

ADAPTACIÓN DEL MODELO
DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA CMO
AL PACIENTE QUE VIVE CON

Infección por VIH





© 2023. SEFH. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ISBN: 978-84-09-50882-2

Calle de Serrano, 40 - 2º Dcha
28001 - Madrid, España
Telf: 915 71 44 87

sefh@sefh.es
www.sefh.es

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado y la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de los Autores y/o de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.



contenido

ABREVIATURAS	4
COORDINADORES	5
AUTORES	5
AGRADECIMIENTOS	5
1. INTRODUCCIÓN.	7
2. ALGORITMO DE APLICACIÓN.	10
3. CAPACIDAD	12
4. MOTIVACIÓN	24
5. OPORTUNIDAD	36
6. PERSPECTIVA DEL CLÍNICO	50
7. PERSPECTIVA DEL PACIENTE	56
8. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS	60
9. CASOS CLÍNICOS	65
CASO 1	65
CASO 2	68
CASO 3	71
10. FASES Y RECOMENDACIONES PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA . . .	77



abreviaturas

AF: Atención Farmacéutica

CMO: Capacidad-Motivación-Oportunidad.

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

EACS: European AIDS Clinical Society

FDA: Food and Drug Administration

FH: Farmacia Hospitalaria

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

PAM: Patient Activation Measure

PVV: Personas que viven con infección por VIH

PNTs: Procedimientos Normalizados de Trabajo

PREP: Profilaxis pre-exposición

SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

TAR: Tratamiento antirretroviral

TICS, PROMS y PREMS: Tecnología de la información y la comunicación

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

VHC: Virus de la Hepatitis C



coordinadores

Enrique Contreras Macías
Ramón Morillo Verdugo
María de las Aguas Robustillo Cortes

autores

José Ramón Blanco Ramos
María José Company Albir
Jorge Garrido Fuentes
Luis Margusino Framiñan
Laura Marín Ventura
Oihana Mora Atorrasagasti
María Ángeles Parro Martín
Pilar Taberner Bonastre
Manuel Vélez Díaz-Pallarés
José Manuel Vinuesa Hernando

agradecimientos

Queremos agradecer a todos los miembros del grupo de Atención Farmacéutica al paciente que vive con infección por VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria su aportación y contribución decisiva al avance de la profesión desde su creación en el año 1999. Especialmente a todos los coordinadores del grupo de trabajo, cuya labor desinteresada ha conseguido que esta actividad profesional sea pionera y reconocida no solo en España sino a nivel internacional.



1

Introducción

AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Debido al aumento de las enfermedades crónicas, en los últimos años el número de pacientes atendidos en las consultas externas de Farmacia Hospitalaria (FH) así como la cantidad de medicamentos de dispensación hospitalaria disponibles se han incrementado significativamente, resultando en una mayor carga presupuestaria para el sistema sanitario y acelerando la capacidad de responder a las necesidades que supone este reto asistencial en la atención a este tipo de pacientes.

Para tratar de paliar el impacto de la cronicidad tanto en la sociedad como en el sistema sanitario, desde el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Salud de la Comunidades Autónomas y otros agentes del entorno sanitario (sociedades científicas, organizaciones de pacientes, etc.) se han impulsado diferentes planes y estrategias para mejorar la gestión de la cronicidad, garantizar la sostenibilidad del sistema y mantener los estándares de calidad, seguridad y eficacia en la asistencia sanitaria.

En 2012, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) elaboró el **“Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica (AF) al Paciente Crónico”**, orientado a abordar los retos actuales y futuros del sistema sanitario. Este plan define seis líneas estratégicas para mejorar la gestión y la atención a los pacientes crónicos. Se definió que el punto de partida sería el eje 2, correspondiente a la **“Orientación centrada en el paciente”**, constituyendo un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos por parte del Farmacéutico Especialista en FH.

Posteriormente, en 2014, la SEFH desarrolló diferentes modelos de atención para avanzar en el abordaje de la cronicidad desde el ámbito de la AF Hospitalaria, tanto para la población adulta, con el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”**, como para la población pediátrica, con el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”**. Dichos modelos dejan atrás la orientación aislada al tratamiento de la enfermedad y la atención puntual y episódica de los problemas de salud, para centrarse en la transversalidad del paciente y su corresponsabilidad en la toma de decisiones.

Asimismo, en 2014 dio comienzo al **“Proyecto MAPEX: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo”**, cuyo objetivo principal era reforzar el marco de actuaciones que permitieran a los FH anticiparse a las necesidades de estos pacientes, de cara a contribuir de manera eficaz a la consecución de los resultados en salud y la sostenibilidad del sistema. Una de las prioridades resultante del Proyecto MAPEX es el desarrollo, la implantación y la evaluación de modelos de actuación farmacéutica para pacientes con las patologías crónicas más prevalentes en la sociedad española, así como la evaluación de los beneficios clínicos de la actuación de los FH. Hasta la fecha se han desarrollado modelos de selección y AF para las siguientes patologías: esclerosis múltiple, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis C (VHC), enfermedades inflamatorias inmunomediadas y neoplasias oncológicas y hematológicas, además del más reciente, en 2023, de patologías respiratorias.

En 2016 se publicó el **“Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria”**, que define las bases del nuevo modelo de AF y plantea una nueva relación con los pacientes y con el resto de los profesionales sanitarios. El nombre “CMO”, surge de las iniciales de los tres pilares asistenciales en los que se basa: **C - Capacidad, M - Motivación y O – Oportunidad**.

Estos 3 pilares, surgen, a su vez, para dar respuestas a las grandes necesidades que, en la actualidad presentan los pacientes y que, con los modelos de AF anteriores no se había podido conseguir: atención individualizada, basada en las necesidades de cada paciente, de forma dinámica y yendo más allá de las exclusivamente farmacoterapéuticas. El trabajo por objetivos en relación con la farmacoterapia, integrando a los farmacéuticos dentro

de los equipos multidisciplinares de forma inherente y, por última, el seguimiento longitudinal (no episódico, ni basado en la prescripción puntual de fármacos).

Así, el pilar Capacidad hace referencia a la atención multidisciplinar y centrada en el paciente, sustentado en modelos de estratificación. El segundo pilar, Motivación, hace referencia al alineamiento de los objetivos farmacoterapéuticos entre el paciente y los diferentes profesionales sanitarios que le atienden, utilizando la entrevista motivacional como actividad clave. El último pilar, Oportunidad, consiste en hacer uso del desarrollo de las tecnologías de la información (TIC's), para poder realizar la AF en cualquier lugar que necesite el paciente.

En los últimos años se han venido publicando diferentes investigaciones destinadas a demostrar la utilidad del modelo, con gran éxito, tanto en la medición de resultados en salud como en aceptación de intervenciones farmacéuticas y otros aspectos relacionados con la atención al paciente externo, especialmente en el ámbito de la AF al paciente con VIH, que ha sido pionera al respecto. Los resultados obtenidos, unido a la necesidad de homogeneizar actuaciones, refuerza la necesidad de seguir expandiendo e implantando esta metodología.

El presente documento, por tanto, se enmarca en el abordaje multidisciplinar con enfoque multidimensional que la AF necesita en la actualidad y que va primar a la hora de llevar a cabo la implantación y puesta en marcha de esta metodología de trabajo.

Sirve, además, esta guía como centro de referencia para que las futuras generaciones sepan identificar los pasos que se han ido dando y tengan, a modo de anclaje, una referencia para la puesta en marcha de la AF a estos pacientes, ahora que, por diferentes circunstancias, sanitarias y farmacológicas, nos situamos en la "era de la optimización de la farmacoterapia".

Para el desarrollo del modelo se ha contado con la colaboración de especialistas en Farmacia Hospitalaria miembros del grupo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la SEFH, durante el periodo comprendido entre octubre de 2022 y mayo de 2023.



2

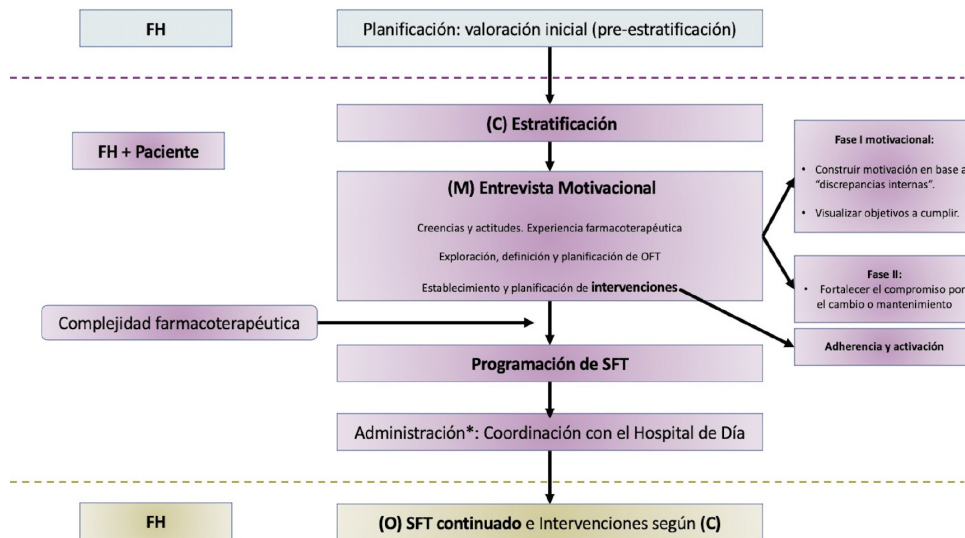
Algoritmo de aplicación

A continuación, se presenta un algoritmo recomendado para la aplicación del Modelo CMO al Paciente que vive con infección por VIH tanto en visitas de inicio como de continuación:

Figura 1.

Fase I de valoración inicial o diagnóstico y planificación.

Seguimiento farmacoterapéutico: visita inicial



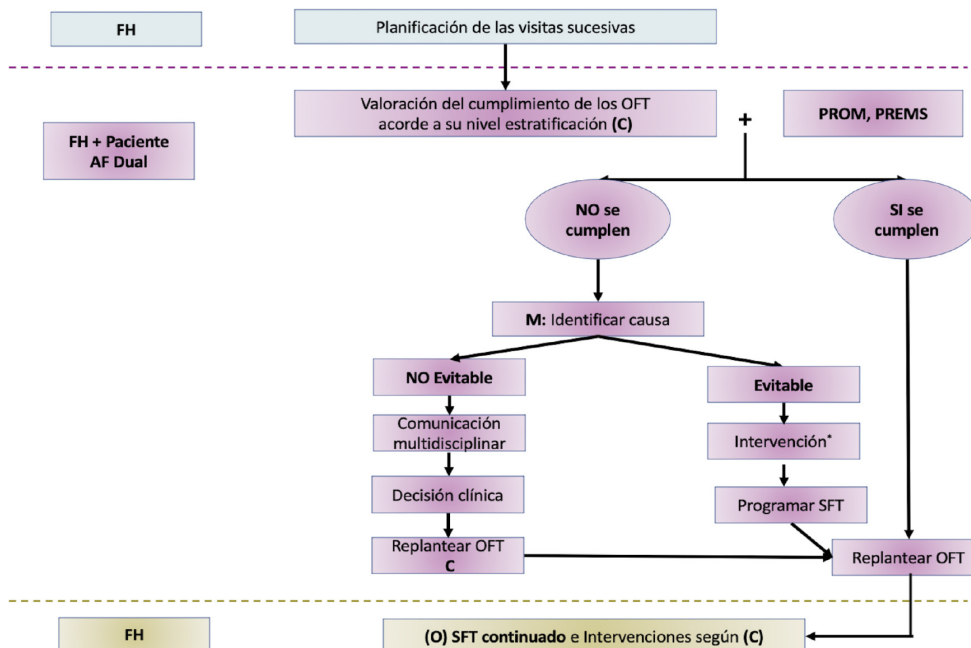
NOTAS:

FH: actividades de Farmacia Hospitalaria en las que no es necesario que participe el paciente activamente. FH + Paciente: Actividades de FH en las que se requiere la participación del paciente. (C) Capacidad. (M) Motivación. (O) Oportunidad. OFT: Objetivos Farmacoterapéuticos. OFT: Objetivos Farmacoterapéuticos. * Coordinación con las unidades del Hospital de Día en aquellos pacientes que requieren utilizar estos recursos.

Figura 2.

Fase II de valoración sucesiva o seguimiento y evolución.

Seguimiento farmacoterapéutico: visitas sucesivas





3

Capacidad

Autores:

Oihana Mora Atorrasagasti

Servicio de Farmacia. Hospital Galdakao-Usansolo (Galdakao)

José Manuel Vinuesa Hernando

Servicio de Farmacia. Hospital Lozano Blesa (Zaragoza)

Pilar Taberner Bonastre

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida)

3.1

INTRODUCCIÓN

Este año se cumplen 4 décadas desde que se registraron los primeros casos de VIH y la posterior expansión a nivel mundial. A pesar del tiempo y la lucha la epidemia sigue viva, con una estimación según la OMS de 38,4 millones de PVV en todo el mundo en 2021 (1). Las nuevas infecciones, a pesar de los notables avances, siguen en números muy elevados, en torno a los 1,5 millones en 2021. Sin embargo, desde el pico alcanzado en 1996, estas nuevas infecciones se han reducido un 54%, representando las mujeres y niñas el 49% de todas las nuevas infecciones de 2021 (2). En España, se notificaron 1.925 nuevos diagnósticos en el año 2020, lo que representa una tasa de 4,07 por 100.000 habitantes, siendo la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) la más frecuente (2).

ONUSIDA, en su plan para poner fin a la epidemia de SIDA en 2030, marcó en 2014 los objetivos «90-90-90» para el año 2020 y «95-95-95» para el 2030: 95% de las PVV diagnosticadas, de las que el 95% estén en tratamiento y al menos el 95% con carga viral indetectable. El 2021 cerró el año con el 85% de PVV conocedoras de su estado serológico. Entre las personas que conocían su estado, el 88% tenían acceso al tratamiento. Y, entre las personas que tenían acceso al tratamiento, el 92% lograron la supresión viral (1). Para alcanzar este ambicioso objetivo mundial «95-95-95» propuesto por ONUSIDA, tendremos que redoblar esfuerzos para evitar la hipótesis más desfavorable: 7,7 millones de muertes relacionadas con el VIH en los próximos 10 años, un aumento de las infecciones como consecuencia de las interrupciones en el servicio del VIH durante la pandemia de COVID-19 y la ralentización de la respuesta de salud pública al virus (3).

Además, otro de los objetivos marcados en la lucha actual es acabar con las desigualdades, ya que al menos 8 países alcanzaron el objetivo «90-90-90», sin embargo, a nivel mundial fue «84%-73%-66%». ¿Quiénes forman parte del 34% que no están suprimidos viralmente y por qué? ¿Qué nuevas tecnologías, modelos de servicio y trabajo que reclame derechos asegurarán que la supresión viral sea equitativa? Estas son las preguntas que quieren responderse y solucionarse con estos nuevos objetivos (4).

Hay que considerar que, dada la alta eficacia de los tratamientos actuales, el abordaje de las PVV es cada vez más amplio no solo por la propia patología sino por las comorbilidades que afronta debido a la edad (5, 6). Además, a esta mayor complejidad de pacientes cada vez mayores se asocia la llegada de los fármacos “Long-Acting”, que suponen un nuevo paso hacia la mayor calidad de vida del paciente, con mejores resultados de adherencia y menos problemas relacionados con el estigma de la infección (7). Una adecuada formación y capacitación del personal que atiende a estos pacientes, así como la utilización de herramientas que nos permitan una estratificación dinámica son fundamentales para llevar a cabo una correcta AF a las PVV.

La atención a las PVV es en una de las áreas más importantes de los servicios de FH por su gran repercusión asistencial, tanto desde el punto de vista clínico como económico. Es por eso que se hace necesaria una adaptación del modelo CMO de AF de la SEFH al ámbito de la atención a las PVV. De este modo, la C representa la capacidad para atender a los pacientes de las consultas de AF según sus necesidades concretas (8), que van más allá de las meramente farmacoterapéuticas y que son dinámicas por definición.

La línea estratégica sobre AF establece que ésta se realizará de manera continuada a las PVV ofreciendo información acerca del TAR y una visión, en soporte escrito, del plan farmacoterapéutico global. Esta atención se debe orientar a la consecución de la máxima eficiencia y seguridad del tratamiento en el paciente y para ello es necesario establecer modelos de estratificación que permitan ofrecer una adecuada AF a los pacientes que más se beneficien.

3.2

MODELO DE ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

La elevada eficacia del TAR y la accesibilidad al mismo ha favorecido que en las últimas décadas la esperanza de vida de PVV haya aumentado llegando a considerar esta infección como una enfermedad crónica (9). Como consecuencia el porcentaje de pacientes con comorbilidades ha aumentado, la polimedicación está presente en muchos pacientes y se estima que se generalice en los mayores de 65 años (10).

Las consultas de AF han incrementado el número de pacientes y su complejidad lo cual ha hecho necesario el desarrollo de herramientas de estratificación de pacientes para conseguir una optimización de los recursos.

En 2017 se desarrolló un modelo inicial de estratificación de PVV que constaba de 21 variables (11), reevaluado en 2022 con el fin de simplificarlo y adaptarlo hacia una visión multidimensional con un manejo más práctico y ágil.

El consenso para la simplificación del modelo se llevó a cabo con una revisión de la literatura científica, y aplicando la metodología Delphi. El grupo de expertos, con representación geográfica, contaban con una consolidada trayectoria en la AF de las PVV. Con el fin de comprobar la idoneidad de las nuevas variables y la frecuencia de visitas a las consultas de AF se realizó una prueba piloto con 407 pacientes (12).

El modelo de estratificación simplificado, publicado en 2022, consta de 16 variables y logra una categorización con una visión global del paciente (12).

3.3

VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA EL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

El Modelo de Estratificación de PVV se desarrolla en torno a un conjunto de 16 variables, cada una asociada a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente (12).

Las variables se agrupan en nueve dimensiones: demográfica, clínica, farmacoterapéutica, recursos sanitarios, psicosocial, neurocognitiva-sensorial, fragilidad, socioeconómica y resultados en salud.

TABLA 1.
Variables del modelo de estratificación 2022.

DIMENSIÓN	VARIABLE		DESCRIPCIÓN	PUNTOS
DEMOGRÁFICA	Edad		Paciente > 50 años	1
			Paciente > 65 años	3
	Embarazo		Paciente embarazada	Prioridad 1
CLÍNICA	Comorbilidad		Presencia de al menos dos patologías del mismo patrón de multimorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Cardio-metabólico ▶ Depresivo-geriátrico ▶ Mecánico-tiroideo Patrones de multimorbilidad descritos por Prados-Torres et al, 2013.	2
FARMACOTERAPÉUTICA	Polifarmacia		Uso de 6 o más principios activos, incluido el TAR.	3
	Índice de complejidad		Se considera un paciente de complejidad elevada cuando su índice de complejidad (IC) es mayor a 11,25. <i>IC a partir del MCRI según el estudio de Morillo-Verdugo et al, 2019.</i>	3
	Adherencia	Al TAR	La medida de esta variable se realizará mediante el registro de dispensaciones y el cuestionario SMAQ. <i>Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ).</i>	3
		A la medicación concomitante	La medida de esta variable se realizará mediante el registro de dispensaciones y el cuestionario Morisky-Green.	2
RECURSOS SANITARIOS	Hospitalizaciones		El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses.	2
PSICOSOCIAL <i>Esta dimensión será medida mediante el Cuestionario EQ-5D</i>	Calidad de vida		Conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales que contribuyen al bienestar de las personas.	1
	Depresión		Trastorno del estado anímico como tristeza, melancolía, ira, frustración o derrumbamiento.	2
	Movilidad		Estudio de la movilidad del paciente y su desempeño en la realización de las actividades de su vida cotidiana, y de la presencia o no de la dependencia funcional.	1
	Uso de sustancias		Consumo de sustancias activas tales como drogas y/o alcohol (considerando cualquier cantidad de alcohol consumida).	2



DIMENSIÓN	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTOS
NEUROCOGNITIVA-SENSORIAL	Deterioro neurocognitivo-sensorial	Presencia de deterioro cognitivo-sensorial, que puede ser leve, moderado o grave, con o sin presencia de desórdenes mentales. Esta variable se mide con el test <i>de Pfeiffer</i> .	2
FRAGILIDAD	Fragilidad	Vulnerabilidad incrementada con un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud como trastornos biológicos, psicológicos y sociales.	2
SOCIOECONÓMICA	Aspectos socioeconómicos	Pacientes sin hogar, en aislamiento social, sin apoyo familiar (con o sin dependencia funcional), inestabilidad financiera, etc.	2
RESULTADOS EN SALUD	Carga viral	Detectable	4
	Objetivos farmacológicos para la comorbilidad	Paciente que NO alcanza sus objetivos farmacológicos definidos para cada una de sus comorbilidades.	2
PUNTUACIÓN MÁXIMA: 37 PUNTOS			

3.4

PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

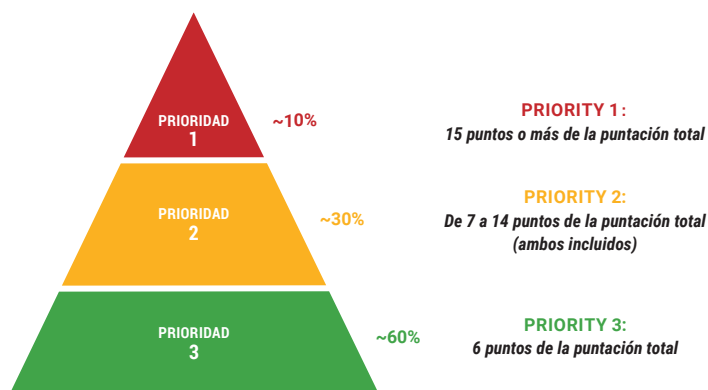
Según la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación, el paciente será clasificado en uno de los tres niveles de estratificación definidos (prioridad 1, prioridad 2 y prioridad 3), según el grupo en el que haya sido clasificado el paciente la AF que recibirá será diferente.

