

EDITORIAL

Hacia un nuevo modelo de práctica asistencial en la atención farmacéutica al paciente VIH+

Ramón Morillo Verdugo^{1*}, Aitziber Illaro Uranga² y Luis Margusino Framinan³ en representación del grupo de trabajo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la SEFH

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 Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³Especialista en Farmacia Hospitalaria, Facultativo Especialista de Área, Servicio de Farmacia, Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

La evolución de la infección por VIH ha sido francamente espectacular. Pese al incalculable valor de la pérdida de vidas humanas que esta pandemia se ha cobrado en los últimos 30 años, el lado más positivo que ha generado esta infección ha sido la incomparable movilización de recursos políticos, financieros y humanos en todo el planeta. Ningún desafío al desarrollo mundial ha originado un nivel tan alto de compromiso y liderazgo por parte las organizaciones gubernamentales¹. Fruto de ello, la investigación desarrollada durante estos 30 años ha sido brillante. Como muestra, podemos afirmar, sin ningún complejo, que el VIH es el mejor conocido de todos los virus y que esta enfermedad es, desde hace unos años, una patología considerada crónica. Debido en gran parte a este hecho, a las rápidas modificaciones derivadas de los ensayos clínicos y a la disponibilidad de un número más elevado de fármacos, el tratamiento de esta infección se considera extremadamente complejo y sujeto a numerosos e incesantes cambios.

Paralelamente a este desarrollo, la definición y desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF) al paciente VIH+ se ha ido amoldando a los cambios existentes a nivel asistencial y farmacoterapéutico, llegando a ser a día de hoy un elemento clave en la actividad de la mayoría de centros hospitalarios en nuestro país².

El nivel actual de la AF en España es aceptable, aunque dista aún de alcanzar los niveles de calidad y, sobre todo, homogeneidad, deseables³⁻⁵. En este sentido, el actual desarrollo del proyecto ORIGEN nos dará la ins-

tantánea básica para sentar las bases de la mejora estructural, asistencial y de procesos de mejora de cara al futuro.

Pese a los esfuerzos realizados y las recompensas obtenidas durante los últimos años, debemos ser autocríticos para seguir mejorando. Indudablemente, hemos trabajado con diferentes lastres que han minado la posibilidad de maximizar nuestra aportación en este tipo de pacientes. Entre ellos destacan: falta de personal y, como consecuencia, de tiempo de dedicación, de automatismos y expansión de la incorporación del desarrollo tecnológico necesario, escasa capacidad de liderazgo para catalizar los cambios necesarios a nuestro favor, resistencia al cambio dentro del propio staff de la farmacia, insuficiente disposición para generar nuestras propias evidencias y, desde la perspectiva externa, la escasa habilidad para vender el valor profesional añadido de nuestra profesión hacia la provisión de un manejo de la farmacoterapia por parte del paciente de alta calidad.

Ni que decir tiene que estas carencias profesionales, repercuten indudablemente en la eficiencia de nuestro sistema sanitario. Si a eso le sumamos la perspectiva de los pacientes, donde podemos afirmar que todos tienen el derecho a disponer de una AF de calidad y adecuada a su nivel de enfermedad, podemos afirmar que el modelo actual, presente en la mayoría de centros hospitalarios, ya ha tocado techo.

Estas inquietudes no son exclusivas de nuestro ámbito. Recientemente se ha publicado el documento de reco-

* Autor para correspondencia.

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

mendaciones de la ASHP para la mejora del modelo de práctica farmacéutica donde se recogen muchas de estas preocupaciones⁶. Aunque este documento no constituye unas directrices profesionales institucionales, sí que está sirviendo para desarrollar futuras implicaciones y revisión de las políticas de actividad farmacéutica en los Servicios de Farmacia Hospitalarios americanos. En España la iniciativa 2020 marcará la hoja de ruta para incrementar nuestra participación en la optimización de la farmacoterapia individualizada.

Es indudable reconocer que en la presente década los Servicios de Farmacia Hospitalaria estarán sometidos a presiones cada vez más intensas para lograr ser más eficientes, pero también se nos exigirá liderar las políticas de mejora de los estándares de calidad.

Desde esta perspectiva, los elementos esenciales para el modelo de práctica farmacéutica en torno al paciente VIH+ en el futuro pasan indudablemente por tres factores: la adaptación al cambio, la innovación y la expansión de nuestras actividades.

Pero para llegar a ello, lo primero que debemos hacer es redefinir la propia filosofía de la AF al paciente VIH+, orientándola hacia la identificación de responsabilidades sobre poblaciones globales, especialmente las de alto riesgo de problemas relacionados con los medicamentos o morbi-mortalidad inducida por su propia enfermedad⁷. Ello pasa pues, por redefinir el alcance de nuestra práctica asistencial, incluyendo un núcleo de competencias básico e ineludibles.

En segundo lugar, los procesos de AF necesitan ser expandidos para incluir el diseño de una práctica asistencial homogénea que facilite el proceso de selección de pacientes y priorización de los servicios profesionales del farmacéutico. La clásica definición de la AF en general y del modelo asistencial al paciente VIH en particular no articula los pasos a seguir para establecer esa estratificación. Proporcionar AF en base a la priorización de pacientes, usando un índice de complejidad del tratamiento que incluya factores relacionados con la enfermedad, número de medicación y comorbilidades es ya una obligación. El proyecto PREDICTOR⁸ es el primer paso hacia esta dirección y debe ser, desde este momento y hasta que se mejore, una herramienta imprescindible para el seguimiento farmacoterapéutico de nuestros pacientes.

