

APLICACION PRÁCTICA

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

MODELO CMO EN VIH



RAMÓN MORILLO
@MORILLOVERDUGO.
25-NOVIEMBRE-2020

MENSAJE



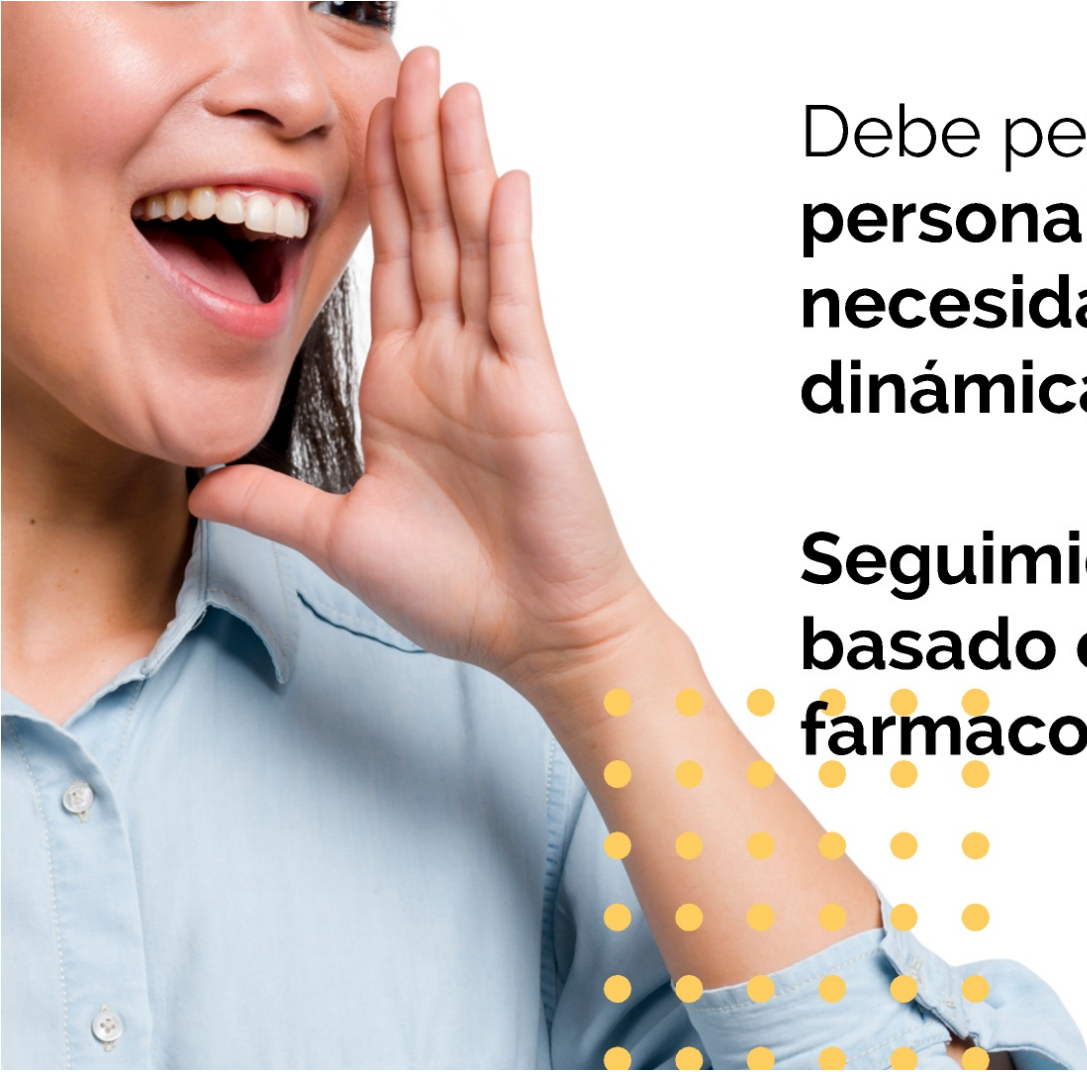
un poco
de historia

MENSAJE

!Estamos en un momento histórico!





A close-up photograph of a woman's face and hand. She is smiling broadly with her mouth open, shouting or calling out. Her right hand is held up to her mouth, with fingers spread. She is wearing a light blue button-down shirt. The background is white.

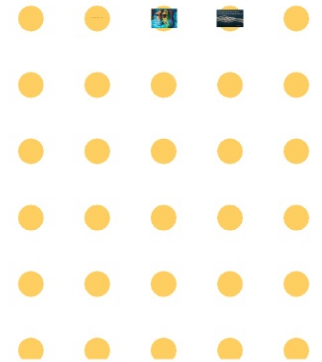
Debe permitir la **atención personalizada y basada en necesidades individuales y dinámicas**

Seguimiento longitudinal y basado en objetivos farmacoterapeuticos .



Supone **aumentar
nuestra zona de
capacidad
optimizada.**

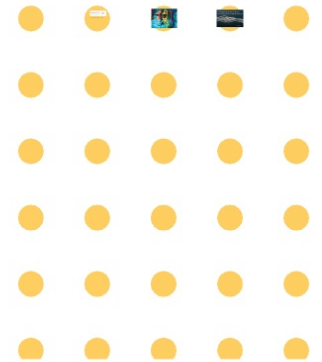
La
referencia





Supone **aumentar
nuestra zona de
capacidad
optimizada.**

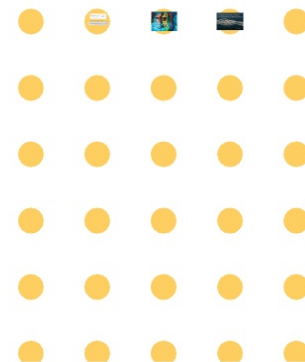
La
referencia





Supone **aumentar
nuestra zona de
capacidad
optimizada.**

La
referencia

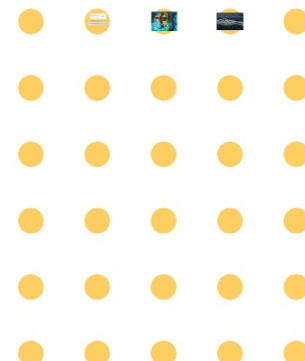




Supone **aumentar
nuestra zona de
capacidad
optimizada.**

El modelo
CMO
en consultas externas
de Farmacia Hospitalaria

La
referencia



El modelo **CMO** en consultas externas de Farmacia Hospitalaria

A New Pharmaceutical Care Concept: More Capable, Motivated, and Timely

**Ramón Morillo-Verdugo¹, Miguel Ángel Calleja-Hernández²,
and María de las Aguas Robustillo-Cortés¹** 

Hospital Pharmacy
2019, Vol. 54(6) 348–350
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0018578719867657
journals.sagepub.com/home/hpx



NUEVA DEFINICIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

NUEVA DEFINICIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

"The professional activity by which the pharmacist links with the patient and the rest of the healthcare professionals in order to attend them according to their needs, proposing strategies to align and achieve short and long-term objectives in relation to the pharmacotherapy, and using the TICs and the TACs to carry out a continuous interaction with them".

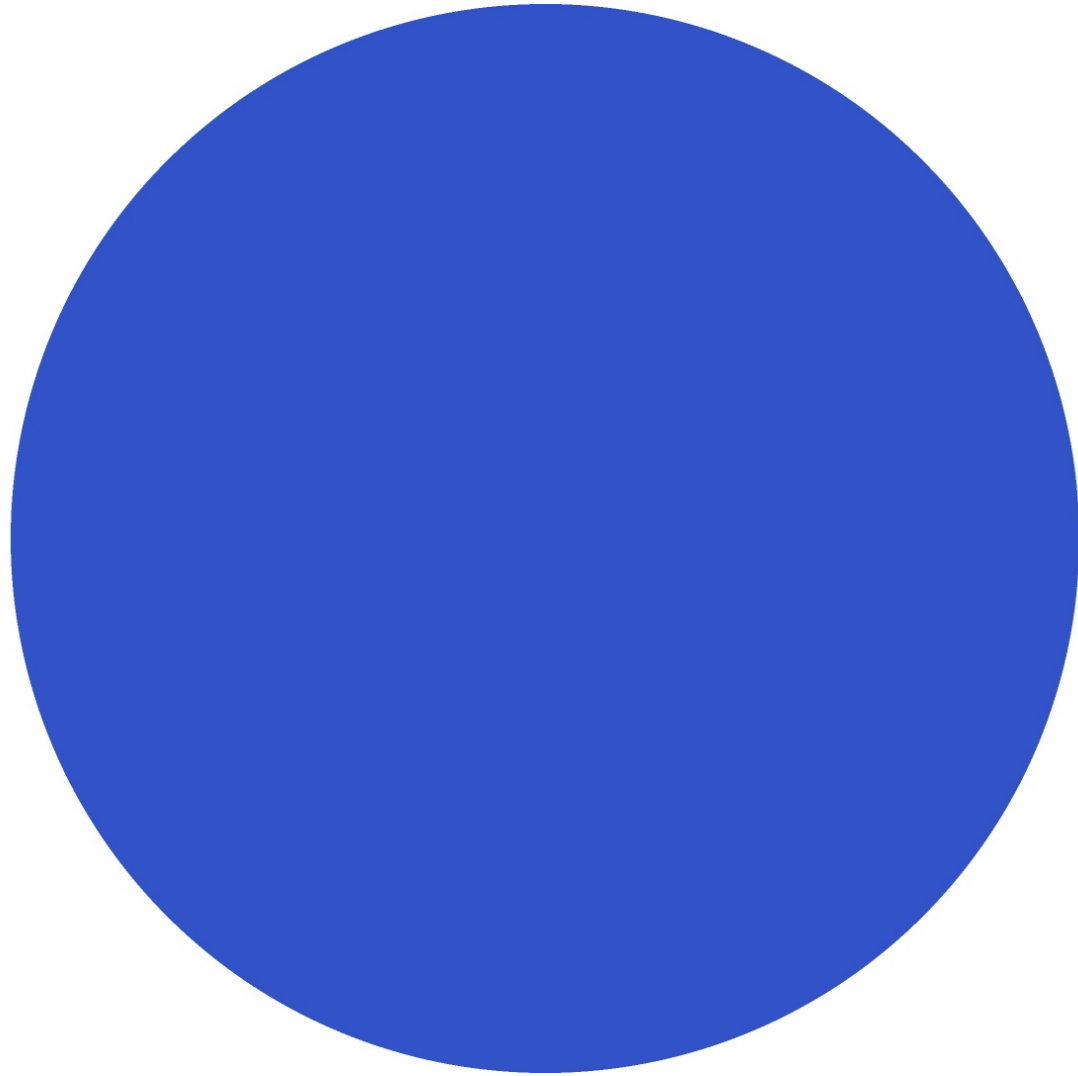
@morilloverdugo

*LA ATENCIÓN
FARMACÉUTICA ES
MULTIDIMENSIONAL*

EXPERTOS EN LA RELACIÓN DEL PACIENTE CON SU FARMACOTERAPIA



@morilloverdugo





PLANIFICACIÓN

1. No presencial

Valoración inicial
(Pre-estratificación)

C: Estratificación

M: Motivación

Entrevista Motivacional

Creencias y actitudes. Experiencia
farmacoterapéutica

Exploración, definición y planificación de OFT

Establecimiento y planificación de intervenciones

Complejidad farmacoterapéutica

Programación de SFT

2. Presencial

3. No presencial

O: Seguimiento Farmacoterapéutico
continuado e Intervenciones según **C**

El modelo
CMO
en consultas externas
de Farmacia Hospitalaria

Coordina: Dr. José Carlos Llamas. Berta M. del Valle.

Fase I motivacional:
- Construir motivación
en base a "discrepancias
internas"
- Visualización de
objetivos a cumplir

Fase II:
- Fortaleces el
compromiso por el
cambio o
mantenimiento

Adherencia
y PAM

OFT: Objetivos
Farmacoterapéuticos

PLANIFICACIÓN

1. No presencial

Valoración inicial
(Pre-estratificación)

C: Estratificación

M: Motivación

Entrevista Motivacional

Creencias y actitudes. Experiencia
farmacoterapéutica

Exploración, definición y planificación de OFT

Establecimiento y planificación de intervenciones

Complejidad farmacoterapéutica

Programación de SFT

2. Presencial

3. No presencial

O: Seguimiento Farmacoterapéutico
continuado e Intervenciones según **C**

El modelo
CMO
en consultas externas
de Farmacia Hospitalaria

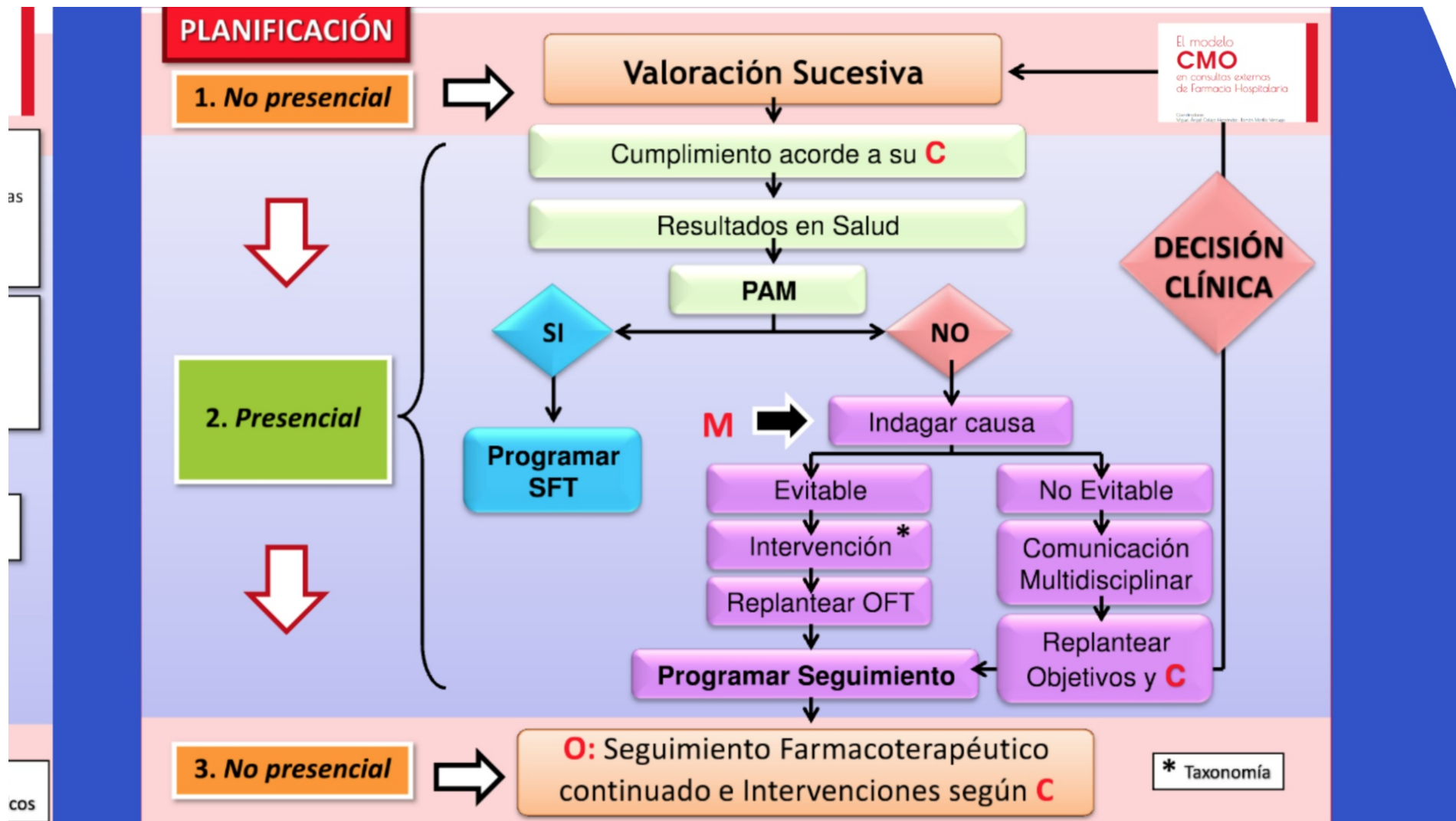
Coordinadores:
Miguel Ángel Calvo Llamas, Benito Nicolás Vázquez