Según el modelo de estratificación simplificado (12), serán pacientes de prioridad 1 aquellos que sumen 15 puntos o más, serán de prioridad 2 aquellos que obtengan una puntuación entre 7 y 14 puntos, y aquellos pacientes que obtengan 6 o menos puntos se considerarán pacientes de prioridad 3 (Figura 3).

A los pacientes de prioridad 3 les corresponderá una AF más básica, mientras que para los de prioridad 1 la atención será más compleja y con un mayor grado de intensidad en las intervenciones, más multidisciplinarias e interniveles, según cada caso.

FIGURA 3.

Puntos de corte y niveles de prioridad establecidos en el modelo de estratificación simplificado del paciente VIH.



~ x % → % de pacientes VIH incluido en el pretest situado en cada nivel

3.5

ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LOS PACIENTES

Las actuaciones de AF a realizar serán diferentes en función del nivel de prioridad; para cada nivel se especifican las diferentes actividades farmacéuticas a desarrollar. Estas actuaciones serán acumulativas de manera que los pacientes de prioridad 1 se les realizarán las propias de dicho nivel más las de prioridad 2 y prioridad 3 y a los de prioridad 2, los propios de su nivel más las de nivel de prioridad 3.

La periodicidad en la que se realice el seguimiento a los pacientes dependerá del nivel de prioridad:

- ▶ **Prioridad 1: cada 3 meses**
- ▶ **Prioridad 2: cada 6 meses**
- ▶ **Prioridad 3: cada 12 meses**

Las actuaciones de AF a realizar se pueden dividir en tres grandes grupos:

- ▶ **Seguimiento farmacoterapéutico:** revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos.
- ▶ **Formación, educación y seguimiento del paciente:** información sobre la medicación, apoyo a la tramitación administrativa de los tratamientos, y fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- ▶ **Coordinación con el equipo asistencial:** elaboración de protocolos, guías, PNTs, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación/Historia Clínica Compartida, etc.

A continuación, se especifican las actuaciones a realizar en función del nivel de prioridad:

ACTUACIONES DE AF EN PACIENTES DE PRIORIDAD 3	
<i>Seguimiento farmacoterapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▶ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▶ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
<i>Formación, educación y seguimiento del paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▶ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▶ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▶ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas webs para un mejor entendimiento de su patología.
<i>Coordinación con el equipo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas.



ACTUACIONES DE AF EN PACIENTES DE PRIORIDAD 2	
<i>Seguimiento farmacoterapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▶ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▶ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. ▶ <i>Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.</i> ▶ <i>Seguimiento de la seguridad del tratamiento.</i>
<i>Formación, educación y seguimiento del paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▶ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▶ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▶ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas webs para un mejor entendimiento de su patología. ▶ <i>Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, tratamiento, vías de transmisión...</i> ▶ <i>Conseguir un nivel de información y activación del paciente elevado en relación con su farmacoterapia.</i> ▶ <i>Fomento de la corresponsabilidad en cuanto a los objetivos farmacoterapéuticos marcados para cada momento.</i> ▶ <i>Fomento de estilos de vida saludables.</i>
<i>Coordinación con el equipo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citaciones. ▶ <i>Unificación de criterios entre los diferentes profesionales.</i>

PRIORIDAD 1 ~10%

PRIORIDAD 2 ~30%

PRIORIDAD 3 ~60%

ACTUACIONES DE AF EN PACIENTES DE PRIORIDAD 1	
<i>Seguimiento farmacoterapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▶ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▶ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. ▶ Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas. ▶ Seguimiento de la seguridad del tratamiento. ▶ <i>Revisión periódica de parámetros de fragilidad.</i> ▶ <i>Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.</i> ▶ <i>Valorar la derivación a otros profesionales.</i>



ACTUACIONES DE AF EN PACIENTES DE PRIORIDAD 1	
Formación, educación y seguimiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▶ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▶ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▶ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas web para un mejor entendimiento de su patología. ▶ Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, tratamiento, vías de transmisión... ▶ Conseguir un nivel de información y activación del paciente elevado en relación con su farmacoterapia. ▶ Fomento de la corresponsabilidad en cuanto a los objetivos farmacoterapéuticos marcados para cada momento. ▶ Fomento de estilos de vida saludables. ▶ <i>Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.</i>
Coordinación con el equipo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas. ▶ Unificación de criterios entre los diferentes profesionales. ▶ <i>Establecer un circuito para la gestión y abordaje de los objetivos en relación con la farmacoterapia.</i> ▶ <i>Coordinación con asociaciones de pacientes para garantizar un cuidado asistencial integral y adaptado a las necesidades de los pacientes.</i> ▶ <i>Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.</i>

PRIORIDAD 1 ~10%

PRIORIDAD 2 ~30%

PRIORIDAD 3 ~60%

Las PVV se clasifican en tres niveles de prioridad según la puntuación obtenida del modelo de estratificación simplificado. Las actuaciones de AF a realizar son acumulativas desde el tercer nivel, ajustándose en cada caso a las necesidades concretas de los pacientes.

Se encuentra, a su vez, publicada una taxonomía de intervenciones para su uso habitual en la codificación de los registros de estas con esta metodología y su facilidad de comprensión por todo el colectivo tanto farmacéutico, como del resto del equipo asistencial.

TABLA 2.

Taxonomía final de las Intervenciones Farmacéuticas en pacientes según el modelo CMO.

CATEGORÍA	CÓDIGO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
CAPACIDAD	1.1	Revisión y validación	Revisión y validación del tratamiento hospitalario.
	1.2	Revisión y validación concomitante	Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante, siempre que sea posible.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

CATEGORÍA	CÓDIGO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
CAPACIDAD	1.3	Revisión de objetivos en relación a la farmacoterapia	Establecer un circuito para la gestión y abordaje de los objetivos no cumplidos con la medicación. <ul style="list-style-type: none"> • Interacciones • Reacciones adversas • Errores de medicación • Adherencia • Otros
	1.4	Coordinación	Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y los niveles asistenciales.
	1.5	Derivación	Valorar la derivación a otros profesionales.
	1.6	Planificación	Planificación de la próxima visita programada de seguimiento.
	1.7	Conciliación	Conciliación del tratamiento farmacológico en el caso de ingresos o alta hospitalaria.
MOTIVACIÓN	2.1	Seguridad	Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
	2.2	Seguimiento Especial	Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo.
	2.3	Adherencia	Seguimiento de la adherencia y establecer la estrategia más eficaz para mejorarla, tanto de la medicación hospitalaria como concomitante.
	2.4	Motivación	Realización de entrevista motivacional intensiva.
	2.5	Corresponsabilidad	Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (ej. evitar el fracaso virológico en paciente VIH).
	2.6	Compromiso	Conocer el nivel de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, evolución, perspectivas, futuras etc.
	2.7	Información	Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos.
	2.8	Fomento	Fomentar el estilo de vida saludable. (Consejos)
OPORTUNIDAD	3.1	Comunicación Rápida	Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.
	3.2	Seguimiento Transversal	Seguimiento especial del paciente en su contacto con el sistema sanitario (Atención primaria, urgencias, hospitalización y oficina de farmacia).
	3.3	Formación Transversal	Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.
	3.4	Coordinación Social	Coordinación con los servicios sociales o con los servicios psicológicos y psiquiátricos del centro hospitalario.
	3.5	Coordinación activa	Coordinación con asociaciones de pacientes.



Para poder implantar de una forma más sencilla la estratificación, la SEFH va a poner a disposición de todos los hospitales una herramienta que automatiza el proceso. Esta herramienta nos permitirá:

- ▶ Estratificar
- ▶ Re estratificar
- ▶ Registrar las intervenciones
- ▶ Guardar informes de cada una de las visitas
- ▶ Agrupar y comparar anualmente los datos de seguimiento de la cohorte local

Y, a nivel de toda la sociedad, disponer de datos conjuntos con respecto a cómo se distribuye la población atendida en toda España.

A continuación, pueden observarse las diferentes funcionalidades de dicha herramienta:

FIGURA 4.
Funcionalidades de la herramienta



Figura 5.
Entorno de registro de las variables del modelo, agrupadas por dimensiones.





FIGURA 6.
Registro de pacientes estratificados.

Bienvenido/a, RAMON MORILLO VERDUGO | SALIR

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH

PACIENTES

« Ir a página principal

Filtros

Cód. Paciente:

Sexo: Hombre Mujer

Año nacimiento: Desde Hasta

Buscar/Ordenar

Ordenar por

Crit. 1: Asc. Crit. 2: Asc. Crit. 3: Asc.

CÓD. PACIENTE	SEXO	AÑO NACIMIENTO	ESPECIALISTA	F. ÚLT. ESTRATIFICACIÓN	F. SIG. ESTRATIFICACIÓN	NUEVA VISITA	ACTUACIONES
2	Hombre	1949	M ^a DE LAS AGUAS ROBUSTILLO CORTES	06/05/2023	05/05/2024	✓ CREAR	👁 VER
35789	Hombre	1962	M ^a DE LAS AGUAS ROBUSTILLO CORTES	06/05/2023	05/05/2024	✓ CREAR	👁 VER
10	Hombre	1957	M ^a DE LAS AGUAS ROBUSTILLO CORTES	09/05/2023	05/11/2023	✓ CREAR	👁 VER
56546524	Mujer	1970	Ramon Morillo Verdugo	05/05/2023	03/08/2023	✓ CREAR	👁 VER
1	Hombre	1968	M ^a DE LAS AGUAS ROBUSTILLO CORTES	04/05/2023	02/08/2023	✓ CREAR	👁 VER

FIGURA 7.
Registro de intervenciones llevadas a cabo para cada paciente.

Bienvenido/a, RAMON MORILLO VERDUGO | SALIR

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH

ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

« Ir a página principal

Cód. Paciente:

Fecha y hora resultados:

Fecha y hora actuaciones:

Puntuación:

Prioridad:

Introduzca las actuaciones que se deberán realizar con el paciente:

- G1.- SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
- G2.- FORMACIÓN, EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
- G3.- COORDINACIÓN CON EQUIPO ASISTENCIAL
- CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

FIGURA 8.
Explotación de datos locales y comparativos con otros centros de forma agregada.

Bienvenido/a, RAMON MORILLO VERDUGO | SALIR

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA PERSONAS QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH

INFORMES

« Ir a página principal

A. GRÁFICAS DEL HOSPITAL

- GRÁFICA 1.A - EVOLUCIÓN PRIORIDADES (por periodos)
- GRÁFICA 2.A - RESUMEN PACIENTES (por periodos)
- GRÁFICA 3.A - ACTUACIONES

B. GRÁFICAS COMPARATIVAS ENTRE HOSPITALES

- GRÁFICA 1.B - RESUMEN PACIENTES (por periodos)
- GRÁFICA 2.B - ACTUACIONES (por periodos)

Política de Privacidad - Aviso Legal - Política de Cookies

Copyright © Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria - Diseñado y Desarrollado por I.M. Consulting

3.6

BIBLIOGRAFIA

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fact Sheet 2021. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
2. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2020: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis-DG de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2021.
3. WHO. (2022). World Health Organization. HIV Key Facts: Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Enfrentando las desigualdades. Lecciones para la respuesta a pandemias de 40 años de la respuesta al SIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_es.pdf
5. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, Van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2014;59:1787-97. DOI: 10.1093/cid/ciu701
6. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and ageing: improving quantity and quality of life. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11:527-36. DOI: 10.1097/COH.0000000000000305
7. Calleja-Hernández Miguel Ángel, Martínez-Sesmero José Manuel, Vallejo-Aparicio Laura Amanda, Hernández-Novoa Beatriz, Badia Xavier. Contribución de cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada al tratamiento de la infección por VIH-1. *Farm Hosp*. [Internet]. 2022 Ago; 46(4):208-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432022000400002&lng=es. Epub 23-Sep-2022. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11845>.
8. Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MÁ. El modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria [Internet]. 2016 [cited 30 enero 2023]. Available from: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
9. Gueler A, Moser A, Calmy A, Gunthard HF, Bernasconi E, Furrer H, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*. 2017;31(3):427-36.
10. Bastida C, Grau A, Marquez M, Tuset M, De Lazzari E, Martinez E, et al. Polypharmacy and potential drug-drug interactions in an HIV-infected elderly population. *Farm Hosp*. 2017;41(5):618-24.
11. Morillo-Verdugo R, Martínez-Sesmero JM, Lázaro-López A, Sánchez-Rubio J, Navarro-Aznárez H, DeMiguel-Cascón M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp*. 2017 May 1;41(3):346-356.
12. Morillo-Verdugo R, Aguilar Pérez T, Gimeno-Gracia M, Rodríguez-González C, Robustillo-Cortes MLA; representing the project research team belonging to the HIV Pharmaceutical Care group of the Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Simplification and Multidimensional Adaptation of the Stratification Tool for Pharmaceutical Care in People Living With HIV [published online ahead of print, 2022 Jun 15]. *Ann Pharmacother*. 2022;10600280221096759.



4

Motivación

Autores:

Manuel Vélez Díaz-Pallarés

Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

María Ángeles Parro Martin

Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

Enrique Contreras Macías

Servicio de Farmacia. Hospital Infanta Elena (Huelva)

María José Company Albir

Hospital General Universitario de Castellón (Valencia)

En el denominado "Documento de Barbate" se redefinió el concepto de AF, fundamentándose esta actividad en base a los 3 pilares básicos de la metodología CMO. Uno de ellos la "Motivación", definida como "la capacidad de alinear los objetivos a corto con objetivos a medio y largo plazo para cada paciente, de forma individual y en colaboración con el resto de las profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para la consecución" (1).

Algunos de los aspectos clave de este documento inciden en que el nuevo modelo de AF CMO debe centrarse en el paciente y la relación con sus objetivos farmacoterapéuticos, siendo estos los que determinan aquellas acciones y actividades que se llevarán a cabo para alcanzar los resultados en salud propuestos para cada paciente.

En este sentido, la entrevista motivacional resulta un elemento fundamental para garantizar una adecuada AF, con la finalidad de alcanzar los mayores niveles de activación de los pacientes y unos niveles de adherencia adecuados para así alcanzar los objetivos propuestos.

Las intervenciones farmacéuticas en PVV según el modelo CMO identificadas en la categoría motivación se recogen en la Tabla 3 (2).

TABLA 3.

Intervenciones farmacéuticas para la optimización del tratamiento según el modelo CMO en la categoría motivación.

DENOMINACIÓN	INTERVENCIÓN
<i>Seguridad</i>	▶ Seguimiento de la seguridad del tratamiento
<i>Seguimiento especial</i>	▶ Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo
<i>Adherencia</i>	▶ Seguimiento de la adherencia y establecimiento de la estrategia más eficaz para mejorarla, tanto del tratamiento hospitalario como de la medicación concomitante
<i>Motivación</i>	▶ Motivar al paciente y mantenerlo informado
<i>Corresponsabilidad</i>	▶ Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento
<i>Compromiso</i>	▶ Averiguar el nivel de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito para, posteriormente, resolver sus dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
<i>Información</i>	▶ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales o potenciales con otros medicamentos
<i>Fomento</i>	▶ Fomentar el estilo de vida saludable (consejos)



4.1

ALGORITMO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Este modelo de AF se encuentra enfocado desde la perspectiva del paciente lo que nos proporciona un mayor valor, estrategias y liderazgo que permiten un cambio en diferentes aspectos, como puede ser la adherencia terapéutica. Podemos definir la adherencia como aquella medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito (3). En las PVV, este concepto tiene un papel fundamental dado que el cumplimiento nos va a permitir la consecución de los objetivos propuestos y, con ello, los resultados en salud apropiados para cada uno de ellos.

La estrategia enmarcada en este modelo presenta al paciente como eje vertebral y requiere de la colaboración de todo el equipo multidisciplinar para realizar una valoración y un abordaje multidimensional. El algoritmo de seguimiento farmacoterapéutico se organiza en dos fases (ver apartado):

- ▶ Fase I de valoración inicial o diagnóstico y planificación (Figura 1). Esta etapa comienza desde el momento del diagnóstico de la infección por VIH, siendo necesario una evaluación del paciente con aspectos que no eran abordados según el modelo clásico de AF. Entre estos aspectos encontramos las creencias y actitudes del paciente tanto sobre su patología como sobre su tratamiento para la infección por VIH, presencia de otras comorbilidades junto con su tratamiento farmacológico, el entorno social y la calidad de vida percibida por el paciente.
- ▶ Fase II de valoración sucesiva o seguimiento y evolución (Figura 2). Incluye la comunicación con el equipo multidisciplinar sobre toda la información relevante, resultando esencial para abordar posibles inconvenientes que surjan durante el seguimiento/tratamiento del paciente. Además, debemos incluir al paciente en la comunicación para garantizar el conocimiento y formación sobre su enfermedad y tratamiento, resultando esencial su **feedback**, ya que nos permite ir readaptando el seguimiento de acuerdo con sus necesidades y, reorientar las intervenciones en caso de que fuese necesario.

Es esencial que el calendario de citas presenciales y no presenciales realizadas mediante el empleo de las nuevas tecnologías o las TIC quede incorporado al resto de consultas de seguimiento de forma que se promueva la asistencia en un acto único con el objetivo de evitar molestias o desplazamientos innecesarios de los pacientes.

Otro aspecto esencial en la consecución de los objetivos es la activación del paciente, que podríamos definirla como la responsabilización del paciente junto con los profesionales sanitarios, de su propio cuidado, mantenimiento adecuado de su estado de salud y de su tratamiento. Todo esto implica la necesidad de que el paciente conozca su papel en este proceso y que disponga de los conocimientos, habilidades y confianza necesarios para sentirse responsable (4). Para ello disponemos del cuestionario **Patient Activation Measure (PAM)** que, actualmente, es el único diseñado y validado para este cometido. Este cuestionario, que fue desarrollado por Hibbard et al. contiene 10 ítems y utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Esta herramienta permite obtener información sobre el conocimiento y las habilidades de los pacientes y sus creencias sobre el manejo de su propio cuidado, su grado de colaboración con los profesionales sanitarios y la consecución y mantenimiento de comportamientos saludables con carácter preventivo (5). Además, disponemos de la adaptación al español del "PAM-13" para pacientes con patologías crónicas (6).

En el modelo observamos que en la etapa de la motivación es necesario llevar a cabo las intervenciones necesarias para cada momento y tipo de paciente. Por un lado, encontramos las intervenciones clásicas como son el seguimiento farmacoterapéutico y la detección precoz de adherencia negativa o subóptima. Por otro lado,

gracias al desarrollo de nuevas tecnologías, se han incorporado intervenciones asociadas a las TIC, así como otras intervenciones orientadas a promover el cambio en el comportamiento de los pacientes con un abordaje que combina tanto el ámbito psicológico como el asesoramiento o **counseling** (7). En este apartado, para el éxito del modelo de AF CMO, destacamos la terapia y el diagnóstico educativo, así como la valoración de la activación de los pacientes con su tratamiento y enfermedad.

4.2

FASES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

W. Miller y S. Rollnick definieron la entrevista motivacional como una herramienta para ayudar a los pacientes a adquirir un compromiso y a alcanzar el deseo de cambiar (8,9).

En el ámbito farmacéutico, poder establecer una adecuada comunicación con el paciente nos permitirá aportar un valor añadido al proceso asistencial. La relación que establezcamos con el paciente permitirá un trabajo en común con objeto de alinear y planificar tanto los objetivos en relación con la farmacoterapia, como los relacionados con hábitos de vida saludables, para alcanzar la situación clínica deseada por el paciente. Para ello es necesario establecer un modelo de comunicación basado en una corresponsabilidad con los resultados individuales del paciente derivados de la farmacoterapia (10).

Durante la entrevista motivacional debe prevalecer siempre una premisa básica: los objetivos que se van a planificar en nuestros pacientes deben ser claros, realistas y alcanzables.

Este nuevo modelo de AF precisa la integración de dos aspectos inseparables (11):

- ▶ Un componente puramente **científico**, que precisa formación específica en farmacología y farmacoterapia.
- ▶ Un componente de tipo **emocional**, en el que son imprescindibles herramientas y habilidades prácticas de comunicación.

Las acciones recomendadas para lograr una buena comunicación en la entrevista motivacional se recogen en la tabla 4 (11).

TABLA 4.

Acciones recomendadas para lograr una comunicación adecuada en la entrevista motivacional.

ACCIONES
Cuidar tanto la comunicación verbal como no verbal
Saber cómo empezar y cómo terminar la entrevista
Planificar
Tener una actitud asertiva
Controlar el tiempo
Escuchar de manera activa
Tener empatía

La entrevista motivacional, tal y como la entendemos, respecto al alineamiento de los objetivos a corto plazo con los objetivos a largo plazo en relación con la farmacoterapia de los pacientes tiene dos fases: "generar discrepancias internas" y "enfrentar las resistencias-mantener las fortalezas" (12), esto nos permitirá no solo trabajar

AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

con un grupo o subgrupo de pacientes, como se hacía en la entrevista clínica con aquellos pacientes en los que se identificaba problemas relacionados con los medicamentos, sino que, permitirá trabajar con todos los pacientes. Con los que se encuentran en objetivos para que los mantengan y con aquellos que no, precisamente para ayudarles a alcanzarlos en la medida de lo posible.

