (Ramón Morillo Verdugo).

respuestas oportunas, es aún un campo en el que profundizar. Parece claro que el ámbito de actuación requiere un radio de acción que incluye el nivel micro (entornos locales), meso (organismos políticos o decisiones a nivel legal) y macro (identificando y actuando las tendencias en salud que van a influir en los próximos años en nuestra actividad). Por otra parte, los instrumentos, procesos y resultados que vamos buscando en este nuevo modelo de actividad, sitúan, ineludiblemente, al paciente como centro de nuestra actividad. La orientación a las necesidades, tanto individuales como poblacionales, la eficiencia, la calidad técnica, la implicación y corresponsabilización, la accesibilidad y la integración profesional, deben ser elementos clave de este nuevo modelo que, siguiendo las siglas del anterior también vamos a llamar CMO, pero cuyas siglas cambian radicalmente su significado (capacidad-motivación-oportunidad).

El modelo de trabajo que hasta ahora hemos seguido se apoyaba de forma excesiva en el medicamento, obviando la singularidad de cada paciente. Esta concepción, implícitamente, centraba adicionalmente nuestro enfoque en la búsqueda de la intervención individual. En el momento actual no podemos obviar que los pacientes son y tienen necesidades diferentes (ello constituye el primer pilar del nuevo modelo⁹, independientemente de que su medicación prescrita sea la misma y que, además, los factores que afectan a sus necesidades no solo están relacionados con la farmacoterapia prescrita, sino que son otros factores (educacionales, del estado cognitivo-funcional, demográficas, de utilización de recursos sanitarios, etc) los que deben ser tenidos en cuenta a la hora de centrarnos en aportar mas valor a aquellos pacientes que mas necesidades tienen. Surge, por tanto, la necesidad de estratificar o segmentar a nuestra población para ser capaces de organizar y priorizar recursos. De esta manera, pasamos de un modelo centrado en el medicamento a un modelo centrado en el paciente.

El refuerzo de la "motivación farmacoterapéutica" en nuestros pacientes, entendida como la capacidad de alinear objetivos a corto plazo con objetivos a largo plazo, es otro de los pilares del nuevo modelo. Sin duda, en la pérdida de esta motivación, que puede condicionar los resultados en salud, aparecen dos elementos, la adherencia y la identificación, prevención y manejo de los efectos adversos, sobre los que acumulamos amplia experiencia y que no debemos olvidar ni delegar. Adicionalmente, la identificación y mejora de la satisfacción y calidad de vida de los pacientes que atendemos son dos aspectos clave sobre los que seguir trabajando, profundamente, a partir de ahora. Para conseguir ser competentes en estas funciones es imprescindible disponer del mejor conocimiento posible, y de las mejores habilidades para aplicarlo. Esto configura el segundo pilar del nuevo modelo.

Cuando el nuevo milenio asomaba e intentábamos afrontar la llegada de internet y la telefonía móvil pocos

eran los que podían imaginar la revolución que teníamos a las puertas. Las nuevas tecnologías y su universalización han generado una transformación social que, lógicamente, tiene efecto en el ámbito de la salud. Por una parte, internet ha conseguido un acceso a la información mas directo y rápido para la población, incluida la información sanitaria, a pesar de que como ya es conocido, esto tiene también sus riesgos ("infoxicación", información de baja calidad u obsoleta etc). Pero, por otra parte, nos ha hecho enfrentarnos a un nuevo paciente, mucho más informado y más demandante, generando, por tanto, un enfoque menos paternalista y mas participativo de nuestra profesión.

Otra de las características que reúne estas nuevas tecnologías es la inmediatez, surgiendo así el concepto "oportunidad", entendido como estar cerca del paciente cuando este lo necesite y para eso, sin duda, tanto las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) como las tecnologías del aprendizaje y el conocimiento (TAC's) son fundamentales. En este apartado esta todo por hacer, desde colaborar en la implantación de su uso rutinario en CE, la integración en los sistemas de información y aplicaciones de los sistemas de salud, definir los criterios que deben reunir para ser usadas en nuestro entorno hasta desarrollar y difundir los programas de educación sanitaria que mejoren la eficiencia de nuestras actuaciones. Tenemos que olvidar pues, la idea de que la Atención Farmacéutica se realiza con el paciente físicamente presente y en el centro hospitalario, para pensar que podemos llevar a cabo nuestra actividad no en el hospital sino desde el hospital y no de forma "episódica" sino "continuista", no solo conforme a nuestras necesidades, sino sobre todo a las del paciente. La posibilidad de tomar decisiones en "tiempo real" nos permitirá, sin duda, ser mucho mas eficientes de lo imaginado hasta ahora.