Fase I motivacional:
- Construir motivación
en base a "discrepancias
internas"
- Visualización de
objetivos a cumplir

Fase II:
- Fortaleces el
compromiso por el
cambio o
mantenimiento

Adherencia
y PAM

OFT: Objetivos
Farmacoterapéuticos



APLICACION PRÁCTICA

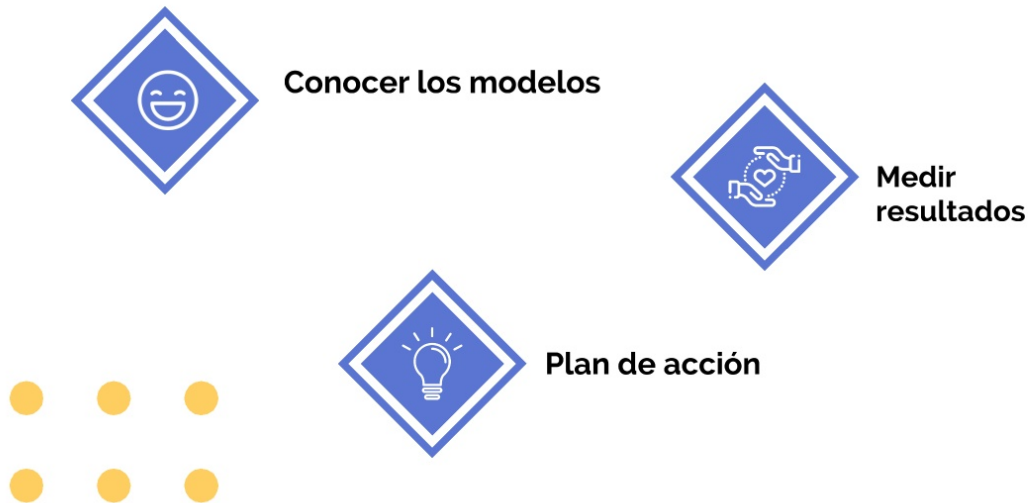
ATENCIÓN FARMACÉUTICA

MODELO CMO EN VIH



RAMÓN MORILLO
@MORILLOVERDUGO.
25-NOVIEMBRE-2020

¿Por donde empiezo?



¿Por donde empiezo?

Empieza por contarle al mundo qué quieres hacer.



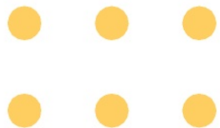
Conocer los modelos



Medir
resultados



Plan de acción



EL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN



FUNCIONANDO



EJEMPLOS

Todos basados en variables relacionadas con el alcance de objetivos

**Estratificar supone
abandonar viejos hábitos
para adquirir nuevos**



Estratificación y Atención Farmacéutica al pacientes VIH y/o VHC



How to cite this article/Cómo citar este artículo:

- Morillo-Verdugo R, Martínez-Sesmero JM, Lázaro-López A,
- Sánchez-Rubio J, Navarro-Aznárez H, de Miguel-Cascón M. Development
- of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients.
- Farm Hosp. 2017;41(3):346-356.



ORIGINALES

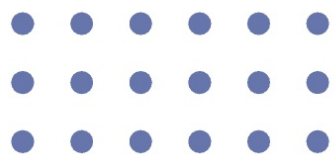
Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients

Ramón Morillo-Verdugo¹, José Manuel Martínez-Sesmero², Alicia Lázaro-López³,
Javier Sánchez-Rubio⁴, Herminia Navarro-Aznárez⁵ and Monike deMiguel-Cascón⁶

¹FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme. AGS Sur de Sevilla, Sevilla. ²FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ³FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁴FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ⁵FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁶FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital de Cruces, Barakaldo. España.

EL ENFOQUE





EL NUEVO MODELO

El nuevo modelo ahora mismo solo esta en disponible en excel

El nuevo modelo estará incluido y abierto en la nueva web de MAPEX.





El nuevo modelo ahora mismo solo esta en disponible en excel

El nuevo modelo estará incluido y abierto en la nueva web de MAPEX.



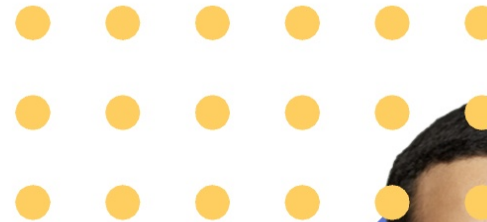
Intensidad



Dinamismo



Longitudinalidad



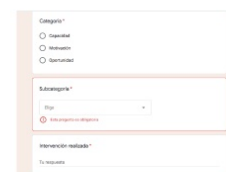
ESCENARIOS

Las **intervenciones** serán individualizadas, multidisciplinares y compartidas.





Judith H. Hibbard, Jean Stockard, Eldon R. Mahoney, and
Martin Tusler Health Serv Res. 2004 Aug; 39(4 Pt 1): 1005-1026.





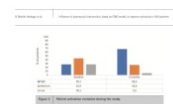
PACIENTE AL ALTA

Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers

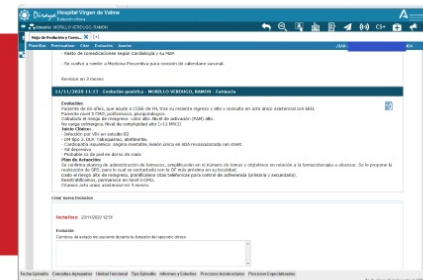
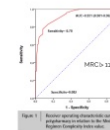
Judith H. Hibbard, Jean Stockard, Eldon R. Mahoney, and Martin Tauler
Health Serv Res. 2004 Aug; 39(4 Pt 1): 1005-1026.



Variable	Valor	Unidad
Edad	65	años
Sexo	M	masculino
Antecedentes de ingreso	1	vez
Presencia de comorbilidades	2	comorbilidades
Presencia de problemas de salud	3	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	4	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	5	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	6	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	7	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	8	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	9	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	10	problemas de salud



Variable	Valor	Unidad
Edad	65	años
Sexo	M	masculino
Antecedentes de ingreso	1	vez
Presencia de comorbilidades	2	comorbilidades
Presencia de problemas de salud	3	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	4	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	5	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	6	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	7	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	8	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	9	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	10	problemas de salud



Variable	Valor	Unidad
Edad	65	años
Sexo	M	masculino
Antecedentes de ingreso	1	vez
Presencia de comorbilidades	2	comorbilidades
Presencia de problemas de salud	3	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	4	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	5	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	6	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	7	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	8	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	9	problemas de salud
Presencia de problemas de salud	10	problemas de salud




Hoja de Evolución y Curso... X [+]

[+]

Plantillas

Previsualizar

Citar

Evolution

Asociar

JUAN /

404

- Resto de comedificaciones según Cardiología y su MAP.

- Se vuelve a remitir a Medicina Preventiva para revisión de calendario vacunal.

Revision en 3 meses

11/11/2020 11:13 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Paciente de 66 años, que acude a CCEE de FH, tras su reciente ingreso y alta y consulta en acto único asistencial con EEII.

Paciente nivel 3 CMO, polifarmacia, pluripatológico.

Calculado el riesgo de reingreso: valor alto. Nivel de activación (PAM) alto.

No carga colinérgica. Nivel de complejidad alto (>11 MRCI)

Juicio Clínico:

- Infección por VIH en estadio B2
- DM tipo 2. DLP. Tabaquismo, abstinentes.
- Cardiopatía isquémica: angina inestable, lesión única en ADA revascularizada con stent
- Sd depresivo
- Probable ca de piel en dorso de nariz

Plan de Actuación:

Se confirma planing de adminstración de farmacos, simplificación en el número de tomas y objetivos en relación a la farmacoterapia a alcanzar. Se le propone la realización de SPD, para lo cual se contactaría con la OF más próxima en su localidad.

Dado el riesgo alto de reingreso, planificamos citas telefónicas para control de adherencia (primaria y secundaria).

Reestratificamos, permanece en nivel 3-CMO.

Citamos acto unico asistencial en 3 meses.

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 20/11/2020 12:56

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Original article

Design and validation of a predictive model for 1-year hospital admission in HIV patients on antiretroviral treatment

Inés Montes-Escalante,¹ Patricia Monje-Agudo,¹ Elena Calvo-Cidoncha,¹
Carmen V Almeida-González,² Ramón Morillo-Verdugo¹

Montes-Escalante, I., Monje-Agudo, P., Calvo-Cidoncha, E., Almeida-González, C. V., & Morillo-Verdugo, R. (2016). Design and validation of a predictive model for 1-year hospital admission in HIV patients on antiretroviral treatment. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 23(4), 224-227. doi:10.1136/ejhpharm-2015-000788

Calcular riesgo de ingreso

Indique el numero de ingresos hospitalarios en el año previo:

Indique el numero 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? :

Enviar

Limpiar

Contacto: consultas@farmaciavalmeppv.com

Ramón Morillo www.farmaciavalmeppv.com
[@cpvfarvalme](#)



Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers

*Judith H. Hibbard, Jean Stockard, Eldon R. Mahoney, and
Martin Tusler* Health Serv Res. 2004 Aug; 39(4 Pt 1): 1005–1026.

A continuación hay algunas declaraciones que las personas a veces hacen cuando hablan sobre su salud. Indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración, según apliquen personalmente para usted, encerrando su respuesta con un círculo.

Si la declaración no aplica para usted, encierre en un círculo la opción N/A (no aplica).

1.	Al final, yo soy la persona responsable de ocuparme de mi salud	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
2.	Tener un papel activo en el cuidado de mi propia salud es lo más importante que afecta a mi salud	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
3.	Sé lo que hacen mis medicamentos recetados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
4.	Estoy seguro de que puedo distinguir entre cuándo debo ir al médico o cuándo debo atender mi problema de salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
5.	Estoy seguro de que puedo contar al médico las inquietudes que tengo incluso cuando él o ella no lo pregunte.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
6.	Estoy seguro de que puedo realizar los tratamientos médicos que pueda tener que hacer en casa	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
7.	He sido capaz de mantener (cumplir) los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente o hacer ejercicios	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
8.	Sé cómo evitar problemas con mi salud	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
9.	Estoy seguro de que puedo encontrar soluciones cuando surgen nuevos problemas con mi salud.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A
10.	Estoy seguro de que puedo mantener los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente y hacer ejercicios, incluso durante momentos de estrés.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	N/A



Official journal
of the Spanish Society
of Chemotherapy

©The Author 2019. Published by Sociedad Española de Quimioterapia. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Original

Ramón Morillo-Verdugo¹
M^a de las Aguas Robustillo-
Cortés¹
Mercedes Manzano García¹
Carmen Victoria Almeida-
González²

Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients

¹Pharmacy Department, Valme Hospital, Seville, Spain.

²Research Unit, Valme Hospital, Seville, Spain.

Rev Esp Quimioter 2019;32(1): 40-49

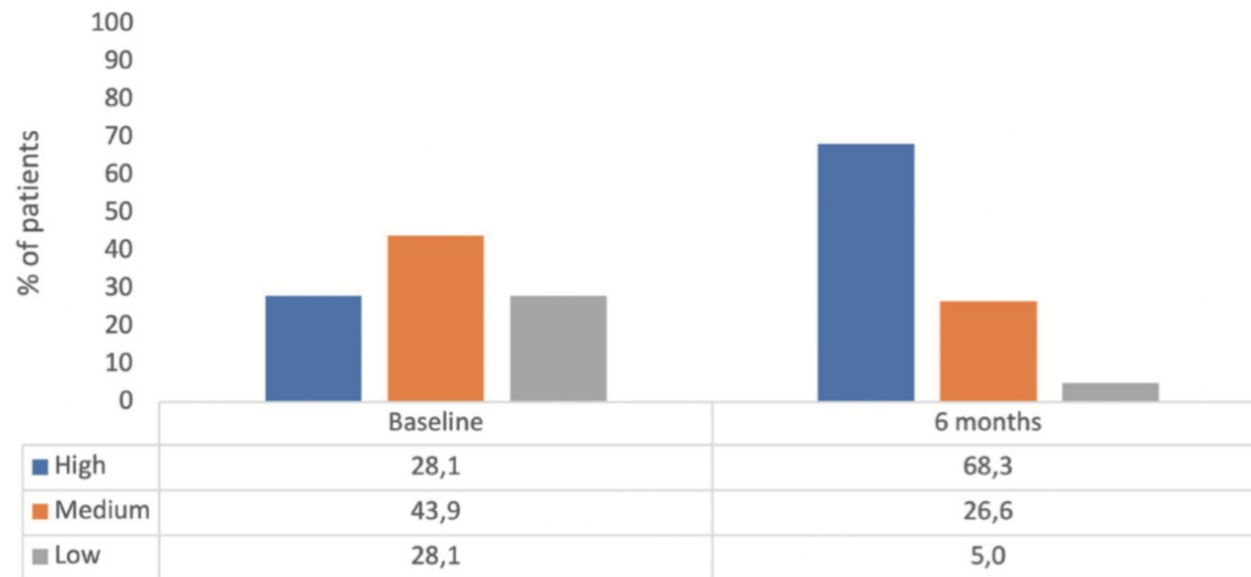


Figure 2

Patient activation evolution during the study.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original article

Prevalence of polypharmacy and associated factors among patients living with HIV infection in Spain: The POINT study

Ramón Morillo-Verdugo^a, Javier Sánchez-Rubio-Ferrández^b, Mercedes Gimeno-Gracia^c,
María de las Aguas Robustillo-Cortés^{d,*}, Carmen V. Almeida-González^{e,f}, POINT study group¹

^a Pharmacy Department, Valme University Hospital, Sevilla, Spain

^b Pharmacy Department, Getafe University Hospital, Getafe, Spain

^c Pharmacy Department, Lozano Blesa University Clinical Hospital, Zaragoza, Spain

^d Pharmacy Department, Juan Ramón Jiménez Hospital, Huelva, Spain

^e Statistics and Research Methodology Unit, Valme University Hospital, Sevilla, Spain

^f Preventive Medicine and Public Health, Seville University, School of Medicine, Seville, Spain

2013-04-26 MRCI Master Template : Base de datos- C:\Users\awi_w\Documents\trabajo\2. DOCENCIA Y FORMACION\2013-04-26_MRCI_Master_Template\2013-04-26 MRCI Ma... Agüi robustillo cortés

Archivo Inicio Crear Datos externos Herramientas de base de datos Ayuda ¿Qué desea hacer?

frmMain

ID: 1 Med Count: 16 Dosage Form: 8
 ID (PDF): Blank Freqs: 0 Frequency: 24
 Med Type: Disease Rx Directions: 3
 Total Score: 35