FASE 1. GENERAR DISCREPANCIAS INTERNAS

Esta fase consiste en la identificación, planificación y valoración de los objetivos en relación con la farmacoterapia. Durante esta fase es fundamental establecer una buena relación farmacéutico-paciente, obtener datos relevantes, sintetizar la información obtenida y, a partir de ella, delimitar, clarificar y planificar los objetivos (11).

Durante esta primera fase, debemos (12):

- ▶ Buscar datos específicos para tomar decisiones, y efectuar la anamnesis y exploración física suficiente para elaborar una historia farmacoterapéutica completa.
- ▶ Sentar las bases para detectar objetivos no cumplidos en relación con la farmacoterapia, así como percepciones o creencias que puedan estar interfiriendo en la consecución de esos objetivos.
- ▶ Detectar conductas o actitudes que contribuyan a incrementar la diferencia existente entre lo planificado y lo conseguido.
- ▶ Hacer ver al paciente el estado de salud en el que se encuentra y aquel al que aspiramos llegar.

Para conseguirlo, esta fase puede subdividirse en varias tareas:

a) Establecer la relación farmacéutico-paciente

Una adecuada relación con el paciente es el primer paso necesario para lograr aportar valor a nuestros pacientes mediante la entrevista motivacional. Debemos establecer un clima de confianza con el paciente que nos facilite la posibilidad de llegar a un acuerdo sobre las metas propuestas.

b) Obtención de datos

Además de la información necesaria para establecer la naturaleza del problema, se deben conocer cuáles son las creencias y expectativas del paciente. En la mayor parte de las ocasiones, estos problemas van acompañados de sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad o miedo a las consecuencias. Para explorar las emociones del paciente hay que prestar especial atención a la comunicación no verbal. Es importante en esta fase no mezclar la exploración de los problemas con recomendaciones o instrucciones propias del final de la entrevista.

c) Síntesis de la información

Sintetizar la información obtenida priorizando los problemas detectados para ir resolviéndolos en las sucesivas consultas. En ocasiones por falta de tiempo será imposible abordar en una primera entrevista todos los problemas relacionados; deberemos priorizar y abordar lo más urgente, y en las siguientes consultas trabajaremos sobre otros factores menos cruciales. Durante el desarrollo de la fase exploratoria es de especial utilidad la aplicación de técnicas de apoyo narrativo, que pueden ser consultadas en el libro del modelo CMO en consultas externas de FH. Estas técnicas son una herramienta para que los profesionales sanitarios obtengan los datos, percepciones y emociones del paciente. Información que, posteriormente, nos va a servir para valorar la situación, orientar, informar y asesorar al paciente. Otro valor clave en la entrevista motivacional es el de promover la autoeficacia. Se trataría, por tanto, de instalar en el paciente la percepción de que él mismo puede cambiar, poniendo

de relieve las situaciones de autocontrol, como una herramienta que el propio paciente dispone para alcanzar sus objetivos. No podemos dejar terminar la entrevista motivacional sin que el paciente plantee ninguna afirmación auto motivadora. Por tanto, nuestro papel deberá insistir en crear situaciones en las que estas afirmaciones se favorezcan y así provocarlas.

Sin duda nos vamos a encontrar resistencias en algunos pacientes. Debemos ser conscientes de ello e intentar utilizar las estrategias que más nos ayuden para contrarrestar estas situaciones. Entre ellas están la «devolución simple» (reconocer el desacuerdo), la «devolución amplificada» (devolver lo que el paciente plantea, sin sarcasmos ni condicionantes) y la reorientación propia del problema (12).

En la Tabla 5 se recogen algunos ejemplos de preguntas destinadas a facilitar la comunicación con el paciente para obtener información clave para establecer objetivos. Las preguntas deberán adaptarse a cada paciente.

TABLA 5.

Ejemplos de cuestiones empleadas en la primera fase de la entrevista motivacional.

TEMA		EJEMPLOS DE PREGUNTAS
<i>Obtención de datos</i>	Problemas derivados de la farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿A qué lo atribuye? ▶ ¿A qué cree usted que puede deberse? ▶ ¿Hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza sobre lo que le puede estar ocasionando todos estos síntomas?
	Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lo veo preocupado ▶ ¿Qué es lo que más le preocupa de todo este problema?
<i>Síntesis de la información</i>	Situación actual y objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Qué cree que ocurriría si el objetivo X no se consiguiera en el período de tiempo hasta nuestra próxima consulta? ▶ ¿Qué tal si nos planteamos juntos objetivos a corto plazo con respecto a su medicación?

FASE 2. AFRONTAR LAS RESISTENCIAS-MANTENER LAS FORTALEZAS

Esta fase es la continuación de la anterior y su línea de actuación se fundamenta en la información obtenida a partir de la cual determinaremos los objetivos que se han de conseguir y las intervenciones que se llevarán a cabo (12).

De forma global, en esta fase resolutive identificamos los siguientes elementos de esta:

- ▶ Enunciar los problemas hallados.
- ▶ Informar del plan de actuación.
- ▶ Negociar y persuadir.
- ▶ Lograr mantener los cambios.

Lograr objetivos de forma duradera obliga no solo a informar con efectividad, sino que también exige negociar con el paciente desde el respeto por sus creencias y escala de valores. La calidad de la información proporcionada y la capacidad negociadora que tengamos en esta fase serán cruciales para determinar el éxito de la intervención farmacéutica.

Se detallan a continuación los aspectos clave de esta fase (11,12):

1) Información al paciente

Los objetivos principales de proporcionar información al paciente son su educación sanitaria, la modificación de conductas negativas y la promoción de las positivas. Hay que concebir la información como un primer paso en el proceso resolutivo; hacerlo de manera que el impacto emocional sea lo más bajo posible y asumir que el efecto esperado no tendrá por qué producirse con solo emitir esa información. En este contexto, debemos concebir la información como una herramienta para la obtención de objetivos.

Para mejorar la comunicación del mensaje o mensajes clave, la información debe ser previamente seleccionada y ordenada.

2) Negociación con el paciente

Aunque se diferencien por apartados, la negociación y la etapa de información se entremezclan a lo largo de toda la fase resolutiva. Existen tres principios básicos sobre los que construir la negociación:

- ▶ La negociación es una interacción orientada al intercambio, más que una lucha de voluntades para obtener la victoria.
- ▶ Solo existe beneficio real cuando las partes implicadas impulsan el acuerdo.
- ▶ Solo se impulsa un acuerdo si las partes implicadas están logrando atender sus necesidades reales.

El papel del entrevistador debe ser ayudar y motivar al paciente para conseguir los cambios propuestos. Con el objeto de optimizar la negociación, es conveniente conocer el entorno del paciente (estado sociofamiliar, nivel de preparación, características demográficas, etc.), así como conocer sus necesidades y sus creencias en salud sobre el problema que se va a negociar. La credibilidad del farmacéutico dependerá de encontrar un equilibrio entre razón y emoción.

3) Lograr mantener los cambios

El paciente es una persona con unos determinados deseos e intereses, con capacidad de decisión y responsable en última instancia de sus actos. Por lo tanto, nuestro papel debe ser el de persuadir, convencer y motivar al paciente para lograr los cambios propuestos. La calidad de la información proporcionada y la capacidad negociadora que tengamos en esta fase serán cruciales para determinar el éxito de la intervención farmacéutica.

Podemos concluir que la entrevista motivacional está centrada en el paciente y debe servirle de guía. El impulso hacia el cambio parte de los motivos propios e intrínsecos y metas del paciente, ilustrados por el farmacéutico, que, además, planifica, alinea y orienta las razones para el cambio (12).

4.3

CALIDAD DE VIDA

En 2013, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) convocó a todos los países del mundo para que implementaran programas de prevención y control de la infección por el VIH, lo que se conoce como la estrategia 90-90-90 de ONUSIDA (13). La finalidad de esta estrategia era que, para el año 2020, se consiguiera diagnosticar al 90% de los PVV, tratar con antirretrovirales (TAR) al 90% de las personas diagnosticadas, y alcanzar la indetectabilidad de la carga viral en el 90% de las personas tratadas.

Han transcurrido casi 10 años y los objetivos se han alcanzado en numerosos países. La supervivencia en las PVV ha aumentado de forma considerable en los últimos años principalmente debido a la alta eficacia del TAR. El VIH ha pasado a convertirse en una enfermedad crónica en la que cobra especial importancia el manejo de las comorbilidades asociadas al envejecimiento de esta población y su calidad de vida relacionada con la salud. De esta forma ha surgido un “cuarto 90”, es decir, un cuarto objetivo que se añade a los fijados en el proyecto 90-90-90 de ONUSIDA (14) que asegura que el 90% de PVV con carga viral indetectable tengan una buena calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y cero discriminación. El motivo de este cuarto 90 es que se ha avanzado mucho en el ámbito clínico para el control de la enfermedad, pero poco en la esfera social.

En este sentido, la autoexclusión y el estigma internalizado siguen siendo un reto importante al que se tienen que enfrentar las PVV y que debe abordarse. El estigma y la discriminación son barreras importantes que se encuentran y que les impiden un adecuado acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. Por tanto, la identificación de las variables relacionadas con una mejora de la calidad de vida de las PVV permitiría tomar decisiones de salud y realizar intervenciones que fomenten factores protectores y de bienestar.

Otras variables asociadas a una menor CVRS entre las PVV son el menor nivel de escolaridad, la ansiedad o depresión, la preocupación financiera, la falta de soporte económico o social, presencia de síntomas, el consumo de drogas y alcohol y las comorbilidades, entre otros (15,16). En cuanto al género, en general los estudios encuentran peor calidad de vida entre mujeres en los resultados globales o en algunos dominios de las escalas utilizadas (17,18). Por otra parte, el impacto de la orientación sexual, específicamente hombres que tienen sexo con hombres, muestra resultados variables probablemente por influencia de los diferentes contextos culturales (19,20). Con respecto a la edad, la mayoría reporta que la peor puntuación de CVRS se sitúa entre los mayores de 50 años (21).

Con estos antecedentes, está claro que es importante trabajar en el cuarto 90 y, para ello, es importante también evaluar y desarrollar indicadores que se puedan medir y monitorizar para poder cuantificar el progreso que se está realizando en la consecución de este nuevo objetivo.

Durante la entrevista motivacional resulta relevante considerar la CVRS del paciente ya que tiene influencia tanto en el tratamiento como en la consecución de los objetivos propuestos o, incluso, ser un objetivo en sí mismo. Podemos hablar de ella como un concepto multidimensional que debe incluir como mínimo los aspectos relacionados con:

1. Síntomas físicos relacionados con la patología o del tratamiento antirretroviral.
2. Función física, incluyendo el cuidado personal, realización de actividades físicas o laborales.
3. Función psicológica, incluyendo estado emocional y cognitivo.
4. Interacción social y con su entorno.

La evaluación de la CVRS nos permite ir más allá de la información clínica tradicional sobre los resultados de las intervenciones sanitarias permitiendo conocer el estado de salud de un individuo de forma más integral. Es importante destacar la existencia de una correlación leve/moderada entre los indicadores clínicos tradicionales, como son los niveles de CD4 o carga viral y la CVRS de las PVV (22,23). Por otra parte, la complejidad farmacoterapéutica que se correlaciona de forma negativa (24). Además, alteraciones neurocognitivas y psicosociales son factores que presentan un papel determinante en la CVRS en esta población (25).

Por tanto, es fundamental en el seguimiento de las PVV la evaluación de la CVRS de manera rutinaria, tal y como se hace con la evaluación de los esquemas de TAR u otras intervenciones terapéuticas en la práctica clínica ha-

bitual. Todo ello con el objetivo de diseñar estrategias de intervención apropiadas que permitan la consecución de los objetivos farmacoterapéuticos propuestos y, con ello, para la obtención de unos resultados en salud positivos para los pacientes.

HERRAMIENTAS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Existen cuestionarios genéricos y cuestionarios específicos dirigidos a su evaluación en el contexto de las PVV.

En los cuestionarios genéricos se mide un amplio abanico de dimensiones relacionadas con CVRS, se pueden aplicar a la población general con distintos tipos de afecciones y permiten comparar datos entre la población general (o entre pacientes con diferentes afecciones). Los clásicos y más conocidos son el SF-36 (26) y el Euro-QoL-5D (27).

En lo que respecta a los cuestionarios específicos, presentan una mayor sensibilidad en los cambios relacionados con la CVRS porque incluyen aspectos más importantes sobre un determinado problema. Como contrapartida, no permiten comparar los resultados con los de la población general o con diferentes poblaciones. Para las PVV en concreto se han desarrollado más de 120 cuestionarios específicos, de los cuales unos 20 aproximadamente responden al ámbito de la CVRS (28,29).

Los cuestionarios específicos más usados que evalúan CVRS o variables relacionadas son el World Health Organization Quality of Life HIV BREF (WHOQOL-HIV BREF), el Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV), el Functional Assessment of HIV Infection (FAHI), el HIV Symptom Index (HIV-SI)/AIDS Clinical Trials Group Symptom Distress Module (SDM), el Beliefs about Medicines Questionnaire-ART version (BMQ-ART) y el HAART Intrusiveness Scale. Algunos de ellos han sido traducidos y validados al español como el WHOQOL-HIV BREF (30) o el MOS-HIV (31).

En concreto, el WHOQOL-HIV BREF está basado en el instrumento WHOQOL-BREF, forma resumida del WHOQOL-100. El cuestionario incluye un total de 31 ítems, con escalas tipo Likert que hacen referencia a seis dominios: relaciones sociales, entorno, nivel de independencia, factores psicológicos, creencias personales-espirituales-religiosas y capacidades físicas, así como dos preguntas iniciales sobre CVRS del paciente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de la persona evaluada. Para convertirlo en específico para la infección por VIH, se añaden 5 ítems particulares sobre VIH/SIDA (Preguntas 4, 8, 9,10 y 17).

El MOS-HIV es una adaptación del MOS-SF-30 y una de sus ventajas es el reducido tiempo necesario para su empleo, aproximadamente 10 minutos. Puede ser realizado por el propio paciente o realizado por el personal investigador de forma presencial o telefónicamente y su marco temporal hace referencia a las últimas dos semanas. Consta de 35 preguntas y mide 11 dimensiones de la salud (percepción de la salud general, dolor, función física, función del rol, función social, energía/fatiga, salud mental, problemas de salud, función cognitiva, calidad de vida y transición de salud). De su aplicación se obtienen dos valores resumen de la salud: el índice de salud física y el índice de salud mental.

4.4

PROMs y PREMs

Los mecanismos de medición de los Resultados Reportados por el Paciente (Patient-Reported Outcome Measure, PROMs) y de la Experiencia Reportada por el Paciente (Patient Reported Experience, PREMs) ayudan en la construcción del valor en la salud.

■ PROMS

Los PROMs consisten en cualquier informe del estado de salud de un paciente, que proviene directamente del paciente, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona (definición de la FDA). Por tanto, se trata de un resultado evaluado directamente por el propio paciente y basado en su percepción de la enfermedad y su(s) tratamiento(s) sin interpretación de ningún clínico. Los PROMs son indicadores únicos del impacto de la enfermedad en el paciente, ayudando al empoderamiento de este, como herramienta de comunicación entre paciente y profesional sanitario, útil en la interpretación de los resultados clínicos, en la determinación de la eficacia, y por tanto, en la decisión terapéutica (32).

Dos recursos interesantes para la consulta de PROMs son:

- ▶ **PROQOLID** (<https://eprovide.mapi-trust.org/>). Es un base de datos que recoge instrumentos PROMs y que se actualiza de forma permanente con fuentes recomendadas como la FDA, la EMA y la comunidad científica.
- ▶ **BiblioPRO** (<https://www.bibliopro.org>). Es una biblioteca virtual de referencia científica internacional de los cuestionarios en español de PRO. Facilita cuestionarios identificados mediante revisión sistemática, los agrupa en una nueva taxonomía y aporta información amplia sobre el cuestionario y su calidad científica, evaluando las propiedades métricas.

■ PREMS

Los PREMs hacen referencia a la medición y el seguimiento de las experiencias de los pacientes durante su paso por la asistencia sanitaria (**patient journey**). La experiencia de paciente se define como la suma de todas las interacciones que se dan entre paciente y sistema de salud, en el marco de una cultura de organización concreta que influye la percepción de los pacientes atendidos (33).

Clásicamente se ha utilizado la satisfacción para demostrar el impacto de la atención sobre las personas atendidas, pero la satisfacción es una construcción muy subjetiva, extraordinariamente influida por las expectativas y muy relacionada con las habilidades comunicativas de los profesionales y del contexto del contacto asistencial (34). A diferencia de la satisfacción, los PREMs valoran de manera objetiva las características/eventos de la interacción del paciente con el sistema sanitario. Por lo tanto, los PREM son herramientas que fotografían “qué” pasó en una interacción paciente-sistema de salud y “cómo” fue desde la perspectiva del paciente (35).

La escala IEXPAC (Instrumento para evaluar la experiencia del paciente en la atención de enfermedades crónicas) puede aplicarse a pacientes crónicos que han recibido atención sanitaria y social durante los últimos seis meses. Ya se dispone de algunas experiencias en las que se ha utilizado para el seguimiento de PVV (36).

4.5

BIBLIOGRAFÍA

1. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo-Cortés MLA, Poveda-Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. **Farm Hosp.** 2020; 44(4):158-62. DOI: 10.7399/fh.11389. PMID: 32646347
2. Morillo Verdugo R, Villarreal Arévalo AI, Álvarez de Sotomayor M, Robustillo Cortes MA. Desarrollo de una taxonomía de las intervenciones farmacéuticas en pacientes VIH+ basados en el modelo CMO. **Farm Hosp.** 2016;40(6):544-568.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

3. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Treatment compliance in chronic illness: current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2014; 214:336-44.
4. Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(5):545-52.
5. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004; 39:1005-26.
6. Moreno-Chico C, González-de Paz L, Monforte-Royo C, Arrighi E, Navarro-Rubio MD, Gallart Fernández-Puebla A. Adaptation to European Spanish and psychometric properties of the Patient Activation Measure 13 in patients with chronic diseases. *Fam Pract*. 2017; 34(5):627-34. doi: 10.1093/fampra/cmz022.
7. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients - a systematic review. *HIV Med*. 2013; 14(10):583-95.
8. Miller WR, William R, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2a. Guilford Press; 2002. 428 p.
9. Rollnick S, Kinnersley P, Stott N. *Methods of helping patients with behaviour change*. *BMJ*. 1993; 307(6897):188-90.
10. Poveda Andrés JL. *La entrevista clínica en atención farmacéutica*. España: Schering-Plough; 2002.
11. Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MÁ. El modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria [Internet]. 2016. [citado: 13 diciembre 2022]. Disponible: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
12. Calleja Hernández MA, Morillo Verdugo R. Adaptación del Modelo de Atención Farmacéutica CMO al Paciente con Neoplasias Oncológicas y Hematológicas. 2019. [citado: 13 diciembre 2022]. Disponible en: https://grupodetrabajo.sefh.es/gedefo/images/Adaptacin_Modelo_CMO_al_paciente_OH.pdf
13. ONUSIDA. 90-90-90: un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del sida. 2014. http://www.unaids.org/sites/default/_les/media_asset/90_90_90_es.pdf.
14. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, et al. Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier. *BMC Medicine*. 2016; 14(1):94. doi: 10.1186/s12916-016-0640-4
15. Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Fumaz CR, González-García M, Remor E, Fuster MJ. A spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV. *AIDS Behav*. 2016; 20(2):281-91.
16. Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. Health-related quality-of-life of people with HIV in the era of combination antiretroviral treatment: a cross-sectional comparison with the general population. *Lancet HIV*. 2014; 1(1):e32-40.
17. Lifson AR, Grandits GA, Gardner EM, Wolff MJ, Pulik P, Williams I, et al. Quality of life assessment among HIV-positive persons entering the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Med*. 2015; 16(Suppl 1):88-96.
18. Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Yébenes Cortés M, Casado Gómez MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. *Farm Hosp*. 2014; 38(4):291-9.
19. da Cunha GH, Fiuza ML, Gir E, Aquino Pde S, Pinheiro AK, Galvão MT. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(2):183-91
20. Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of life of people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *PLoS One*. 2015; 10(8):e0135705.

21. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*. 2005; 17(1):10-22
22. Mwesigire DM, Martin F, Seeley J, Katamba A. Relationship between CD4 count and quality of life over time among HIV patients in Uganda: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13:144. doi: 10.1186/s12955-015-0332-3
23. Haider MR, Brown MJ, Harrison S, Yang X, Ingram L, Bhochohibhoya A, Hamilton A, Olatosi B, Li X. Sociodemographic factors affecting viral load suppression among people living with HIV in South Carolina. *AIDS Care*. 2021; 33(3):290-298. doi: 10.1080/09540121.2019.1703892.
24. Contreras-Macías E, Gutiérrez-Pizarra A, Robustillo Cortés MA, Morillo-Verdugo R. High level of medication regimen complexity index correlate with worse quality of life in people living with HIV. *Rev Esp Quimioter*. 2021; 34(2):93-9. doi: 10.37201/req/097.2020.
25. Araujo RA, Amaral S, Tolentino A, Zeballos D, Montaña I, Souza LS, Lins-Kusterer L, Brites C. Low Quality of Life, Falls, and Pre-Frailty are Associated with Depressive Symptoms in Virologically Suppressed PLWHIV in Salvador, Brazil. *AIDS Behav*. 2022; 26(2):397-406. doi: 10.1007/s10461-021-03393-8.. PMID: 34312738.
26. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.
27. Hernandez G, Garin O, Pardo Y, Vilagut G, Pont À, Suárez M, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018; 27(9):2337-48.
28. Simpson KN, Hanson KA, Harding G, Haider S, Tawadrous M, Khachatryan A, et al. Patient reported outcome instruments used in clinical trials of HIV-infected adults on NNRTI-based therapy: a 10-year review. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:164.
29. Engler K, Lessard D, Lebouché B. A Review of HIV-Specific Patient-Reported Outcome Measures. *The Patient*. 2017; 10(2):187-202.
30. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Laguía A, Safreed-Harmon K, Lazarus JV, Cenoz S, Del Amo J. Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health Qual Life Outcomes*. 2019; 17(1):144.
31. Badía X, Podzamczar D, López-Lavid C, García M. Evidence-based medicine and the validation of quality-of-life questionnaires: the Spanish version of the MOS-HIV questionnaire for the evaluation of the quality of life in patients infected by HIV. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999; 17 Suppl 2:103-13.
32. Valderas J, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125(Supl. 1):56-60.
33. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Operationalizing and defining the patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014;1(1):7-19
34. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013; 346:f167.
35. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient reported experience measures. *Health Serv Res*. 2019; 54(5):1023-35.
36. Cantillana-Suárez MG, Manzano-García M, Robustillo-Cortés MA, Morillo-Verdugo R. Evaluation of HIV+ patients experience with pharmaceutical care based on AMO-methodology. *Farm Hosp*. 2018;42(5):200-203.



5

Oportunidad

Autores:

Laura Marín Ventura

Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Segovia

Luis Margusino Framiñan

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

María de las Aguas Robustillo Cortes

Servicio de Farmacia. Hospital de Valme (Sevilla)

La AF a PVV, como la hemos conocido hasta el momento, se está transformando en una versión mejorada que engloba la denominada “atención dual”, es decir, una atención más allá del hospital que permita estar en contacto con las PVV de forma permanente potenciando el seguimiento farmacoterapéutico a tiempo real sin estar ligado al acto de dispensación y que permita al paciente cumplir con sus objetivos farmacoterapéuticos (1). En este sentido el modelo dual de atención, presencial y no presencial, debe estar basado en la telefarmacia y en el acto único asistencial (2). Esto último implica que el contacto presencial con el paciente debe estar optimizado, como la dispensación del tratamiento el mismo día del diagnóstico y prescripción o los nuevos fármacos long-acting.

Para finalizar, el tercer pilar del modelo de CMO tiene que cubrir las necesidades surgidas a raíz de la universalización de las nuevas tecnologías y de la demanda de un paciente más informado, empoderado y que se implica en la toma de decisiones sobre su salud. Hay experiencia en este campo gracias al desarrollo del programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH+ de Stanford.

5.1

TELEFARMACIA:

La telefarmacia es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las TIC como complemento de la AF presencial (3). Esta AF debe realizarse por el farmacéutico especialista en PVV, que tiene que tener un conocimiento global del paciente, de su tratamiento antirretroviral y su tratamiento domiciliario. Abarca como principales actividades: validación terapéutica, documentación clínica, consulta de AF, monitorización terapéutica del paciente, seguimiento de la adherencia, formación e información sobre medicamentos, coordinación con profesionales sanitarios a nivel intra y extrahospitalario y evaluación de resultados en salud. Por lo cual se recomienda el seguimiento combinado presencial y telemático a este tipo de pacientes intentando programar las citas presenciales con las visitas de seguimiento médico.

A raíz de la pandemia de COVID-19, el documento de consenso sobre la teleconsulta para PVV de GeSIDA establece que uno de los retos del farmacéutico es garantizar la seguridad, adherencia y efectividad de los tratamientos dispensados de forma no presencial. Establece la necesidad de crear canales de contacto bidireccionales y continuados en el tiempo que permitan una comunicación efectiva, con implicación del paciente en su tratamiento y en los resultados de éste, teniendo en cuenta sus preferencias y expectativas. Para ello, se deben desarrollar herramientas virtuales compartidas con otros profesionales e integradas en la historia clínica que permitan un seguimiento continuo del paciente (4).

La Guía de Telefarmacia para profesionales, se enmarca en la Estrategia de Desarrollo y Expansión de la Telefarmacia en España, impulsada desde SEFH. Se han elaborado seis documentos de apoyo metodológico dirigidos a profesionales para la implementación de la Telefarmacia en los Servicios de FH en España y un documento di-



rigido a pacientes. La información de todos los documentos se puede consultar de forma detallada en la página web de mapex, en el apartado oportunidad. (<https://www.sefh.es/mapex/cmo-oportunidad.php>) (3).

FIGURA 9.

Documentos elaborados para la implantación de la Telefarmacia en España en el marco de la Estrategia de Desarrollo y Expansión de la Telefarmacia en España de la SEFH.



No todas los PVV que reciben tratamiento antirretroviral, son candidatos a un programa de telefarmacia. Es clave la selección y priorización de aquellos pacientes que se puedan beneficiar. Para ello se puede tomar como referencia el Modelo de Priorización de paciente para la telefarmacia propuesto por la SEFH donde se ha habilitado una herramienta de soporte Excel para realizar la priorización de los pacientes ajustada a unos rangos de priorización (5). https://www.sefh.es/mapex/images/Herramienta-Modelo-de-Priorizacion_VF.xlsx

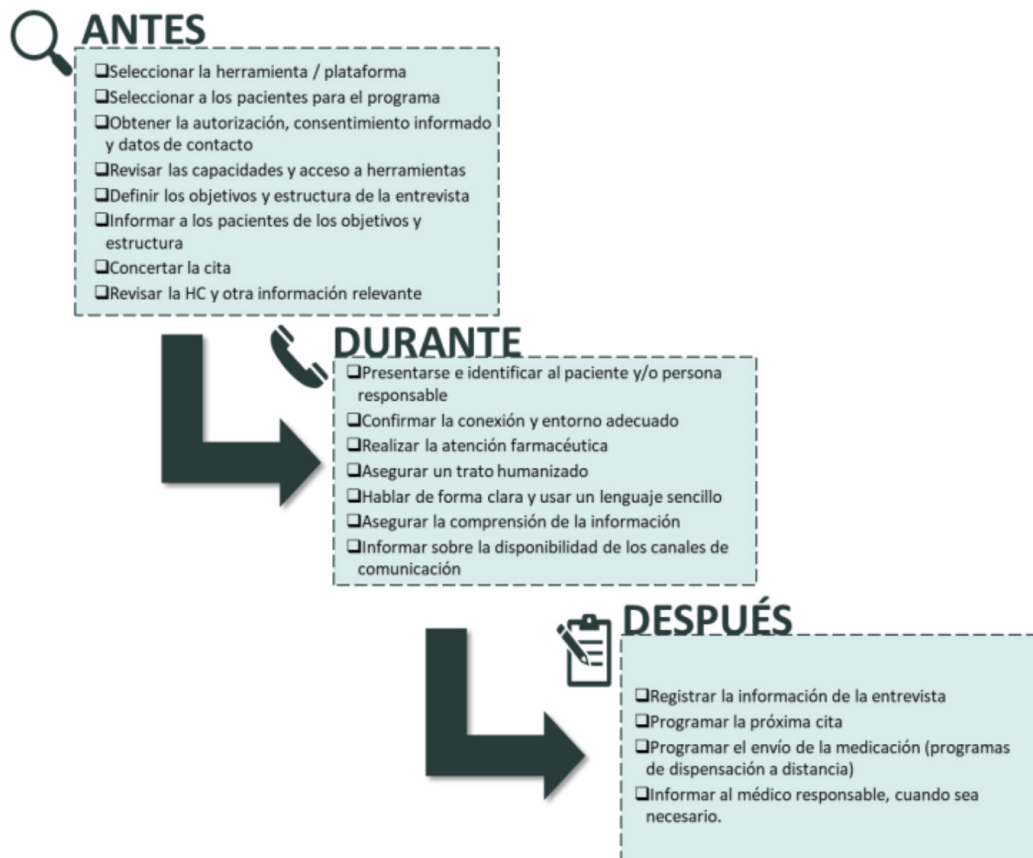
A su vez, en la Guía de Telefarmacia para profesionales se identificaron los cuatro principales ámbitos de aplicación de la misma: coordinación del equipo asistencial, formación e información de pacientes a través de la telefarmacia, seguimiento farmacoterapéutico y dispensación y entrega informada de medicamentos (3).

En este contexto, la Guía de entrevista telemática en AF, en línea con el posicionamiento estratégico de la SEFH, se enmarca como una herramienta clave en dos ámbitos de aplicación: para el seguimiento farmacoterapéutico y para la dispensación y entrega informada de medicamentos (6).

Las recomendaciones para la entrevista telemática se presentan organizadas en tres fases: antes, durante y después de la entrevista telemática:

FIGURA 10:

Recomendaciones para profesionales de farmacia hospitalaria para antes, durante y después de la entrevista telemática



5.1.1

Seguimiento farmacoterapéutico a través de la telefarmacia

Consiste en el uso de las TIC para asegurar la consecución de objetivos farmacoterapéuticos individualizados de cada paciente a través de intervenciones tradicionales como entrevista motivacional, la detección de interacciones, efectos adversos, manejo de la adherencia terapéutica y revisión de su tratamiento domiciliario. Pero gracias a la atención dual y la telefarmacia tenemos que ser conscientes de la importancia de obtener resultados en salud y la medición de PROMs, y PREMs. Dentro de los cuestionarios de calidad de vida empleados en PVV destaca también el cuestionario EQ-5D. Así mismo, la experiencia de las PVV en su paso por la asistencia sanitaria tiene cada vez más relevancia, donde cuestionarios como el IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico) permiten aportar conocimiento en este sentido con una visión de mejora continua (2). Cantillana-Suárez y cols. evaluaron la experiencia mediante el cuestionario IEXPAC de las PVV en seguimiento con un modelo de AF basado en la metodología CMO. Uno de los resultados que obtuvieron fue que el ítem que requería una mayor implicación y mejora era el relacionado con la preocupación por el paciente tras un ingreso. Esto pone de manifiesto la capacidad de mejora que todavía queda por hacer en este campo (7). Todos estos cuestionarios pueden incluirse en entornos web o apps que permitan tener un **feedback** con los pacientes de forma periódica.



5.1.2

Entrega informada de medicamentos a distancia a través de la telefarmacia

La telefarmacia aplicada en este ámbito consiste en ofrecerle flexibilidad en la entrega informada a distancia de su tratamiento antirretroviral. Puede ser en su domicilio, centros de salud, centros sociosanitarios y farmacia comunitaria. Se debe adoptar una postura flexible en la logística para adaptarse a las necesidades de las PVV, que pueden ser diferentes en función del perfil y cambiantes a lo largo del proceso asistencial. En cualquier modo desarrollado, independiente del punto de entrega, se debe garantizar que la dispensación a distancia se realiza de manera informada apoyando el envío en una teleconsulta de seguimiento, y mantener una programación de citas, presenciales o telemáticas, para llevar a cabo la verificación de los objetivos farmacoterapéuticos.

Por otro lado, se debe garantizar que la logística del transporte de la medicación asegure su conservación, trazabilidad, adecuada manipulación y confidencialidad del tratamiento y que se cumple la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Existen pocas publicaciones sobre esta materia en nuestro país. Margusino y cols. realizó un estudio durante tres años en PVV pre seleccionadas donde se combinó telefarmacia y entrega de medicación a domicilio/farmacia comunitaria: la adherencia fue del 100% y los pacientes se mantuvieron viralmente suprimidos, con un buen control inmunológico, un alto grado de satisfacción y con un ahorro de costes directos e indirectos para el paciente (8). Otras experiencias como el "Hospital Virtual" del Clinic de Barcelona, se combinó consultas virtuales, telefarmacia, dispensación y envío a domicilio y una biblioteca virtual con información validada sobre VIH (9).

5.2

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO DEL PACIENTE VIH

La AF dual de las PVV requiere, en su vertiente no presencial, la implementación de TIC que permitan la comunicación a distancia eficiente y segura del farmacéutico de hospital con el paciente (10). Los requisitos tecnológicos, constituyen un punto crítico al diseñar e implantar una estrategia de telefarmacia, ya que, por una parte, deben cubrir las necesidades relativas a una adecuada AF a distancia y, por otra, deben garantizar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos de los pacientes y del acceso a los sistemas de información (11). Además, se recomienda que la tecnología utilizada para la AF telemática al paciente VIH esté integrada en los sistemas de información sanitarios y en los sistemas de telemedicina ya implantados en el hospital o en el sistema autonómico de salud, asegurando la interoperabilidad entre las diferentes herramientas implementadas (11).

Las TIC utilizadas en telefarmacia para una AF dual al paciente VIH incluyen herramientas tecnológicas de tipo sincrónico que permiten una comunicación bidireccional a tiempo real (teléfono o videollamada); asincrónicas, que permiten una forma de comunicación diferida en el tiempo (chats de mensajería instantánea, SMS, vídeo, etc.); o de ambos tipos, como la Web 2.0, Web 3.0 o la salud móvil (mSalud/mHealth) (12).

En general, todos estos tipos de TIC pueden ser utilizadas en la AF dual de las PVV, para todas las aplicaciones de la telefarmacia, tales como el seguimiento farmacoterapéutico, la formación/información, la dispensación y entrega informada o la coordinación con el equipo asistencial, si bien, todas ellas presentan ventajas y/o desventajas en cada ámbito de aplicación (12). Por lo tanto, todas estas aplicaciones pueden traducirse en los correspondientes objetivos que la telefarmacia debe perseguir en la atención al paciente VIH.

■ CONSULTAS TELEFÓNICAS Y VIDEOLLAMADAS

El teléfono y la videollamada son las TIC más ampliamente utilizadas en el seguimiento telemático del paciente VIH, especialmente para realizar el seguimiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico de hospital. Durante la pandemia COVID-19, este fue el circuito más ampliamente utilizado por los servicios de farmacia españoles para la AF telemática al paciente externos en general y a las PVV en particular (13,14). Presentan numerosas ventajas, como su amplia utilización y facilidad de uso independientemente de la edad o de las competencias digitales, o de no requerir acceso a internet para su utilización. Sin embargo, también presentan el inconveniente de necesitar gestionar la cita telemática, por su condición de sincronía, con el farmacéutico o de no permitir el registro automático de datos del paciente VIH para su adecuado tratamiento en la gestión de su enfermedad. Se ha evaluado la utilización de llamadas telefónicas o videollamadas en el seguimiento telemático de pacientes VIH. En relación a las llamadas telefónicas, se ha demostrado la efectividad a nivel clínico, económico y calidad percibida en un pequeño grupo de pacientes VIH en España (8). En relación a las videollamadas, un estudio realizado en Nueva York (15) ha mostrado la alta satisfacción con su utilización, especialmente entre determinados grupos demográficos, como las personas VIH menores de 30 años, hombres que tienen sexo con hombres o pacientes con educación superior.

■ SMSs

La utilización de mensajes telefónicos cortos, también se utiliza en la asistencia sanitaria al paciente VIH, con los objetivos de alcanzar los objetivos terapéuticos, garantizar la adherencia al tratamiento, mantener al paciente VIH dentro del sistema sanitario o proveer educación sanitaria. Es una herramienta de telefarmacia especialmente utilizada en países en vías de desarrollo, donde han mostrado cierta utilidad, aunque muy limitada, en la provisión de datos de pacientes, si bien con dudas con respecto a su privacidad y confidencialidad (16,17). En España es de muy limitada utilización, salvo como recordatorio de citas previas en el sistema sanitario.

■ CHATS, VIDEOCHATS, CHATROOMS

Otra herramienta asincrónica que ha sido utilizada en el ámbito del paciente VIH son los chats o videochats, si bien las experiencias son muy escasas en el ámbito de la AF. Esta tecnología ha sido utilizada principalmente para la retención de las personas que están utilizando profilaxis preexposición al VIH, especialmente en ambientes sociodemográficos más desfavorecidos en países desarrollados (18); también para mantener la frecuencia de los test de control analítico de las PVV (19).

■ mSALUD

En el ámbito de las PVV, las herramientas tecnológicas que más se han desarrollado son las englobadas en el término mSalud, salud móvil, que hace referencia al uso de tecnologías móviles, sin cables, para el cuidado de la salud, como por ejemplo aplicaciones para el seguimiento de pacientes VIH a través del teléfono móvil. Ya hace muchos años que la mSalud se está utilizando para el cuidado de las PVV; en una revisión de referencia de hace ya 10 años (20), Catalani y colaboradores destacan los siguientes ámbitos de aplicación de esta tecnología en las PVV: educación para la salud, pruebas VIH, retención en el sistema sanitario, seguimiento inmunológico, inicio del tratamiento antirretroviral y adherencia al tratamiento. En estos últimos 10 años se han desarrollado múltiples estrategias a nivel nacional e internacional en mSalud para el paciente VIH, casi todas ellas relacionadas con los ámbitos de aplicación anteriormente señalados, a los que se han añadido iniciativas relacionadas con nuevas poblaciones candidatas a tratamiento en profilaxis preexposición o profilaxis post-exposición. La utilidad de mSalud en el ámbito del paciente VIH está bastante consolidado; de hecho, EACS (European AIDS Clinical



Society), en sus guías clínicas para el tratamiento del paciente adulto indica que “si las personas que viven con VIH han estado estables con tratamiento antirretroviral durante 6 meses o más, sin otros problemas significativos, los médicos podrían considerar el uso de modalidades alternativas como correo electrónico/teléfono u otros medios electrónicos (punto de buena práctica, GPP). Esta forma de consulta puede tener la misma validez que una consulta presencial si está debidamente instituida en un protocolo clínico”. Actualmente, el proyecto EmERGE, financiado por la Unión Europea, está analizando este tipo de intervenciones (21).

■ WEB 2.0

Otra tecnología que ha sido ampliamente utilizada en la atención de personas que viven con el VIH es la Web 2.0. Los servicios basados en la web para el paciente VIH pueden ser un enfoque factible y aceptable para ampliar los servicios a las poblaciones clave con resultados similares a los del estándar de atención, si bien se necesita más investigación en entornos de bajos recursos y entre determinados grupos poblacionales diferentes a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En todo caso, los servicios basados en la web deben ser un complemento adicional dentro de programas más amplios para llegar a más PVV, reducir costos, reducir tiempos de espera (al reducir la asistencia a la clínica), y permitir más tiempo para una gestión de casos más complejos en los servicios de farmacia en base a criterios de priorización. Debe realizarse una planificación sistemática sobre la forma de abordar los servicios basados en web 2.0 y cómo pueden complementar otros servicios; además, las poblaciones diana deben ser incorporadas y desempeñar un papel central en el diseño, implementación y seguimiento de las estrategias web 2.0 (22). Y, como en cualquier otra tecnología, el desarrollo del contenido debe estar alineado con las prácticas de recomendación de las autoridades sanitarias (por ejemplo, de guías de programas de salud o normas basadas en evidencia) y políticas de país para el uso de plataformas y lenguajes (23), además del mantenimiento de las medidas de privacidad y confidencialidad de los servicios basados en web 2.0 (24).

■ CHATBOT

Los chatbot son programas informáticos basados en inteligencia artificial con la capacidad de mantener una conversación con un usuario, sobre un tema específico. Se han ensayado principalmente en servicios de marketing, venta y posventa de las empresas para relacionarse con su clientela, pero también hay experiencias en el mundo sanitario, tanto para ofrecer soluciones asistenciales a los profesionales sanitarios como para interactuar con pacientes en aspectos relacionados con su enfermedad. Su utilización en el ámbito del paciente que vive con VIH es muy limitada. De hecho, muy pocas experiencias han evaluado esta tecnología en este ámbito, limitado a países en vías de desarrollo para facilitar información relativa a la prevención de la infección por VIH aumentando las estrategias que el paciente puede implementar (25).

5.3

SELECCIÓN, EVALUACIÓN, VALIDACIÓN E IMPLANTACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS

Un aspecto clave a la hora de poner en marcha una AF dual a las PVV es realizar una adecuada selección, evaluación, validación e implantación de la tecnología que soportará el desarrollo de la atención mediante telefarmacia a este grupo de pacientes. A continuación, se indican unas pautas generales de cada una de estas fases basadas en el documento “Validación de herramientas tecnológicas en Telefarmacia” de la serie de documentos de apoyo metodológico del modelo CMO, dentro del proyecto MAPEX de la SEFH (12), donde se puede localizar información más detallada que la que se presenta a continuación.

