

JORNADA
DE

ADHERENCIA

AL
TRATAMIENTO



6 de Noviembre, 2019



Hotel NH Collection Eurobuilding
Padre Damián, 23
28036 - Madrid

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Carmen Rodríguez
Servicio de Farmacia – HGU Gregorio Marañón

*Algunos conceptos clave
antes de comenzar...*



El tratamiento antirretroviral...

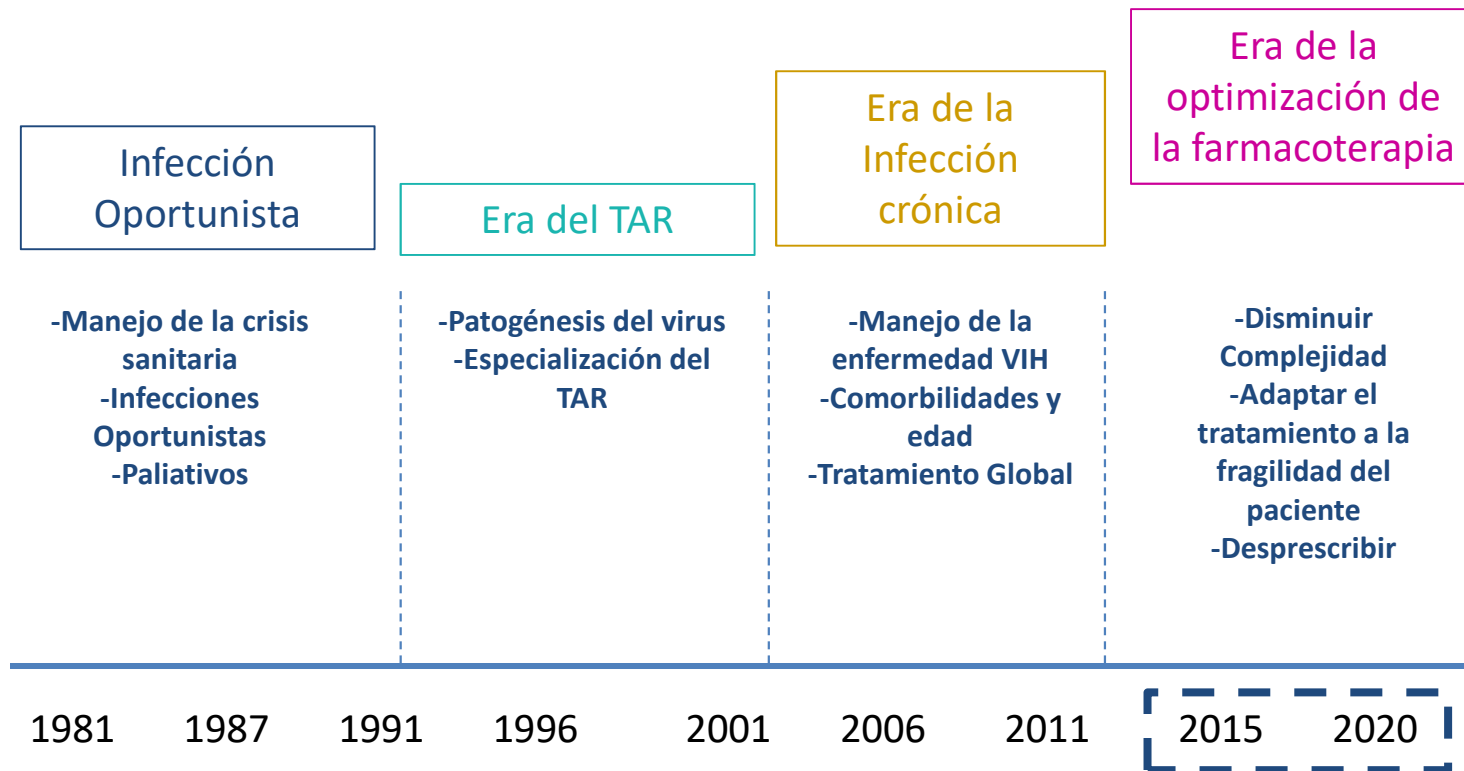
- ✓ *Reduce la morbilidad asociada al VIH*
- ✓ *Prolonga la supervivencia*
- ✓ *Previene la transmisión*

Los tratamientos hoy en día logran...

- *Una alta y mantenida supresión virológica*
- *Restauración y preservación de la función inmunológica*
- *Prevención/retraso del desarrollo de resistencias*
- *Disminución de la activación inmunológica e inflamación sistémica asociada al VIH*



Eras en el tratamiento de la infección por VIH



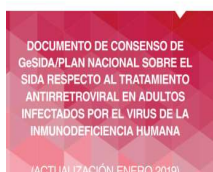
Recomendaciones sobre el inicio y selección del TAR inicial



- Se recomienda la administración de TAR a **todos los pacientes** con infección por VIH-1 (A-I)
- El TAR debe iniciarse **tan pronto como sea posible** tras el diagnóstico (A-III)

3er Fármaco	Pauta [†]	Comentarios [‡]
Preferentes. Pautas aplicables a la mayoría de los pacientes y que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia no-inferior a otras pautas también consideradas actualmente como preferentes o superior frente a otras pautas y presentan ventajas adicionales en tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas.		
INI	BIC/FTC/TAF*	
	DTG/ABC/3TC	-ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*5701 positivo -DTG no debe utilizarse en mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces -No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	DTG+FTC/TAF**	-DTG no debe utilizarse en mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces
	RAL+FTC/TAF**	-RAL puede administrarse indistintamente como 1 comprimido de 400 mg cada 12 horas, o 2 comprimidos de 600 mg (nueva formulación) cada 24 horas

Recomendaciones sobre el inicio y selección del TAR inicial



- Se recomienda la administración de TAR a **todos los pacientes** con infección por VIH-1 (A-I)
- El TAR debe iniciarse **tan pronto como sea posible** tras el diagnóstico (A-III)