Prev ID Next ID Report 1: Score Summary
 Prev Type Next Type Report 2: Special Notes
 Delete Current Record Report 3: Cohort Summary
 Open Directions

ORAL Capsule/Tab: ☒ Gargle/Mouthwash: ☐ Gum/Lozenge: ☐ Liquid/Soln/Suspension: ☐ Powder: ☐ Sublingual: ☐

TOPICAL Cream/Gel/Oint/Lotion: ☐ Paste: ☐ Patch/Tape: ☐ Spray: ☐ Shampoo/Topical Soln: ☐

EAR EYE NOSE Ear Drop/Cream/Oint: ☐ Eye Drop: ☐ Eye Gel/Oint: ☐ Nasal Drop/Cream/Oint: ☐ Nasal Spray: ☐

INHALATION Aerolizer: ☐ Metered Dose: ☒ Nebulizer: ☐ Other DPI: ☐ Oxygen: ☐

OTHER Enema: ☐ Inj. Prefilled: ☒ Inj. Amp/Vial: ☐ Suppository: ☐ Vaginal: ☐

Registro: 1 de 1 Sin filtro

Section B - Dosing Frequency

Once Daily:	12	-	+	Q12H:	0	-	+	Q2H:	0	-	+
Once Daily PRN:	0	-	+	Q12H PRN:	0	-	+	Q2H PRN:	0	-	+
Twice Daily:	0	-	+	Q8H:	0	-	+	PRN:	0	-	+
Twice Daily PRN:	0	-	+	Q8H PRN:	0	-	+	Alternate Days:	0	-	+
Three Times Daily:	4	-	+	Q6H:	0	-	+	OxygenPRN:	0	-	+
Three Times Daily PRN:	0	-	+	Q6H PRN:	0	-	+	Oxygen < 15: hrs	0	-	+
Four Times Daily:	0	-	+	Q4H:	0	-	+	Oxygen > 15 hrs:	0	-	+
Four Times Daily PRN:	0	-	+	Q4H PRN:	0	-	+				

Registro: 1 de 1 Sin filtro Buscar



Original

Ramón Morillo-Verdugo¹
M^a de las Aguas
Robustillo-Cortés¹
Laila Abdel-Kader Martín²
María Álvarez de
Sotomayor Paz³
Fernando Lozano de León
Naranjo⁴
Carmen Victoria Almeida-
González⁵

Determination of a cutoff value for medication regimen complexity index to predict polypharmacy in HIV+ older patient

¹Valme Hospital (Pharmacy Department). Seville, Spain.

²Virgen del Rocío Hospital (Pharmacy Department), Seville, Spain.

³Pharmacy Faculty. University of Seville, Spain

⁴Infectious Diseases and Microbiology Unit, Valme Hospital, Seville, Spain.

⁵Biostatistics, University of Seville, Spain

Rev Esp Quimioter 2019; 32(5):458-464

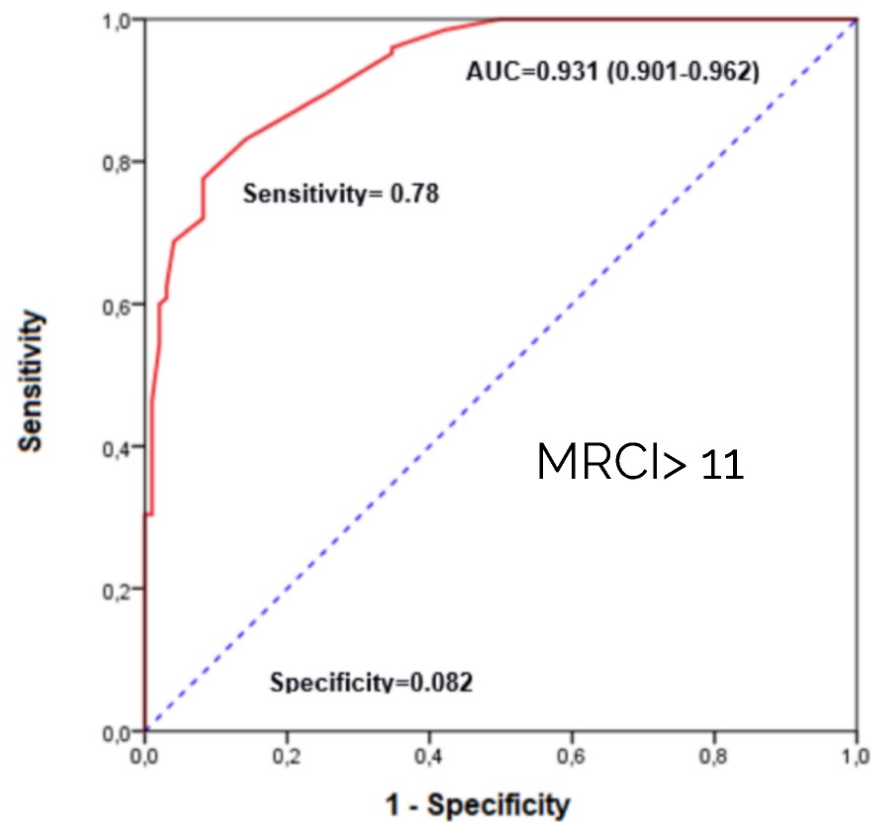


Figure 1

Receiver operating characteristic curves for polypharmacy in relation to the Medication Regimen Complexity Index value.

Annals of

Journal Home

close ^



Identify
Non

Merce
Paz, F
Morillo

First F
<https://>

Article

Abs

close ^

Identification of the Medication Regimen Complexity Index as an Associated Factor of Nonadherence to Antiretroviral Treatment in HIV Positive Patients

Mercedes Manzano-García, PharmD, MPH , Concepción Pérez-Guerrero, PhD , María Álvarez de Sotomayor Paz, PhD , M^a de las Aguas Robustillo-Cortés, PharmD, MPH , Carmen Victoria Almeida-González, MD , Ramón Morillo-Verdugo, PharmD, MPH 

[Show less](#) ^

First Published March 28, 2018 | Research Article | [Find in PubMed](#)

 Check for updates

<https://doi.org/10.1177/1060028018766908>

[Article information](#) ▾ Altmetric

9



Abstract



ORIGINALS

English

Concordance between pharmacotherapeutic complexity calculated and perceived by HIV+ patients with antiretroviral treatment

Concordancia entre la complejidad farmacoterapéutica calculada y la percibida por los pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral

Mercedes Manzano-García¹, Reyes Serrano-Giménez¹,
María de las Aguas Robustillo-Cortés², Ramón Morillo-Verdugo¹

¹Pharmacy Department, Valme Hospital, Seville, Spain. ²Pharmacy Department, Riotinto General Hospital, Huelva, Spain.

Author of correspondence

Mercedes Manzano-García
Pharmacy Department, Valme Hospital
Avda. Bellavista s/n, 41014, Seville, Spain.

Email:
mercedesmanzanogarcia@gmail.com

Received 11 July 2018;
Accepted 16 November 2018.
DOI: 10.7399/fh.11121



Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 1

Seguimiento farmacoterapéutico

- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.
- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.
- Aplicación del doble método de seguimiento de la adherencia.
- Monitorización y seguimiento de la actividad del tratamiento antineoplásico.
- Registro de Patient Related Outcomes (PRO) en cada visita.
- Contacto adicional con el paciente entre visitas mediante teleasistencia.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad en coordinación con el equipo asistencial para garantizar un estrecho seguimiento.
- Realización de un entrevista clínica en todos los ciclos de tratamiento.
- Involucración del paciente en el Plan Farmacoterapéutico previsto, compartiendo con él la evolución de sus objetivos y acordando acciones.

Formación, educación y seguimiento del paciente

- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.
- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.
- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.
- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Adecuación a las necesidades del paciente.
- Fomento de un estilo de vida saludable.
- Elaboración de material personalizado para cada paciente y/o cuidador (p.ej.: hoja de medicación, diario o similar), en formato papel o electrónico.
- Formación y educación a familiares y/o cuidadores para el correcto seguimiento del paciente.
- Fomentar la necesidad de comunicar cualquier proceso nuevo del paciente (nueva enfermedad, toma de nuevo medicamento, problema social...).
- Seguimiento del paciente entre visitas: telefarmacia (sms, llamadas telefónicas, etc.).

Coordinación con el equipo asistencial

- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.
- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.
- Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicios de Psico-Oncología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).
- Proporción de Atención Farmacéutica programada presencial (coincidiendo con visita médica) o mediante teleasistencia.
- Recomendación o información del uso de SPD en coordinación con Farmacia Comunitaria.
- Coordinación activa con niveles asistenciales (Oficinas de Farmacia para realización de SPD, Centros Sociosanitarios para verificación de planes farmacoterapéuticos, etc.).
- Elaboración de informes periódicos para el resto del equipo multidisciplinar sobre los casos de pacientes de nivel 1 de prioridad (telefónicos, registro en HCE o en sesiones multidisciplinarias) y establecimiento de algoritmos de actuación.
- Proporcionar información al resto del equipo (a determinar por cada centro el canal de comunicación) sobre los pacientes de nivel 1 de prioridad. P.ej.: llamada de atención en el sistema de información.

En el siguiente enlace se puede acceder a la herramienta de estratificación del paciente OH (enero 2020):
<https://www.seth.es/mapex/index.php/documentacion>

Ramón Morillo-Verdugo^a, Javier Sánchez-Rubio-Ferrández^b, M
María de las Aguas Robustillo-Cortés^{d,e,f}, Carmen V. Almeida-Go

^a Pharmacy Department, Valme University Hospital, Sevilla, Spain

^b Pharmacy Department, Getafe University Hospital, Getafe, Spain

^c Pharmacy Department, Lozano Blesa University Clinical Hospital, Zaragoza, Spain

^d Pharmacy Department, Juan Ramón Jiménez Hospital, Huelva, Spain

^e Statistics and Research Methodology Unit, Valme University Hospital, Sevilla, Spain

^f Preventive Medicine and Public Health, Seville University, School of Medicine, Seville, Spain

Farm Hosp. 2016;40(6):544-568



**Farmacia
HOSPITALARIA**
SECCIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

How to cite this article/Cómo citar este artículo
Morillo-Verdugo R, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Almeida-Go MV, Robustillo-Cortés M, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Almeida-Go MV. Development of a taxonomy for pharmaceutical HIV+ patients based on the CMO model. Farm Hosp. 2016;40(6):544-568.
Morillo-Verdugo R, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Almeida-Go MV, Robustillo-Cortés M, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Almeida-Go MV. Desarrollo de una taxonomía de los intervenciones farmacéuticas basadas en el modelo CMO. Farm Hosp. 2016;40(6):544-568.

ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/castellano

Development of a taxonomy for pharmaceutical HIV+ patients based on the CMO model

Desarrollo de una taxonomía de las intervenciones farmacéuticas VIH+ basadas en el modelo CMO

Ramón Morillo-Verdugo¹, Andrea Lisbeth Villarreal Arévalo²,
María Álvarez de Sotomayor² and María de las Aguas Robustillo

How to cite this article/Cómo citar este artículo:

• Morillo Verdugo R, Villarreal Arévalo AI, Álvarez de Sotomayor M, Robustillo Cortes MA.
• Development of a taxonomy for pharmaceutical interventions in HIV+ patients based on the
• CMO model. Farm Hosp. 2016;40(6):544-568.

• 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.



ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/castellano

Development of a taxonomy for pharmaceutical interventions in HIV+ patients based on the CMO model

Desarrollo de una taxonomía de las intervenciones farmacéuticas en pacientes VIH+ basados en el modelo CMO

Ramón Morillo Verdugo¹, Andrea Lisbeth Villarreal Arévalo²,
María Álvarez de Sotomayor² and María de las Aguas Robustillo Cortes¹

Table 2. Final Taxonomy of Pharmaceutical Interventions in HIV+ patients according to the CMO model.

Category	Code	Name	Sub-category
CAPACITY	1.1	Review and validation.	Review and validation of the antiretroviral treatment.
	1.2	Concomitant review and validation.	Review of concomitant medication (self-medication, alternative medicine, etc.) and monitoring of all potential interactions, offering the clinician a therapeutic alternative for concomitant medication whenever possible.
	1.3	Review of objectives	To establish a circuit for managing and addressing those objectives not achieved with medication. • Interactions • Adverse reactions • Medication errors • Adherence • Others
	1.4	Coordination	Unification of criteria among the different healthcare professionals and levels of care.
	1.5	Referral	Considering the potential referral to other professionals.
	1.6	Planning	Planning the next visit to the Outpatient Unit in coordination with their Infectious Disease Specialist or with the Patient Appointment Unit.
	1.7	Reconciliation	Reconciliation of pharmacological treatment at admissions / discharges.
MOTIVATION	2.1	Safety	Treatment safety follow-up.
	2.2	Special follow-up	Special follow-up for high risk medications.
	2.3	Adherence	Adherence follow-up, and establishing the most effective strategy in order to improve it, both for ART and for concomitant medication.
	2.4	Motivation	Motivating patients and keeping them informed.
	2.5	Co-responsibility	Encouraging co-responsibility for treatment outcomes (preventing virological failure at 48 weeks).
	2.6	Commitment	Understanding the level of knowledge by the patient of the treatment prescribed, in order to solve any subsequent doubts about their disease, treatment, infection ways, etc.
	2.7	Information	Information about the importance of adherence and current and/or potential interactions with other medications.
	2.8	Encouragement	Encouraging a healthy lifestyle. (Advice.)
OPPORTUNITY	3.1	Fast Communication	Developing fast ways of communication with patients and their family and caregivers.
	3.2	Transversal follow-up	Special follow-up of patients in their contact with the health system (Primary Care, ER, hospitalization, and community pharmacy).
	3.3	Transversal training	Developing specific training tools or actions to reinforce critical aspects associated with treatment / disease.
	3.4	Social Coordination	Coordination with social services or with the hospital Psychology and Psychiatry Units.
	3.5	Active Coordination	Coordination with patient associations.



Consulta de Atención Farmacéutica Patologías Viricas

Intervenciones

Registro de intervenciones farmacéuticas realizadas dirigidas a pacientes VIH.

**Obligatorio*

Número de historia clínica *

Tu respuesta

Sexo *

☐ Hombre

☐ Mujer

Edad *

Tu respuesta



Categoría *

- ☐ Capacidad
- ☐ Motivación
- ☐ Oportunidad

Subcategoría *

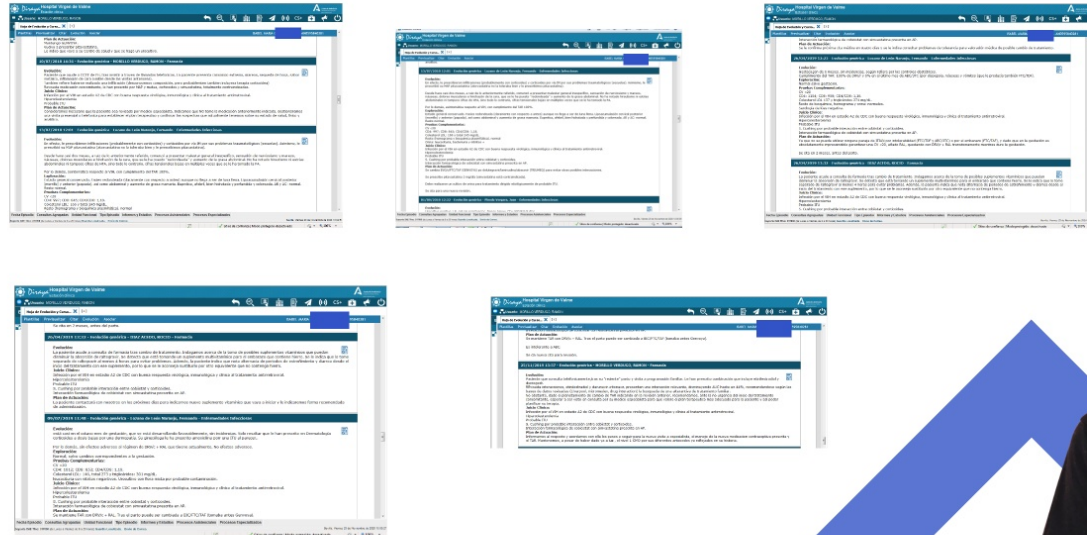
Elige ▼

⚠ Esta pregunta es obligatoria

Intervención realizada *

Tu respuesta

MUJER JOVEN-INTERACCIONES



Motivación -REI



Mantengo GENVOYA .
Vuelvo a prescribir pitavastatina.
Le indico que vaya a su Centro de salud y que se haga un urocultivo.

