



Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España

O. Ibarra Barrueta^a y L. Ortega Valín^b, en representación del Grupo VIH de la SEFH

^aServicio de Farmacia. Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España.

^bServicio de Farmacia. Hospital de León. España.

Resumen

Objetivo: Conocer la situación de la atención farmacéutica (AF) al paciente con VIH en España.

Método: En el año 2004 se realizó una encuesta sobre AF al paciente con VIH dirigida a farmacéuticos. La encuesta, de 33 preguntas, intentaba conocer los recursos materiales y humanos destinados a esta área, así como aspectos concretos de la AF y, finalmente, la opinión del farmacéutico. La encuesta se distribuyó a través de la página web de la SEFH y las jornadas de VIH.

Resultados: Se recogieron datos de 68 hospitales, mayoritariamente públicos. Como puntos fuertes destacan la disponibilidad de recursos materiales, un horario de atención amplio y la intervención del farmacéutico en los momentos clave (inicios, cambios de tratamiento y a petición del paciente). En la mayoría de los hospitales se facilitaba información oral, acompañada de información escrita en el 68% de los casos. Aunque el 81% de los hospitales controlaban la adhesión, menos de la mitad lo hacían de forma sistemática; el método más empleado era el registro de dispensación. Se registraban datos de dispensación y, en menor medida, se disponía de una historia farmacoterapéutica del paciente. Se observaron diferencias entre los hospitales según su tamaño. El farmacéutico opinaba que la AF era aceptable pero mejorable y consideraba insuficientes los medios disponibles, destacando la necesidad de personal y formación específica.

Conclusiones: La situación de la AF en el paciente con VIH tiene un buen nivel, pero queda mucho por hacer para alcanzar una AF aceptable y de calidad.

Palabras clave: Terapia antirretroviral de gran actividad. Adhesión. VIH. Atención farmacéutica.

Survey of the pharmaceutical care situation of the HIV patient in Spain

Objective: To understand the Pharmaceutical Care (PC) given to HIV+ patients in Spain.

Method: In the year 2004, a survey on PC provided to HIV+ patients was conducted among pharmacists. The survey, with 33 questions, aimed to determine the material and human resources used in this area, as well as specific aspects of PC, and finally the pharmacist's opinion. The survey was distributed through the SEFH (Spanish Society of Hospital Pharmacists) webpage and at HIV conferences.

Results: Data was collected from 68 hospitals, most of them public. The most important strengths included the availability of material resources, extensive consulting hours, and the intervention of the pharmacist at key moments (treatment initiation, changes in treatment and changes at the request of the patient). Verbal information was provided in most hospitals, accompanied by written information in 68% of cases. Although 81% of hospitals monitored compliance, less than half did it in a systematic manner, with the most widely used method being the dispensing records. Dispensing data was recorded, and to a lesser extent, the patients' drug treatment histories were available. Differences were seen among the hospitals depending on their size. The pharmacist considered that the PC was acceptable, but that there was room for improvement, and considered the measures available insufficient, highlighting the need for specific personnel and training.

Conclusions: The PC situation of HIV patients is of a good standard, but there is still a lot to be done to achieve acceptable, quality PC.

Key words: Antiretroviral therapy highly active. Adherence patient compliance. HIV. Pharmaceutical care services.

Este artículo ha sido parcialmente publicado en el VIII Congreso Nacional sobre el Sida celebrado en Madrid, 24-25 de noviembre de 2004.

Correspondencia: Olatz Ibarra Barrueta.

Servicio de Farmacia. Hospital de Galdakao-Usansolo.
Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao. Vizcaya. España.

Correo electrónico: mariaolatz.ibarrabarrueta@osakidetza.net

Recibido: 01-04-07 **Aceptado:** 27-02-08

INTRODUCCIÓN

La adhesión incorrecta al tratamiento antirretroviral (TARV) es la primera causa de fracaso terapéutico, relacionada no sólo con una mala respuesta virológica, sino también con una peor reconstitución inmune y un mayor riesgo de mortalidad¹. Por ello, las recomendaciones vigentes aconsejan que antes de comenzar el TARV se prepare al paciente y se identifiquen y corrijan las causas que pueden limitar la adhesión a él, y una vez iniciado, controlarla y reforzarla. El control de la adhesión debe realizarse por un equipo multidisciplinario, y en él deben estar implicados no sólo el médico, sino también el personal de enfermería, los profesionales de apoyo psicológico y los farmacéuticos de hospital^{2,3}.