Para la selección de la tecnología para la AF a las PVV en cada uno de los ámbitos de aplicación de la telefarmacia, debemos valorar las ventajas e inconvenientes de cada una de las herramientas disponibles para cada procedimiento:

- ▶ Llamadas telefónicas. Pueden ser útiles para el seguimiento farmacoterapéutico, coordinación con el equipo asistencial y para la dispensación y entrega informada de medicamentos. Presentan la ventaja de ser de amplio acceso, no requerir acceso a internet y facilidad de uso.
- ▶ Videollamadas. Con las mismas aplicaciones que las anteriores, presentan la ventaja del contacto visual con el paciente, pero requieren la conexión a internet, el uso de plataformas seguras y condicionadas por la brecha digital.
- ▶ Web 2.0. Puede aplicarse a todos los procedimientos de telefarmacia y presentan las ventajas de un acceso multicanal a la información y potencia la comunicación con el paciente y profesionales. Por el contrario, requiere un mantenimiento muy exigente por parte del profesional a lo que se añaden las desventajas ya indicadas con las videollamadas.
- ▶ Apps; wearables. Las primeras pueden utilizarse en todos los procedimientos de telefarmacia y las últimas específicamente en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente VIH. Presentan las ventajas añadidas con respecto a las anteriores tecnologías de permitir monitorización de parámetros, múltiples funcionalidades según su diseño. Y las desventajas ya señaladas para la web 2.0, además de la limitada integración con los sistemas de información hospitalarios, como la historia clínica electrónica.

En relación a la evaluación y validación de las tecnologías para el cuidado de las PVV, se deben considerar criterios de referencia a escala nacional que valoren la calidad, utilidad y adaptabilidad a las necesidades de los pacientes. Actualmente no se dispone de unos criterios generales en nuestro país, si bien la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnología y la Unidad de Investigación de Salud digital del Instituto Carlos III está trabajando en líneas de investigación o proyectos que permitan definir estándares y sistemas de evaluación comunes para el uso de las TIC en salud (26,27). Otros organismos tanto nacionales como internacionales (Appsalut, Fundación iSYS, AppSaludable, MARS, etc.) están desarrollando criterios que pueden orientar en la validación de herramientas tecnológicas que puedan utilizarse en telefarmacia (programa de videollamadas, plataforma de formación online para pacientes, recursos Web 2.0, plataforma de telemonitorización, otros) (28,29). En todo caso, los criterios más comúnmente utilizados para la evaluación de una tecnología sanitaria son:

- ▶ Utilidad: usabilidad y diseño de la herramienta.
- ▶ Credibilidad: fiabilidad de los datos, fuentes de información y transparencia.
- ▶ Interoperabilidad: interoperabilidad y/o integración.
- ▶ Prestación de servicios: soporte técnico.
- ▶ Seguridad: protección de datos y gestión de riesgos.

Un aspecto especialmente sensible en la utilización de la tecnología en el ámbito de la telefarmacia aplicada a la AF al paciente que vive con VIH es la seguridad. Si bien se ha avanzado socialmente en el estigma de estos pacientes, es aún, hoy en día, un criterio muy a tener en cuenta en su atención sanitaria. Una reciente revisión, ha puesto de manifiesto que a pesar de los beneficios documentados de las herramientas de eSalud, estos deben ser sopesados contra sus daños y otras posibles consideraciones éticas, especialmente a medida que la propiedad del uso del teléfono móvil se vuelve casi omnipresente en todo el mundo (30). Los autores nos alertan



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

sobre la importancia de considerar las implicaciones éticas antes del diseño e implementación de cualquier sistema de eSalud para el paciente que vive con VIH, considerando siempre los principios de beneficencia, autonomía del paciente, no maleficencia y justicia para mitigar las preocupaciones éticas relacionadas con la privacidad y confidencialidad de los datos de pacientes VIH.

La implantación de la solución tecnológica elegida debe seguir una metodología que garantice su adecuado desarrollo y ejecución:

- ▶ Fase estratégica: establecimiento de requerimientos.
- ▶ Fase de planificación: diseño de la herramienta y mitigación de riesgos tecnológicos.
- ▶ Fase de acción: implementación, formación del profesional, pruebas piloto y lanzamiento.
- ▶ Fase de resultados y mejora continua: mantenimiento y monitorización.

Durante la ejecución de este proceso es recomendable elaborar la documentación necesaria que permita el registro de los pasos y acciones consensuadas, así como su actualización cuando sea requerido.

5.4

APLICACIONES PRÁCTICAS DE TELEFARMACIA

La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación a las PVV es la base de la telefarmacia, una de las dos vertientes de la AF. Bien para el seguimiento farmacoterapéutico, dispensación y entrega informada, coordinación con el equipo asistencial o formación/información de medicamentos, a lo largo de estos años, se han llevado a cabo diversas iniciativas, centradas o no exclusivamente en el paciente VIH. No es objetivo de este capítulo revisarlas todas en todos los ámbitos de aplicación de la telefarmacia según el posicionamiento de la SEFH (31). A continuación, se comentan aquellas que por su funcionalidad, desarrollo o aplicabilidad pueden resultar más interesantes.

■ EmERGE mHealth platform

Dentro del proyecto EmERGE comentado anteriormente (21,32), se ha desarrollado, implementado y evaluado una vía novedosa de atención de mHealth para personas que viven con VIH clínicamente estables. Un valor muy positivo de esta plataforma EmERGE mHealth es su integración con los sistemas de información del hospital para proporcionar a los pacientes VIH un acceso seguro a sus propios datos y ofrecer una alternativa a las citas presenciales como parte de un paquete de atención centrado en la persona; además, permite gestionar la capacidad asistencial, permitiendo más tiempo para que los clínicos se centren en aquellos pacientes con necesidades más complejas. Las funcionalidades, así como el usuario que puede acceder a cada una de ellas se muestra a continuación:

- ▶ Autenticación: Pacientes y clínicos.
- ▶ Registro de pacientes/dispositivo en los dispositivos móviles asociados: administradores y médicos.
- ▶ Visualización, búsqueda y filtrado de todos los pacientes: administradores y clínicos.
- ▶ Visualización de datos del paciente: descripción general de cada paciente; listado de medicamentos (nombre, dosis/frecuencia y fecha de inicio); resultados de análisis de sangre (en forma gráfica y en formato de tabla) y listado de citas: administradores y clínicos.

- ▶ “Clínicas virtuales”: gestión de citas; enviar datos a la aplicación móvil; volver a reservar al paciente para una revisión futura; pausar al paciente en el sistema: administradores y clínicos.
- ▶ Mensajería de los clínicos del hospital: todos los usuarios.
- ▶ Gestión de Preguntas Frecuentes: administradores de Preguntas Frecuentes.
- ▶ Gestión de usuarios y asignación de roles: administradores.
- ▶ Visualización de medicamentos: de lista de medicamentos (nombre del medicamento, dosis/frecuencia y fecha de inicio). Enlace a página web externa de interacción de medicamentos contra el VIH de Liverpool.
- ▶ Visualización de resultados de análisis de sangre actuales e históricos.
- ▶ Visualización de próximas citas e integración con el calendario del móvil del paciente.
- ▶ Plataforma de ayuda, información y acceso a preguntas frecuentes.
- ▶ Configuración de la aplicación, tal como borrar datos, cambiar el código de acceso, cambiar la pregunta de seguridad, pedir una nueva contraseña, retirarse de la plataforma.

Tal y como puede deducirse de las funcionalidades de la plataforma de mHealth EmERGE, puede utilizarse para varias aplicaciones de la telefarmacia en el ámbito del paciente VIH como son el seguimiento farmacoterapéutico, la dispensación y entrega informada de medicamentos o la formación e información de medicamentos.

■ NAVETA

Naveta es una iniciativa de especialistas en FH de Illes Balears, del grupo FARUPEIB (Farmacéuticos de las Unidades de Pacientes Externos de Illes Balears) creada para utilizar los resultados informados por los pacientes (**patient reported outcomes**, PROs, en inglés) mediante telefarmacia. Es una comunidad abierta a los profesionales sanitarios para la evaluación de buenas prácticas en el seguimiento de pacientes a distancia y de promover y evaluar el impacto del uso de protocolos de atención orientados a una medicina basada en valor (33). El conocimiento de los PROM de los pacientes a través de la telefarmacia permite garantizar la continuidad asistencial y la calidad del servicio ofrecido por los Servicios de Farmacia a sus pacientes, basándose en el registro de medidas que afectan a la salud y a la calidad de vida percibidas por el paciente. Además, la interpretación y evaluación multidisciplinar de estos resultados de los PROMs, ha de permitir adelantarnos a la toma de decisiones terapéuticas, consensuadas con el paciente. El proyecto incluye un repositorio de PROs genéricos y específicos para pacientes VIH (HIV SI; MOS VIH 30) que incluye también cuestionarios de calidad de vida (34). Las actividades que se desarrollan a través de Naveta son:

- ▶ Promover y evaluar el impacto del uso de protocolos de atención orientados a una medicina basada en valor.
- ▶ Compartir recursos y buenas prácticas en el seguimiento de pacientes de forma telemática.
- ▶ Promover el uso del sistema entre la red asistencial.
- ▶ Evaluar los programas en base a la satisfacción de los profesionales.
- ▶ Promover el debate para conseguir mejoras en los protocolos y su implementación.
- ▶ Agregar datos a partir de resultados obtenidos y compartir conocimiento.

Entre los últimos proyectos dentro Naveta en la AF telemática al paciente VIH, cabe destacar la integración con “Evhia” de variables clínicas en VIH y el Proyecto VIH “Perfiles”.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

■ Proyecto TELÉMACO

TELÉMACO es un proyecto asistencial basado en un modelo de AF coordinada entre FH y farmacia rural, basado en la incorporación de la telefarmacia, para mejorar la experiencia del paciente con prescripción de medicamentos hospitalarios frente al modelo tradicional de partida (35). Pretende caracterizar las intervenciones programadas como no programadas realizadas, presenciales y virtuales, en base al modelo de taxonomía disponible para este modelo de AF, determinar si el modelo de AF basado en telefarmacia mejora la adherencia, calidad de vida, datos informados y la satisfacción de los pacientes respecto a su situación basal, así como el grado de satisfacción de los profesionales con el modelo de asistencia.

Los pacientes adultos VIH que vivan en zonas rurales en las áreas donde se desarrolle este proyecto, podrán beneficiarse de una AF mediante telefarmacia a través de este proyecto si han estado en seguimiento habitual en consultas externas de FH durante más de 6 meses, están en situación estable desde el punto de vista farmacoterapéutico (sin cambios de tratamientos en los últimos 6 meses) y tienen prescrito, al menos, un tratamiento crónico de dispensación en oficina de farmacia de más de 6 meses, que constituyen parte de los criterios de inclusión en el proyecto.

■ eDRUIDA

eDruida es un proyecto web formativo en farmacología para pacientes y ciudadanos que incluye formación en el ámbito del VIH (36). En este ámbito, se puede localizar numerosas fuentes de información, entre las que podemos destacar las siguientes:

- ▶ gTt-VIH: web con mucha actualidad e información sobre todo lo que rodea el VIH, del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH de la SEFH, con mucha información sobre el VIH para pacientes, formación sobre la enfermedad y los tratamientos, sección de noticias, consejos nutricionales, etc.
- ▶ Mango Health: aplicación para conseguir mejorar la adherencia como si fuera un juego, diseñada para que los pacientes no se olviden de tomar la medicación mediante el envío de notificaciones o alarmas y utilizando estrategias de gamificación.
- ▶ PreParaDXS: aplicación desarrollada por la SEFH y Apoyo Positivo. Su objetivo es mejorar la salud sexual de personas con VIH, aportando información y recursos de interés.

5.5

BIBLIOGRAFIA

1. Morillo Verdugo R, Calleja Hernández M, Robustillo-Cortes M, Poveda-Andrés J. Una nueva definición y reenfoco de la atención Farmacéutica: el documento de Barbate. Farm Hosp. 2020;
2. Contreras Macías E, Morillo Verdugo R, Robustillo Cortes MA, Taberner Bonastre P, Vinuesa Hernando, JM. Guía práctica de atención farmacéutica multidisciplinar y multidimensional al paciente con infección por VIH en tratamiento con fármacos long- acting. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
3. Guía de Telefarmacia para profesionales: Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España. Documentos de apoyo metodológico. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/sefh_vih/guia-pract_VIH.pdf?ts=20221201091642
4. Grupo de estudio del SIDA- Seimc (GeSIDA). Documento de consenso sobre teleconsulta (TC) para personas que viven con infección por VIH (PVVIH). Disponible en: <https://gesida-seimc.org/documento-de-consenso-sobre-teleconsulta-tc-para-personas-que-viven-con-infeccion-por-vih-pvvih/>

5. Modelo de priorización de pacientes en Telefarmacia. Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España. Documentos de apoyo metodológico. Disponible en : https://www.sefh.es/mapex/images/MPriorizacion_TF_VF.pdf
6. Guía de entrevista telemática en atención farmacéutica. Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España. Documentos de apoyo metodológico Disponible en: https://www.sefh.es/mapex/images/Guia-de-entrevista-TF_VF.pdf
7. Cantillana-Suárez MG, Manzano-García M, Robustillo-Cortés MA, Morillo-Verdugo R. Evaluación de la experiencia del paciente VIH+ con la atención farmacéutica basada en la metodología CMO. *Farm Hosp.* 2018;42(5):200-203
8. Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Castro-Iglesias Á, Mena-de-Cea Á, Rodríguez-Osorio I, Pernas-Souto B, et al. Teleconsultation for the Pharmaceutical Care of HIV Outpatients in Receipt of Home Antiretrovirals Delivery: Clinical, Economic, and Patient-Perceived Quality Analysis. *Telemed e-Health.* 2019;25(5):399–406.
9. Martín Conde M. Telefarmacia en el paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. In: *Monografías de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria Innovación en procesos (nº7)*. Barcelona: Bayer Hispania SL; 2017.
10. Morillo-Verdugo R. Atención farmacéutica dual. La gran oportunidad. *Rev. OFIL-ILAPHAR [Internet].* 2022;32(1):7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000100001&lng=es.Epub21-Nov-2022.
11. Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñeiro XM, et al. Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020;44(4):174-181. English. doi: 10.7399/fh.11515.
12. Validación de herramientas tecnológicas. Documentos de apoyo metodológico Disponible en: https://www.sefh.es/mapex/images/Validacion-de-herramientas-TF_VF.pdf
13. Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp.* 2020;44(4):135-140. English. doi: 10.7399/fh.11527.
14. Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp.* 2020 Jul 1;44(4):135-140. English. doi: 10.7399/fh.11527. PMID: 32646343.
15. Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, et al. Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. *Telepharmacy.* *Farm Hosp.* 2020 Jun 13;44(7):61-65. English. doi: 10.7399/fh.11498. PMID: 32533674.
16. Drake AL, Rothschild C, Jiang W, Ronen K, Unger JA. Utility of Short Message Service (SMS) for Remote Data Collection for HIV in Low- and Middle-Income Countries. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(6):654-662. doi: 10.1007/s11904-020-00534-x. Epub 2020 Oct 3.
17. Mukund Bahadur KC, Murray PJ. Cell phone short messaging service (SMS) for HIV/AIDS in South Africa: a literature review. *Stud Health Technol Inform.* 2010;160(Pt 1):530-4.
18. Weber S, Lazar L, McCord A, Romero C, Tan J. Online Navigation for Pre-Exposure Prophylaxis via PleasePrePMe Chat for HIV Prevention: Protocol for a Development and Use Study. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(9):e20187. doi: 10.2196/20187.

AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

19. Maksut JL, Eaton LA, Siembida EJ, Driffin DD, Baldwin R. A Test of Concept Study of At-Home, Self-Administered HIV Testing With Web-Based Peer Counseling Via Video Chat for Men Who Have Sex With Men. *JMIR Public Health Surveill.* 2016;2(2):e170. doi: 10.2196/publichealth.6377.
20. Catalani C, Philbrick W, Fraser H, Mechael P, Israelski DM. mHealth for HIV Treatment & Prevention: A Systematic Review of the Literature. *Open AIDS J.* 2013;7:17-41. doi: 10.2174/1874613620130812003.
21. European Union. European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme Evaluating mHealth technology in HIV to improve Empowerment and healthcare utilisation: Research and innovation to Generate Evidence for personalised care. EmERGE Project. Página web [acceso 26-02-2023]. Disponible en: <https://www.emergeproject.eu/about>
22. Yeh PT, Kennedy CE, Minamitani A, Baggaley R, Shah P, Verster A, et al. Web-Based Service Provision of HIV, Viral Hepatitis, and Sexually Transmitted Infection Prevention, Testing, Linkage, and Treatment for Key Populations: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022;24(12):e40150. doi: 10.2196/40150.
23. Recommendations on digital interventions for health system strengthening. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 Jun 6. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505> [accessed 2022-10-31]
24. Going online to accelerate the impact of HIV programs. FHI360. Washington, DC, USA: FHI360; 2019. URL: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vision-going-online.pdf> [accessed 2022-10-31].
25. Yam EA, Namukonda E, McClair T, Souidi S, Chelwa N, Muntalima N, et al. Developing and Testing a Chatbot to Integrate HIV Education Into Family Planning Clinic Waiting Areas in Lusaka, Zambia. *Glob Health Sci Pract.* 2022;10(5):e2100721. doi: 10.9745/GHSP-D-21-00721.
26. Ministerio de Sanidad. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Quiénes somos. 2021. Accessed July 7, 2021. <https://redets.sanidad.gob.es/conocenos/quienesSomos/home.htm>
27. Unidad de Investigación en Telemedicina y e Salud [Internet]. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <https://www.isciii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/UITES/InvestigacionTelemedicina/Paginas/default.aspx>
28. Pérez Huertas P, Monte Boquet E, Poveda Andrés JL. Aplicaciones de Salud Para Pacientes: Metodología de Evaluación y Validación. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria. Innovación de Procesos (No 7).; 2017.
29. Martín Fernández A, Marco Cuenca G, Salvador Oliván JA. Evaluación y acreditación de las aplicaciones móviles relacionadas con la salud. *Revista Española de Salud Pública.* 2020;94(e):1-11.
30. Godongwana M, Chewparsad J, Lebina L, Golub J, Martinson N, Jarrett BA. Ethical Implications of eHealth Tools for Delivering STI/HIV Laboratory Results and Partner Notifications. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18(3):237-246. doi: 10.1007/s11904-021-00549-y.
31. Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñeiro XM, et al. Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020 Jul 1;44(4):174-181. English. doi: 10.7399/fh.11515. PMID: 32646349.
32. Gárate FJ, Chausa P, Whetham J, Jones CI, García F, Cáceres C, et al, On Behalf Of The EmERGE Consortium. EmERGE mHealth Platform: Implementation and Technical Evaluation of a Digital Supported Pathway of Care for Medically Stable HIV. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3156. doi: 10.3390/ijerph18063156.
33. Naveta. <https://www.costaisa.com/naveta>

34. FARUPEIB. Naveta Project. <https://www.farupeib.com/naveta-project>
35. Morillo-Verdugo R, Morillo-Lisa R, Espolita-Suárez J, Delgado-Sánchez O. Evaluación de la experiencia del paciente con un modelo de atención farmacéutica telemática coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural. Proyecto TELÉMACO. Farm Hosp. 2022;46(Supl 1):S128-33.
36. https://edruida.com/category/herramientas_20/vih/



6

Perspectiva del Clínico

Autor:

José Ramón Blanco Ramos

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital San Pedro (Logroño-La Rioja)

En los últimos años, y como consecuencia de la eficacia de la terapia antirretroviral (TAR) frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), esta infección se ha convertido en una infección crónica (1,2). Como consecuencia, se ha producido un progresivo envejecimiento de las personas que viven con VIH (PVV). Se estima que el 73% de las PVV tendrán ≥ 50 años en 2030 (3). Este envejecimiento se asocia con un mayor número de comorbilidades, en comparación con los de las personas seronegativas de la misma edad (2,4). A este respecto, los modelos predictivos estiman que para 2030 el 84% de las PVV tendrán al menos una comorbilidad (el 28% ≥ 3 comorbilidades) y que el 54% recibirá un medicamento no relacionado con el VIH (el 20% tomará ≥ 3 medicamentos) (3).

Si bien la polifarmacia puede estar justificada en muchos casos, su uso se asocia con diferentes efectos negativos como pueden ser el mayor riesgo de interacciones medicamentosas y de acontecimientos adversos (5, 6), la falta de adherencia al tratamiento (6,7), un mayor riesgo de hospitalizaciones (6,8), de caídas (6,9), y de muerte (6,10). Todo esto hace preciso que una de las prioridades en las PVV sea la optimización de la polifarmacia y el control de la prescripción potencialmente inapropiada (6). Es por esto por lo que algunos autores sugieren que es fundamental preparar a los sistemas sanitarios para hacer frente a la inminente demanda de las PVV que envejecen (11).

La adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) adquiere gran importancia en el éxito inmuno-virológico y el pronóstico de las PVV. Una inadecuada adherencia al TAR supone un grave problema, algo especialmente preocupante a medida que las PVV se hacen mayores (12). En un estudio que evaluó en PVV ≥ 50 años, del programa federal Medicare de los estados Unidos de Norteamérica, el incumplimiento de la adherencia al TAR (proporción de días cubiertos; 80%) fue del 23%. En los modelos ajustados, la única condición geriátrica asociada con la menor adherencia fue el estado de fragilidad. Por el contrario, la menor adherencia fue menor en aquellas personas que recibían polifarmacia (12).

En otro estudio cuyo objetivo fue identificar el número de medicamentos por encima de los cuales las PVV ≥ 50 años tienen menos probabilidades de estar virológicamente suprimidas se describe la menor probabilidad de lograr esta indetectabilidad en las personas que tomaban más de 15 medicamentos (13). En este contexto, la desprescripción (14), entendida como un proceso multidisciplinar, estructurado y dinámico de reevaluación de la terapia prescrita, podría proporcionar una mejora en los resultados en salud de las PVV. Sin embargo, cuando se ha evaluado la actitud de las PVV mayores de 65 años respecto a la desprescripción (15), si bien se observaron actitudes positivas, otras PVV tenían una opinión negativa respecto a la misma por lo que será preciso profundizar en el conocimiento de sus preferencias para establecer estrategias de desprescripción eficaces y exitosas.