Alternativas. Pautas eficaces, pero que no se consideran preferentes bien porque su eficacia ha resultado inferior a las pautas preferentes en ensayos clínicos o no se han comparado con pautas preferentes, o porque tienen desventajas potenciales o restricciones en su indicación. Pueden ser, sin embargo, de elección en subgrupos de pacientes o en casos especiales		
INI	DTG+3TC	-No recomendado en pacientes con CD4+ menor de 200/mm ³ o CVP >500.000 por no disponerse de información suficiente. Puede considerarse de elección en pacientes con CD4+ >200/mm ³ y CVP <500.000 cop/ml -DTG no debe utilizarse en mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas eficaces -No utilizar en pacientes con hepatitis B crónica
	EVG/c/FTC/TAF	-Es imprescindible evaluar posibles interacciones
IP potenciado	DRV/c/FTC/TAF o DRV/r+FTC/TAF**	-Puede considerarse de elección cuando se requiera de una pauta con elevada barrera genética (pacientes con problemas de adherencia) -Es imprescindible evaluar posibles interacciones
ITINN	DOR+FTC/TAF*, **	-Existe una combinación de DOR/3TC/TDF en comprimido único, que puede utilizarse siempre que se excluya la presencia de alteración renal o de osteopenia/osteoporosis, y no exista riesgo de desarrollarlas
	RPV/FTC/TAF**	-No indicado en pacientes con CVP >100.000 copias/mL -Puede considerarse de elección en pacientes con CVP <100.000 copias/mL. -Realizar previamente un estudio genotípico que descarte mutaciones de resistencia a ITINN -Contraindicado si se utilizan inhibidores de la bomba de protones -Se debe tomar siempre con una comida



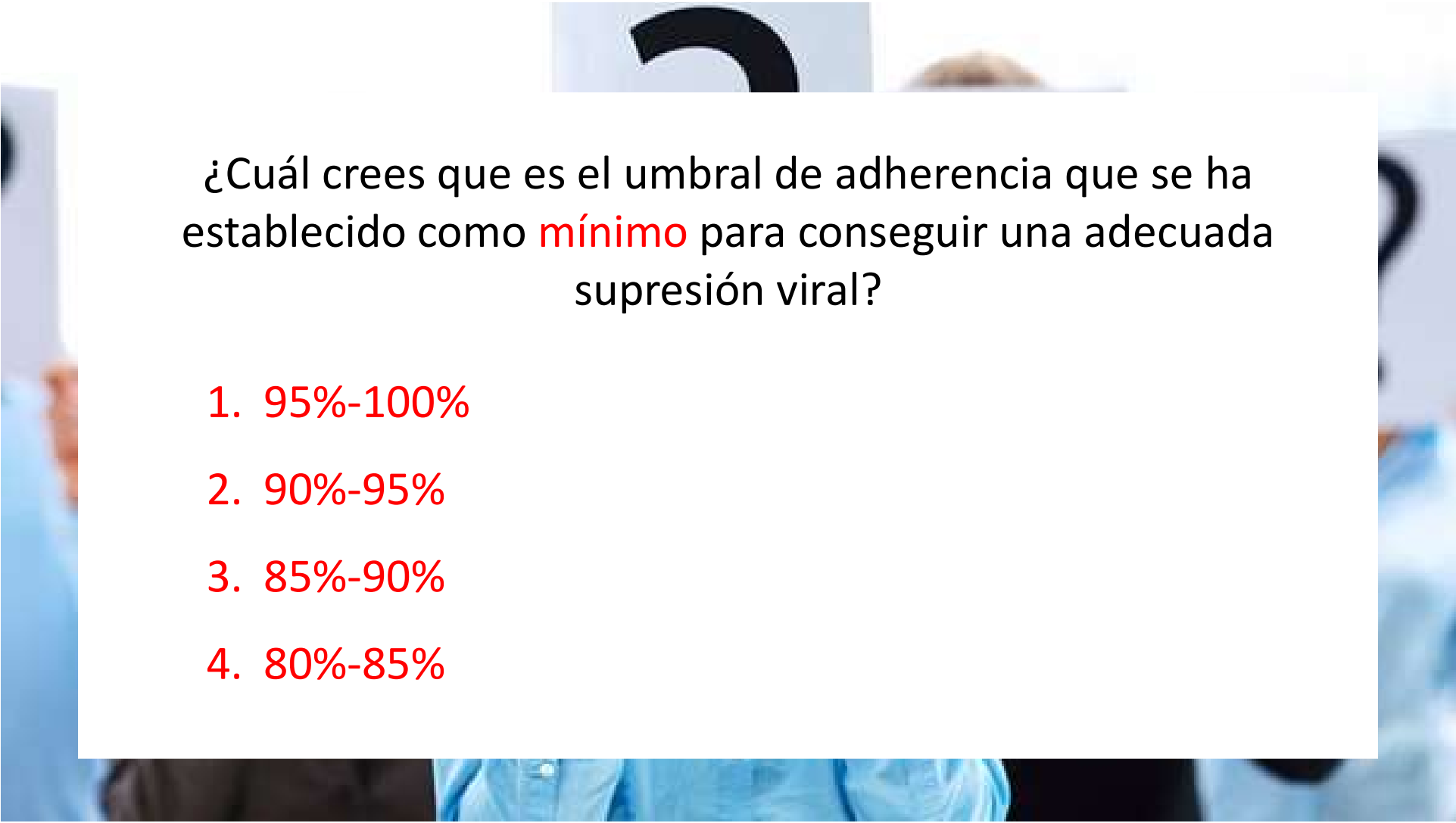
*Una **adherencia incorrecta** es la primera causa de fracaso terapéutico, y resulta el mayor determinante de fallo virológico, emergencia de resistencias al TAR, progresión de la enfermedad, hospitalización, mortalidad y aumento de costes sanitarios*

Nachea JB et al. Infect Disord Drug Targets. 2011 Apr;11(2):167-74.