Evolución:

Paciente que acude a CCEE de FH, tras insistir a traves de llamadas telefonicas. La paciente presenta cansancio extremo, mareos, sequeda de boca, sabor metalico, inflamación de cara (visible desde las visitas anteriores).
Tambien refiere haberse realizado una infiltración (desconocemos composición, pero probablemente tambien indujera terapia corticoidea)
Revisada medicación concomitante, le han prescrito por MAP y mutua, corticoides y simvastatina, totalmente contraindicadas.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio A2 de CDC con buena respuesta virológica, inmunológica y clínica al tratamiento antirretroviral.

Hipercolesterolemia

Probable ITU

Plan de Actuación:

Consideramos necesario que la paciente sea revisada por medico especialista. Indicamos que NO tome la medicación anteriormente indicada. Gestionaremos una visita presencial o telefonica para establecer el plan terapeutico y confirmar las sospechas que actualmente tenemos sobre su estado de salud, fisico y analitico.

Evolución:

En efecto, le prescribieron infiltraciones (probablemente con corticoides) y corticoides por vía IM por sus problemas traumatológicos (secuelas). Asimismo, le prescribió su MAP pitavastatina (atorvastatina no la toleraba bien y le prescribimos pitavastatina).

Desde hace casi dos meses, a raíz de lo anteriormente referido, comenzó a presentar malestar general inespecífico, sensación de nerviosismo y mareos, náuseas, dolores musculares e hinchazón de la cara, que se le ha puesto "redondeada" y aumento de la grasa abdominal. No ha notado hirsutismo ni estrías abdominales ni tampoco cifras de HTA, sino todo lo contrario, cifras tensionales bajas en múltiples veces que se le ha tomado la PA.

Por lo demás, asintomática respecto al VIH, con cumplimiento del TAR 100%.

Exploración:

Estado general conservado. Facies reorideada (claramente con respecto a antes) aunque no llega a ser de luna llena. Lipoacumulación cervical posterior (morriño) y anterior (papada). así como abdominal y aumento de grasa mamaria. Eupnéica, afebril, bien hidratada y perfundida y coloreada. AR y AC: normal. Resto normal.

Pruebas Complementarias:

CV <20

CD4: 997; CD8: 845; CD4/CD8: 1,18.

Colesterol LDL: 166 y total 245 mg/dL.

Resto (hemograma y bioquímica plasmática), normal

Interacción farmacológica de cobicistat con simvastatina prescrita en AP.

Plan de Actuación:

Se le confirma próxima cita médica en cuatro días y se le indica consultar problemas de tolerancia para valoración médica de posible cambio de tratamiento.

26/04/2019 12:23 - Evolución genérica - Lozano de León Naranjo, Fernando - Enfermedades Infecciosas

Evolución:

Gestación de 6 meses, sin incidencias, según refiere por los controles obstétricos.

Cumplimiento del TAR: 100% de DRV/r y 0% en el último mes de ABC/3TC (por dispepsia, náuseas y vómitos (que le producía también FTC/TDF).

Exploración:

Normal salvo gestación.

Pruebas Complementarias:

CV <20

CD4: 1104; CD8: 958; CD4/CD8: 1,16.

Colesterol LDL 137 y triglicéridos 274 mg/dL.

Resto de bioquímica, hemograma y orina: normales.

Serología de lúes negativa.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio A2 de CDC con buena respuesta virológica, inmunológica y clínica al tratamiento antirretroviral.

Hipercolesterolemia

Probable ITU

S. Cushing por probable interacción entre cobistat y corticoides.

Interacción farmacológica de cobicistat con simvastatina prescrita en AP.

Plan de Actuación:

Ya que no se puede utilizar ninguna pareja de ITIAN por intolerabilidad (FTC/TDF y ABC/3TC) o por el embarazo (FTC/TAF), y dado que en la gestación es absolutamente imprescindible garantizar una CV <20, añadido RAL, quedando con DRV/r + RAL transitoriamente mientras dure la gestación.

Se cita en 2 meses, antes del parto.

26/04/2019 13:32 - Evolución genérica - DIAZ ACEDO, ROCIO - Farmacia

Evolución:

La paciente acude a consulta de farmacia tras cambio de tratamiento. Indagamos acerca de la toma de posibles suplementos vitamínicos que puedan disminuir la absorción de raltegravir. Se detecta que está tomando un suplemento multivitamínico para el embarazo que contiene hierro. Se le indica que lo tome separado de raltegravir al menos 4 horas para evitar problemas. Además, la paciente indica que nota alternancia de periodos de estreñimiento y diarrea desde el inicio del tratamiento con ese suplemento, por lo que se le aconseja sustituirlo por otro equivalente que no contenga hierro.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio A2 de CDC con buena respuesta virológica, inmunológica y clínica al tratamiento antirretroviral.

Hipercolesterolemia

Probable ITU

S. Cushing por probable interacción entre cobistat y corticoides.



Diraya

Hospital Virgen de Valme

Estación clínica



Junta de Andalucía

Ministerio de Sanidad y Consumo

GOBIERNO DE ANDALUCÍA



Usuario:

MORILLO VERDUGO, RAMON



Hoja de Evolución y Curso...

✕

[+]

Plantillas

Previsualizar

Citar

Evolución

Asociar

ISABEL MARIA

595840281

Interacción farmacológica de cobicistat con simvastatina prescrita en AP.

Plan de Actuación:

Se mantiene TAR con DRV/c + RAL. Tras el parto puede ser cambiada a BIC/FTC/TAF (tomaba antes Genvoya).

Es intolerante a ABC.

Se da nueva cita para revisión.

25/11/2019 13:57 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Paciente que consulta telefonicamente, tras su "reciente" parto y visita a programación familiar. Le han prescrito combinación que incluye etinilestradiol y dienogest.

REvisada interacciones, etinilestradiol y darunavir+ritonavir, presentan una interacción relevante, disminuyendo AUC hasta un 44%, recomendándose según las bases de datos revisadas (Liverpool, micromedex, drug interaction) la búsqueda de una alternativa de tratamiento familiar.

No obstante, dado el planteamiento de cambio de TAR indicando en la revisión anterior, recomendamos, ante la no urgencia del inicio del tratamiento concomitante, esperar a ser visto en consulta por su médico especialista para que valore el plan terapéutico más adecuado para la paciente y así poder planificar su terapia.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio A2 de CDC con buena respuesta virológica, inmunológica y clínica al tratamiento antirretroviral.

Hipercolesterolemia

Probable ITU

S. Cushing por probable interacción entre cobicistat y corticoides.

Interacción farmacológica de cobicistat con simvastatina prescrita en AP.

Plan de Actuación:

Informamos al respecto y acordamos con ella los pasos a seguir para la nueva visita a especialista, el manejo de la nueva medicación contraceptiva prescrita y el TAR. Mantenemos, a pesar de haber dado ya a luz, el nivel 1-CMO por sus diferentes antecedentes ya reflejados en su historia.

56.

Motivación -REINICIO



Alinear objetivos a corto con
objetivos a medio-largo
plazo en nuestros pacientes

Motivación -REINICIO



Alinear objetivos a corto con
objetivos a medio-largo
plazo en nuestros pacientes



Hoja de Evolución y Curso... [+]

Plantillas Previsualizar Citar Evolución Asociar SANTOS AN0546590856

Medidas de precaución generales que ya conoce para prevenir infecciones de transmisión sexual y parenteral
Abstención absoluta de beber alcohol
Bictarvy 1 comp. diario
Septrin Forte L-X-V

Revisión VHC en 1 mes post-RVS12

18/11/2020 12:47 - Evolución genérica - LAO DOMINGUEZ, FRANCISCO ANGEL - Farmacia

Evolución:

Acude paciente a CCEE de FH para retoma de TAR tras pérdida de seguimiento desde hace aproximadamente 2 años. Reestratificamos según modelo CMO como nivel 2 incluyendo valoración del VACS (60, riesgo de mortalidad a los 5 años con datos actuales: 37%). Indagamos sobre motivo de abandono de tratamiento dando a entender que fue por falta de interés y escasa percepción del riesgo. Realizamos entrevista motivacional al paciente, remarcando relevancia de situación actual y consecuencias negativas de no involucrarse activamente en su farmacoterapia.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio C3 bien controlada virológicamente, pero con escasa ganancia de CD4
Infección crónica por VHC genotipo 4 con fibrosis avanzada, tratamiento con SOF/VEL con respuesta viral sostenida
Neuritis óptica del OI.
Etilismo. Esteatosis hepática etílica.

Plan de Actuación:

Dispensamos medicación y citamos en acto único presencial dentro de un mes donde mediremos el PAM.

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 20/11/2020 13:08

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Text area for evolution notes

Exploración

Cada uno de los procedimientos o técnicas empleados para la obtención de datos con fines diagnósticos.

Crear



Medidas de precaución generales que ya conoce para prevenir infecciones de transmisión sexual y parenteral
Abstención absoluta de beber alcohol
Bictarvy 1 comp. diario
Septrin Forte L-X-V

Revisión VHC en 1 mes post-RVS12

18/11/2020 12:47 - Evolución genérica - LAO DOMINGUEZ, FRANCISCO ANGEL - Farmacia

Evolución:

Acude paciente a CCEE de FH para retoma de TAR tras pérdida de seguimiento desde hace aproximadamente 2 años. Reestratificamos según modelo CMO como nivel 2 incluyendo valoración del VACS (60, riesgo de mortalidad a los 5 años con datos actuales: 37%). Indagamos sobre motivo de abandono de tratamiento dando a entender que fue por falta de interés y escasa percepción del riesgo. Realizamos entrevista motivacional al paciente, remarcando relevancia de situación actual y consecuencias negativas de no involucrarse activamente en su farmacoterapia.

Juicio Clínico:

Infección por el VIH en estadio C3 bien controlada virológicamente, pero con escasa ganancia de CD4
Infección crónica por VHC genotipo 4 con fibrosis avanzada, tratamiento con SOF/VEL con respuesta viral sostenida
Neuritis óptica del OI.
Etilismo. Esteatosis hepática etílica.

Plan de Actuación:

Dispensamos medicación y citamos en acto único presencial dentro de un mes donde mediremos el PAM.

Crear nueva Evolución

Fecha/Hora: 20/11/2020 13:08

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Exploración

Cada uno de los procedimientos o técnicas empleados para la obtención de datos con fines diagnósticos.

Crear



Article
Text



Article
info



Citation
Tools

Original article

Predictors of primary non-adherence to concomitant chronic treatment in HIV-infected patients with antiretroviral therapy

[Yolanda Borrego¹](#), [Encarnación Gómez-Fernández¹](#), [Rocío Jiménez¹](#), [Rosa Cantudo¹](#), [Carmen V Almeida-González²](#), [Ramón Morillo¹](#)

[Author affiliations +](#)



PDF



Article
Text



Article
info



Citation
Tools

Original article

Predictors of primary non-adherence to concomitant chronic treatment in HIV-infected patients with antiretroviral therapy

Yolanda Borrego¹, Encarnación Gómez-Fernández¹, Rocío Jiménez¹, Rosa Cantudo¹, Carmen V Almeida-González², Ramón Morillo¹

[Author affiliations +](#)



PDF

Tabaquismo.

Asintomático. Adherencia a TAR autorreferida 100%.
Interrogado por sintomatología compatible con COVID-19, la niega.
No aporta controles de TA domiciliaria.
Bebe alcohol >100 g/día (Audit-C: 12). Fuma tabaco 20 cig/día. Niega consumo de otros tóxicos. No TSO.
Comedicación: Enalapril/hidroclorotiazida, pero la toma irregularmente. En las últimas dos semanas, la ha abandonado.

Peso: 73.7 Kg.

PA: 185/109

Pruebas Con

Pruebas Complementarias:

-Hemograma: normal, salvo VCM 96. CD4 y. CD4/CD8: No disponibles.

-Bioquímica: perfil hepático normal salvo GGT 229. CKD-EPI 96. Perfil lipídico normal

-HOMA:1.3

-Orina normal

-ARN-VIH: Indetectable

Juicio Clínico:

Infección por VIH en categoría B3 de los CDC. Actualmente bien controlada

Infección crónica por genotipo 1a del VHC con fibrosis significativa, tratada con 3D+RBV con respuesta viral sostenida

HAS mal controlada

Tabaquismo.

Etilismo

Plan de Actuación:

- Dieta pobre en grasas animales y azúcares refinados.

-ABSTENCIÓN ABSOLUTA DE BEBER ALCOHOL.

-DEBE ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO.

- Debe adoptar las medidas de precaución que ya conoce para evitar la transmisión de infecciones por vía parenteral o sexual.

- Biktarvy 1 comprimido al día. Debe tomar la medicación TODOS LOS DÍAS CON COMIDA.

- Control y tratamiento de su HAS en el CAP.

Se le insiste en la necesidad de tratarse y controlar la PA.

Revisión VIH en 6 meses.

Evolución:

Realizamos consulta telefónica de seguimiento para control de tratamiento antiHTA. Hablamos con la hermana del paciente. Nos comunica que el paciente



Se le insiste en la necesidad de tratarse y controlar la PA.

Revisión VIH en 6 meses.

15/10/2020 14:24 - Evolución genérica - LAO DOMINGUEZ, FRANCISCO ANGEL - Farmacia

Evolución:

Realizamos consulta telefónica de seguimiento para control de tratamiento antiHTA. Hablamos con la hermana del paciente. Nos comunica que el paciente ha retomado el tratamiento, aunque está esperando a ser revisado por MAP (citado ya para la semana que viene según nos comenta). Preguntamos por controles de TA, afirmando que el paciente se ha realizado tomas de TA tras retomar el tratamiento siendo esta de 130/70. Fomentamos la continuación de controles periódicos de TA.

Juicio Clínico:

Infección por VIH en categoría B3 de los CDC. Actualmente bien controlada

Infección crónica por genotipo 1a del VHC con fibrosis significativa, tratada con 3D+RBV con respuesta viral sostenida

HAS mal controlada

Tabaquismo.

Etilismo

Plan de Actuación:

Mantiene nivel CMO 3. Continuaremos seguimiento tras revisión por MAP.

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 23/11/2020 09:41

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Exploración

Cada uno de los procedimientos o técnicas empleados para la obtención de datos con fines diagnósticos.



Se le insiste en la necesidad de tratarse y controlar la PA.

Revisión VIH en 6 meses.