La atención farmacéutica (AF) en el área del paciente con VIH ha experimentado una notable evolución en los últimos años, pasando desde la mera dispensación de antirretrovirales tras la circular conocida como Prosereme V⁴, hasta el desarrollo de actividades más clínicas y una mayor participación en la toma de decisiones terapéuticas en la actualidad. Si bien la adhesión es uno de los puntos clave de la atención farmacéutica en esta área, no es el único, y el consejo sobre las interacciones, la administración, la educación sobre medidas higiénicas, dietéticas o preventivas, entre otras, forma parte esencial de nuestra labor asistencial⁵. El hecho de disponer de unas buenas condiciones para desarrollar la AF es determinante para asegurar la calidad que se pueda alcanzar en nuestra prestación asistencial.

En 1999 surgió el Grupo VIH en el seno de la SEFH con el fin de compartir experiencias, adquirir nuevos conocimientos y colaborar en temas de formación e investigación en el área del VIH⁶, entre ellos, un proyecto multicéntrico dirigido a mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral⁷. En el año 2004, el Grupo VIH realizó una encuesta con el objetivo de conocer la situación real de la AF al paciente con VIH en los hospitales españoles.

MÉTODO

Un grupo de expertos diseñó una encuesta de 33 preguntas dirigida a farmacéuticos de hospital, siguiendo las recomendaciones de la SEFH sobre AF al paciente con VIH⁸ y agrupadas en 8 dimensiones: *a)* características del hospital y la persona que responde la encuesta; *b)* estructura física donde se atiende a los pacientes, los recursos humanos y los materiales disponibles; *c)* actividad o carga asistencial; *d)* intervenciones farmacéuticas; *e)* control de la adhesión; *f)* comunicación con el equipo asistencial; *g)* registro de la actividad y la calidad en la atención farmacéutica, y *h)* opinión del farmacéutico sobre esta actividad.

La distribución de la encuesta se realizó a través de la página web de la SEFH, la lista de correo de la SEFH y en las 3 jornadas de atención farmacéutica al paciente con VIH que se realizaron en 2004. La encuesta podía ser contestada de forma anónima. Se contabilizó el porcentaje de respuestas afirmativas para cada ítem, con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Se realizó un subanálisis en el que se consideró el tamaño de hospital, entendiendo como hospital grande aquel con más de 500 camas y mediano-pequeño con 500 o menos. Se agruparon las respuestas en torno a 2 posibilidades, «favorable» o «desfavorable», con objeto de facilitar su interpretación, y se realizó una comparación de proporciones mediante la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS

Durante el 2004 se recogieron datos de 68 hospitales, mayoritariamente públicos (95%) y de tamaño tanto mayor (57,3%) como menor de 500 camas (42,7%). La mayoría de las encuestas fueron completadas por adjuntos (74%), tal y como se refleja en la tabla 1.

Las preguntas de la encuesta, así como las respuestas obtenidas, se presentan en la tabla 2. Según ésta, la mayoría de los hospitales disponía de consulta, aunque prácticamente un tercio atendía en un mostrador o ventanilla. El horario de atención a los pacientes externos era amplio y se disponía para esta área de teléfono, ordenador y programas específicos. En cuanto a recursos humanos, los farmacéuticos contaban, en su mayoría, con el apoyo de auxiliares. El 43,9% de los hospitales encuestados tenía un volumen de pacientes con VIH superior a 500 y un 22,7%, entre 300 y 500 pacientes; la frecuencia habitual de dispensación era mensual y/o bimensual.

En la mayoría de los hospitales se ofrecía AF en los momentos más importantes, aunque sólo un 31% de los hospitales ofrecía una atención farmacéutica continuada. Mayoritariamente se participaba en la dispensación, la validación de la prescripción y la resolución de consultas de los pacientes. En 55 (81%) hospitales se controlaba la adhesión, pero sólo en la mitad de forma sistemática. El método más utilizado fue el registro de dispensación, habitualmente como método único, pero un 29% combinaba varios métodos. La mayoría registraba sólo los datos de dispensación, aunque el 42% disponía de la historia farmacoterapéutica

Tabla 1. Tipo de hospital y persona que realiza la encuesta

	N.º de respuestas	Porcentaje	IC del 95%
0.1 El hospital al que pertenece es:	n = 68		
Público > 500 camas	37	54,4	41,8-67,0
Público < 500 camas	28	41,2	28,7-53,6
Privado/concertado > 500 camas	2	2,9	2,4-10,2
Privado/concertado < 500 camas	1	1,5	0,0-7,9
0.2 La persona que contesta la encuesta es:	n = 68		
Jefe de servicio	4	5,9	1,6-14,4
Adjunto	50	73,5	63,3-84,8
Residente	8	11,8	3,4-20,2
Se contesta de forma colectiva	6	8,8	1,3-16,3

IC: intervalo de confianza.