Los sistemas de clasificación y estratificación de pacientes tienen múltiples beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales y las organizaciones sanitarias (16). En España se han llevado a cabo diversos estudios basados en el modelo "Capacidad-Motivación-Oportunidad" (CMO) (17-26). Este modelo ha reforzado la necesidad de valorar, de un modo integral, al paciente y sus circunstancias (complejidad, adherencia, polifarmacia, etc.). Así, en un estudio multicéntrico llevado a cabo por Morillo y cols. (25) en PVV ≥ 18 años, los autores observaron que la estrategia CMO, la entrevista motivacional y el uso de nuevas tecnologías tenían un impacto positivo en los resultados de la atención sanitaria de estas personas. Estos mismos autores (18,20,23,24) observan cómo la estrategia CMO contribuye a mejorar, de forma significativa, la adherencia tanto primaria como secundaria a



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

la medicación concomitante y al TAR. Recientemente se han llevado a cabo nuevos estudios que han permitido simplificar y validar, en vida real, 3 niveles de prioridad en la estrategia CMO y que contribuirán a mejorar su utilidad (26).

A juicio de estos investigadores, se hace preciso un nuevo plan de atención multidimensional revisado para las PVV, centrado en la optimización de la atención general del paciente, no limitado únicamente al logro del objetivo de carga viral, sino también en su complejidad farmacoterapéutica y su calidad de vida (21). Este aspecto es especialmente relevante en dos colectivos como son el de las personas de edad más avanzada y el de las mujeres. Así, en las PVV ≥ 65 años, Díaz y cols. (27) analizaron la prevalencia de criterios PIMDINAC (medicación potencialmente inapropiada [PIM], interacciones farmacológicas [DI] y la falta de adherencia al tratamiento concomitante [NAC]) y observaron, en un 65,6% de estas personas una falta de adherencia al tratamiento concomitante, en un 48,9% el uso de medicación potencialmente inadecuada y, en un 25,2% interacciones medicamentosas. El número de fármacos y la polifarmacia se relacionaron con una mayor aparición de criterios PIMDINAC.

En lo que a las mujeres se refiere, un estudio transversal de la cohorte **Women Interagency HIV Study** que evaluó la asociación entre la polifarmacia y la cognición en mujeres mayores (28), la polifarmacia moderada y grave fue del 34% y el 24%, respectivamente. La polifarmacia grave, más allá de las enfermedades para cuyo tratamiento se utilizan estos medicamentos, se asoció de un modo significativo con una peor función ejecutiva y una peor velocidad de procesamiento (28). En un estudio llevado a cabo en PVV ≥ 75 años de la cohorte suiza (29), y cuya mediana de comorbilidades no relacionadas con el VIH fue de 7, la prevalencia de polifarmacia y de prescripción inadecuada fue del 66% y el 67%, respectivamente. Los problemas de prescripción se produjeron, fundamentalmente, con fármacos no relacionados con el VIH (dosificación inadecuada, falta de indicación, etc.). El análisis multivariable señaló que los factores de riesgo fueron, entre otros, la polifarmacia y el sexo femenino.

Otro aspecto relevante, y que en ocasiones puede pasar desapercibido ya que estamos acostumbrados a pensar en la polifarmacia de forma cuantitativa, es el de la complejidad terapéutica. En este sentido, Morillo y cols. (30) abordaron este problema. Tras analizar a más de 1200 PVV, los autores observan que el 67% presentaba comorbilidades y que más de la mitad tenían ≥ 2 comorbilidades, que el 32,4% presentaba polifarmacia y el 5,5% polifarmacia grave (≥ 11 fármacos diferentes). Estos datos reflejan la creciente necesidad de optimizar el tratamiento dado que más allá del número, las pautas de administración, las formas farmacéuticas, etc. contribuyen a dificultar la adherencia al tratamiento. A este respecto, tal y como señalan Manzano y cols et al. (31), la optimización de los tratamientos requiere también del análisis de la complejidad farmacoterapéutica (escalas validadas, autopercepción de las PVV, etc.).

En los últimos años, diferentes sociedades científicas han abordado este problema (14,32). Así, las guías europeas EACS han incluido una de las 10 clases de fármacos a evitar en las PVV de edad avanzada (32). La lista incluye, entre otros, antihistamínicos de primera generación, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, antipsicóticos atípicos y agentes espasmolíticos urológicos.

En España, los farmacéuticos clínicos especializados y los servicios de atención primaria deberían disponer de las herramientas necesarias para desprescribir y eliminar las posibles barreras para su aplicación (falta de tiempo, complejidad del abordaje, etc.). Por el momento, es posible que este abordaje deba llevarse a cabo estratificando algunos grupos de PVV, en concreto, en aquellos con comorbilidades y/o polifarmacia (16, 33). Las nuevas tecnologías pueden aportar un valor añadido, y contribuir a generalizar su uso en la práctica clínica diaria.

La desprescripción en la práctica clínica es relevante por la posibilidad de reducir el riesgo de efectos secundarios y reacciones adversas relacionadas; por ayudar a reducir los costes y a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y, por contribuir a mejorar el control de las enfermedades crónicas y aumentar la calidad de vida de estas

personas. Además, el modelo CMO permite identificar las barreras y los factores que pueden influir en la adopción de un comportamiento saludable. Esto podría permitir diseñar intervenciones más efectivas y aumentar la probabilidad de éxito en la promoción de la salud y el manejo de enfermedades. Todas estas intervenciones requieren de un abordaje multidisciplinar en general y, de la atención farmacéutica individualizada en particular, con especial atención a la perspectiva de género.

En este sentido, la conciliación de la medicación y la revisión periódica de las prescripciones por parte de profesionales experimentados podrían ayudar a reducir la polifarmacia, la complejidad terapéutica y la prescripción inadecuada en esta población. Sin lugar a dudas, estrategias como las que ofrecen el modelo CMO aportarían un valor añadido en el desarrollo del cuarto 95 propuesto por la OMS.

BIBLIOGRAFIA

1. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA*. 2013;309(13):1397-405.
2. Antiretroviral Therapy Cohort C. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e349-e56.
3. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(7):810-8.
4. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2014;59(12):1787-97.
5. Dequito AB, Mol PG, van Doormaal JE, Zaal RJ, van den Bemt PM, Haaijer-Ruskamp FM, et al. Preventable and non-preventable adverse drug events in hospitalized patients: a prospective chart review in the Netherlands. *Drug Saf*. 2011;34(11):1089-100.
6. Edelman EJ, Gordon KS, Glover J, McNicholl IR, Fiellin DA, Justice AC. The next therapeutic challenge in HIV: polypharmacy. *Drugs Aging*. 2013;30(8):613-28.
7. Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(1):26-9.
8. Payne RA, Abel GA, Avery AJ, Mercer SW, Roland MO. Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(6):1073-82.
9. Turner JP, Jansen KM, Shakib S, Singhal N, Prowse R, Bell JS. Polypharmacy cut-points in older people with cancer: how many medications are too many? *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1831-40.
10. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26(12):1039-48.
11. Althoff KN, Stewart CN, Humes E, Zhang J, Gerace L, Boyd CM, et al. The shifting age distribution of people with HIV using antiretroviral therapy in the United States. *Aids*. 2022;36(3):459-71.
12. Olivieri-Mui B, Wilson I, Shi S, Montano M, McCarthy EP, Oh G, et al. Geriatric Conditions Associated with Non-adherence to Antiretroviral Therapy Among Older People with HIV: The Importance of Frailty. *AIDS Patient Care STDS*. 2022;36(6):226-35.
13. Murray MM, Lin J, Buros Stein A, Wilcox ML, Cottreau J, Postelnick M, et al. Relationship of polypharmacy to HIV RNA suppression in people aged ≥ 50 years living with HIV. *HIV Med*. 2021;22(8):742-9.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

14. Desprescripción farmacológica de la terapia no antirretroviral en pacientes con infección por VIH. Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y el Grupo VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/15_DESPRESCRIPCION_FARMACOLOGICA_TERAPIA_NO_ANTIRRETROVIRAL_EN_PACIENTES_CON_INFECCION_POR_VIH.pdf.
15. Serrano Giménez R, Gallardo Anciano J, Robustillo Cortés MA, Blanco Ramos JR, Gutiérrez Pizarra A, Morillo Verdugo R. Beliefs and attitudes about deprescription in older HIV-infected patients: ICARD Project. *Rev Esp Quimioter.* 2021;34(1):18-27.
16. Sistema de estratificación de pacientes con VIH. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wpcontent/uploads/2020/11/InformeHerramientasEstratificacion.pdf>.
17. Morillo Verdugo R, Villarreal Arevalo AL, Alvarez De Sotomayor M, Robustillo Cortes ML. Development of a taxonomy for pharmaceutical interventions in HIV+ patients based on the CMO model. *Farm Hosp.* 2016;40(n06):544-68.
18. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA, Manzano García M, Almeida- González CV. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32(1):40-9.
19. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernandez MA, Robustillo-Cortes MLA, Poveda-Andres JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farm Hosp.* 2020;44(4):158-62.
20. Cantillana-Suárez MG, Robustillo-Cortés MLA, Gutiérrez-Pizarra A, Morillo-Verdugo R. Impact and acceptance of pharmacist-led interventions during HIV care in a third-level hospital in Spain using the Capacity-Motivation-Opportunity pharmaceutical care model: the IRAFE study. *Eur J Hosp Pharm* 2021;28(Suppl 2): e157-e63.
21. Contreras-Macías E, Gutiérrez-Pizarra A, RobustilloCortés MA, Morillo-Verdugo R. High level of medication regimen complexity index correlate with worse quality of life in people living with HIV. *Rev Esp Quimioter.* 2021;34(2):93-9.
22. Guzmán Ramos MI, Manzano Garcia M, Robustillo-Cortés MA, Gutiérrez Pizarra A, Morillo-Verdugo R. Influence of CMO pharmaceutical care model- based intervention on readmission rate in high risk HIV patients: the INFARDAR study. *Rev Esp Quimioter.* 2021;34(5):459-67.
23. Morillo-Verdugo R, Velez-Diaz-Pallares M, Fernandez-Pacheco Garcia- Valdecasas M, Fernandez-Espinola S, Sanchez-Rubio Ferrandez J, Navarro- Ruiz A. Application of the CMO methodology to the improvement of primary adherence to concomitant medication in people living with-HIV. The PRICMO Project. *Farm Hosp.* 2021;45(5):247-52.
24. Morillo-Verdugo R, Lazaro-Lopez A, Alonso-Grandes E, Martin-Conde MT, Diaz-Ruiz P, Molina-Cuadrado E, et al. Patient Experience Evaluation of the CMO-Based Pharmaceutical Care Model vs Usual Care in People Living with HIV. *J Multidiscip Healthc.* 2022;15:2991-3003.
25. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortes MLA, Navarro-Ruiz A, Sánchez- Rubio Ferrandez J, Fernández Espínola S, Fernández-Pacheco García- Valdecasas M, et al. Clinical Impact of the Capacity-Motivation-Opportunity Pharmacist-Led Intervention in People Living with HIV in Spain, 2019-2020. *J Multidiscip Healthc.* 2022;15:1203-11.
26. Morillo-Verdugo R, Aguilar Pérez T, Gimeno-Gracia M, Rodríguez- González C, Robustillo-Cortes MLA. Simplification and Multidimensional Adaptation of the Stratification Tool for Pharmaceutical Care in People Living With HIV. *Ann Pharmacother.* 2023;57(2):163-74.

27. Díaz-Acedo R, Soriano-Martinez M, Gutiérrez-Pizarra A, Fernandez- Gonzalez-Caballos JA, Raya-Siles M, Morillo-Verdugo R. Prevalence of PIMDINAC criteria and associated factors in elderly HIV patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2022;40(5):258-61.
28. Rubin LH, Neijna AG, Shi Q, Hoover DR, Tamraz B, Anastos K, et al. Degree of Polypharmacy and Cognitive Function in Older Women with HIV. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2022;38(7):571-9.
29. Livio F, Deutschmann E, Moffa G, Rrustemi F, Stader F, Elzi L, et al. Analysis of inappropriate prescribing in elderly patients of the Swiss HIV Cohort Study reveals gender inequity. *J Antimicrob Chemother*. 2021;76(3):758-64.
30. Morillo-Verdugo R, Sanchez-Rubio-Ferrandez J, Gimeno-Gracia M, Robustillo-Cortes MLA, Almeida-Gonzalez CV, group Ps. Prevalence of polypharmacy and associated factors among patients living with HIV infection in Spain: The POINT study. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2022;40(1):7-13.
31. Manzano-Garcia M, Serrano-Gimenez R, Robustillo-Cortes MLA, Morillo- Verdugo R. Concordance between pharmacotherapeutic complexity calculated and perceived by HIV+ patients with antiretroviral treatment. *Farm Hosp*. 2019;43(1):31-5.
32. Selected Top 10 Drug Classes To Avoid in Older Persons with HIV. EACS Guidelines 2022. Disponible en: https://www.eacsociety.org/media/guidelines-11.1_1_final_09-10.pdf.
33. Morillo-Verdugo R, Martinez-Sesmero JM, Lazaro-Lopez A, Sanchez- Rubio J, Navarro-Aznarez H, DeMiguel-Cascon M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp*. 2017;41(3):346-56.



7

Perspectiva del paciente

Autor:

Jorge Garrido Fuentes

Responsable de la ONG "Apoyo Positivo"

La realidad de las personas con VIH ha cambiado radicalmente en los más de 40 años que nuestro sistema de salud lleva dándole respuesta.

Los primeros años de la pandemia, mostraron, no sólo la dureza de una enfermedad sin opción biomédica para su control, sino el cúmulo de una discriminación irracional que cargó contra las personas afectadas y sus allegados. Una discriminación que afectó la manera de abordar el VIH y sus procesos asistenciales, y dejó un reguero de malas praxis, de tratos vejatorios y de un estigma que aún hoy, cuarenta años después, perdura en alguno de los espacios, y profesionales sociosanitarios a los que se expone la persona con el virus.

Sin embargo, la respuesta al VIH en estos años se ha caracterizado por la implicación de la persona, de la comunidad afectada, precisamente en el desarrollo de un modelo asistencial diferente, y adaptado a las necesidades específicas de esta infección y de su realidad biopsicosocial.

Cuando no existían fármacos, esta comunidad se implicó para fomentar su estudio y los ensayos necesarios; cuando estos fármacos empezaban, para que se mejorara su toxicidad, su tolerabilidad y uso, y así, hasta llegar al momento actual, en el que las personas con VIH tienen a su disposición un "pipeline" de diferentes tratamientos antirretrovirales de gran eficacia (TARGA), que permiten el control virológico en la mayoría de las personas, y con él, hacer del VIH una infección crónica.

La introducción del TAR en estos últimos 20 años ha permitido un cambio de paradigma en el modelo de atención al VIH, pasando del binomio CD4-carga viral, al actual indetectabilidad-calidad de vida.

Una vez que el tratamiento consigue ese control virológico, por debajo de 40 copias del virus en sangre, permite que este esté latente, inactivo, afectando mucho menos al organismo y al sistema inmunitario de la persona afectada y, además, otro grandísimo avance científico: que no se transmita a terceras personas.

De este modo, un diagnóstico que antes suponía una complicación médica grave en un corto espacio de tiempo, o la muerte, ha pasado a ser una enfermedad crónica, con las implicaciones que cualquier otro proceso clínico crónico tiene (comorbilidades, efectos secundarios, manejo y adherencia terapéutica...), pero con la excepcionalidad del VIH (salud mental y estigma).

7.1

UN MODELO DE CRÓNICOS PARA EL VIH

De aprender a morir había que empezar a aprender a vivir, a largo plazo, poco a poco, con una esperanza de vida mayor, que hoy se asemeja a la de las personas sin VIH y, esto, fue requiriendo de nuevas perspectivas y aproximaciones clínicas, y psicosociales, más allá del fármaco y su adherencia.

Comenzó a hacerse cada vez más importante y prioritaria la calidad de vida de las personas con VIH, sus procesos paralelos al virus, otras patologías, comorbilidades, interacciones con otros fármacos, con otras sustancias, con el estilo de vida de muchas de las personas, etc., por lo que el control de la medicación, tanto biomédicamente para las personas con VIH como preventivamente, ha seguido siendo un eje, pero también una



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

excusa, para poder abordar muchos otros aspectos esenciales de la persona, para una vivencia de su condición clínica de forma saludable, no sólo física, sino emocional y socialmente.

Con la observación de todos estos aspectos y la continua mejora de ese TARGA, parece que hemos llegado al momento en el que la prioridad de atención en las personas con VIH se centra en su calidad de vida y su salud emocional.

Los estudios científicos más recientes establecen además que la mayor comorbilidad en personas con VIH es la salud mental. Los síntomas como ansiedad, depresión, tristeza, alteración del sueño, soledad, son los más frecuentes en el mayor número de personas, de diferentes perfiles, con VIH.

Esto nos indica algo muy claro, cuando la urgencia no es morir, la urgencia es vivir, pero vivir sin estar en silencio, sin miedo al estigma, sin sentirse constantemente avergonzada como persona.

SESIDA y GeSIDA presentaron en el 2022 varios estudios en los que recogían además una variable muy importante, la percepción del dolor e impacto de los síntomas en personas con VIH y profesionales especialistas en el virus. Según estas investigaciones existe una diferencia de percepción bastante grande, y dispar, entre lo que piensan los clínicos sobre los síntomas que tiene una persona con VIH, y la percepción y sensación de cómo los vive la propia persona, especialmente los que tienen que ver con la salud mental.

De este modo, en la formulación de un modelo de crónicos para el VIH, se debe tener en cuenta esta excepcionalidad, por encima de síntomas clínicos, por encima de fragilidad, envejecimiento con el virus, lo importante y crucial de abordar, es un modelo que ponga a la persona, y a sus necesidades y peculiaridades biopsicosociales, en el centro, para ofrecerle una atención personalizada, libre de estigmas y ajustada en competencias y profesionales.

7.2

MODELO CMO EN FARMACIA HOSPITALARIA COMO GARANTE DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON VIH

El modelo CMO de farmacia hospitalaria nace precisamente de la interacción histórica y continua de este servicio con las personas con VIH. De la red global de respuesta al virus, probablemente la farmacia hospitalaria sea una de las que mayor relación directa con las personas con VIH tenga, y uno de los servicios clave para el mantenimiento de un manejo crónico óptimo y de los hábitos saludables necesarios.

En este modelo, que incluye los ejes de CAPACIDAD, MOTIVACIÓN y OPORTUNIDAD, se tienen en cuenta aspectos que otros espacios de respuesta al VIH y a la persona afectada, estamos comenzando a implementar como prioridades:

- ▶ La estratificación de pacientes, que permite tener en cuenta las diferentes situaciones y realidades de las personas con VIH: no es lo mismo una persona migrante sin acceso sanitario que un joven autóctono con recursos y sin impacto del estigma, que una mujer trans que consume drogas. Desde GESIDA igualmente se está desarrollando junto con otras sociedades científicas y la comunidad, una estratificación necesaria para la atención óptima a la persona con VIH. Modelos paralelos que quizá haya que conjugar y coordinar para que el abordaje global, y multidisciplinar y céntrico, sea el más adecuado a las necesidades de la persona y ajustado entre todos los agentes de respuesta.



- ▶ Situar a la persona en el centro y motivada, participativa, “experta” en su patología, como la principal conocedora de su propia realidad y como la mejor guía para coordinar las intervenciones y prestaciones a su alrededor. Los demás debemos actuar entorno a su percepción y necesidades, y mantenerla motivada y enfocada en el abordaje responsable y saludable de la misma,
- ▶ Usar los fármacos, la PrEP, la PEP, etc., y la innovación, no sólo biomédica, sino tecnológica, como una oportunidad para intervenir y alcanzar objetivos más holísticos, más allá del tratamiento, en la salud de la persona y en su calidad de vida, y en el impacto que esa patología, o en este caso el VIH, pueda tener por su discriminación o estigma.

La farmacia hospitalaria siempre ha sido pionera en esta visión global y adecuada hacia el VIH. Siempre ha actuado como el compañero silente y preparado para la ayuda casi inmediata de tantas y tantas PVV.

De nuevo, vuelve a serlo, e innova, para mejorar nuestra calidad de vida y nuestra salud mental con un modelo centrado y cercano a la persona que hace que el viaje al lado del fármaco sea una oportunidad para un manejo saludable de la cronicidad, del VIH y de cualquier otra circunstancia biopsicosocial que viva la persona.



8

Resumen de los estudios publicados

Actualización Mayo-2023

Autor:

Enrique Contreras Macías

Servicio de Farmacia. Hospital Infanta Elena (Huelva)

Desde su desarrollo a principios del 2016 hasta la actualidad han sido muchos los proyectos de investigación que, en el manejo del paciente con infección por VIH, han demostrado la utilidad de la metodología CMO para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida en estos pacientes. A continuación, se destacan los más importantes.