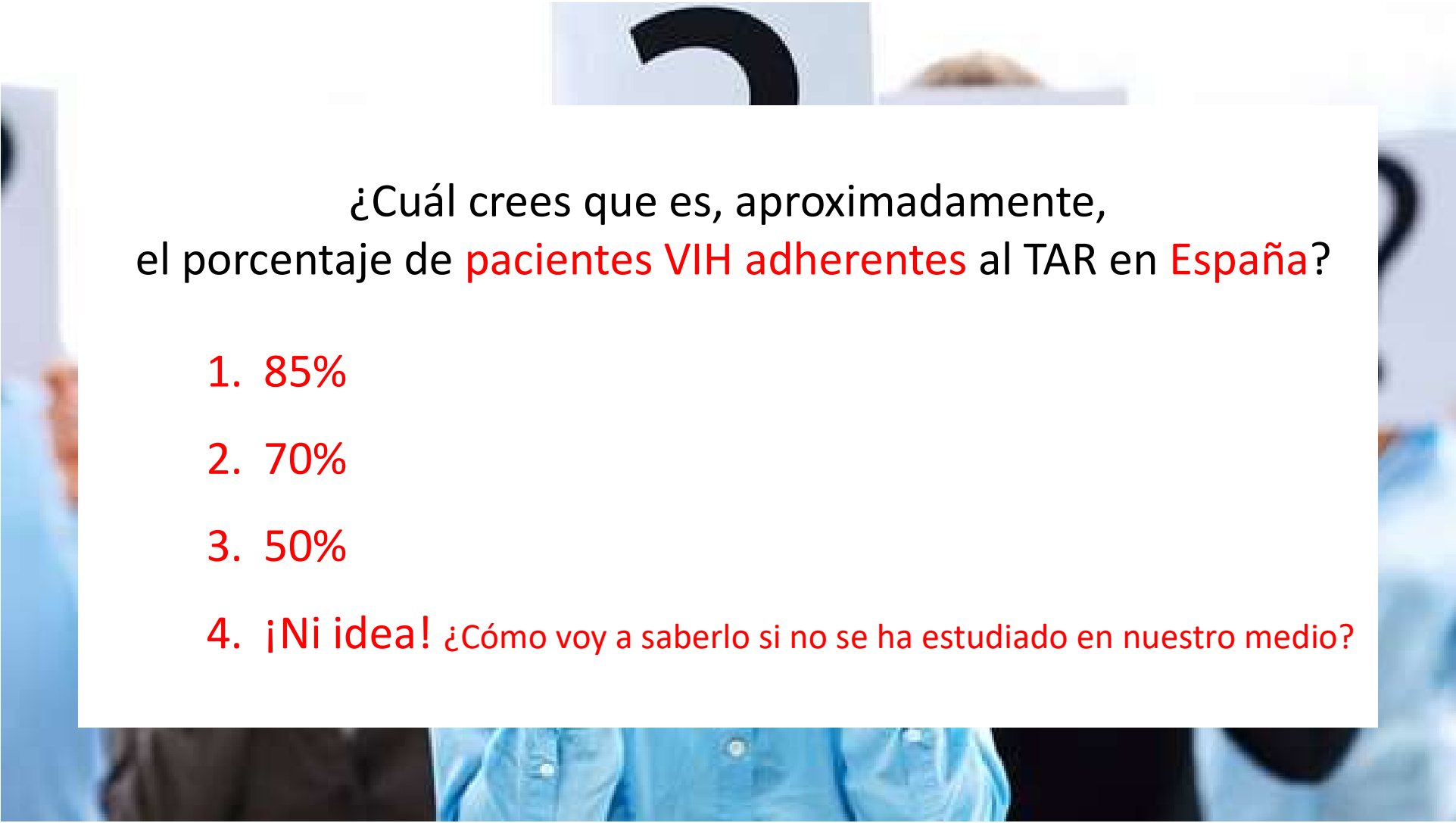
Definición de Adherencia al TAR

*Capacidad del paciente de **implicarse** correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral*



¿Cuál crees que es el umbral de adherencia que se ha establecido como **mínimo** para conseguir una adecuada supresión viral?

1. 95%-100%
2. 90%-95%
3. 85%-90%
4. 80%-85%



¿Cuál crees que es, aproximadamente,
el porcentaje de **pacientes VIH adherentes** al TAR en **España**?

1. 85%

2. 70%

3. 50%

4. ¡Ni idea! ¿Cómo voy a saberlo si no se ha estudiado en nuestro medio?