Tabla 2. Resultados de la encuesta. Agrupados y estratificados por tamaño de hospital

Estructura y recursos	Resultado de la encuesta			Estratificado según tamaño		
	n	Porcentaje		n.º de camas		
				< 500	> 500	p; OR (IC del 95%)
1.1 La dispensación a pacientes VIH dispone de (n = 68)				n = 31	n = 37	
a) Mostrador/ ventanilla	13	19,1	9,0-29,2	35,5%	24,3%	NS
b) Sala espera + mostrador	7	10,3	2,5-18,3			
c) Consulta+ sala espera+ mostrador	24	35,3	23,2-47,4			
d) Consulta+ sala espera+ mostrador + acceso independiente	21	30,9	19,2-42,6	64,5% ^a	75,7% ^a	
e) Solo consulta	3	4,4	0,9-12,4			
1.2 Anote el n.º de personas y el % de su jornada, dedicadas a Pacientes externos (no exclusivamente VIH); n = 68 (respuestas no excluyentes)						
a) Farmacéutico	68	100				
b) Enfermera	10	14,7				
c) Auxiliar/técnico de farmacia	38	55,9				
d) Administrativo	16	23,5				
1.3 El horario de dispensación es (a la semana) (n = 68)						
a) > 35 h	17	25,0	14,0-36,0			
b) 20-34 h	41	60,3	42,9-72,7	74,2% ^b	94,6% ^b	0,03/0,16 (0,02-0,95)
c) 0-19 h	8	11,8	3,4-20,2			
d) < 10 h	2	2,9	0,4-10,2	25,8% ^b	5,4% ^b	
1.4 Se dispone específicamente para esta área de (n = 68)						
a) Ordenador	2	2,9	0,4-10,2			
b) Ordenador y programas específicos	17	25,0	14,0-36,0	90,3% ^c	100,0% ^c	
c) Teléfono y ordenador y programas	46	67,6	56,8-79,5			NS
d) Ninguna de las anteriores	3	4,4	0,9-12,4	9,7% ^c	0,0% ^c	
Actividad asistencial						
2.1 El número de pacientes con VIH diferentes atendidos es (si se conoce, especifique) (n = 66)						
a) > 500	29	43,9	31,2-56,7			
b) Entre 300 y 500	15	22,7	11,9-33,6			
c) Entre 100 y 300	14	21,2	10,2-31,8			
d) < 100	8	12,1	3,5-20,8			
N.º total de pacientes contabilizados > 30.198						
2.2 La dispensación se realiza generalmente con una periodicidad (n = 68)						
a) Mensual	45	66,2	54,2-78,2	67,7% ^d	64,9% ^d	
b) Cada 2 meses	16	23,5	12,7-34,3			
c) Cada 3 meses	3	4,4	0,9-12,4			
d) > 3 meses	2	2,9	0,4-10,2	32,3% ^d	35,1% ^d	NS
e) Mensual o bimensual	2	2,9	0,4-10,2			
2.3 El número de visitas/consultas totales al MES es (si se conoce, especificar) (n = 64)						
a) > 500	25	39,1	26,3-51,8			
b) 300-500	9	14,1	4,8-23,4			
c) 100-300	22	34,4	22,0-46,8			
d) < 100	8	12,5	3,6-21,4			

(Continúa)

Tabla 2. Resultados de la encuesta. Agrupados y estratificados por tamaño de hospital (*continuación*)