15/10/2020 14:24 - Evolución genérica - LAO DOMINGUEZ, FRANCISCO ANGEL - Farmacia

Evolución:

Realizamos consulta telefónica de seguimiento para control de tratamiento antiHTA. Hablamos con la hermana del paciente. Nos comunica que el paciente ha retomado el tratamiento, aunque está esperando a ser revisado por MAP (citado ya para la semana que viene según nos comenta). Preguntamos por controles de TA, afirmando que el paciente se ha realizado tomas de TA tras retomar el tratamiento siendo esta de 130/70. Fomentamos la continuación de controles periódicos de TA.

Juicio Clínico:

Infección por VIH en categoría B3 de los CDC. Actualmente bien controlada

Infección crónica por genotipo 1a del VHC con fibrosis significativa, tratada con 3D+RBV con respuesta viral sostenida

HAS mal controlada

Tabaquismo.

Etilismo

Plan de Actuación:

Mantiene nivel CMO 3. Continuaremos seguimiento tras revisión por MAP.

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 23/11/2020 09:41

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Exploración

Cada uno de los procedimientos o técnicas empleados para la obtención de datos con fines diagnósticos.

Diraya Hospital Virgen de Valme

Usuario: MO

https://prescripciones.sas.junta-andalucia.es/ - Prescripciones V.5.7.0.1 - Windows Internet Explorer

Diraya Prescripciones V.5.7.0.1

RAMON MORILLO VERDUGO
 Facultativo - Hospital Universitario Virgen de Valme - Farmacia

Estación Clínica
 Vista por Hospital

GALVAN CASTILLO, J
 Información de
 Antecedentes
 Alergias
 Contraindicaciones
 Problemas
 Prescripción

JUAN PEDR (Hombre,
 Seguimiento protocolizado RAM Consultar dispe

NOMENCLATOR 11/2020
 Filtros Toda la medicación activa
 ENALAPRIL 20MG / HIDROCLOROTIAZ

CONSULTA DE DISPENSACIÓN
 Activos Pasivos En los 2 últimos meses Filtrar Imprimir

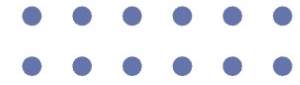
1 Tratamiento(s)
 ENALAPRIL 20MG / HIDROCLOROTIAZIDA 12,50MG, 28 COMPRIMIDOS (551555) 22 oct 2020 - 22 oct 2021
 1 COMPRIMIDO cada 24 HORAS - VÍA ORAL Dispensable
 Primera dispensación 27 oct 2020 Última dispensación 27 oct 2020
 Histórico
 27 oct 2020 Última dispensación
 10:31 ENALAPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA VIR 20/12,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG (654352)
 Envases 1, Palacios y Villafranca, Los, Tfno: 955815758
 22 oct 2020 Prescripción
 12:19 ENALAPRIL 20MG / HIDROCLOROTIAZIDA 12,50MG, 28 COMPRIMIDOS (551555)
 1 COMPRIMIDO cada 24 HORAS - VÍA ORAL

Fecha Episodio Consultas Agrupadas Unidad Funcional Tipo Episodio Informes y Estudios Procesos Asistenciales Procesos Especializados

Soporte DAE Tfno: 317000 (de Lunes a Viernes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.

Sevilla, Lunes 23 de Noviembre de 2020 9:41:02

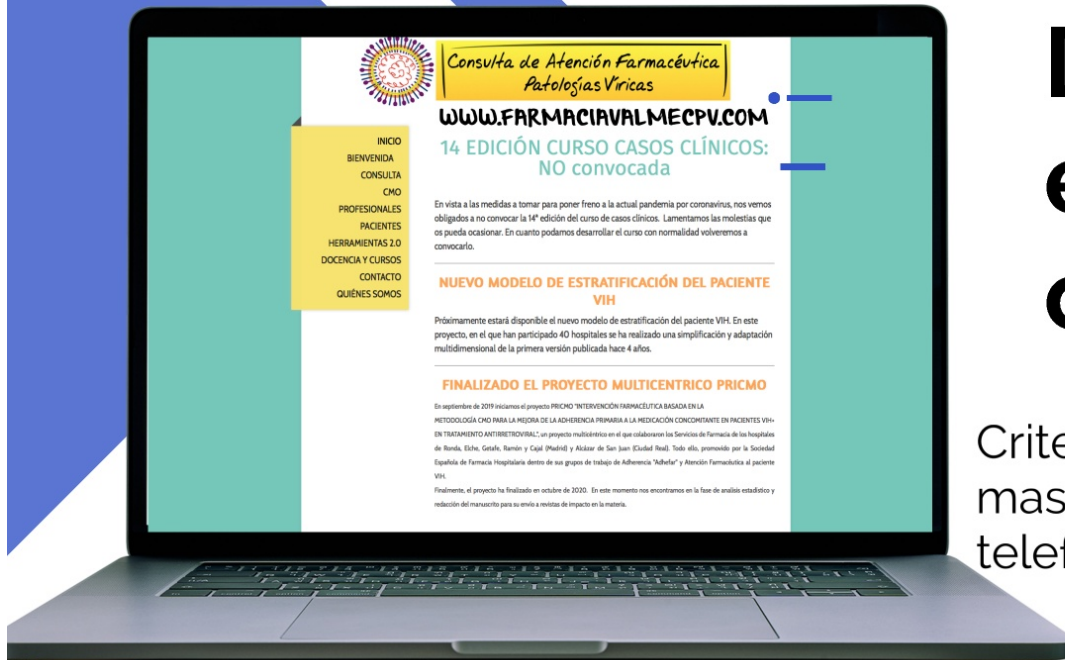
OPORTUNIDAD



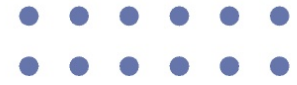
Dar respuestas en tiempo real o útil

Criterio para identificar pacientes que
mas se pueden beneficiar de
telefarmacia.

“Nivel 3” de los modelos CMO-Mapex



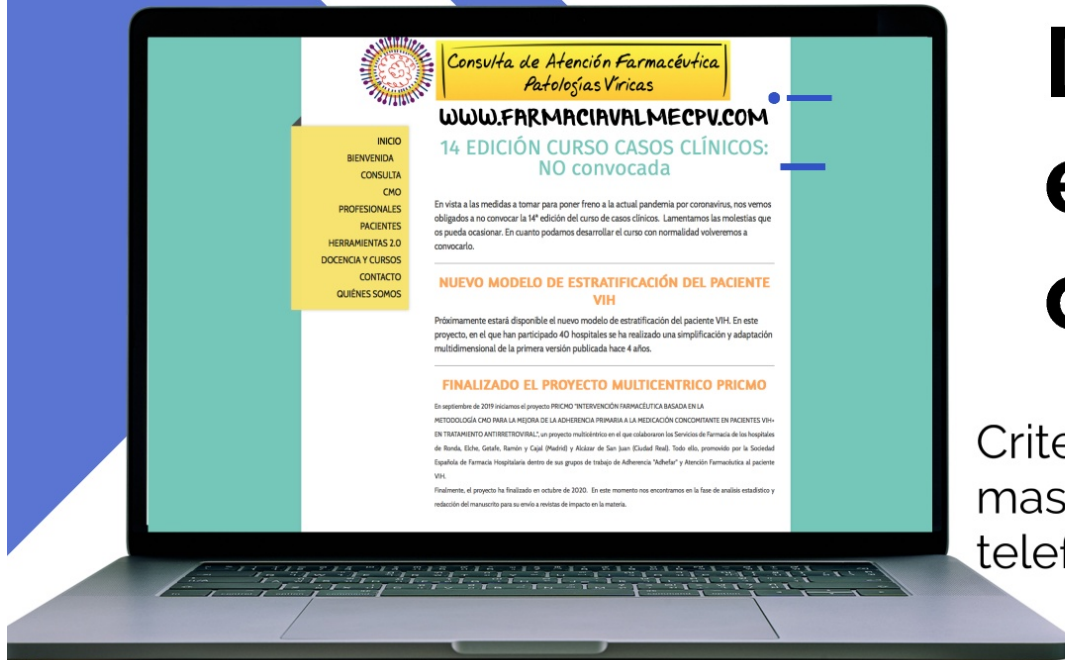
OPORTUNIDAD



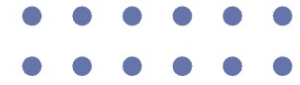
Dar respuestas en tiempo real o útil

Criterio para identificar pacientes que
mas se pueden beneficiar de
telefarmacia.

“Nivel 3” de los modelos CMO-Mapex



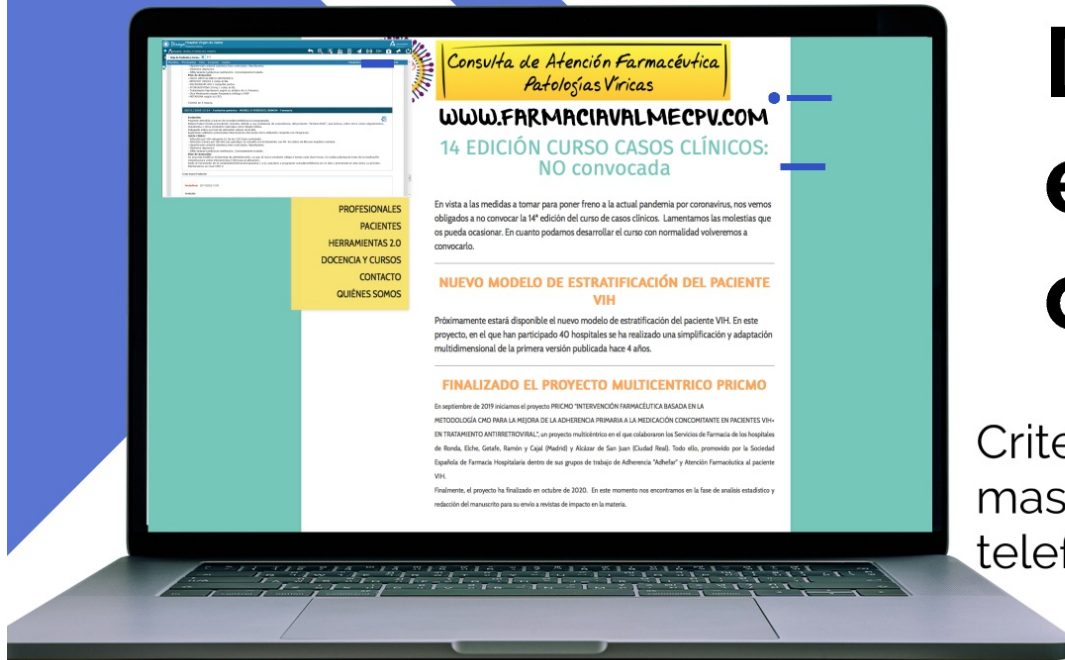
OPORTUNIDAD



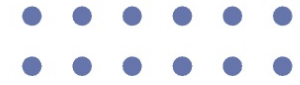
Dar respuestas en tiempo real o útil

Criterio para identificar pacientes que
mas se pueden beneficiar de
telefarmacia.

“Nivel 3” de los modelos CMO-Mapex



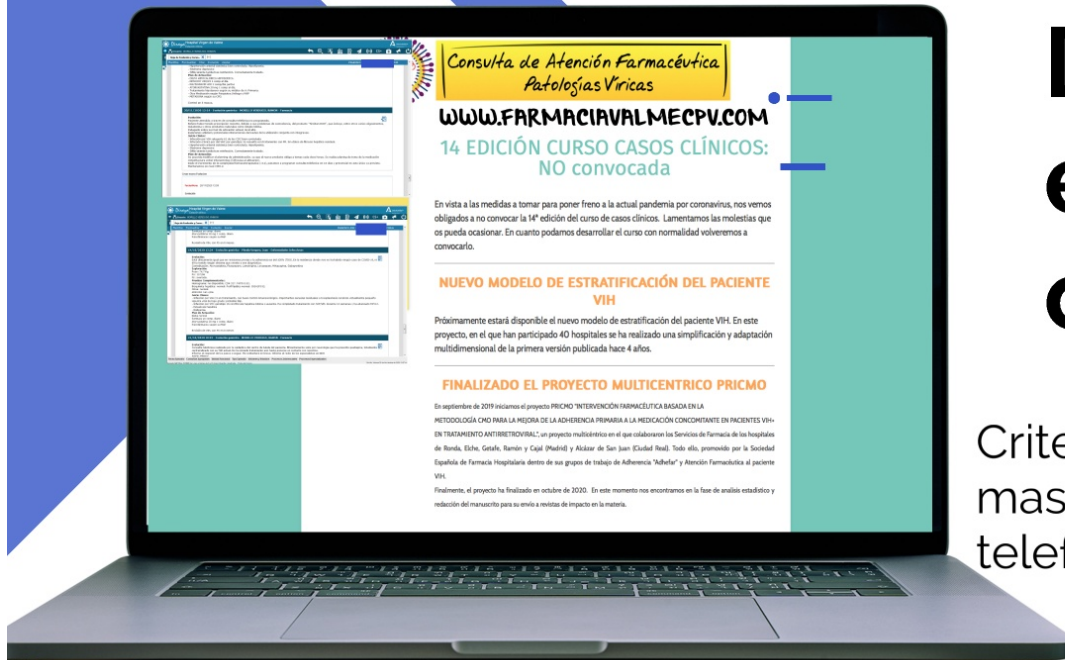
OPORTUNIDAD



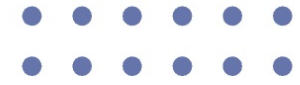
Dar respuestas en tiempo real o útil

Criterio para identificar pacientes que
mas se pueden beneficiar de
telefarmacia.

“Nivel 3” de los modelos CMO-Mapex



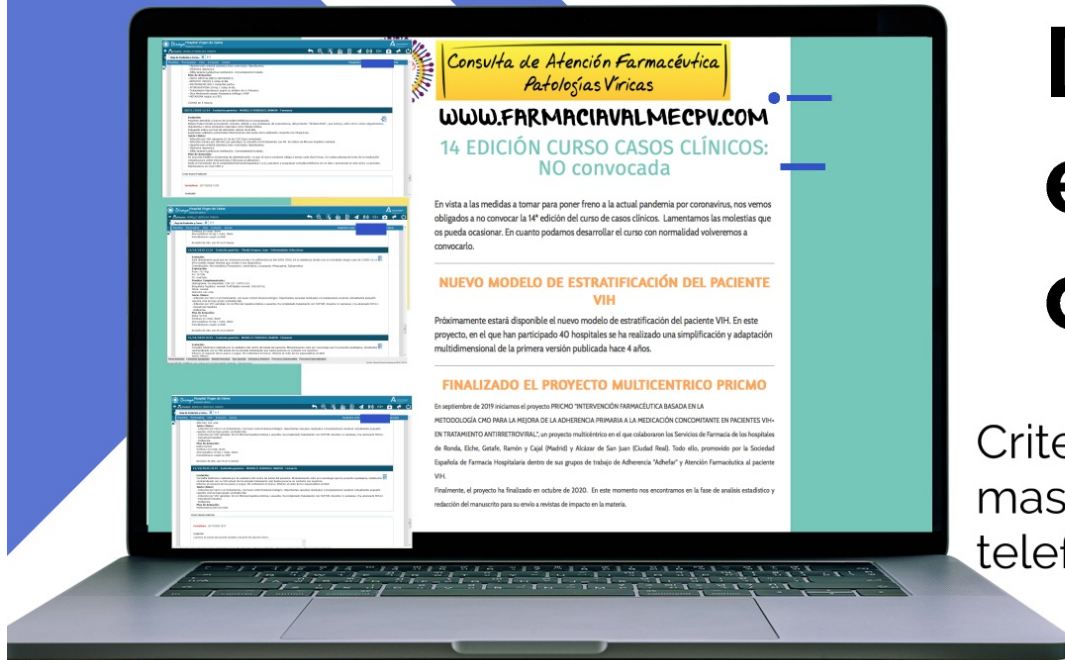
OPORTUNIDAD



Dar respuestas en tiempo real o útil

Criterio para identificar pacientes que
mas se pueden beneficiar de
telefarmacia.