Si tenemos claro que uno de los pilares del nuevo modelo es el enfoque centrado en el paciente, con una mirada siempre multidisciplinar, para lo que precisamos como segundo pilar, alcanzar niveles excelentes en cuanto a conocimientos. El tercero de los pilares va a ser, sin lugar a dudas, la evaluación de resultados en salud. En este sentido, si ya empezamos a estar familiarizados con términos como 2.0 y apps, demos la bienvenida al 3.0, al Real World Data y al Big Data, porque van a formar parte de nuestro día a día en los años venideros.

Alcanzar las más altas cotas de excelencia profesional a la que podemos aspirar requiere una mirada profunda sobre qué estamos haciendo y, sobre todo, qué camino queremos recorrer y a dónde queremos llegar. A ese reto, en nuestra sociedad, le hemos puesto un nombre, proyecto MAPEX "Mapa estratégico para la Atención Farmacéutica al paciente Externo", que hemos empezado en 2015 pero que tiene un recorrido amplísimo. Este proyecto encierra una nueva filosofía profesional y estamos seguros de que, con la aportación de todos,

como una de las claves para el éxito, esta iniciativa nos va a ayudar a resolver la situación actual, transformar nuestro enfoque asistencial y abrirnos las puertas de un nuevo futuro lleno de oportunidades.

Conflicto de intereses

Ninguno

Equipo Consultor del Grupo de trabajo

José Luis Poveda Andrés, Inmaculada Torre Lloveras, Montserrat Pérez Encinas, Ismael Escobar Rodríguez, José Manuel Ventura Cerda, María Jesús Lamas Díaz, Olatz Ibarra Barrueta, Luis Ortega Valín, Irene Mangués Bafalluy, Cecilia Martínez Fernández-Llamazares, Emilio Monte Boquet.

Bibliografía

1. Codina C, Delgado O. Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhdescargas/archivos/Paciente_VIH.pdf. [Consultado el 01-06-2015].
2. Orden de 31 de julio de 2001 de la Conselleria de Sanitat de creación de las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) (DOGV-4.064 de 14 de agosto de 2001).
3. Baldominos G, Castillo I. Recomendaciones para el desarrollo de Atención Farmacéutica a pacientes externos. Comisión de normas y procedimientos de la SEFH, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Junio 2002. www.sefh.es [Consultado el 01-06-2015].
4. Ibarra Barrueta O., Ortega Valín L, en representación del Grupo VIH de la SEFH. Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España. Farm Hosp. 2008;32(3):170-7
5. Morillo Verdugo R, Jiménez-Galán R, Ibarra Barrueta O, Martín Conde M, Margusino Framinan L, Illaro Uranga A. Situación actual de la estructura, procesos y resultados de la Atención Farmacéutica al paciente VIH en España. Proyecto origen. Farm Hosp. 2014;38(2):89-99
6. Ortega Valín L. Atención farmacéutica al paciente VIH: papel del grupo VIH-SEFH. Farm Hosp. 2004.; 28:80-4.
7. Morillo Verdugo R, Serrano López de las Hazas J, en representación del Grupo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la SEFH. Una década del grupo VIH-SEFH: evaluando el progreso, identificando obstáculos y renovando el compromiso. Farm Hosp.2010;34(5):215-217.
8. The consensus of the pharmacy practice model summit. Am J Health-Syst Pharm. 2011; 68:1148-52
9. David F, Blackburn DF, Yakiwchuk E, Jorgenson D, Mansell KD. Proposing a Redefinition of Pharmaceutical Care. Ann Pharmacother 2012;46:447-9.