Estructura y recursos	Resultado de la encuesta			Estratificado según tamaño		
	n	Porcentaje		n.º de camas		
				< 500	> 500	p; OR (IC del 95%)
Intervenciones						
3.1 El farmacéutico interviene sobre (n = 68)						
a) Todos	21	30,9	19,2-42,6	41,9% ^e	21,6% ^e	
b) Pacientes nuevos	2	2,9	0,4-10,2			
c) Cambios de tratamiento, pacientes nuevos y a demanda	34	50,0	37,4-62,6	58,1% ^e	78,4% ^e	NS
d) Sólo a solicitud del paciente	11	16,2	6,7-25,7			
3.2 Marque los procesos en los que interviene el farmacéutico (n = 67) (respuestas no excluyentes)						
a) Dispensación	51	76,1				
b) Validación de la prescripción	50	74,6				
c) Entrevista	44	65,7				
d) Resolución de consultas	58	86,5				
e) Educación sanitaria sobre conductas inadecuadas	38	56,7				
3.3 Se proporciona información sobre los tratamientos: (n = 68)						
a) De forma oral	15	22,1	11,5-32,6			
b) De forma oral y escrita	46	67,6	55,8-79,5			
c) De forma escrita	0	0,0		90,3% ^f	89,2% ^f	NS
d) No se proporciona	7	10,3	2,3-18,3	9,7% ^f	10,8% ^f	
3.4 Se realiza una prospección de PRM (n = 67)						
a) Siempre que se interviene	26	38,8	26,4-51,2			
b) Esporádicamente	8	11,9	3,4-20,5			
c) Cuando el paciente manifiesta una duda	15	22,4	11,7-33,1	83,3% ^g	64,9% ^g	NS
d) No se realiza	18	26,9	15,5-38,2	16,7% ^g	35,1% ^g	
3.5 La información escrita disponible es (n = 68)						
a) De elaboración propia	34	50	34,4-62,6			
b) De programas específicos	11	16,2	6,7-25,7			
c) Procedente de la industria	9	13,2	4,4-22,0	87,1% ^h	81,1% ^h	NS
d) No se dispone de ella	14	20,6	10,2-30,9	16,1% ^h	24,3% ^h	
Adhesión						
4.1 Se controla la adhesión al tratamiento (n = 68)						
a) Periódicamente	28	41,2	28,2-53,6			
b) Cuando se sospecha mala adhesión	18	26,5	15,2-37,7	83,9% ⁱ	73,0% ⁱ	NS
c) A petición del médico	7	10,3	2,3-18,3			
d) No se realiza (pase al apartado 5)	13	19,1	9,0-29,2	16,1% ⁱ	27,0% ⁱ	
e) Sí: a + b + c	2	2,9	0,4-10,2			
4.2 El método utilizado para su estimación es (n = 55)						
a) Registros de dispensación	39	70,9	58,0-84,8	54,0% ^j	86,0% ^j	
b) Cuestionarios	0	0,0				
c) Combinaciones de métodos u otros (especificar)	16	23,5	16,2-42,0	46,0% ^j	14,0% ^j	0,02/0,19 (0,04-0,79)
d) Valoración subjetiva	0	0,0				
4.3 La adhesión se estima con una periodicidad (n = 54)						
a) Mensual	16	29,6	16,5-42,7			
b) Trimestral	11	20,4	10,5-35,8			
c) Esporádica	22	40,7	26,7-54,8	46,2% ^k	53,6% ^k	NS
d) Anual	5	9,3	3,1-15,4	53,8% ^k	46,4% ^k	

(Continúa)

Tabla 2. Resultados de la encuesta. Agrupados y estratificados por tamaño de hospital (*continuación*)