Adherencia al TAR y al tratamiento concomitante en España. Estudio POINT

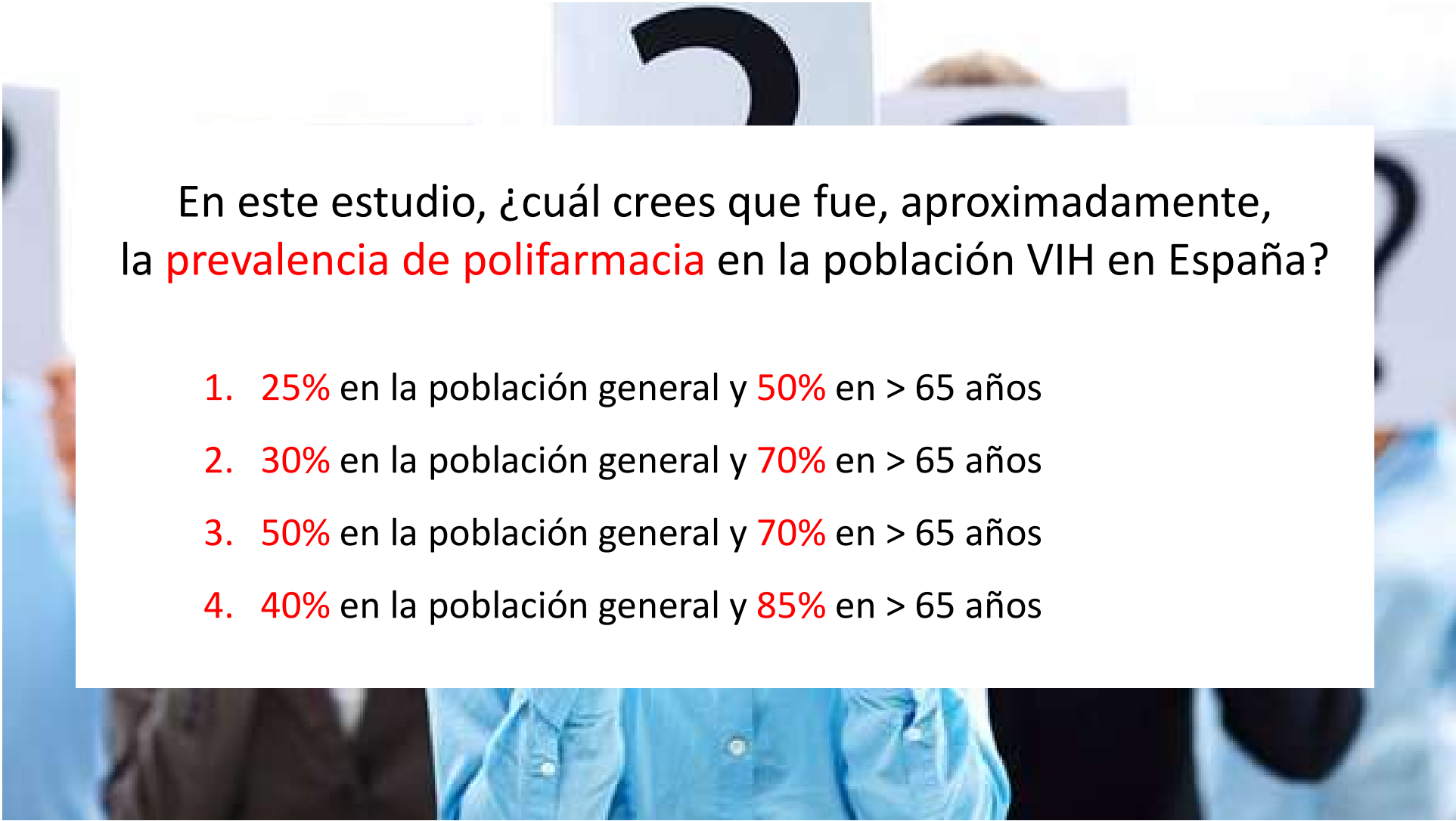
1.225 pacientes atendidos en los SFH de España (81 hospitales)

Md de edad: 49 años; 79% Varones; 56% vía de adquisición sexual; 91% con CV indetectable
55% con TAR STR; 37% con 2ITIAN + INI; 34% con 2 ITIAN + ITINAN; 10% con 2 ITIAN + IP/p
32,4% con polifarmacia (>/=6 M)

	Total	Dispensación	Cuestionario	
Adherencia al TAR	50,5%	66,6% (812)	50,5% (616)	(SMAQ)
Adherencia a medicación concomitante	53,5%	68,1% (311)	53,5% (363)	(Morinsky-Green)



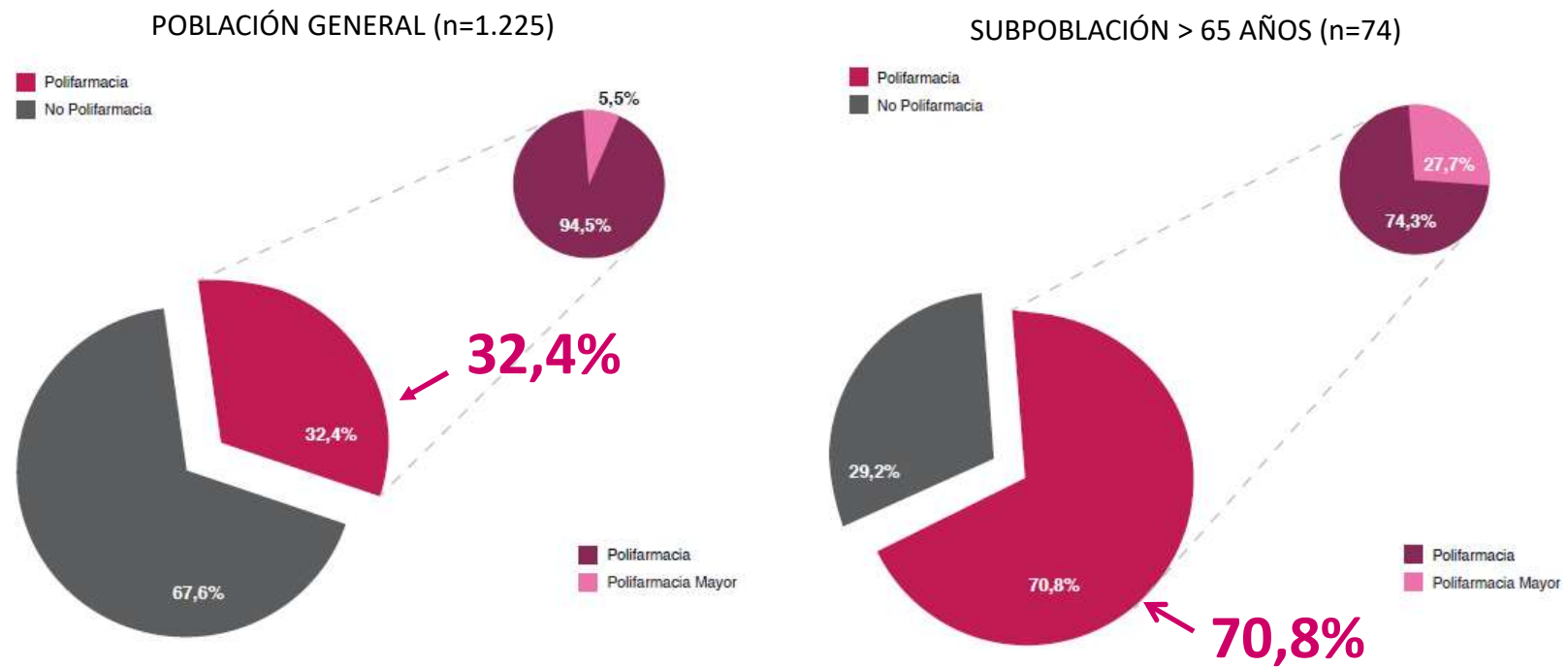
en población > 65 años (n=74): **73,0** y **59,3%** respectivamente