Por tanto, en este nuevo paradigma, se generaría una responsabilidad no ya a título individual sino para cohortes enteras de pacientes dentro de un programa integral e integrado de AF más allá del actual sistema existente de atención en «primera visita-cambios de tratamiento».

El foco, por tanto, pasaría a estar en cuatro elementos claves del sistema. Los clásicos y conocidos: el paciente (y su nueva percepción), el sistema sanitario-profesionales de la salud (y nosotros como líderes del proceso farmacoterapéutico) y dos que irrumpen cada vez con más fuerza: las tecnologías de la información y comunicación y, por último, el espacio profesional compartido, a

través de la potenciación de alianzas y las sinergias estratégicas.

El perfil de paciente que se incorpora al tratamiento y, por tanto, a los servicios de farmacia ha cambiado, pasando a ser un patrón de paciente más joven y de nivel formativo más elevado, más acostumbrado a manejar las nuevas tecnologías. Este hecho nos obliga a un compromiso mutuo. Por nuestra parte, estamos obligados a establecer una permanente incorporación de las nuevas herramientas de intercomunicación con los mismos y, por parte de los pacientes, el de hacerles asumir su cuotas de responsabilidad y solidaridad que han de estar presentes para reforzar el vínculo con nuestra profesión, modulando sus expectativas individuales y propiciando la participación en la mejora de nuestra actividad, bien a título individual o asociados. Algunas experiencias como las del «Hospital Virtual» del Clinic de Barcelona ya hablan del posible éxito de estas iniciativas⁹.

Por otra parte, para los pacientes que ya nos conocen, el desafío que tenemos que afrontar no es el de la AF al paciente VIH+ como enfermedad crónica aislada, sino el de paciente en situación de cronicidad, como concepto más amplio que excede los límites tradicionales de la AF establecida clásicamente y centrada en una única patología¹⁰. No se trata ya de dispensar tratamientos para una enfermedad aislada, sino de dar respuestas globales y de necesidades de adaptación al medio sanitario de personas cada vez más capaces de tomar sus propias decisiones y ser más exigentes con su farmacéutico.

Desde la perspectiva del sistema sanitario nuestro papel pasa por disminuir la incidencia y la mortalidad prematura por complicaciones derivadas de la enfermedad, mejorando el control de los factores de riesgo asociados a la farmacoterapia que las propician. Mejorar la calidad de vida de los pacientes favoreciendo un mayor nivel de autonomía funcional y social y ofertando un modelo asistencial adaptado a este hecho (potenciación del acto único etc). Propiciar la responsabilidad y la solidaridad social e individual para la mejora del estado de salud de los pacientes ayudando a la participación e implicación activa de su tratamiento mejorando así la eficiencia de los tratamientos prescritos. Asegurar una visión global, desde el paciente al medicamento y no a la inversa y un abordaje integral en cada una de las fases de la historia natural de la enfermedad. Evaluar nuestras intervenciones de salud realizadas y garantizar la efectividad clínica y la eficiencia de las mismas y garantizar la formación adecuada, orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias.

Por tanto, una línea prioritaria a partir de este momento, es la de impulsar el desarrollo de funcionalidades en los sistemas de información clínica que permitan, a cada farmacéutico de hospital, monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos, así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades e impulsar funcionalidades que permitan interactuar con los pacientes, registrar sus autocontroles,

recibir mensajes de salud y acceder a todos los servicios del sistema sanitario globalmente.

Por último, urge generar un cambio de actitud. Priorizar e incorporar en todas los Servicios de Farmacia la implantación del modelo de AF como el propuesto, requiere garantizar la generación de alianzas intra e interhospitalarias y la creación de espacios compartidos, olvidando la visión local y unicéntrica, tanto a nivel farmacéutico como con el resto de profesionales de la salud, con vistas a establecer un permanente desarrollo de nuestra profesión en las cotas más altas de calidad.

Bibliografía

1. Declaración Política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/65/L.77&referer=/english/&Lang=S. [Consultado el 04-04-2012].
2. 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 04-04-2012].
3. Ibarra Barraeta 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.
4. Ortega Valín L. Atención farmacéutica al paciente VIH: papel del grupo VIH-SEFH. Farm Hosp. 2004;28:80-4.
5. 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):215-7.
6. The consensus of the pharmacy practice model summit Am J Health-Syst Pharm. 2011;68:1148-52.
7. David F Blackburn DF, Yakiwchuk E, Jorgenson D, Mansell KD. Proposing a Redefinition of Pharmaceutical Care. Ann Pharmacother. 2012;46:447-9.
8. Morillo R, Martín MT, Valverde MP, Illaro A, Ventura JM, Serrano J, et al. Desarrollo y validación de un modelo predictivo para la identificación de pacientes VIH+ con problemas relacionados con los medicamentos. Estudio PREDICTOR. Farm Hosp. 2012;36:343-50.
9. León A, Cáceres C, Fernández E, Chausa P, Martín M, Codina C, et al. A new multidisciplinary home care telemedicine system to monitor stable chronic human immunodeficiency virus-infected patients: a randomized study. PLoS One. 2011 Jan 21;6(1):e14515.
10. Cipolle RJ. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Companies, 2007.