Estructura y recursos	Resultado de la encuesta			Estratificado según tamaño		
	n	Porcentaje		n.º de camas		p; OR (IC del 95%)
				< 500	> 500	
4.4 Se investigan factores relacionados con la adhesión, si es subóptima (n = 55)						
a) Sí, se intenta identificar causas	13	23,6	11,5-35,8			
b) Sí, se identifican causas y se interviene sobre ellas	24	43,6	29,6-57,7	80,8% ^l	69,0% ^l	NS
c) Sí, incluso si la adherencia es óptima	4	7,3	2,0-17,6			
d) No, únicamente se registra el resultado	14	25,5	13,0-37,9	19,2% ^l	31,0% ^l	
Comunicación con el equipo						
5.1 Se dispone de datos clínicos de los pacientes (n = 67)						
a) Sí, hay acceso a la historia clínica	10	14,9	5,6-24,2			
b) Sí, si se solicita expresamente	21	31,3	19,5-43,2	83,3% ^m	86,5% ^m	NS
c) Sí, se dispone de cargas virales y CD4 sistemáticamente	26	38,8	26,4-51,2			
d) No	10	14,9	5,6-24,2	16,7% ^m	13,5% ^m	
5.2 Se comunican los resultados de la intervención farmacéutica (n = 67)						
a) Sí, se envían al médico de manera sistemática	8	11,9	3,4-20,5			
b) Sí, si lo demanda el equipo	10	14,9	5,6-24,2	90,3% ⁿ	80,6% ⁿ	NS
c) Sí, sólo si se detectan problemas	39	58,2	45,7-70,8			
d) No	10	14,9	5,6-24,2	9,7% ⁿ	19,4% ⁿ	
5.3 Se participa de las decisiones terapéuticas (n = 67)						
a) Sí, los informes individuales son bien valorados	15	22,4	11,7-33,1			
b) Sí, sólo de modo general, a través de la comisión de farmacia	23	34,3	22,4-46,4	61,3% ^o	69,4% ^o	NS
c) Sí, se participa activamente en sesiones clínicas	6	9,0	1,4-16,5			
d) No	23	34,3	22,4-46,4	38,7% ^o	30,6% ^o	
5.4 La comunicación se realiza (n = 68)						
a) Oralmente, a demanda	49	72,1	60,7-83,5	74,2% ^p	70,3% ^p	
b) Por escrito, a demanda	8	11,8	3,4-20,2			
c) Por escrito, de forma sistemática	10	14,7	5,6-23,9	25,8% ^p	29,7% ^p	NS
d) No se realiza	1	1,5	0,1-7,9			
5.5 El equipo solicita información al servicio de farmacia sobre (n = 66)						
a) La adhesión	2	3,0	0,4-10,5			
b) Muchos aspectos (incluidos adherencia y cuestiones farmacológicas y de procedimiento)	42	63,6	51,3-76,0	73,3% ^q	61,1% ^q	
c) Sólo cuestiones de procedimiento/burocráticas	20	30,3	18,5-42,1			
d) No solicita información	2	3,0	0,4-10,5	26,7% ^q	38,9% ^q	NS
Registros y calidad						
6.1 La recogida de datos del historial farmacoterapéutico se realiza (n = 68)						
a) Manualmente	14	20,6	10,2-30,9			
b) Informáticamente	14	20,6	10,2-30,9	64,5% ^r	83,8% ^r	NS
c) Informáticamente sólo el historial de dispensación	35	51,5	38,9-64,1			
d) No se realiza	3	4,4	0,9-12,4	35,5% ^r	16,2% ^r	
e) Manual + informático	2	2,9	0,4-10,2	18	18	
6.2 Los datos que se recogen incluyen (n = 68)						
a) Sólo historial de dispensación	41	60,3	47,9-72,7	38,7% ^s	78,4% ^s	
b) Además estimación de adhesión	2	2,9	0,4-10,2			
c) Dispensaciones, adhesión y PRM	9	13,2	4,4-22,0	61,3% ^s	21,6% ^s	0,002/0,17 (0,05-0,57)
d) Los anteriores más datos de las intervenciones farmacéuticas	16	23,5	12,7-34,3			
6.3 Señale la afirmación que más se aproxima a su realidad (n = 67)						
a) Manual de procedimientos normalizados de trabajo	36	53,7	41,0-66,4			
b) Manual + planes de mejora continua redactados	8	11,9	3,4-20,5	61,3% ^t	86,1% ^t	0,04/0,26 (0,06-0,95)

(Continúa)

Tabla 2. Resultados de la encuesta. Agrupados y estratificados por tamaño de hospital (*continuación*)