“Nivel 3” de los modelos CMO-Mapex



Hoja de Evolución y Curso... [+]

Plantillas Previsualizar Citar Evolución Asociar

FRANCISCO

920

- Hipertensión arterial sistémica bien controlada. Hiperlipemia.
- Síndrome depresivo
- Sífilis latente tardía tras reinfección. Correctamente tratado.

Plan de Actuación:

- DIETA HIPOCALORICA HIPOSODICA.
- DESCOVY 200/25 1 comp al día.
- RALTEGRAVIR 400 2 comp/día juntos
- ATORVASTATINA 20 mg 1 comp al día.
- Tratamiento hipotensor según su médico de A. Primaria.
- Otra Medicación según Psiquiatra.Urólogo y MAP
- METADONA según su CPD.

Control en 6 meses,

20/11/2020 12:14 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Paciente atendido a través de consulta telefónica no programada.
Refiere haber tenido prescripción reciente, debido a sus problemas de somnolencia, del producto "Tinnitan DUO", que incluye, entre otros varios oligoelementos, melatonina y otros productos naturales como Gingko biloba.
Indagado sobre su nivel de activación actual, nivel alto.
Explicamos utilidad y potenciales interacciones derivadas de la utilización conjunta con integrasas.

Juicio Clínico:

- Infección por VIH categoría A1 de los CDC bien controlada
- Infección crónica por del VHC por genotipo 3a resuelta con tratamiento con PR. Sin datos de fibrosis hepática residual.
- Hipertensión arterial sistémica bien controlada. Hiperlipemia.
- Síndrome depresivo
- Sífilis latente tardía tras reinfección. Correctamente tratado.

Plan de Actuación:

Se acuerda modificar el planning de administración, ya que el nuevo producto obliga a tomas cada doce horas. Se realiza planing de toma de la medicación conjunta para evitar interacciones (TAR pasa al almuerzo).
Dado el incremento de la complejidad farmacoterapéutica (>11), pasamos a programar consulta telefonica en 15 días y presencial en acto único ya previsto.
Mantenemos en nivel CMO-2.

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 20/11/2020 13:09

Evolución

Symtuza un comp. diario
Atorvastatina 20 mg 1 comp. diario
Psicofármacos según su MAP

Revisión de VIH, con FS en 6 meses.

14/10/2020 13:24 - Evolución genérica - Pineda Vergara, Juan - Enfermedades Infecciosas

Evolución:

Está clínicamente igual que en revisiones previas y la adherencia es del 100% (TDO). En la residencia donde vive no ha habido ningún caso de COVID-19, ni él ha tenido ningún síntoma que oriente a ese diagnóstico.

Comedicación: Atorvastatina, Flurazepam, Lamotrigina, Lorazepam, Mirtazapina, Gabapentina

Exploración:

Peso: 74.7 Kg.

PA: 157/96

FS: averiado.

Pruebas Complementarias:

Hemograma: no disponible. CD4 327. T4/T8 0.92.

Bioquímica hepática: normal. Perfil lipídico normal. CKD-EPI 92.

Orina: normal.

ARN VIH: 161 c/mL

Juicio Clínico:

- Infección por VIH C3 en tratamiento, con buen control inmunovirológico. Importantes secuelas residuales a toxoplasmosis cerebral. Actualmente pequeño repunte viral de bajo grado; probable blip.

- Infección por VHC genotipo 1b con fibrosis hepática mínima o ausente. Ha completado tratamiento con SOF/VEL durante 12 semanas y ha alcanzado RVS12.

- Esteatosis hepática

- Dislipemia.

Plan de Actuación:

Dieta normal

Symtuza un comp. diario

Atorvastatina 20 mg 1 comp. diario

Psicofármacos según su MAP

Revisión de VIH, con FS en 6 meses

21/10/2020 10:19 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Consulta telefonica realizada por la cuidadora del centro de tutela del paciente. REcientemente visto por neurologia que ha prescrito quetiapina, totalmente contraindicado con su TAR actual. No ha iniciado tratamiento aún hasta ponerse en contacto con nosotros.

Informo al respect de los pasos a seguir. Me contactará en breve. Informo al resto de los especialistas en EEII

Juicio Clínico:



Hoja de Evolución y Curso... [X] [+]

Plantillas Previsualizar Citar Evolución Asociar

FRANCISCO JOSE 0018246

Onnia. Normal.
ARN VIH: 161 c/mL

Juicio Clínico:

- Infección por VIH C3 en tratamiento, con buen control inmunovirológico. Importantes secuelas residuales a toxoplasmosis cerebral. Actualmente pequeño repunte viral de bajo grado; probable blip.
- Infección por VHC genotipo 1b con fibrosis hepática mínima o ausente. Ha completado tratamiento con SOF/VEL durante 12 semanas y ha alcanzado RVS12.
- Esteatosis hepática
- Dislipemia.

Plan de Actuación:

Dieta normal
Symtuza un comp. diario
Atorvastatina 20 mg 1 comp. diario
Psicofármacos según su MAP

Revisión de VIH, con FS en 6 meses

21/10/2020 10:19 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Consulta telefonica realizada por la cuidadora del centro de tutela del paciente. Recientemente visto por neurologia que ha prescrito quetiapina, totalmente contraindicado con su TAR actual. No ha iniciado tratamiento aún hasta ponerse en contacto con nosotros. Informo al respect de los pasos a seguir. Me contactará en breve. Informo al resto de los especialistas en EEII

Juicio Clínico:

- Infección por VIH C3 en tratamiento, con buen control inmunovirológico. Importantes secuelas residuales a toxoplasmosis cerebral. Actualmente pequeño repunte viral de bajo grado; probable blip.
- Infección por VHC genotipo 1b con fibrosis hepática mínima o ausente. Ha completado tratamiento con SOF/VEL durante 12 semanas y ha alcanzado RVS12.
- Esteatosis hepática
- Dislipemia.

Plan de Actuación:

Mantenemos plan previsto

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 20/11/2020 13:07

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.



Hoja de Evolución y Curso... [X] [+]

Plantillas Previsualizar Citar Evolución Asociar

FRANCISCO JOSE [redacted] 0018246

Onnia. Normal.
ARN VIH: 161 c/mL

Juicio Clínico:

- Infección por VIH C3 en tratamiento, con buen control inmunovirológico. Importantes secuelas residuales a toxoplasmosis cerebral. Actualmente pequeño repunte viral de bajo grado; probable blip.
- Infección por VHC genotipo 1b con fibrosis hepática mínima o ausente. Ha completado tratamiento con SOF/VEL durante 12 semanas y ha alcanzado RVS12.
- Esteatosis hepática
- Dislipemia.

Plan de Actuación:

Dieta normal
Symtuza un comp. diario
Atorvastatina 20 mg 1 comp. diario
Psicofármacos según su MAP

Revisión de VIH, con FS en 6 meses

21/10/2020 10:19 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:

Consulta telefonica realizada por la cuidadora del centro de tutela del paciente. Recientemente visto por neurologia que ha prescrito quetiapina, totalmente contraindicado con su TAR actual. No ha iniciado tratamiento aún hasta ponerse en contacto con nosotros. Informo al respect de los pasos a seguir. Me contactará en breve. Informo al resto de los especialistas en EEII

Juicio Clínico:

- Infección por VIH C3 en tratamiento, con buen control inmunovirológico. Importantes secuelas residuales a toxoplasmosis cerebral. Actualmente pequeño repunte viral de bajo grado; probable blip.
- Infección por VHC genotipo 1b con fibrosis hepática mínima o ausente. Ha completado tratamiento con SOF/VEL durante 12 semanas y ha alcanzado RVS12.
- Esteatosis hepática
- Dislipemia.

Plan de Actuación:

Mantenemos plan previsto

Crear nueva Evolucion

Fecha/Hora: 20/11/2020 13:07

Evolución

Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Downloaded from <http://ajphaphysiol.physiology.org/> by guest on September 11, 2012

Downloaded from <http://ajphaphysiol.physiology.org/> by guest on September 11, 2012

EL PACI

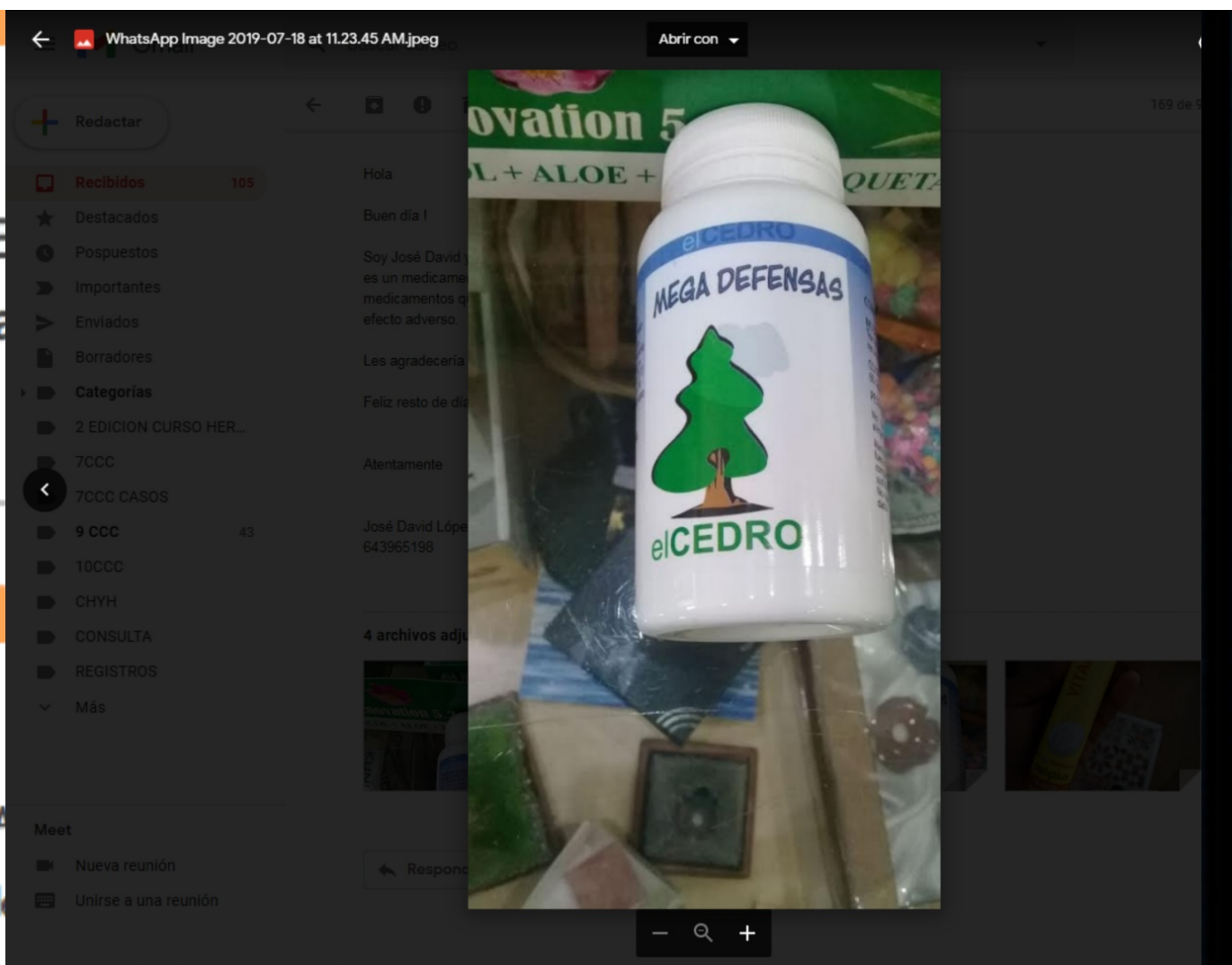
ciente VIH. E
olificación y a

ICO PRI

N LA

OMITANTE EN PA

os de Farmacia d



DESPRESCRIPCIÓN

Alberto, paciente de 75 años, VIH+ que ingresa en planta de hospitalización, Neumología, procedente de observación.

Datos de interés:

RAM a contrastes yodados. Tenosinovitis por ciprofloxacino.

Exfumador importante hasta hace 3 años. No consume drogas. No bebedor de alcohol habitual.

Infección por VIH de transmisión heterosexual, diagnosticada 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.

Nunca ha presentado infecciones oportunistas (solo ha tenido una neumonía de perfil bacteriano, adquirida en la comunidad, en 2014).

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.

No tiene coinfecciones por virus hepatotrópicos.

Carcinoma de pulmón (LSD) en 2014, tratado con lobectomía, sin QMT ni radioterapia. Al parecer no hay recidivas.

Cardiopatía isquémica severa con IAM en 2000 (se instaló un stent). En el año 2010 presentó angor inestable por oclusión del stent, reimplantándose otro de nuevo. Toma AAS 300 mg y torasemida (10 mg/día).

Hipertensión arterial en tratamiento con telmisartan (80 mg/día) y bisoprolol (2,5 mg/día).

Claudicación intermitente.

Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con litagliptina e insulina lantus.

Nefropatía diabética (proteinuria y enfermedad renal crónica grado V en situación de prediálisis).

En tratamiento con alopurinol, resincalcio y bicarbonato sódico.

Antecedentes de litiasis renal de oxalato cálcico en varias ocasiones.

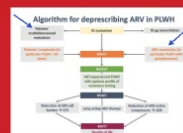
Hipercolesterolemia tratada con rosuvastatina 10 mg/día.

Reciente EPOC en tratamiento con tiotropio, formoterol y budesonida en aerosoles.

Trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo).

Peso 74,2 Kg. Talla 164 cm. PA: 167/90 mm Hg.

Se solicita tratamiento antirretroviral a farmacia: DARUNAVIR + RITONAVIR en monoterapia.



Example

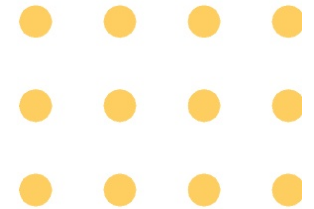


Value Your Customers

Hipercolesterolemia tratada con rosuvastatina 10 mg/día.



DESPRESCRIPCIÓN



Alberto, paciente de 75 años, VIH+ que ingresa en planta de hospitalización, Neumología, procedente de observación.

Datos de interés:

RAM a contrastes yodados. Tenosinovitis por ciprofloxacino.

Exfumador importante hasta hace 3 años. No consume drogas. No bebedor de alcohol habitual.

Infección por VIH de transmisión heterosexual, diagnosticada 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.

Nunca ha presentado infecciones oportunistas (solo ha tenido una neumonía de perfil bacteriano, adquirida en la comunidad, en 2014).

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.

No tiene coinfecciones por virus hepatotropos.

Carcinoma de pulmón (LSD) en 2014, tratado con lobectomía, sin QMT ni radioterapia. Al parecer no hay recidivas.