En este estudio, ¿cuál crees que fue, aproximadamente, la **prevalencia de polifarmacia** en la población VIH en España?

1. **25%** en la población general y **50%** en > 65 años
2. **30%** en la población general y **70%** en > 65 años
3. **50%** en la población general y **70%** en > 65 años
4. **40%** en la población general y **85%** en > 65 años

Prevalencia de polifarmacia en pacientes VIH en España. Estudio POINT





Ann Pharmacother. 2018 Sep;52(9):862-867. doi: 10.1177/1060028018766908. Epub 2018 Mar 28.

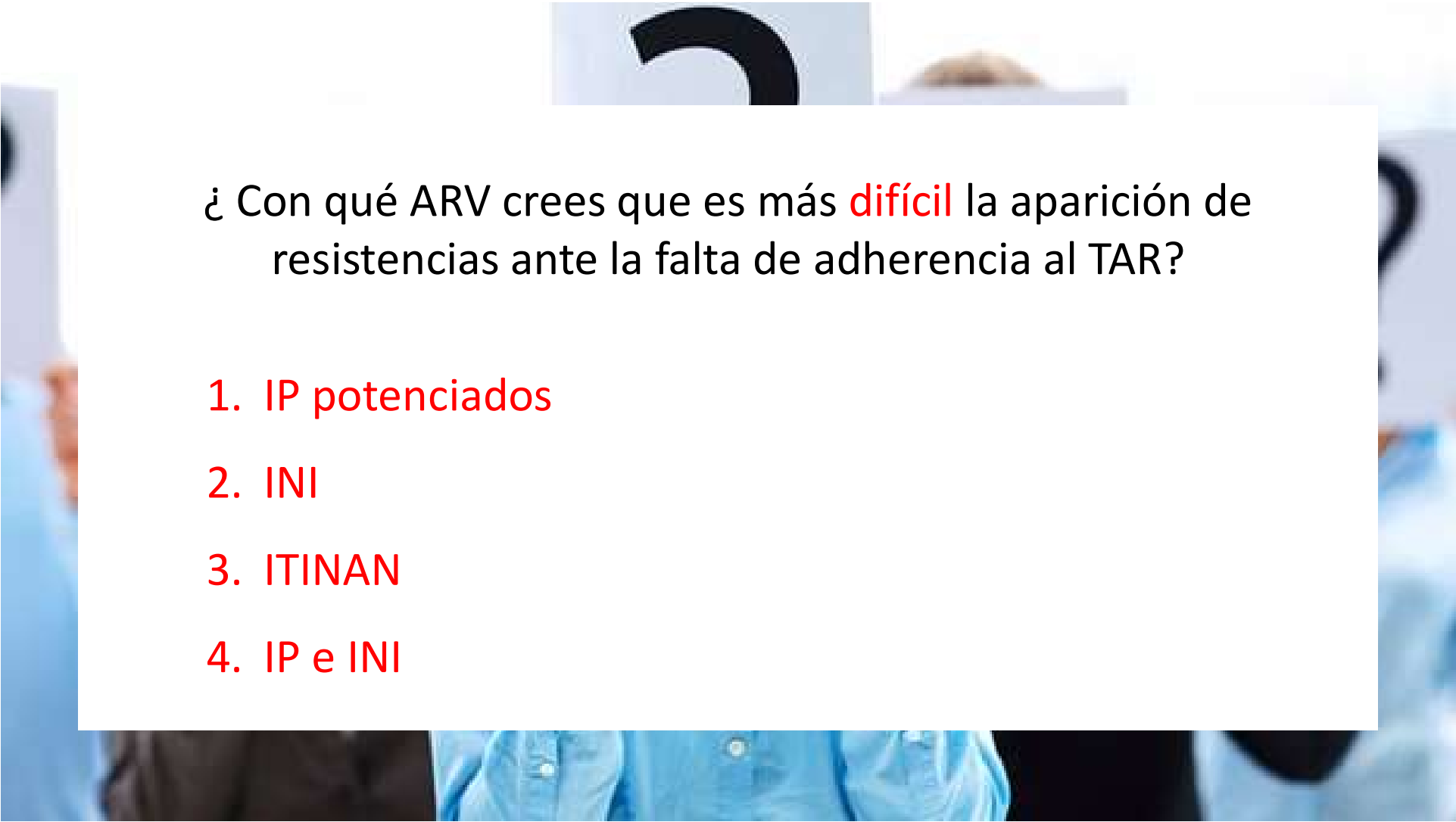
Identification of the Medication Regimen Complexity Index as an Associated Factor of Nonadherence to Antiretroviral Treatment in HIV Positive Patients.