Estructura y recursos	Resultado de la encuesta			Estratificado según tamaño		
	n	Porcentaje		n.º de camas		p; OR (IC del 95%)
				< 500	> 500	
c) AF acreditado o en proceso de acreditación	6	9,0	1,4-16,5			
d) No se trabaja de forma normalizada	17	25,4	14,2-36,5	38,7% ^t	13,9% ^t	
6.4 Se calculan indicadores (n = 67)						
a) Sólo los económicos que exige la Administración	15	22,4	11,7-33,1			
b) Los anteriores más los de actividad	33	49,3	36,5-62,0	93,5% ^u	97,2% ^u	NS
c) Económicos, de actividad y de calidad	16	23,9	12,9-34,8			
d) No se calculan	3	4,5	0,9-12,5	6,5% ^u	2,8% ^u	
Valoración subjetiva						
7.1 Considera que la atención farmacéutica que presta al VIH+ es (n = 68)						
a) Buena o muy buena	21	30,9	19,2-42,6	48,4% ^v	16,2% ^v	
b) Sólo aceptable	13	19,1	9,0-29,2			
c) El mínimo aceptable, teniendo en cuenta los medios	19	27,9	16,5-39,3	51,6% ^v	83,8% ^v	0,009/4,8 (1,4-17,9)
d) Muy mejorable	15	22,1	11,5-32,6			
7.2 Señale cómo considera los medios con los que cuenta para prestarla (n = 68)						
a) Idóneos	0	0,0				
b) Adecuados	9	13,2	4,4-22,0			
c) Suficientes	18	26,5	15,2-37,7	48,4% ^w	32,4% ^w	NS
d) Insuficientes	41	60,3	47,9-72,7	51,6% ^w	67,6% ^w	
7.3 Especifique qué tipo de medios considera más insuficientes (n = 68)						
a) Personal	34	50,0	37,4-62,6			
b) Espacios físicos	19	27,9	16,5-39,3			
c) Recursos materiales	4	5,9	1,6-14,4			
d) Formación específica	11	16,2	6,7-25,7			
7.4 Si dispusiera de más personal y medios (n = 67)						
a) Los emplearía en esta actividad	35	52,2	39,5-64,9			
b) La atención al VIH está ya suficientemente dotada	1	1,5	0,1-8,0			
c) Los emplearía en el área de pacientes externos sólo de modo parcial	26	38,8	26,4-51,2	93,3% ^x	91,9% ^x	NS
d) Los emplearía en otras áreas diferentes de la farmacia	5	7,5	2,5-16,6	6,7% ^x	8,1% ^x	
7.5 Siente suficientemente valorado su trabajo por (n = 65)						
a) Pacientes	12	18,5	8,3-28,7			
b) Equipo asistencial y pacientes	35	53,8	41,0-66,7			
c) La Administración	1	1,5	0,1-8,3	86,2% ^y	63,9% ^y	NS
d) Nadie	17	26,2	14,7-37,6	13,8% ^y	36,1% ^y	
7.6 Señale la afirmación con la que más se identifica (n = 68)						
a) Creo que la AF al VIH ya ha tocado su techo	0	0,0				
b) Creo que con las nuevas terapias, en poco tiempo habrá tocado techo	0	0,0				
c) Creo que el farmacéutico seguirá pudiendo hacer una importante labor con los VIH	43	63,2	51,0-75,4	74,2% ^z	54,1% ^z	NS
d) Creo que aún estamos muy lejos de una AF aceptable	25	36,8	24,6-49,0	25,8% ^z	45,9% ^z	

IC: intervalo de confianza; NS: no significativo; OR: *odds ratio*.

a. Opción c)+d); b. Opción a)+b) = más de 20 h semanales y c)+d) = menos de 20 h semanales; c. Opción a)+b)+c) = dotación informática y d) sin dotación informática; d. Opción a) = mensual y b)+c)+d)+e) = cada 2 meses o más; e. Opción a) el farmacéutico interviene en todos los procesos y b)+c)+d) = sólo en situaciones especiales; f. Opción a)+b)+c) = se proporciona información oral o escrita y d) no se proporciona; g. Opción a)+b)+c) = se realiza una prospección de PRM al menos ocasionalmente y d) no se realiza; h. Opción a)+b)+c) = se dispone de alguna información escrita y d) = no se dispone de ella; i. Opción a)+b)+c) = la adhesión al tratamiento se controla al menos ocasionalmente y d) no se realiza; j. Opción a) = registros de dispensación es el método utilizado para su estimación y b)+c)+d) = combinaciones de métodos; k. Opción a)+b)+c) = cada trimestre o menos se estima la adhesión y d) = cada más 3 meses; l. Opción a)+b)+c) = si se investigan factores relacionados con la adhesión, si es subóptima y d) = no se investigan; m. Opción a)+b)+c) = si se dispone de datos clínicos de los pacientes y d) = no se dispone; n. Opción a)+b)+c) = si se comunican los resultados de la intervención farmacéutica y d) = no se comunican; o. Opción a)+b)+c) = si, de alguna manera se participa y d) = no se participa; p. Opción a) = oralmente, b)+c) = por escrito y d) = no se contempla la opción de no se realiza; q. Opción a)+b) = el equipo solicita información al servicio de farmacia sobre adhesión y otros aspectos y c)+d) = sólo cuestiones burocráticas o no solicita; r. Opción a)+b)+c)+e) = la recogida de datos se realiza de alguna manera y d) = no se realiza; s. Opción a) = sólo se recogen datos del historial de dispensación y b)+c)+d) = dispensación y otros; t. Opción a)+b)+c) = hay alguna normalización de trabajo y d) = no se trabaja de forma normalizada; u. Opción a)+b)+c) = se calculan como mínimo los indicadores económicos y d) = no se calculan; v. Opción a) = considera que la atención farmacéutica que presta al VIH+ es buena o muy buena y b)+c)+d) = como mucho aceptable; w. Opción a)+b)+c) = los medios con los que cuenta para prestarla son al menos suficientes y d) = insuficientes; x. Opción a)+b)+c) = si dispusiera de más personal o medios lo emplearía en esta actividad o similares y d) = lo emplearía en otras áreas; y. Opción a)+b)+c) = siente suficientemente valorado su trabajo por algún estamento y d) = por nadie; z. Opción c) = el farmacéutico seguirá haciendo una labor importante y d) = aún estamos muy lejos de una AF aceptable.

del paciente, manual o informatizada. La mayoría de los hospitales trabajaba con procedimientos normalizados de trabajo, aunque sólo un 9% estaba acreditado con certificados de calidad.