Cardiopatía isquémica severa con IAM en 2000 (se instaló un stent). En el año 2010 presentó angor inestable por oclusión del stent, reimplantándose otro de nuevo. Toma AAS 300 mg y torasemida (10 mg/día).

Hipertensión arterial en tratamiento con telmisartan (80 mg/día) y bisoprolol (2,5 mg/día).

Claudicación intermitente.

Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con litagliptina e insulina lantus.

Nefropatía diabética (proteinuria y enfermedad renal crónica grado V en situación de prediálisis).

En tratamiento con alopurinol, resincalcio y bicarbonato sódico.

Antecedentes de litiasis renal de oxalato cálcico en varias ocasiones.

Hipercolesterolemia tratada con rosuvastatina 10 mg/día.

Reciente EPOC en tratamiento con tiotropio, formoterol y budesonida en aerosoles.

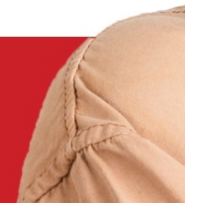
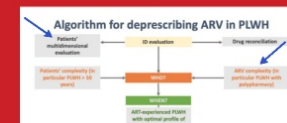
Trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo).

Peso 74,2 Kg. Talla 164 cm. PA: 167/90 mm Hg.

Se solicita tratamiento antirretroviral a farmacia: DARUNAVIR + RITONAVIR en monoterapia



-Paciente con alto riesgo de reingreso según modelo
-Dispensación TAR al alta y citación en acto único asistencial
en menos de un mes tras alta (llamada telefónica 14 días)



- Paciente con alto riesgo de reingreso según modelo
- Dispensación TAR al alta y citación en acto único asistencial en menos de un mes tras alta (llamada telefónica 14 días)
- Probable nivel 1 de estratificación
- Nivel de complejidad (MRCI)>30

- Paciente con alto riesgo de reingreso según modelo
- Dispensación TAR al alta y citación en acto único asistencial en menos de un mes tras alta (llamada telefónica 14 días)
- Probable nivel 1 de estratificación
- Nivel de complejidad (MRCI)>30

A patient-centred approach to deprescribing antiretroviral therapy in people living with HIV

Giovanni Guaraldi ^{1,2*}, Jovana Milic^{1–3}, Simone Marcotullio⁴ and Cristina Mussini^{1,2}

¹Department of Surgical, Medical, Dental and Morphological Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ²Modena HIV Metabolic Clinic, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ³Clinical and Experimental Medicine PhD Program, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ⁴HIV Community Consultant, Modena, Italy

*Corresponding author. E-mail: giovanni.guaraldi@unimore.it





CONTINUACION



Su familia cree que esta mostrando signos de demencia y que no esta seguro en casa.

Decide trasladarlo con otro familiar a pueblo de Sevilla e ingresarlo en centro sociosanitario privado cercano a la localidad donde vive el hijo.

El paciente no se adapta correctamente, ni al cambio de "capital-pueblo" ni al de "familia-residencia"

Table 1. Summary of the main findings of the study.

Variable	Value
Age	75.5 (SD 7.2)
Gender	Male 68.2%, Female 31.8%
Education	Primary 45.2%, Secondary 32.1%, University 22.7%
Marital status	Married 55.3%, Single 28.9%, Divorced 15.8%
Employment	Unemployed 62.1%, Employed 37.9%
Health status	Good 48.5%, Moderate 31.2%, Severe 20.3%

Table 2. Summary of the main findings of the study.

Variable	Value
Age	75.5 (SD 7.2)
Gender	Male 68.2%, Female 31.8%
Education	Primary 45.2%, Secondary 32.1%, University 22.7%
Marital status	Married 55.3%, Single 28.9%, Divorced 15.8%
Employment	Unemployed 62.1%, Employed 37.9%
Health status	Good 48.5%, Moderate 31.2%, Severe 20.3%

Tratamiento tras la desprescripción

-Tiotropio-biodateral inhalador
-Pitavastatina 2 mg
-AAS 100 mg
-Bisoprolol 2.5 mg
-Repaglinida 1 mg
-Torsemida 10 mg

-Alogurinol 100 mg
-Resinacalcio
-Bicarbonato sódico
-Darunavir/cobicistat

Table 3. Summary of the main findings of the study.

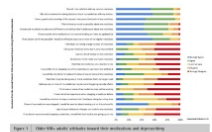
Table 4. Summary of the main findings of the study.

Table 5. Summary of the main findings of the study.

Variable	Value
Age	75.5 (SD 7.2)
Gender	Male 68.2%, Female 31.8%
Education	Primary 45.2%, Secondary 32.1%, University 22.7%
Marital status	Married 55.3%, Single 28.9%, Divorced 15.8%
Employment	Unemployed 62.1%, Employed 37.9%
Health status	Good 48.5%, Moderate 31.2%, Severe 20.3%

Table 6. Summary of the main findings of the study.

Table 7. Summary of the main findings of the study.





CONTINUACION



31 PUNTOS

- 4-EDAD
- 4-DESORDENES COGNITIVOS (SOPORTE SOCIAL BUENOS)
- 3-POLIURPATOLÓGICO
- 2-VÍSCS
- 2-HOSPITALIZACIONES RECIENTES
- 4-POLIMERICADO
- 3-MEDICACIÓN PLESO
- 3-CAMBIO EN EL REGIMEN REGULAR
- 4-PREDICCIÓN ALTO Y REINICIO ALTO
- 4-ÍNDICE DE COMPLEJIDAD ELEVADO
- 7-ART NO SATISFECHO

34 PUNTOS (NIVEL 1)



Su familia cree que esta mostrando signos de demencia y que no esta seguro en casa.

Decide trasladarlo con otro familiar a pueblo de Sevilla e ingresarlo en centro sociosanitario privado cercano a la localidad donde vive el hijo.

El paciente no se adapta correctamente, ni al cambio de "capital-pueblo" ni al de "familia-residencia"

Table 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio de intervención en la demencia.

Característica	Nº de pacientes
Edad	75.5 (SD 7.2)
Sexo	50 hombres, 20 mujeres
Origen	35 de Sevilla, 15 de otros lugares
Estado civil	45 casados, 10 solteros, 5 viudos
Nivel de estudios	35 primaria, 15 secundaria, 5 superior
Ocupación	35 jubilados, 15 trabajadores, 5 desempleados
Enfermedades	35 hipertensión, 15 diabetes, 5 asma
Medicación	35 fármacos, 15 suplementos, 5 vitaminas
Coste de la atención	35 público, 15 privado, 5 mixto

Table 2. Características de los pacientes incluidos en el estudio de intervención en la demencia.

Característica	Nº de pacientes
Edad	75.5 (SD 7.2)
Sexo	50 hombres, 20 mujeres
Origen	35 de Sevilla, 15 de otros lugares
Estado civil	45 casados, 10 solteros, 5 viudos
Nivel de estudios	35 primaria, 15 secundaria, 5 superior
Ocupación	35 jubilados, 15 trabajadores, 5 desempleados
Enfermedades	35 hipertensión, 15 diabetes, 5 asma
Medicación	35 fármacos, 15 suplementos, 5 vitaminas
Coste de la atención	35 público, 15 privado, 5 mixto

Tratamiento tras la desprescripción

- Tiotropio-biotratel inhalador
- Pitavastatina 2 mg
- AAS 100 mg
- Bisoprolol 2.5 mg
- Repaglinida 1 mg
- Torsemida 10 mg
- Alogurinol 100 mg
- Resinacalio
- Bicarbonato sódico
- Darunavir/cobicistat

Table 3. Características de los pacientes incluidos en el estudio de intervención en la demencia.

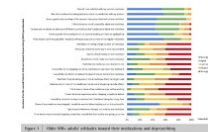
Característica	Nº de pacientes
Edad	75.5 (SD 7.2)
Sexo	50 hombres, 20 mujeres
Origen	35 de Sevilla, 15 de otros lugares
Estado civil	45 casados, 10 solteros, 5 viudos
Nivel de estudios	35 primaria, 15 secundaria, 5 superior
Ocupación	35 jubilados, 15 trabajadores, 5 desempleados
Enfermedades	35 hipertensión, 15 diabetes, 5 asma
Medicación	35 fármacos, 15 suplementos, 5 vitaminas
Coste de la atención	35 público, 15 privado, 5 mixto

Table 4. Características de los pacientes incluidos en el estudio de intervención en la demencia.

Característica	Nº de pacientes
Edad	75.5 (SD 7.2)
Sexo	50 hombres, 20 mujeres
Origen	35 de Sevilla, 15 de otros lugares
Estado civil	45 casados, 10 solteros, 5 viudos
Nivel de estudios	35 primaria, 15 secundaria, 5 superior
Ocupación	35 jubilados, 15 trabajadores, 5 desempleados
Enfermedades	35 hipertensión, 15 diabetes, 5 asma
Medicación	35 fármacos, 15 suplementos, 5 vitaminas
Coste de la atención	35 público, 15 privado, 5 mixto

Table 5. Características de los pacientes incluidos en el estudio de intervención en la demencia.

Característica	Nº de pacientes
Edad	75.5 (SD 7.2)
Sexo	50 hombres, 20 mujeres
Origen	35 de Sevilla, 15 de otros lugares
Estado civil	45 casados, 10 solteros, 5 viudos
Nivel de estudios	35 primaria, 15 secundaria, 5 superior
Ocupación	35 jubilados, 15 trabajadores, 5 desempleados
Enfermedades	35 hipertensión, 15 diabetes, 5 asma
Medicación	35 fármacos, 15 suplementos, 5 vitaminas
Coste de la atención	35 público, 15 privado, 5 mixto





CONTINUACION



- 4-EDAD
4-DESORDENES COGNITIVOS (SOPORTE SOCIAL DUDOSO)
3-PLURIPATOLÓGICO
2-VACS
2-HOSPITALIZACIONES RECIENTES
4-POLIMEDICADO
2-MEDICACIÓN RIESGO
3-CAMBIOS EN EL RÉGIMEN REGULAR
4-PREDICTOR ALTO (Y REINGRESO ALTO)
4-ÍNDICE DE COMPLEJIDAD ELEVADO
2-ART NO SATISFECHO

34 PUNTOS (NIVEL 1)

[illegible]

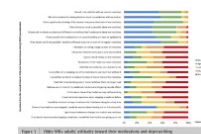
DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	
1	Elaborar y validar los formatos de preguntas seleccionados con los docentes participantes de la clase y con profesionales expertos en esta asignatura.
2	Realizar un preprueba y una validación de fiabilidad con docentes y con los propios estudiantes, para asegurar la fiabilidad de los datos obtenidos.
3	Incluir a aquellos pacientes seleccionados.
4	Realizar el diagnóstico de niveles de tratamiento a partir de respuestas múltiples.
5	Elaborar y comenzar los formatos de datos seleccionados para la clase y a los pacientes de los departamentos de radiología y radioterapia.
6	Realizar la revisión de la información y la comparación de los resultados de la clase con los resultados de los departamentos de radiología y radioterapia.
7	Elaborar el informe y compartirlo, según corresponda, según sea necesario.

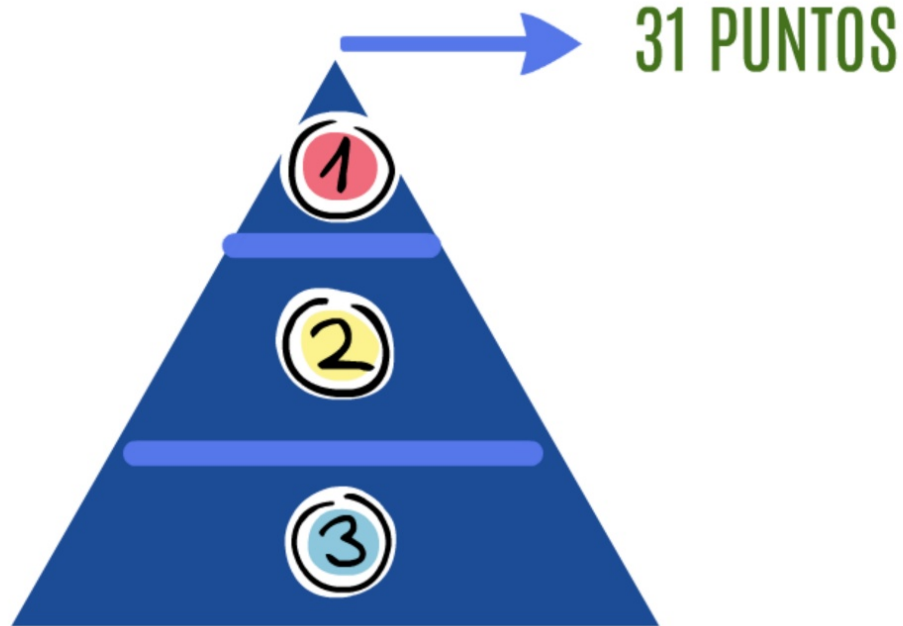
Tratamiento tras la desprescripción

- Tiotropio-olodaterol inhalador
- Pitavastatina 2 mg
- AAS 100 mg
- Bisoprolol 2.5 mg
- Repaglinida 1 mg
- Torasemida 10 mg
- Alopurinol 100 mg
- Resinacalcio
- Bicarbonato sódico
- Darunavir /cobicistat

DATA SHEET

1. **Project Name:** [Project Name]
2. **Client:** [Client Name]
3. **Project Manager:** [Project Manager Name]
4. **Project Location:** [Project Location]
5. **Project Start Date:** [Project Start Date]
6. **Project End Date:** [Project End Date]
7. **Project Budget:** [Project Budget]
8. **Project Status:** [Project Status]
9. **Project Description:** [Project Description]
10. **Project Objectives:** [Project Objectives]
11. **Project Scope:** [Project Scope]
12. **Project Risks:** [Project Risks]
13. **Project Deliverables:** [Project Deliverables]
14. **Project Milestones:** [Project Milestones]
15. **Project Stakeholders:** [Project Stakeholders]
16. **Project Communication:** [Project Communication]
17. **Project Reporting:** [Project Reporting]
18. **Project Documentation:** [Project Documentation]
19. **Project Change Management:** [Project Change Management]
20. **Project Closure:** [Project Closure]

[illegible]



4-EDAD
4-DESORDENES COGNITIVOS (SOPORTE SOCIAL DUDOSO)
3-PLURIPATOLOGICO
2-VACS
2-HOSPITALIZACIONES RECIENTES
4-POLIMEDICADO
2-MEDICACION RIESGO
3-CAMBIOS EN EL REGIMEN REGULAR
4-PREDICTOR ALTO (Y REINGRESO ALTO)
4-INDICE DE COMPLEJIDAD ELEVADO
2-ART NO SATISFECHO

34 PUNTOS (NIVEL 1)

ación Clínica - Windows Internet Explorer

http://emdae.valme.sas.junta-andalucia.es/ec/jsp/comun/frames/hceViewLogin.jsp

Manual 12 de Octubre Inicio - Inicio

Estación Clínica

Diraya Hospital Virgen de Valme
Estación clínica

Usuario: Contreras Macías, Enrique

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y

Hoja de Evolución y Curso... X [+]

Plantillas Previsualizar Citar Evolución Asociar

ALBERTO [REDACTED]

EPOC.
Trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo).
Alergia a contrastes yodados.
Plan de Actuación:
Se mantiene monoterapia con Darunavir/ritonavir.

Se solicita interconsulta a Endocrinología. Está pendiente de visita en Nefrología, Cardiología y revisión en Neumología (ya visto).

se cita para una nueva revisión.