El estudio MAS-VIH (1) ha sido el único estudio que ha comparado directamente el modelo tradicional frente al modelo CMO de AF, evaluando la experiencia de los pacientes con infección por VIH. El mismo se desarrolló en un estudio nacional multicéntrico en 14 centros españoles entre 2019-2021 con seguimiento de 24 semanas con el objetivo de evaluar la experiencia del paciente medida mediante el cuestionario IEXPAC, resultados clínicos, como dislipidemias, diabetes e hipertensión, adherencia a la medicación, control virológico y la satisfacción del paciente respecto a su atención. Los resultados del estudio, con diferencias significativas en las variables principales y secundarias, confirmaron la necesidad de evolucionar del modelo de atención farmacéutica tradicional hacia el modelo CMO al mostrar mejora general en la experiencia del paciente en la vida real, la satisfacción y la adherencia al tratamiento.

El impacto clínico del modelo CMO en pacientes con infección por VIH se demostró en un estudio multicéntrico llevado a cabo entre 2019-2020 con 6 meses de seguimiento con el objetivo de determinar diferencias en resultados clínicos, como dislipidemia, hipertensión arterial o diabetes, y la variación en la medida de activación del paciente tanto de forma previa como posterior a la intervención mediante la herramienta PAM. El perfil del paciente incluido corresponde al que nos encontramos en la actualidad, mayoritariamente pacientes mayores de 50 años con medicación concomitante para las comorbilidades asociadas con la edad. Tras el periodo seguimiento, se demostró cómo la implementación de un seguimiento de atención farmacéutica siguiendo el modelo CMO mejoró los resultados en salud tanto aspectos puramente clínicos como el perfil lipídico o las cifras de presión arterial, como la activación del paciente que se vio aumentada superando el 75% de la población incluida (2).

Los aspectos clínicos son relevantes dado que el perfil del paciente VIH actual ha cambiado ya que, gracias a las mejoras en la medicación antirretroviral, la esperanza de vida de los pacientes se ha visto aumentada. Esto ha hecho que nos encontremos ante un perfil de paciente más envejecido que tiene como consecuencia de ello la aparición de comorbilidades relacionadas con la edad. Es conocido que el principal patrón de comorbilidad en los pacientes con esta infección es la cardiovascular. Por ello, la atención farmacéutica debe incluir intervenciones y estrategias orientadas a una reducción del riesgo cardiovascular, como mostró el estudio INFAMERICA (3). Se trató de un proyecto multicéntrico, aleatorizado y prospectivo de intervención estructurada en salud con 12 meses de seguimiento con el objetivo de comparar la efectividad de un programa de seguimiento e intervenciones mediante el modelo de atención farmacéutico CMO frente al modelo tradicional en pacientes con infección por VIH con riesgo cardiovascular moderado/alto. Los resultados ratifican los beneficios que supone la aplicación del modelo CMO, donde el 20,7% de los pacientes redujeron su puntuación de Framingham de alto/muy alto a moderado/bajo frente al 12,5% del grupo control. Además, se pone de manifiesto la utilidad de la entrevista motivacional consiguiendo un abandono del hábito tabáquico en el 37,9% de los pacientes.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

La activación del paciente es esencial como centro de la atención ya que es participe en la toma de decisiones clínicas y un manejo/control propio de su salud y patología. Sin embargo, no debemos confundir el concepto de activación con la participación del paciente. En esta línea de trabajo, se desarrolló un estudio para evaluar la influencia de la intervención farmacéutica basada en el modelo CMO para mejorar la activación en pacientes con VIH (4). En este estudio se incluyeron más de 100 pacientes, de los cuales más de la mitad además de la medicación antirretroviral presentaban medicación concomitante crónica. Al finalizar el seguimiento se produjo un incremento en el número de pacientes que alcanzaron el mayor nivel de activación, aumentando del 28,1% al 68,3%. Sin embargo, lo más interesante del estudio es que la relación entre este incremento en la activación de los pacientes y el nivel de estratificación que se presenta en mayores incrementos en pacientes con bajo nivel de necesidad, alcanzando casi el 75%.

La adherencia a la medicación antirretroviral es un pilar básico tanto en el control de la infección como en evitar el desarrollo de resistencias. El proyecto PRICMO (5) determinó la eficacia de intervenciones siguiendo el modelo de atención farmacéutica CMO en la mejora de la adherencia. Se incluyeron pacientes con infección por VIH que se encontraban con TAR activo y presentaran medicación concomitante que fueron seguidos durante 6 meses. La medida de la adherencia se realizó tanto por registros de dispensación como por cuestionarios específicos validados, considerando al paciente adherente si era confirmado por ambos métodos. Los resultados del estudio muestran cómo el porcentaje de pacientes considerados no adherentes primarios se redujo del 52,5 % al inicio y al 4,9 % al final del estudio. Además, se produjo una mejora en la adherencia secundaria tanto en la medicación antirretroviral como a la medicación concomitante.

Otro estudio que muestra la importancia del papel del farmacéutico desarrollando la actividad de atención farmacéutica siguiendo el modelo CMO para identificar a pacientes en alto riesgo permitiendo un seguimiento más estrecho y un óptimo control inmunoviológico de la infección, fue el estudio IRAFE (6). Otro dato relevante es la alta tasa de aceptación de las intervenciones farmacéuticas por parte de los médicos, lo que demuestra la importancia de una atención multidisciplinar con todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes con infección por VIH.

Finalmente, no debemos olvidar el cambio en el perfil del paciente con infección por VIH que cada vez lleva asociado un mayor número de fármacos concomitantes, encontrando cada vez más pacientes polimedcados. Ya hay estudios que muestran cómo la polifarmacia en estos pacientes incrementa el riesgo de ingreso hospitalario y, consecuencia de ello, son resultados en salud negativos para el paciente (7,8). Siguiendo la línea del estudio anterior para identificar a los pacientes de mayor riesgo, se desarrolló el estudio INFARDAR (9) con el objetivo de determinar la eficacia de una atención farmacéutica basada en el modelo CMO para reducir la tasa de reingreso en pacientes con VIH de alto riesgo. Se trata de un estudio donde tras el alta de los pacientes se clasificaron según el riesgo de reingreso identificando a aquellos con alto riesgo mediante la herramienta publicada por Montes-Escalante IM et al. (10) que se trata de un modelo matemático para predecir el riesgo de reingreso en 1 año para pacientes con infección por VIH. Los pacientes incluidos se aleatorizaron a recibir una atención farmacéutica acorde al modelo tradicional o basada en el modelo CMO. Finalmente, se encontró que el 21,4% de los pacientes seguidos mediante metodología CMO reingresaron en el primer año tras el alta frente al 66,7% del grupo tradicional.

Esta AF individualizada y centrada en el paciente basada en la estratificación, entrevista motivacional y el empleo de las nuevas tecnologías tienen una influencia positiva en la consecución de resultados en salud clínicos y más allá de estos, como la satisfacción o la experiencia del paciente con su atención, que supera al modelo tradicional. Por tanto, todos estos estudios refrendan la necesidad de dejar atrás el modelo tradicional para adoptar una AF

basada en el modelo CMO que nos permite vincularnos con el paciente y/o cuidador, así como con el resto de profesionales sanitarios para atender al paciente según sus necesidades, planteando aquellas estrategias que nos permitan alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, siempre con el fin último de mejorar los resultados en salud (11).

BIBLIOGRAFIA

1. Morillo-Verdugo R, Lazaro-Lopez A, Alonso-Grandes E, Martin-Conde MT, Diaz-Ruiz P, Molina-Cuadrado E, Huertas-Fernandez MJ, Navarro-Aznavar H, Areas Del Aguila V, Gimeno-Gracia M, Margusino-Framiñán L, Martínez-Sesmero JM. Patient Experience Evaluation of the CMO-Based Pharmaceutical Care Model vs Usual Care in People Living with HIV. *J Multidiscip Healthc.* 2022 Dec 29;15:2991-3003. doi: 10.2147/JMDH.S392398. PMID: 36601427; PMCID: PMC9807066.
2. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortes MLA, Navarro-Ruiz A, Sánchez-Rubio Ferrandez J, Fernández Espínola S, Fernández-Pacheco García-Valdecasas M, Vélez-Díaz-Pallares M. Clinical Impact of the Capacity-Motivation-Opportunity Pharmacist-Led Intervention in People Living with HIV in Spain, 2019-2020. *J Multidiscip Healthc.* 2022 May 24;15:1203-1211. doi: 10.2147/JMDH.S361305. PMID: 35637720; PMCID: PMC9147399.
3. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MLA, Martín-Conde MT, Callejón-Callejón G, Cid-Silva P, Moriel-Sánchez C, Tortajada-Goitia B, Almeida-González CV. Effect of a Structured Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care on Cardiovascular Risk in HIV Patients on Antiretroviral Therapy: INFAMERICA Study. *Ann Pharmacother.* 2018 Nov;52(11):1098-1108. doi: 10.1177/1060028018778045. Epub 2018 May 29. PMID: 29808711.
4. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA, Manzano García M, Almeida-González CV. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. *Rev Esp Quimioter.* 2019 Feb;32(1):40-49. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30569694; PMCID: PMC6372956.
5. Morillo-Verdugo R, Vélez-Díaz-Pallarés M, Fernández-Pacheco García-Valdecasas M, Fernández-Espínola S, Sánchez-Rubio Ferrández J, Navarro-Ruiz A. Application of the CMO methodology to the improvement of primary adherence to concomitant medication in people living with-HIV. The PRICMO Project. *Farm Hosp.* 2021 Jul 7;45(5):247-252. English. PMID: 34806584.
6. Cantillana-Suárez MG, Robustillo-Cortés MLA, Gutiérrez-Pizarraya A, Morillo-Verdugo R. Impact and acceptance of pharmacist-led interventions during HIV care in a third-level hospital in Spain using the Capacity-Motivation-Opportunity pharmaceutical care model: the IRAFE study. *Eur J Hosp Pharm.* 2021 Nov;28(Suppl 2):e157-e163. doi: 10.1136/ejhpharm-2020-002330. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33627478; PMCID: PMC8640429.
7. Guaraldi, G., Malagoli, A., Calcagno, A. et al. The increasing burden and complexity of multi-morbidity and polypharmacy in geriatric HIV patients: a cross sectional study of people aged 65 – 74 years and more than 75 years. *BMC Geriatr* 18, 99 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0789-0>
8. Parent S, Barrios R, Nosyk B, et al. Impact of patient-provider attachment on hospital readmissions among people living with HIV: a population-based study . *J Acquir Immune Defic Syndr* . 2018;79(5):551-55.
9. Guzmán Ramos MI, Manzano Garcia M, Robustillo-Cortés MA, Gutiérrez Pizarraya A, Morillo-Verdugo R. Influence of CMO pharmaceutical care model-based intervention on readmission rate in high risk HIV patients: the INFARDAR study. *Rev Esp Quimioter.* 2021 Oct;34(5):459-467. doi: 10.37201/req/025.2021. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34231351; PMCID: PMC8638845.

AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

10. Montes-Escalante I, Monje-Agudo P, Calvo-Cidoncha E, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo R. Design and validation of a predictive model for 1-year hospital admission in HIV patients on antiretroviral treatment. *Eur J Hosp Pharm.* 2016;23(4):224–227. DOI: 10.1136/ejhpharm-2015-000788.
11. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, Robustillo-Cortés MLA, Poveda-Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farm Hosp.* 2020 Jul 1;44(4):158-162. English. doi: 10.7399/fh.11389. PMID: 32646347.



9

**Casos
clínicos**



CASO 1

Pilar Taberner Bonastre

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida)

Oihana Mora Atorrasagasti

Servicio de Farmacia. Hospital Galdakao-Usansolo (Galdakao)

José Manuel Vinuesa Hernando

Servicio de Farmacia. Hospital Lozano Blesa (Zaragoza)

ANTECEDENTES

Alberto es un paciente de 45 años diagnosticado en el año 2013 de VIH categoría A2. Buen control viroinmuno-lógico y excelente adherencia al tratamiento antirretroviral. No fuma, no bebe alcohol ni consume drogas recreativas. Adecuado apoyo familiar y capacidad socio-económica. Ejercicio físico regular. Alto estrés laboral y cifras de tensión elevada siendo diagnosticado de (HTA). En tratamiento con Dolutegravir+Emtricitabina/Tenofovir 1 comp de cada fármaco diario, Ramipril 5mg/24h y Lorazepam 1mg/24h. medio comprimido si precisa. Recientemente ha consultado con su médico de atención primaria (MAP) por lumbociatalgia de 2 semanas de evolución, pautándole dexketoprofeno cada 8 horas. El paciente ha presentado mejoría de los síntomas. Adherencia irregular a la medicación concomitante con cifras de tensión oscilantes.

El paciente acude a la consulta de AF y seguimiento farmacoterapéutico. Detectamos en la analítica un valor elevado de Creatinina (ClCr: 59 ml/min) teniendo previamente valores superiores a 80 ml/min.

RESOLUCIÓN

CAPACIDAD

Paciente previamente estratificado, con puntuación correspondiente a nivel de estratificación 3. Según el MODELO DE SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES VIH+ simplificado de la SEFH (1), este paciente tendría una puntuación de 5, ya que solo presenta como variables puntuadas la falta de adherencia a la medicación concomitante, falta de calidad de vida en relación con estrés laboral y la no consecución de los objetivos en relación a su farmacoterapia, en este caso, no tiene un buen control de la tensión. En la tabla 1 se recogen las variables que incluye el modelo y la puntuación de este paciente en concreto.

Sus condiciones clínicas actuales no han cambiado el nivel de estratificación. Revisamos el tratamiento y detectamos la nueva prescripción de dexketoprofeno. Este fármaco puede alterar la función renal, especialmente en presencia de otros fármacos como IECAS o diuréticos. Además, el paciente está en tratamiento con tenofovir disoproxilo, que también se asocia con alteraciones a nivel renal. Preguntamos al paciente por si toma otra medicación OTC, productos de herboristería o suplementos y nos indica que desde hace unos meses toma suplementos hiperproteicos para mejorar la ganancia de músculo en el gimnasio que le recomendó un amigo.

Tras comentar el caso vía telefónica con su especialista de referencia en enfermedades infecciosas, se acuerdan

las siguientes actuaciones que quedan registradas en la historia clínica:

- ▶ Se indica al paciente que intente no tomar dieta o suplementos hiperproteicos, ya que pueden afectar de forma negativa a la función renal. Con una alimentación equilibrada y saludable conseguirá un buen rendimiento muscular. En próximas ocasiones, llamará o escribirá email para preguntar si puede tomar cualquier medicamento o producto.
- ▶ Se sustituye el dexketoprofeno por paracetamol y se aconseja al paciente acudir a fisioterapia para mejora de las molestias lumbares.
- ▶ En próxima consulta, si la carga viral continúa indetectable se simplificará el tratamiento antirretroviral a dolutegravir/lamivudina para evitar la posible nefrotoxicidad de tenofovir disoproxilol.
- ▶ Explicamos otras opciones como un cambio a tratamiento long-acting bimensual, aunque el paciente por el momento no lo contempla debido a la periodicidad de asistencia al centro hospitalaria bimensual.

MOTIVACIÓN

El paciente se encuentra nervioso ante los hallazgos de la analítica y los desajustes en la tensión arterial. Además, tiene cierto temor al cambio de tratamiento ya que está muy controlado con el actual.

Explicamos que la alteración renal es algo reversible y los principales fármacos que pueden estar relacionados con ella, respondiendo dudas y tranquilizando al paciente.

Al expresar su preocupación por la falta de control de la tensión arterial y el estrés laboral, valoramos positivamente el buen control que hace del VIH e indagamos en las posibles causas para la falta de adherencia al tratamiento de la tensión. El paciente nos indica que no lo tiene tan integrado en sus rutinas porque le indicaron que la tomara en el desayuno y suele desayunar en el trabajo o con algún cliente por lo que es frecuente que se le olvide llevarse la medicación o no le parece adecuado delante de los clientes. Acordamos que puede tomarla a otra hora del día, bien al levantarse o en la cena con el tratamiento antirretroviral.

Finalmente, resolvemos las dudas sobre el posible cambio en el futuro del TAR, indicando que son fármacos muy eficaces y seguros y que estamos simplificando el tratamiento eliminando un fármaco que le está aportando toxicidad.

OPORTUNIDAD

El paciente es trabajador en activo y nos comenta la dificultad para acudir a la consulta en el Hospital. Se explica la opción seguimiento telemático y envío a domicilio de la medicación según está establecido en nuestra área sanitaria. Se le explica el funcionamiento del programa, con sus derechos y también compromisos para el correcto seguimiento farmacoterapéutico. Se estratifica al paciente según el modelo de telefarmacia obteniendo la siguiente puntuación (Figura 1). El paciente cumple todos los criterios de inclusión y presenta problemas de conciliación laboral (3 puntos) y de acceso desde su centro de trabajo (3 puntos), pero dispone de vehículo propio. Es adherente a la medicación y es cumplidor con las citas a pesar de las dificultades (3 puntos). Por el momento no es un paciente prioritario, se le explica al paciente los criterios de selección y este acepta quedar en lista de espera. Así mismo, si alguna de sus circunstancias cambia, nos lo comunicará para volver a evaluar su caso. Ofrecemos visitas en horario de tarde y seguimiento complementario a través de email que es la vía más cómoda para el paciente.

AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Acordamos envío semestral de cuestionario de calidad de vida EQ-5D y cuestionario IEXPAC para valorar la experiencia del paciente previo a las visitas de AF.

SITUACIÓN DEL PACIENTE			
Paciente (Código)	1	Programa de dispensación	
Puntuación total del paciente	9	Inclusión en el programa	SI
Nivel de priorización	Nivel 3	Continuidad en el programa	NO
		Puntuación	9
		Programa de seguimiento farmaco-terapéutico	
		Inclusión en el programa	SI
		Continuidad en el programa	NO
		Puntuación	9

Próximamente nuestro centro participará en un proyecto de investigación de atención dual a pacientes VIH través de la herramienta TELEMACO (Figura 2), que permitirá el seguimiento farmacoterapéutico a través de dicha herramienta, incluyendo la recogida de PROMs y PREMs y el envío de medicación al domicilio del paciente.

Reflejamos en la historia clínica la puntuación del sistema de estratificación de la telefarmacia y la voluntad del paciente en participar en estudio de atención dual cuando esté disponible.

Para fomentar la adherencia a la medicación concomitante entregamos información de la app corporativa del SAS RecuerdaMed, que permite incorporar calendarios y alarmas para la toma de medicación.

CASO 2

María José Company Albir

Hospital General Universitario de Castellón (Valencia)

Enrique Contreras Macías

Servicio de Farmacia. Hospital Infanta Elena (Huelva)

Manuel Vélez Díaz-Pallarés

Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

María Ángeles Parro Martín

Servicio de Farmacia. Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

ANTECEDENTES

Paciente varón de 41 años diagnosticado de infección por VIH hace 5 años y desde entonces en tratamiento con abacavir/lamivudina/dolutegravir (HLA-B*5701 negativo). La última analítica muestra carga viral indetectable y niveles de linfocitos CD4+ de 1500 células/μ. Buen nivel sociocultural y económico. Fumador de 8-10 cigarrillos al día. No consume alcohol ni otras drogas. Cifras tensionales y parámetros lipídicos normales.

En seguimiento por psiquiatría por trastorno ansioso en tratamiento con lorazepam, olanzapina y zolpidem.

Acude a la Unidad de AF a Pacientes Externos a recoger su medicación habitual y consulta la posibilidad de tomar algún complejo multivitamínico y esencia de amapola por falta de apetito y mayor sensación de cansancio e insomnio. Refiere presentar problemas de insomnio, consiguiendo dormir unas 3 horas al día.

RESOLUCIÓN

CAPACIDAD

Aunque no se trata de un inicio de tratamiento, dadas las características del paciente y la consulta realizada se revisa en profundidad la historia clínica del paciente y el historial farmacoterapéutico, considerando alergias, intolerancias, últimos episodios registrados, tanto médicos como en la consulta de AF. Según los evolutivos de psiquiatría cumple con el plan terapéutico y el seguimiento establecido para la ansiedad. Se realiza la entrevista clínica para confirmar los datos obtenidos y obtener el resto de información necesaria.

Tras la obtención de datos se realiza la estratificación del paciente utilizando el Modelo simplificado de Selección y AF de Pacientes VIH. En la dimensión demográfica, clínica, de utilización de servicios sanitarios, neurocognitiva-sensorial y socioeconómica el paciente puntúa 0. Respecto a la dimensión farmacoterapéutica puntúa 6 debido a la polifarmacia (3) y a la falta de adherencia (3) ya que, aunque según el registro de dispensaciones ha acudido a todas las citas, el cuestionario SMAQ lo clasifica como no adherente ya que refiere no haber tomado el TAR en alguna ocasión (más de dos veces desde la última dispensación de medicación) por si era lo que le causaba insomnio. Respecto a la medicación concomitante el paciente se clasifica como adherente.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

En la dimensión psicosocial puntúa 3 debido al impacto que el insomnio tiene en la calidad de vida del paciente y la frustración y ansiedad que refiere. En la dimensión fragilidad puntúa 2 debido al riesgo que supone un insomnio como el del paciente para el estado de salud. En la dimensión resultados en salud puntúa 2 debido a que pese a estar en tratamiento farmacológico (zolpidem antes de acostarse) el insomnio persiste. La puntuación total es de 13, por tanto, se estratifica como paciente con prioridad 2.

Durante la entrevista con el paciente se obtiene información acerca de los hábitos del paciente que refiere consumir elevadas cantidades (1,5-2 litros al día) de bebidas energéticas y con cafeína.

MOTIVACIÓN

Tras la revisión de la historia clínica y farmacoterapéutica planteamos junto al paciente los objetivos a corto y medio plazo.

Explicamos que, aunque el insomnio está recogido como efecto adverso de su tratamiento TAR, existen otras posibles causas como el aumento de la ingesta de bebidas con cafeína.