La comunicación con el médico era principalmente oral, comunicándose las intervenciones farmacéuticas sólo ante algún problema o a demanda.

La opinión del farmacéutico sobre la AF al paciente VIH era buena o aceptable; aunque los recursos disponibles se creían insuficientes, especialmente en cuanto a personal, y sentía que su trabajo era valorado por el paciente y el equipo asistencial, aunque una cuarta parte de los entrevistados no se sentía valorado por nadie.

La misma tabla recoge los resultados considerando el tamaño de hospital. Las respuestas, agrupadas entorno a dos posibilidades, mostraban de forma estadísticamente significativa que los hospitales grandes tenían un horario más amplio de atención, utilizaban menos la combinación de varios métodos para estimar la adhesión, se registraban menos datos diferentes de las dispensaciones y tenían más normalizados los métodos de trabajo. Los farmacéuticos de hospitales mayores se mostraban más insatisfechos con la asistencia prestada.

DISCUSIÓN

De la encuesta se extraen una serie de puntos fuertes de la AF actual, como son: la disponibilidad de recursos materiales, un horario de atención amplio y la intervención del farmacéutico en los momentos clave. A pesar de ello se detectan las siguientes áreas de mejora: la AF siempre ha de realizarse en una consulta para asegurar la confidencialidad e intimidad del paciente^{9,10}, la dispensación siempre ha de ir acompañada de información, se ha de controlar de manera sistemática la adhesión y los PRM^{11,12}; combinar varios métodos para la valoración de la adhesión³, implantar programas de mejora de la adhesión¹³, mejorar la comunicación con el médico prescriptor, por ejemplo a través de informes de adhesión y/ o PRM, implantar la historia farmacoterapéutica del paciente e informatizar la actividad^{14,15}, asegurar la calidad de la AF utilizando procedimientos normalizados de trabajo, indicadores de calidad y planes de mejora continua¹⁶, y mejorar los recursos humanos destinados a esta área.

Aunque en el análisis estratificado sólo se alcanza la significación estadística en algunos ítems, los datos indican que en los hospitales mayores, aunque mejor dotados y organizados, la calidad de la prestación es menor, y así lo perciben subjetivamente los farmacéuticos. El corte en 500 camas es ciertamente arbitrario, aunque creemos que puede servir como aproximación en relación con el tamaño de hospital. Es posible que otro tipo de estratificaciones pudiera aportar más información, pero no pareció relevante ni proporcionado a las características del estudio abordar análisis más ambiciosos.

Una de las limitaciones importantes del estudio es su representatividad, habida cuenta de que no se realizó un cálculo del tama-

ño de muestra ni se utilizó un método normalizado de muestreo. Los autores se enfrentaron a una situación compleja ya que, al no haber un censo de hospitales que realicen dispensación a pacientes con VIH ni conocer el número exacto de pacientes que están en tratamiento, todos los planteamientos se basaron en estimaciones. Partiendo de la encuesta de hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo, puede haber un número cercano a 220 hospitales que dispensan medicación antirretroviral¹⁷, por lo que se ha podido muestrear casi un tercio del total de hospitales. Respecto al número de pacientes en tratamiento, nuestra encuesta recoge un número no inferior a 30.198. En una publicación de 1999¹⁸ está referenciada la cifra estimada de 50.000, por lo que nuestros datos pueden representar más de la mitad de la población total.

Respecto a la distribución geográfica, no se pudo confirmar la presencia de hospitales de Cantabria, Aragón y Murcia (21 encuestas no citaban el hospital de origen), y sí del resto de las comunidades autónomas. En cuanto al tipo de hospital, la encuesta refleja una representación equilibrada entre los hospitales según su tamaño. Por todo ello, los autores consideran que, a pesar de las evidentes limitaciones, los resultados proporcionan una referencia interesante en relación a la AF de los pacientes VIH en España. Sería muy conveniente poner en marcha un registro de hospitales que realizan AF en estos pacientes para poder disponer de información con mayor calidad metodológica.

Resulta difícil comparar la situación en España respecto a la de otros países debido a que los autores no han encontrado encuestas similares. No obstante, existen recomendaciones sobre AF en el paciente VIH^{5,19} similares a las nuestras⁸, incluso estudios donde se evidencia el beneficio de la atención farmacéutica en el paciente con VIH^{20,21}.