09/07/2018 14:03 - Evolución genérica - MORILLO VERDUGO, RAMON - Farmacia

Evolución:
Paciente que acude a CCEE de FH de forma programada. Paciente nivel 1, según modelo de selección y estratificación. Recientemente visto por nefro, con cambio en prescripción de estatinas (pita por rosu) y ezetimiba. Revisamos interacciones, pautas de tratamiento y objetivos en relación a la farmacoterapia.

Juicio Clínico:
Infección por el VIH en estadio B.
HTA. Cardiopatía isquémica severa con IAM previo. Claudicación intermitente.
Diabetes mellitus tipo 2.
Enfermedad renal crónica grado V por nefropatía diabética. Empeoramiento del filtrado glomerular en probable relación con la toma de AINEs.
Hipercolesterolemia.
Carcinoma de pulmón intervenido (lobectomía superior derecha) en 2014.
EPOC.
Trastorno adaptativo mixto (ansioso-depresivo).
Alergia a contrastes yodados.

Plan de Actuación:
Dada la complejidad farmacoterapéutica elevada en este paciente, recomendamos la realización de un SPD, para lo cual contactamos con farmacia de referencia en su entorno, para exponerle el caso y concertar una cita. Informamos al paciente de los pasos a llevar a cabo, en el caso de que considere realizarlo. citamos en acto único asistencial en 2 meses.

Qui familia ora que nota mostrando signos de demencia y que no nota segura

Su familia cree que está mostrando signos de demencia y que no está seguro en casa.

Decide trasladarlo con otro familiar a pueblo de Sevilla e ingresarlo en centro sociosanitario privado cercano a la localidad donde vive el hijo.

El paciente no se adapta correctamente, ni al cambio de "capital-pueblo" ni al de "familia-residencia"



Tabla 8. Decálogo de recomendaciones para optimizar la prescripción farmacológica en pacientes VIH

DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES	
	Revisar la medicación periódicamente. Discutir y acordar los cambios conjuntamente con los pacientes. Informar a los pacientes de los objetivos con relación a su farmacoterapia.
	Suspender aquellos medicamentos no indicados
→	Prescribir fármacos solo si hay una indicación clara
→	Evitar fármacos potencialmente peligrosos en aquellos pacientes de edad más avanzada
→	Revisar y ajustar las dosis recomendadas según función hepática y renal
→	Simplificar el régimen terapéutico y disminuir la complejidad farmacoterapéutica
	Evitar o eliminar los tratamientos no farmacológicos innecesarios
	Limitar, en la medida de lo posible, el número de prescriptores
	Identificar, prevenir y manejar las reacciones adversas
→	Evitar la prescripción “en cascada”

Tabla 9. Recomendaciones para introducir la revisión de medicamentos en la práctica clínica diaria

RECOMENDACIONES	
	Priorizar y establecer la revisión en pacientes seleccionados con muchos problemas clínicos o con polifarmacia existente o alta complejidad farmacoterapéutica
	Realizar un programa y una estrategia de revisión continuada y completo para todos los pacientes, centrando mayores esfuerzos en aquellos pacientes con mayor complejidad
→	Incluir a aquellos pacientes institucionalizados
→	Iniciar el proceso de revisión de tratamientos a partir de reuniones multidisciplinarias
	Definir y consensuar las funciones dentro del equipo asistencial para llevar a cabo una revisión de la farmacoterapia completa y con permanente comunicación
→	Repetir la revisión de la polifarmacia y la complejidad farmacoterapéutica en periodos de tiempo acordes a las características de cada tipo de paciente
→	Aplicar, conocer y compartir, cuando proceda, aquellos criterios de desprescripción basados en recomendaciones Beers o STOP-START, así como el riesgo colinérgico y la medicación potencialmente inadecuada

Tratamiento tras la desprescripción

- Tiotropio+olodaterol inhalador
- Pitavastatina 2 mg
- AAS 100 mg
- Bisoprolol 2.5 mg
- Repaglinida 1 mg
- Torasemida 10 mg
- Alopurinol 100 mg
- Resinocalcio
- Bicarconato sodico
- Darunavir/cobicistat

From: Emily Reeve
Sent: Tuesday, September 05, 2017 12:03 PM
To: Ramón Alejandro Morillo Verdugo
Subject: RE: PATD questionnaire

Dear Ramón,

Thank you for your email and your interest in using the PATD. There is no official permission required to use the PATD, but I do like researchers to let me know if they are using it (just for my records and interest!) I agree that the population of older adults who are HIV+ will be an interesting and unique group regarding polypharmacy and optimisation of medication use. I am not aware of anyone else using the PATD in the population.

You may not have seen it, but we recently published a revised version of the PATD (called the rPATD) - I have attached a copy of the manuscript for you to read. I would recommend using the revised version as it provides more opportunities for analysis. Additionally, the rPATD is currently being translated into Spanish by another research group. I have reached out to them to ask their permission to share their details with you (this would save you the work of translation).

Thank you for your invitation to be involved with the project - if you feel that I could be of benefit to your research project then I would be happy to be involved (but this is not a requirement for you to use the rPATD).

Kind regards,
Emily

EMILY REEVE | NHMRC-ARC Dementia Research Fellow
Kolling Institute of Medical Research, Northern Clinical School, Faculty of Medicine, The University of Sydney
Affiliate Scientist: Geriatric Medicine Research, Faculty of Medicine, Dalhousie University and Capital Health, Nova Scotia Health Authority

P +1 902 473 4993 | E emily.reeve@sydney.edu.au | W sydney.edu.au
Geriatric Medicine Research, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Nova Scotia Health Authority
Rm. 1315 Camp Hill Veterans' Memorial Buidling
5955 Veterans' Memorial Lane
Halifax, NS B3H 2E1, CANADA

CRICOS 00026A This email plus any attachments to it are confidential. Any unauthorised use is strictly prohibited. If you receive this email in error, please delete it and any attachments. Please think of our environment and only print this e-mail if necessary.

just for my records and interest!) I agree that the
in the population.

g the revised version as it provides more
their details with you (this would save you the work

i requirement for you to use the rPATD).

ents. Please think of our environment and only print

Tabla 3. Cuestionario PATD. Extraído y modificado de Reeve et al^[20]

CUESTIONARIO PATD	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
PREGUNTA					
1. Siento que estoy tomando un gran número de medicamentos					
2. Me siento cómodo con la cantidad de medicamentos que estoy tomando					
3. Creo que todos mis medicamentos son necesarios					
4. Si mi médico dijese que es posible, estaría dispuesto a suspender uno o más de mis medicamentos habituales					
5. Me gustaría reducir la cantidad de medicamentos que estoy tomando					
6. Siento que puedo estar tomando uno o más medicamentos que ya no necesito					
7. Aceptaría tomar más medicamentos para mis condiciones de salud					
8. Entiendo las razones por las que me recetaron cada uno de mis medicamentos					
9. Tener que pagar menos por mis medicinas jugaría un papel relevante en mi disposición a suspender uno o más de mis medicamentos					
10. Creo que uno o más de mis medicamentos me están provocando efectos secundarios					
11. ¿Alguna vez ha tratado de suspender un medicamento de los que toma habitualmente?		SI		NO	



Official journal
of the Spanish Society
of Chemotherapy

Revista Española de Quimioterapia

doi:10.37201/req/084.2020 - Advance Access published November 16, 2020

Original

Reyes Serrano Giménez¹
Jara Gallardo Anciano²
María Aguas Robustillo
Cortés³
José Ramón Blanco Ramos⁴
Antonio Gutiérrez
Pizarra¹
Ramón Morillo Verdugo¹

Beliefs and attitudes about deprescription in older HIV-infected patients: ICARD Project

¹Pharmacy Department, Valme University Hospital, Sevilla (Spain).

²Pharmacy Department, San Pedro Hospital, Logroño (Spain).

³Pharmacy Department, Juan Ramón Jiménez University Hospital, Huelva (Spain).

⁴Infectious Diseases Department, San Pedro Hospital, Logroño (Spain).

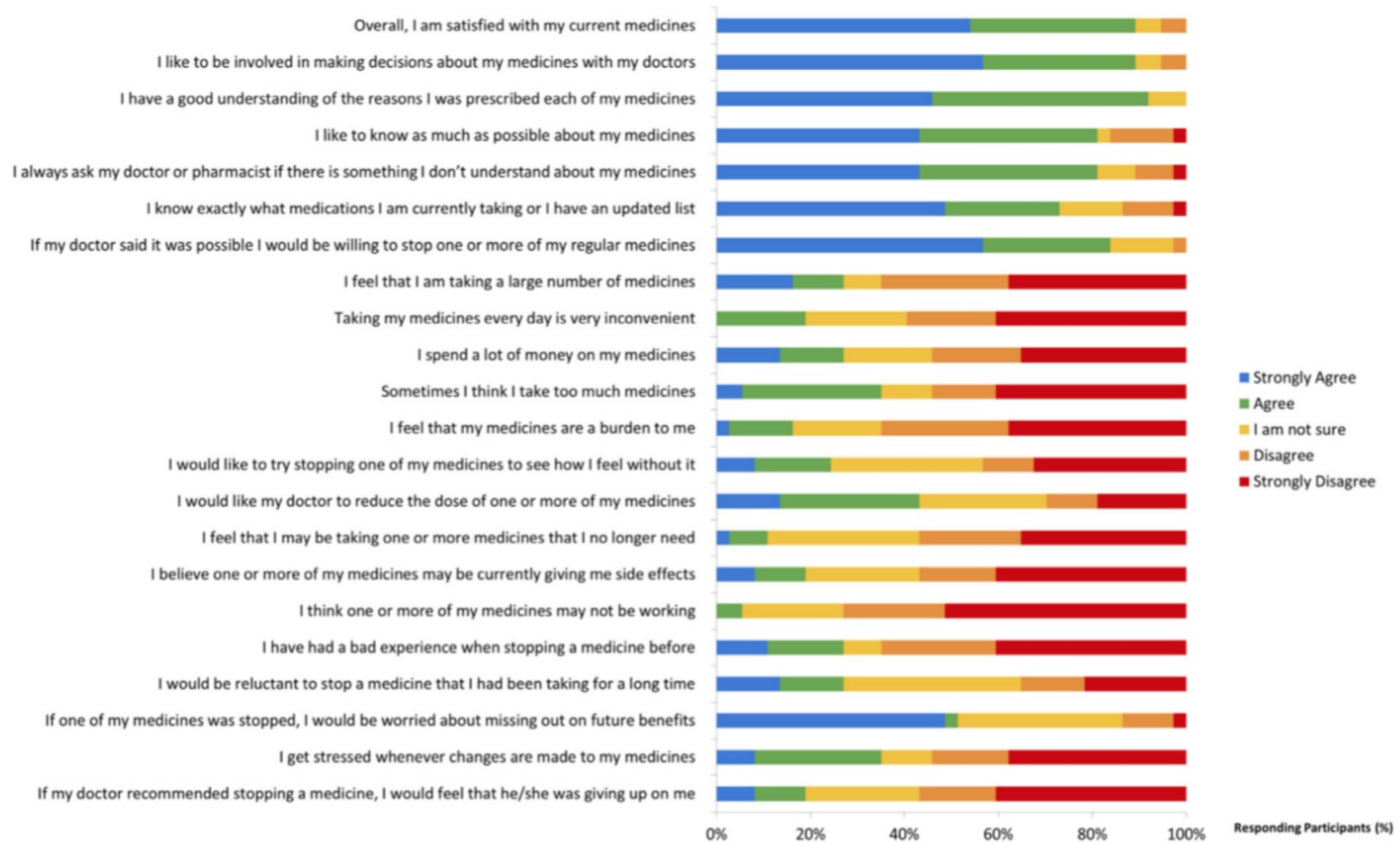
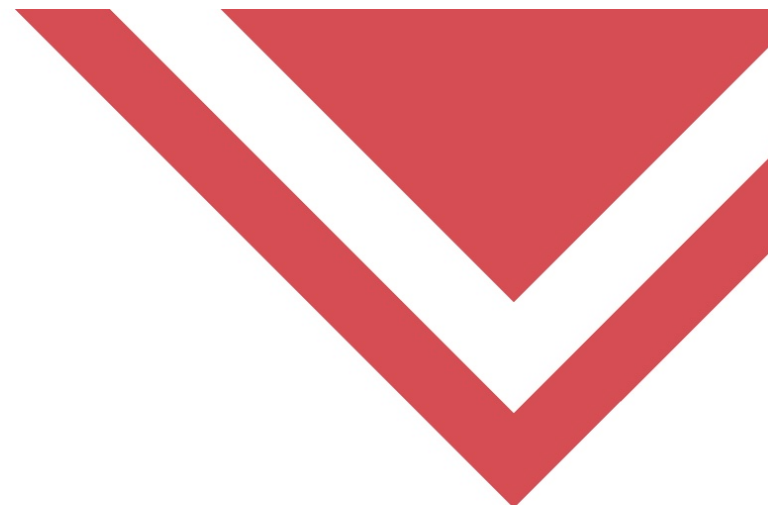


Figure 1 | Older VIH+ adults' attitudes toward their medications and deprescribing



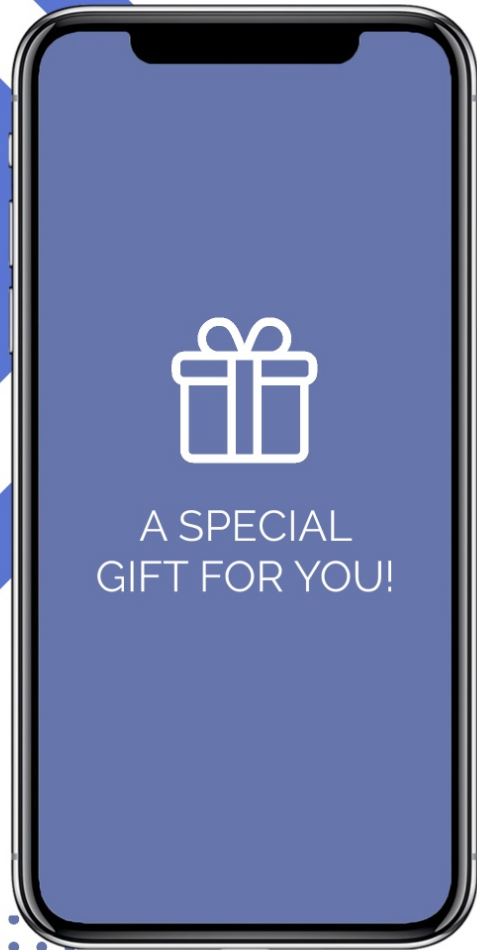
PRICMO



MAS-VIH



Conclusiones



**EVOLUCIÓN PERSONAL
+REVOLUCIÓN PROFESIONAL**

!NO HAY EXCUSAS!





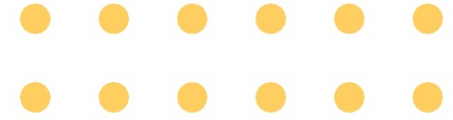
APLICACION PRÁCTICA

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

MODELO CMO EN VIH



RAMÓN MORILLO
@MORILLOVERDUGO.
25-NOVIEMBRE-2020



“

FELICIDADES POR EL 20 ANIVERSARIO

Gracias!!

”

APLICACION PRÁCTICA

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

MODELO CMO EN VIH



RAMÓN MORILLO
@MORILLOVERDUGO.
25-NOVIEMBRE-2020