Durante la consulta se detecta un problema de astenia y anorexia. El paciente refiere reducción del apetito y que cuando se siente más "flojo" se toma una bebida energética o bebidas con cafeína. Además, se identifica una necesidad específica de información sobre el uso de terapias alternativas para el insomnio y la astenia.

Así pues, durante la entrevista motivacional se establecen con el paciente dos objetivos a corto plazo:

- ▶ Reducir la ingesta de bebidas energéticas o con cafeína, evitando que se ingieran a partir de las 18h de la tarde.
- ▶ Aumentar la ingesta de alimentos, comiendo pequeñas cantidades a lo largo de todo el día. Se dan recomendaciones para tomar de forma preferente alimentos de mayor contenido calórico-proteico priorizando los de mayor apetencia para el paciente. Recomendamos registrar de forma semanal el peso corporal para monitorizar la pérdida/ ganancia de peso y derivar al especialista en caso de detectar algún signo de alerta.

Acordamos revisar la información disponible y realizar una consulta telefónica en 15 días para realizar seguimiento y proporcionarle la información obtenida.

En la siguiente consulta telefónica el paciente refiere haber reducido la ingesta de bebidas con cafeína (toma 1-2 latas al día) e informa de una mejoría en las horas de sueño (duerme aproximadamente 5h). Reforzamos los aspectos positivos de los cambios en los hábitos alimentarios.

Proporcionamos la información recogida sobre el uso de multivitamínicos y esencia de amapola (**Papaver rhoeas**). Respecto al extracto de amapola, no se han encontrado posibles interacciones con el TAR (fuentes consultadas Drugs.com, hiv-druginteractions.org y Esteban et al. Fitoterapia e infección por VIH. Interacciones entre fármacos antirretrovirales y plantas medicinales), pero sí se ha obtenido información sobre un aumento del riesgo de convulsiones, reacción adversa también asociada al tratamiento para la ansiedad del paciente. Se habla extensamente sobre los beneficios y los riesgos y acordamos no iniciar terapia alternativa, manteniendo el plan de reducción en la ingesta de cafeína.

Respecto al empleo de multivitamínico, indicamos que no hay interacciones con el TAR, pudiéndose iniciar algún complejo vitamínico que no contenga ginseng ni cafeína hasta alcanzar una ingesta apropiada en la dieta. En el caso que el multivitamínico contenga suplementos de calcio o hierro se debe espaciar la administración al menos

2 horas después del TAR o 6 horas antes del mismo. Reforzamos los beneficios de una dieta equilibrada y adecuada.

Por último, reforzamos la adherencia con el paciente, destacando la importancia de tomar de forma correcta toda la medicación, tanto el TAR como el resto de medicación.

Como objetivos a medio-largo plazo se acuerdan con el paciente:

- ▶ Mantener la reducción de la ingesta de cafeína y mejorar la ingesta.
- ▶ Reducir el consumo de tabaco hasta poder abandonar el hábito tabáquico. Se profundiza en los aspectos negativos que el paciente asocia al tabaco y se aborda la necesidad de abandonar el tabaco planteándole los múltiples beneficios que le aportará. Se acuerda con el paciente iniciar reducción progresiva del consumo de tabaco.

Se programa seguimiento en 3 meses y, si progresa en los objetivos, asignar una periodicidad de las visitas de seguimiento semestral, intentando el acto único asistencial.

En las visitas sucesivas se comprueba la progresión en el cumplimiento de los objetivos y la adherencia al tratamiento. Además, como parte del seguimiento farmacoterapéutico del paciente se revisan los evolutivos de psiquiatría y el cumplimiento con las visitas y el tratamiento concomitante.

OPORTUNIDAD

En todo momento se ofrece al paciente el contacto telefónico y la web del Servicio de Farmacia para comunicarse con el farmacéutico. Además, se realiza seguimiento telefónico programado para evitar desplazamientos.

Por otra parte, se proporciona información sobre apps recomendadas para cuidar la salud y mejorar los hábitos, especialmente para el control del sueño. Se propone la activación de la aplicación de salud instalada en su dispositivo móvil que permiten, junto a dispositivos externos, recopilar, almacenar y presentar los datos que genera su actividad, entre ellos la calidad del sueño o la evolución del peso, además de emitir recomendaciones y notificaciones para mejorar los hábitos.



CASO 3

María de las Aguas Robustillo Cortes

Servicio de Farmacia. Hospital de Valme (Sevilla)

Laura Marín Ventura

Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial de Segovia

Luis Margusino Framiñan

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario A Coruña

ANTECEDENTES

Rodrigo es un paciente de 75 años diagnosticado de VIH por transmisión heterosexual, hace 23 años en Madrid (en estadio B pero sin precisar si 2 o 3 por no conocer la cifra nadir de linfocitos CD4+), controlada y tratada desde entonces en su hospital de referencia. Exfumador de tabaco desde hace 3 años, no bebe alcohol de forma habitual ni consume drogas. Como valores antropométricos tenemos: Peso 74,2 Kg. Talla 164 cm (IMC: 27.6- Sobrepeso). PA: 167/90 mm Hg.

Escaso apoyo familiar y capacidad socio-económica baja. Como datos de interés, presenta reacción adversa a los contrastes yodados y una tenosinovitis por ciprofloxacino.

Ha realizado diversos regímenes de TAR (que no sabe precisar), que se han cambiado por efectos adversos o comorbilidades, pero nunca por fallos virológicos. Mantiene la carga viral persistentemente indetectable (en la última revisión de hace 6 meses era <20 copias/mL y tenía 480 linfocitos CD4+/mm³). Actualmente realiza TAR en monoterapia con Darunavir / cobicistat. Nunca ha presentado infecciones oportunistas (solo ha tenido una neumonía de perfil bacteriano, adquirida en la comunidad, en 2014). Sin comorbilidades por virus hepatotropos.

Como comorbilidades destacamos:

Carcinoma de pulmón (LSD) en 2014, tratado con lobectomía, sin quimioterapia ni radioterapia sin recidivas en los últimos años y seguimiento semestral.

Cardiopatía isquémica severa con infarto agudo de miocardio (IAM) en 2000 (se instaló un stent). En el año 2010 presentó ángor inestable por oclusión del stent, reimplantándose otro de nuevo. Hipertensión arterial, claudicación intermitente, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2.

Nefropatía diabética (proteinuria y enfermedad renal crónica grado con filtrado de 40 mL/min). Antecedentes de litiasis renal de oxalato cálcico en varias ocasiones.

TABLA 1:
Medicación crónica domiciliaria

TRATAMIENTO	INDICACIÓN
AAS 300 mg/día	Cardiopatía Isquémica
Torsemida 10 mg/día	
Telmisartan 80 mg/día	HTA
Bisoprolol 2,5 mg/día	
Linagliptina 5 mg/día	Diabetes mellitus tipo 2
Insulina lantus 23 UI/ noche	
Rosuvastatina 10 mg/día	Hipercolesterolemia
Alopurinol 100 mg	Alteraciones iónicas por nefropatía
Resincalcio	
Bicarbonato sódico	
Tiotropio 1 inh/día	EPOC
Formoterol/budesonida 2 inh/12h	

Ingresa en planta de hospitalización de Neumología, procedente de observación por una neumonía de origen comunitaria con criterios de ingreso para tratamiento antibiótico sistémico. Desde la planta nos solicitan tratamiento antirretroviral del paciente DARUNAVIR + RITONAVIR, ya que no lo aporta al ingresar.

RESOLUCIÓN

En el momento de la consulta comprobamos que no es el tratamiento antirretroviral que el paciente tomaba previo al ingreso (Darunavir/cobicistat) y además, que existe la presencia de una interacción clínicamente relevante entre Budesonida y cobicistat. Se comenta con el facultativo responsable indicándose el fármaco previamente prescrito y se suspendió la prescripción de budesonida.

Dispensación TAR al alta y citación en acto único asistencial en menos de un mes tras alta (llamada telefónica 14 días). Estratificación provisional nivel 1 y elevado riesgo de reingreso según modelo.

Calcular riesgo de ingreso

Indique el número de ingresos hospitalarios en el año previo:

Indique el número de principios activos concomitantes al TAR:

¿El paciente ha consumido drogas y/o alcohol en el último año?:

¿Carga viral HIV detectable?:

¿Recuento CD4 < 200?:

Contacto: consultas@farmaciavalmeqpv.com

Ramón Morillo www.farmaciavalmeqpv.com
@cpvfarvalme



CAPACIDAD

Paciente que estratificamos en la primera visita tras el alta del ingreso, con puntuación correspondiente a nivel de estratificación 1. Según el MODELO DE SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES VIH+ simplificado de la SEFH (1), este paciente tendría una puntuación de 24, ya que presenta edad avanzada, falta de apoyo socio-económico, un perfil de comorbilidades complejo, con un número elevado de fármacos y gran complejidad farmacoterapéutica. Acaba de tener un ingreso en neumología y presenta alteración en la dimensión de calidad de vida y depresión del modelo EQ5D, así como un ligero deterioro cognitivo de reciente aparición.

En cuanto a los resultados en salud, presenta niveles de tensión elevados y la glicada no estaba en rango.

En la tabla 2 se recogen las variables que incluye el modelo y la puntuación de este paciente en concreto.

TABLA 2:
Aplicación del modelo de estratificación al paciente VIH simplificado.

<i>Variables Socio-Demográficas</i>	Edad \geq 65 años	3	3
<i>Variables clínicas</i>	Presencia de dos comorbilidades de un mismo patrón	2	2
<i>Variables relacionadas con la medicación</i>	El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo TAR)	3	6
	Índice de complejidad \geq 11.25	3	
	Adherencia al TAR	0	
	Adherencia a la medicación concomitante	0	
<i>Uso de recursos sanitarios</i>	Ingresos Hospitalarios en el último año	2	2
<i>Psicosocial (Eq-5D)</i>	Calidad de vida	1	3
	Depresión	2	
	Movilidad	0	
	Abuso de sustancias	0	
<i>Neurocognitivo-sensorial</i>	Presencia de deterioro cognitivo	2	2
<i>Fragilidad</i>		2	2
<i>Socio-Económico</i>	Falta de apoyo familiar o infraestructuras básicas	2	2
<i>Resultados En Salud</i>	Carga Viral detectable	0	0
	No cumplimiento de objetivos farmacoterapéuticos en relación a su farmacoterapia	2	2
TOTAL			24

Además, le hemos calculado, el riesgo de reingreso a un año² que es alto y el índice de complejidad MRCI³ que es superior a 30.

MOTIVACIÓN

En la consulta repasamos el tratamiento con el paciente tras el alta y la visita al nefrólogo que le cambió la estatina para la dislipemia.

El paciente viene acompañado por el hijo y presenta dificultad para enterarse del tratamiento completo. Además, el familiar piensa que su padre está despistado últimamente y no es del todo independiente para las tareas básicas de la vida diaria, por lo que quiere que viva en una residencia en un pueblo cercano para tenerlo controlado. Proponemos que le faciliten un sistema SPD para facilitar la correcta toma de la medicación de forma autónoma.

Además, indagamos en las creencias del paciente en torno al número de fármacos que toma, la desprescripción a través del cuestionario PATD siendo favorable a la desprescripción de algunos fármacos y valoramos la activación del paciente mediante el cuestionario PAM (2), con una activación con su tratamiento y enfermedad baja.

Este paciente sería candidato a una revisión de medicamentos por parte del equipo multidisciplinar previo a su incorporación a la residencia y proponemos una reunión con los facultativos responsables, farmacéutico de hospital y enfermera responsable del paciente en la residencia.

Según el decálogo de recomendaciones para optimizar la prescripción farmacológica en paciente VIH (3) este paciente podría beneficiarse de la optimización por varias cuestiones:

- ▶ Algunos fármacos no tienen una indicación clara
- ▶ Paciente de edad avanzada
- ▶ Alteración de la función renal
- ▶ Complejidad farmacoterapéutica elevada
- ▶ Posibles prescripciones en cascada

Tras la revisión estructurada del tratamiento del paciente, uso de herramienta de medicación potencialmente inapropiada (Beers, STOPP-START), algoritmos de desprescripción, se acordó una simplificación del tratamiento según tabla 3.

TABLA 3:
Fármacos prescritos tras proceso de desprescripción

TRATAMIENTO		Indicación
<i>AAS 100 mg/día</i>	La dosis de 300 mg no ha mostrado beneficios y si un mayor riesgo de sangrado	Cardiopatía Isquémica
<i>Torsemida 10 mg/día</i>		
<i>Bisoprolol 2,5 mg/día</i>	Se elimina Telmisartan 80 mg	HTA
<i>Repaglinida 1 mg/ en las comidas</i>	Simplificación del tratamiento antidiabético. Se puede emplear en IR (>30 mL/min)	Diabetes mellitus tipo 2
<i>Pitavastatina 2 mg/día</i>	La rosuvastatina puede interaccionar con el cobicistat. El uso con pitavastatina se recomienda a dosis baja como está prescrito.	Hipercolesterolemia
<i>Alopurinol 100 mg</i>	Mismo tratamiento	Alteraciones iónicas por nefropatía
<i>Resinocalcio</i>		
<i>Bicarbonato sódico</i>		
<i>Tiotropio/olodoterol 1inh/día</i>	Se sustituye budesonida que provoca interacción y se simplifica el número de inhaladores.	EPOC
<i>Darunavir/Cobicistat</i>		VIH

OPORTUNIDAD

El paciente está institucionalizado en una residencia en un pueblo a 60 km de Sevilla. Estaba en seguimiento anual en la consulta de enfermedades infecciosas, pero tras el ingreso y las diferentes comorbilidades frecuente el hospital cada 3 o 4 meses. Se trabaja en acto único asistencial haciendo coincidir las citas médicas con la consulta de AF.



AL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

El hijo nos comenta, que a su vecino que tiene una patología inmunomediada, le hacen seguimiento telemático y envío de la medicación al Hospital de alta resolución del pueblo.

Se explica la opción seguimiento telemático y envío a domicilio/Hospital de la medicación según está establecido en nuestra área sanitaria. Se le explica el funcionamiento del programa, con sus derechos y también compromisos para el correcto seguimiento farmacoterapéutico. Se estratifica al paciente según el modelo de telefarmacia (4) obteniendo la siguiente puntuación (Figura 1). El paciente cumple todos los criterios de inclusión y presenta problemas de dependencia (5 puntos), es mayor de 70 años (3 puntos), problemas de acceso desde su domicilio (3 puntos) y sociofamiliares (3) ya que está en un centro sociosanitario en un pueblo diferente al de su familia. Es adherente a la medicación y es cumplidor con las citas a pesar de las dificultades (2 puntos). Por el momento es un paciente de prioridad 2, se le explica al paciente los criterios de selección y se acuerda que si se estabiliza y las visitas al hospital se reducen por el adecuado control de sus comorbilidades, podemos hacer seguimiento telemático de forma conjunta con su responsable del centro sociosanitario y envío de la medicación al propio centro.

FIGURA 1:

Resultado de aplicación del Modelo de priorización de pacientes en Telefarmacia de la SEFH.

Resultado del Modelo de priorización de pacientes en telefarmacia de la SEFH			
SITUACIÓN DEL PACIENTE			
Paciente (Código)		Programa de dispensación	Programa de seguimiento farmaco-terapéutico
Puntuación total del paciente	16	Inclusión en el programa	SI
Nivel de priorización	Nivel 2	Continuidad en el programa	SI
		Puntuación	16
			Puntuación
			16

A continuación se debe recoger la siguiente información del paciente

Mantenemos contacto con responsable de cuidados del centro sociosanitario para resolver las dudas o aspectos que puedan surgir vía telefónica.

BIBLIOGRAFIA

1. Morillo-Verdugo,R., Aguilar-Pérez, T., Gimeno-Gracia, M., Rodríguez-González, C., Robustillo-Cortes, M. L. A., & representing the project research team belonging to the HIV Pharmaceutical Care group of the (SEFH). Simplification and Multidimensional Adaptation of the Stratification Tool for Pharmaceutical Care in People Living With HIV. The Annals of pharmacotherapy, 57(2), 163–174.
2. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res. 2004 Aug;39(4 Pt 1):1005-26. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.xDocumento
3. Desprescripción farmacológica de la terapia no antirretroviral en pacientes con infección por VIH. 2018. GESIDA. Disponible en : https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/03/15_DESPRESCRIPCION_FARMACOLOGICA_TERAPIA_NO_ANTIRRETROVIRAL_EN_PACIENTES_CON_INFECION_POR_VIH.pdf
4. Modelo de priorización de pacientes en Telefarmacia. Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España. Documentos de apoyo metodológico. Disponible en: https://www.sefh.es/mapex/images/MPriorizacion_TF_VF.pdf



10

**Fases y
recomendaciones
para la
implantación de
la metodología**

Autor:

Ramón Morillo Verdugo

Servicio de Farmacia. Hospital de Valme (Sevilla)

Para la implantación de esta metodología en consultas de AF se recomienda tener en cuenta que es probable que el paso de un modelo clásico al modelo CMO incluya 3 fases que, a continuación, describimos:

Fase inicial o de sobreesfuerzo: se corresponde con los primeros pasos de la puesta en marcha de esta forma de trabajar. La misma supondrá inicialmente informar tanto a pacientes, como al resto de profesionales de esta nueva orientación profesional. Como en todo nuevo proceso, es la fase en la que se debe familiarizar con el modelo en general y con la herramienta de estratificación y la entrevista motivacional en particular. Se recomienda ir progresivamente en su implantación. Por último, se debe asumir que supone, de entrada, un extra de actividad laboral con respecto a lo que históricamente se ha venido realizando.

Fase intermedia o “caótica”: es la fase clave del proyecto, ya que durante esta fase van a convivir ambos modelos, el clásico y el CMO. Es necesario tener en cuenta que, probablemente surgirán posibles escenarios de “conflicto” o controversia en el seguimiento al paciente. Es importante que ante estas nuevas circunstancias se mantenga la metodología y sus procedimientos para poder alcanzar el denominado “umbral de desilusión” que se define como el punto a partir del cual se empieza a visualizar el retorno del esfuerzo invertido para la implantación de esta metodología y se dé comienzo a la última fase de implantación.

Fase final o “de éxito y retorno de resultados”: una vez superado el punto anteriormente comentado (la diferencia entre lo que se cree que debería estar ocurriendo y lo que ocurre en términos de crecimiento asistencial) empiezan a percibirse los resultados y beneficios de la implantación de esta nueva sistemática de trabajo. Es el momento al que debemos aspirar a llegar. Hay que considerar también, que este punto, además, es diferente en términos temporales (para algunos pueden ser semanas y para otros, meses) de acuerdo con su estructura, soporte humano, medios técnicos, etc.) para cada servicio de farmacia. A partir de ahí, será más fácil seguir trabajando con esta metodología que con la clásica.

Adicionalmente, recomendamos tener en cuenta estas recomendaciones para su progresiva implantación en aquellos entornos donde se desee implantar:

1. CONOCER Y DAR A CONOCER EL MODELO

Como premisa principal, es fundamental conocer el modelo en su totalidad y las diferencias con respecto al enfoque más tradicional. Este mismo aspecto deberá ser trasladado al resto del equipo multidisciplinar con el que colaboramos en el día a día para que se familiaricen tanto con la metodología como con la terminología.

2. VISITAR LUGARES DONDE YA ESTÁ IMPLANTADO

Hacer benchmarking es una de las mejores ideas para la puesta en marcha a nivel local de esta metodología. Visitar y tomar contacto con ellos centros que ya hayan puesto en marcha iniciativas parecidas nos ayudará a conocer barreras, dificultades y factores facilitadores de la implantación que nos permitan acelerar el proceso a nivel local.

3. ESTRATEGIA, PLANIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN

Como en cualquier proyecto de transformación asistencial es necesario tener clara cuál va a ser la estrategia de implantación y desarrollo. Adicionalmente, es necesario ir planificando y cumpliendo los pasos necesarios para el éxito de la misma. Se recomienda empezar progresivamente, sin prisa, pero sin pausa. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el 60% de la población será considerada nivel 3 y, por tanto, fácilmente estratificable, lo que permitirá acelerar el proceso.

4. COMUNICAR RESULTADOS Y MEDIR LA EXPERIENCIA

Entre los diferentes aspectos de mejora, se recomienda medir aquellos aspectos que se puedan considerar claves en cada centro para valorar el impacto de la implantación de la metodología. Tanto desde la perspectiva de resultados en salud, como puramente asistenciales o de otro tipo.

Los indicadores de la norma de certificación QPEX, así como los indicadores de calidad de AF que ha publicado recientemente el grupo de AF de la SEFH pueden servir de base para seleccionarse aquellos que pueden ser más relevantes en cada centro.

5. REORIENTAR LA ASISTENCIA DE FORMA PERMANENTE

Para garantizar la aceptación y expansión de la metodología, así como el retorno de los resultados, es necesario ir analizando periódicamente el proceso de implantación, reorientándolo paulatinamente en caso necesario y ante dificultades estructurales, técnicas o inclusive de personal que puedan ir surgiendo a lo largo de todo el proceso. Se recomienda realizar reuniones periódicas intra e inter servicios para valorar el impacto del nuevo modelo a nivel asistencial, así como medir la satisfacción y experiencias del paciente, al menos una vez al año, para adaptar el avance a los resultados obtenidos.

ADAPTACIÓN DEL MODELO
DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA CMO
AL PACIENTE QUE VIVE CON

Infección por VIH