Como conclusión, la situación de la AF en el paciente VIH es buena, pero queda mucho por hacer para alcanzar una AF de calidad. Se considera oportuna la realización de este tipo de encuestas, aunque sea necesario mejorar la calidad de los datos para establecer una situación basal y detectar áreas de mejora que puedan servir al grupo con VIH para plantear proyectos futuros y establecer estándares.

Agradecimientos

A Emilio Monte, Javier Bécares, Ismael Escobar, Rosa Gómez, José Manuel Ventura, Vicente Martín y a todos los farmacéuticos que han intervenido en la encuesta. Muy especialmente a José Manuel Ventura por la revisión del artículo.

Bibliografía

1. García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomes JL, Cayla JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;30:105-10.
2. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clín*. 2007; 25:32-53.

3. Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín- Conde MT, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Farm Hosp.* 2004;28 Suppl 1:6-18.
4. Circular 12/91 de 17 de Abril. Prosereme V. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social.
5. American Society of Hospital Pharmacy. ASHP statement on the pharmacist's role in the care of patients with HIV infection. *Am J Health-Syst Pharm.* 2003;60:1998-2003.
6. Ortega Valín L. Atención farmacéutica al paciente con VIH: papel del grupo VIH-SEFH. *Farm Hosp.* 2004;28 Supl 1:80-4.
7. Codina Jané C, Tuset Creus M, Ibarra Barrueta O, Delgado Sánchez O, Morancho Echevarría O, García Díaz B, et al. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp.* 2004;28 Supl 1:19-26.
8. Codina C, Delgado O. Recomendaciones para desarrollar un programa de Atención Farmacéutica al paciente VIH. 2001 [accedido 5/Dic/06]. Disponible en http://www.sefh.es/normas/Paciente_VIH.pdf
9. Ventura Cerdá JM, Sanfélix Gimeno G, Monte Boquet E, Fernandez Villalba M, Alós Albiñana M. Satisfacción percibida por pacientes infectados por VIH con la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE). *Farm Hosp.* 2005;29:134-9.
10. Montero A, Feal B, Calvín M, Margusino L, Hurtado JL, Vazquez I, et al. Calidad percibida por los pacientes externos en la consulta de atención farmacéutica del Servicio de Farmacia. *Farm Hosp.* 2006;30:99-104.
11. Cantwell- McNelis K, James CW. Role of clinical pharmacists in outpatient HIV clinics. *Am J Health- Syst Pharm.* 2002;59:447-52.
12. Geletko SM, Poulakos MN. Pharmaceutical services in an HIV clinic. *AJHSP.* 2002;59:709-13.
13. Simoni JM, Pearson CR, Pantalone DW, Marks G, Crepaz N. Efficacy of interventions in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV-1 RNA viral load. *J AIDS.* 2006;43 Suppl 1:S23-35.
14. American Society of Hospital Pharmacy. ASHP guidelines on documenting pharmaceutical care in patient medical records. *Am J Health- Syst Pharm.* 2003;60:705-7.
15. Ventura Cerdá JM, Alós Almiñana M. Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH con tratamiento antirretroviral: metodología y documentación. *Farm Hosp.* 2004; 28 Supl 1:72-9.
16. Craig S, Crane VS, Hayman JM, Hoffman R, Hatwig CA. Developing a service excellence system for ambulatory care pharmacy services. *Am J Health-Syst Pharm.* 2001;58:1597-606.
17. Información estatal de hospitales: Hospitales por dependencia funcional. [accedido En 07]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/inforEstadistica/hospitales.jsp>
18. Codina C, Knobel H, Miró JM, Carmona A, García B, et al. Recomendaciones SEFH/GESIDA/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp.* 1999;23:215-29.
19. Taylor S, Foisy MM, Tseng A, Beardsall A, Ostrop N, Khaliq Y, et al. The role of the pharmacist caring for people living with HIV/AIDS: a Canadian position paper. *Can J Hosp Pharm.* 2000;53:92-103.
20. Castillo E, Palepu A, Beardsell A, Akagi L, Yip B, Montaner JS, et al. Outpatient pharmacy care and HIV viral load response among patients on HAART. *AIDS Care.* 2004;16:446-57.
21. Horberg MA, Hurley LB, Silverberg MJ, Kinsman CJ, Quesenberry CP. Effect of clinical pharmacists on utilization of and clinical response to antiretroviral therapy. *J AIDS.* 2007;44:31-9.