619 pacientes

Edad (Md, RIC)	48 (43-45)
Nº comorbilidades (Md, RIC)	1 (1-2)
Índice de Complejidad del tratamiento (Md, RIC)	
TAR	5 (3-7)
Medicación concomitante	1 (0-5)
Global	7 (4-12)
Adherencia al TAR	67,9%
Adherencia a medicación concomitante	62,0%

Table 3. Multivariate Analysis of Variables Associated With Total Adherence.

Variable	P Value	Odds Ratio (95% CI)
Sex	0.154	0.880-2.253
Age (years)	0.457	0.575-1.283
Average plasma viral load	0.023	1.108-4.505
Treatment status	0.792	0.585-1.505
Comorbidities	0.021	1.038-1.570
Global Complexity Therapeutic Index	<0.0001	1.138-1.262



¿ Con qué ARV crees que es más **difícil** la aparición de resistencias ante la falta de adherencia al TAR?

1. IP potenciados
2. INI
3. ITINAN
4. IP e INI

CASO CLÍNICO



Andrea



Mujer de 52 años, natural de Madrid, que vive en el barrio madrileño de Vallecas. Ex-ADVP. Separada desde hace 5 años. Vive con sus 2 hijos gemelos, de 21 años.

Trabaja de forma ocasional como limpiadora, aunque actualmente ha perdido el trabajo por situación de ansiedad y estrés.

Infección por VIH desde 1986, estadio A1.

Recibió TAR inicialmente con AZT durante el embarazo y el parto gemelar de 2 niños sanos que se produjo en Agosto/96. Posteriormente inició TAR con 3TC + TDF + NVP en 2003. Ha mantenido buen control inmunoviroológico desde entonces a excepción de épocas de mal cumplimiento. De 2014 a 2017 recibió ABC/3TC + NVP. En 2016 se optimizó el TAR a DTG+ABC/3TC, pero lo abandonó a los pocos meses por intolerancia (mareos, intolerancia gástrica/dispepsia).

Tras 2 años con cumplimiento irregular (adherencia según registros de dispensación = 70%) y no presencia a algunas citas, hoy acude a consulta para seguimiento.

Otros antecedentes a destacar:

-Hepatitis crónica por VHC GT 3 tratada con PR con RVS. Fibroscan 21/03/2019: 8 Kpa

-Trastorno ansioso adaptativo, actualmente sin seguimiento.

-Síncopes vasovagales en relación con situaciones que provocan ansiedad. Fue valorada por Neurología y Cardiología, resultando todas las pruebas (ECG, ecocardiograma, EEG ...) normales.

-Densitometría en 2017: osteopenia

Otros datos de interés:

-NAMC. HLA B5701 negativo

-Tabaquismo (fumadora de 1 paquete diario). En tratamiento por naturópata para abandonarlo.

-Última revisión en ginecología en enero de 2019

- AF: Hermana cáncer de colon. Padre fallecido por cáncer de pulmón

- Se niega a hacerse colonoscopia

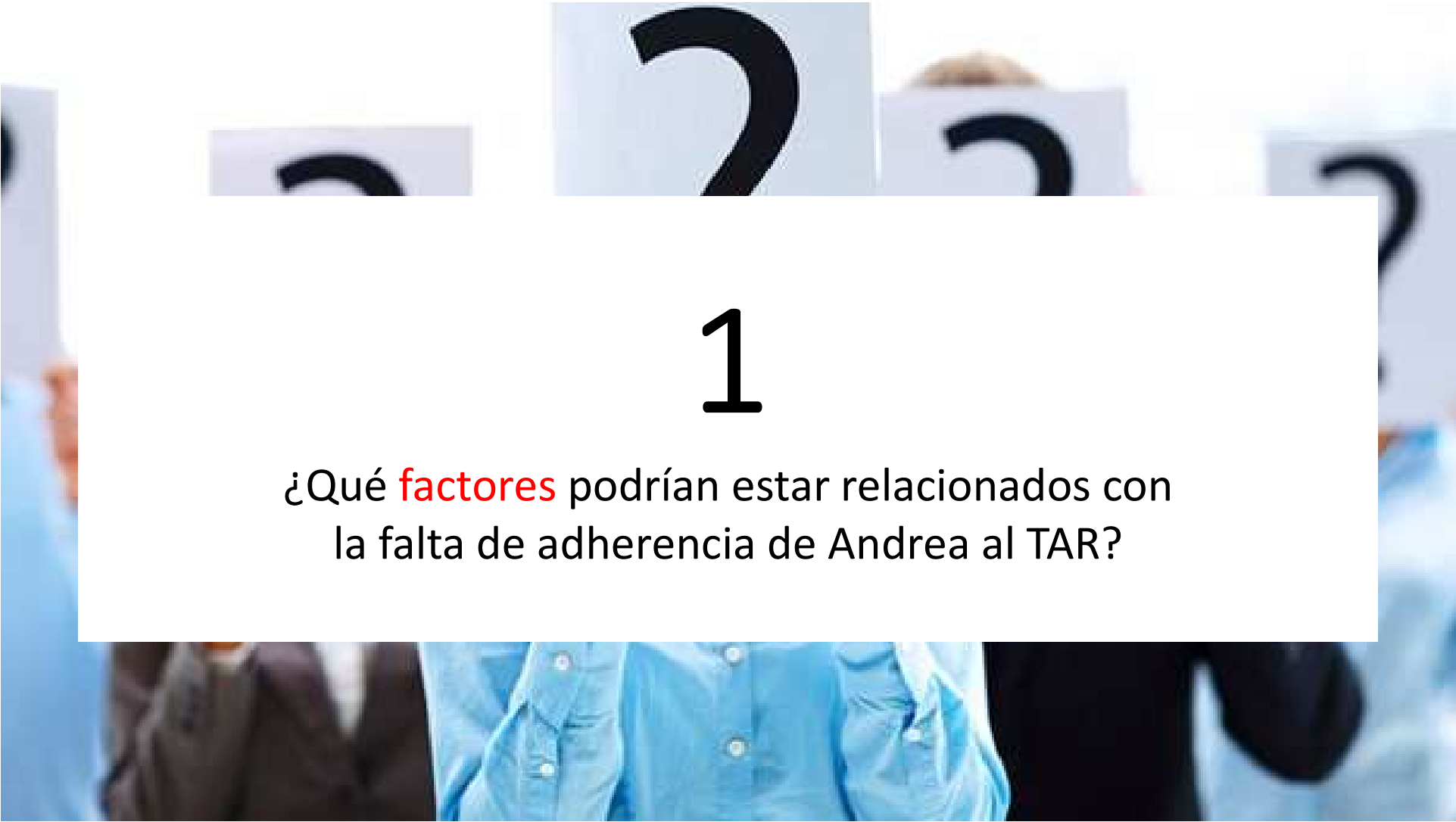
Pruebas complementarias:

Bioquímica de sangre (10/2019): OK

Inmunología: CD4+: 350 células/ μ L; Cociente CD4/CD8 : 0.31

Carga viral: 239.033 (5.38 log)

Tratamientos concomitantes: ninguno

A background image showing several people holding up white signs with large black question marks. The image is slightly blurred, focusing on the central text area.

1

¿Qué **factores** podrían estar relacionados con la falta de adherencia de Andrea al TAR?

Factores relacionados con la falta de adherencia al TAR

PACIENTE		PERSONAL SANITARIO	TRATAMIENTO
Características	Actitudes		
• Ausencia de soporte social o familiar* • Nivel socio económico • Nivel educativo • Vivienda inestable • Uso activo de drogas* • Alcoholismo* • Depresión, comorbilidad psiquiátrica* • Calidad de vida relacionada con la salud • Conocimientos y creencias acerca del tratamiento • Edad (<u>especialm. <25 años</u>) • Sexo • Raza • Idioma	• Desconfianza (sobre eficacia del tratamiento) • Hostilidad (hacia los profesionales) • <u>Vergüenza (estigma social)</u> • Temor (efectos adversos) • Fatalismo (pesimismo sobre la evolución) • Invulnerabilidad • Baja percepción de autoeficacia* • Insatisfacción con la atención sanitaria y relación sanitario-paciente	• Interés por el tema • Satisfacción profesional • Estilo comunicación (directivo / interactivo) • Actitud (distante / cordial) • Accesibilidad (consulta de dudas o problemas) • Prejuicios • Disponibilidad de recursos	• Número de fármacos.* • Frecuencia de dosificación* • Duración del tratamiento* • Restricciones alimentarias* • Efectos adversos* • Intrusividad en el estilo de vida • Tipo de tratamiento antirretroviral

* Características con una relación más contundente

Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (documento en proceso de revisión)



*Intervenciones para identificar y tratar aspectos como la **ansiedad, depresión, uso de drogas o alcohol, estigma y violencia de la pareja**; especialmente en **jóvenes y mujeres**, son esenciales para una buena adherencia a los ART*

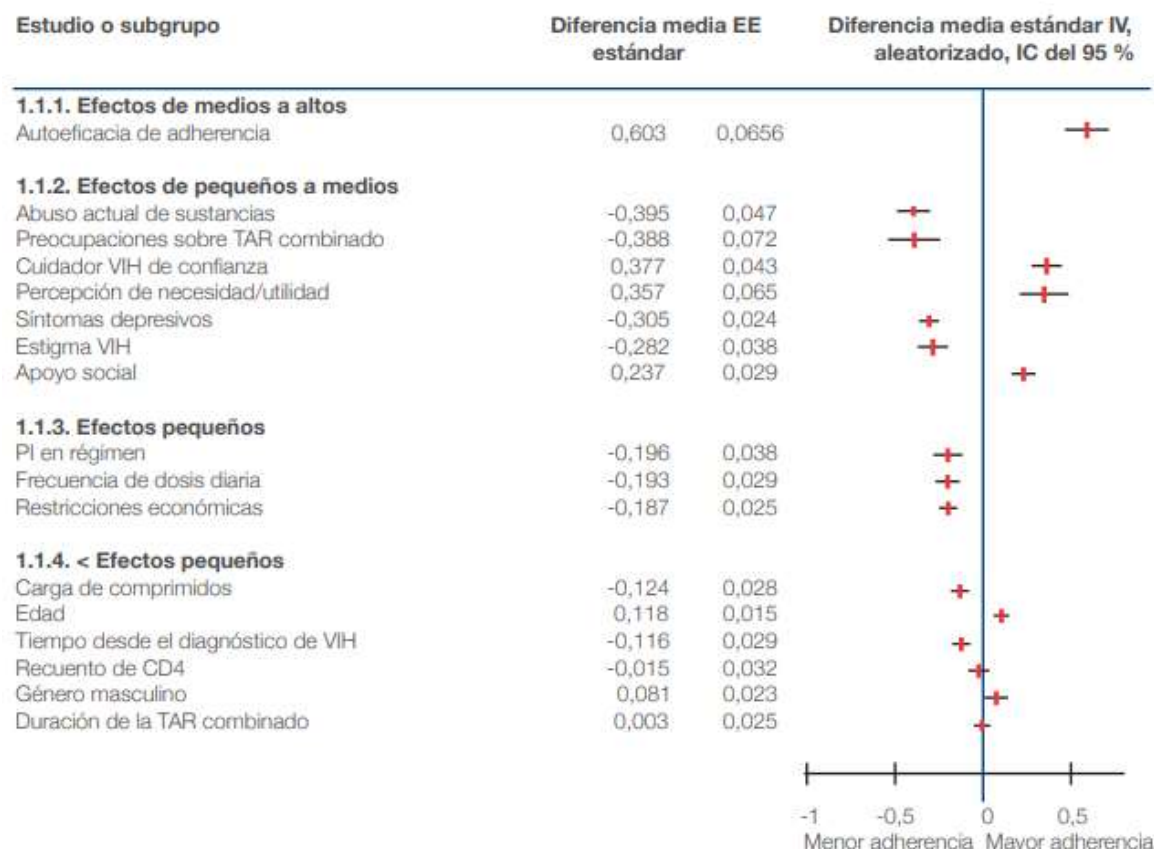
Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (documento en proceso de revisión)



Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis

Las intervenciones con mayor impacto serían aquellas dirigidas a:

- Aspectos como autoeficacia y preocupaciones/creencias acerca de la eficacia y la seguridad del TAR
- La simplificación del tratamiento





*El valor real de la simplificación del tratamiento antirretroviral
en la mejora de la adherencia*

Lower Pill Burden and Once-Daily Antiretroviral Treatment Regimens for HIV Infection: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

Jean B. Nachega,^{1,2,3,4,a} Jean-Jacques Parienti,^{5,6,a} Olalekan A. Uthman,^{7,8,9} Robert Gross,¹⁰ David W. Dowdy,² Paul E. Sax,¹¹ Joel E. Gallant,¹² Michael J. Mugavero,¹³ Edward J. Mills,¹⁴ and Thomas P. Giordano¹⁵

Results. Nineteen studies met our inclusion criteria (N = 6312 adult patients). Higher pill burden was associated with both lower adherence rates ($P = .004$) and worse virological suppression ($P < .0001$) in both once-daily and twice-daily subgroups, although the association with adherence in the once-daily subgroup was not statistically significant. The average adherence was modestly higher in once-daily regimens than twice-daily regimens (weighted mean difference = 2.55%; 95% confidence interval [CI], 1.23 to 3.87; $P = .0002$). Patients on once-daily regimens did not achieve virological suppression more frequently than patients on twice-daily regimens (relative risk [RR] = 1.01; 95% CI, 0.99 to 1.03; $P = .50$). Both adherence and viral load suppression decreased over time, but adherence decreased less with once-daily dosing than with twice-daily dosing.

Conclusions. Lower pill burden was associated with both better adherence and virological suppression. Adherence, but not virological suppression, was slightly better with once- vs twice-daily regimens.

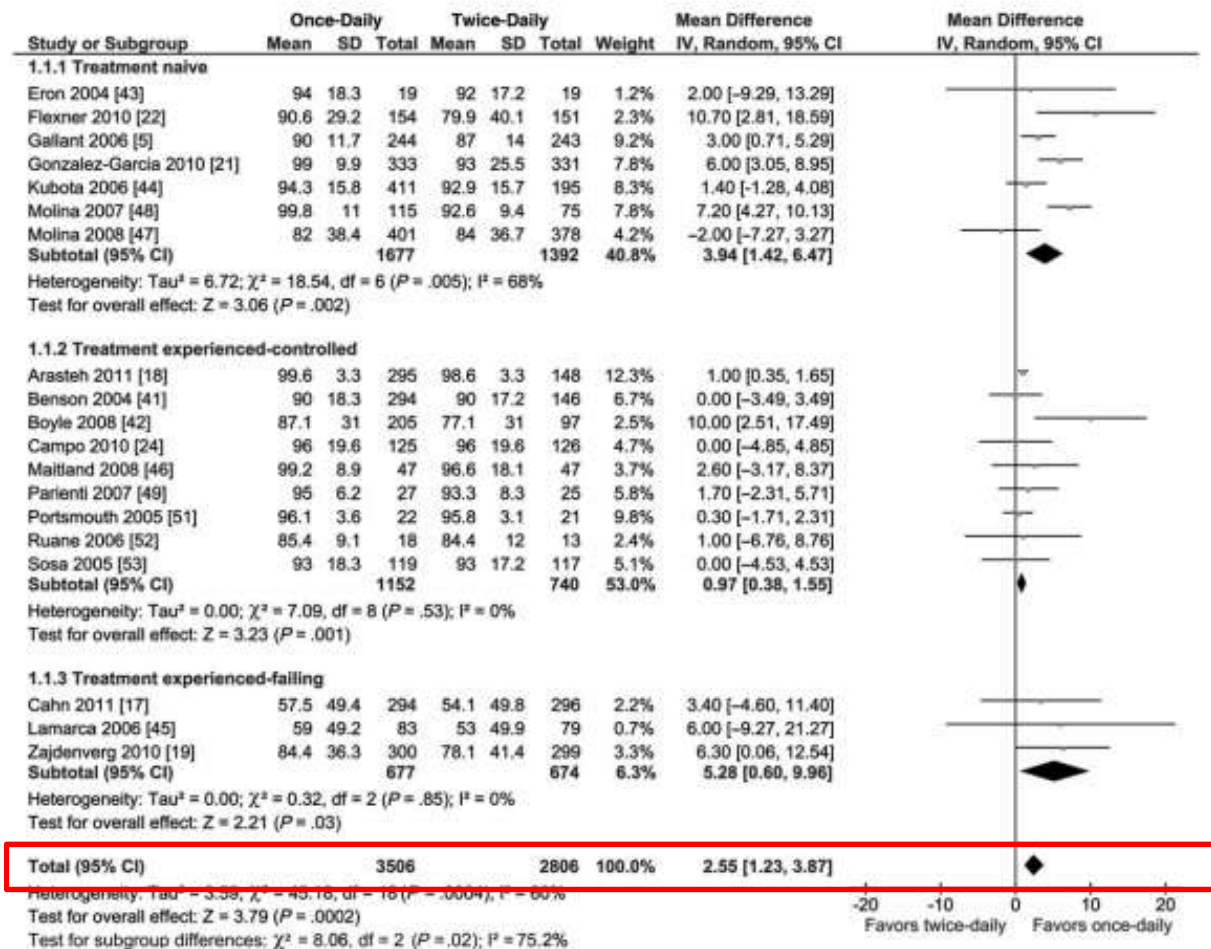
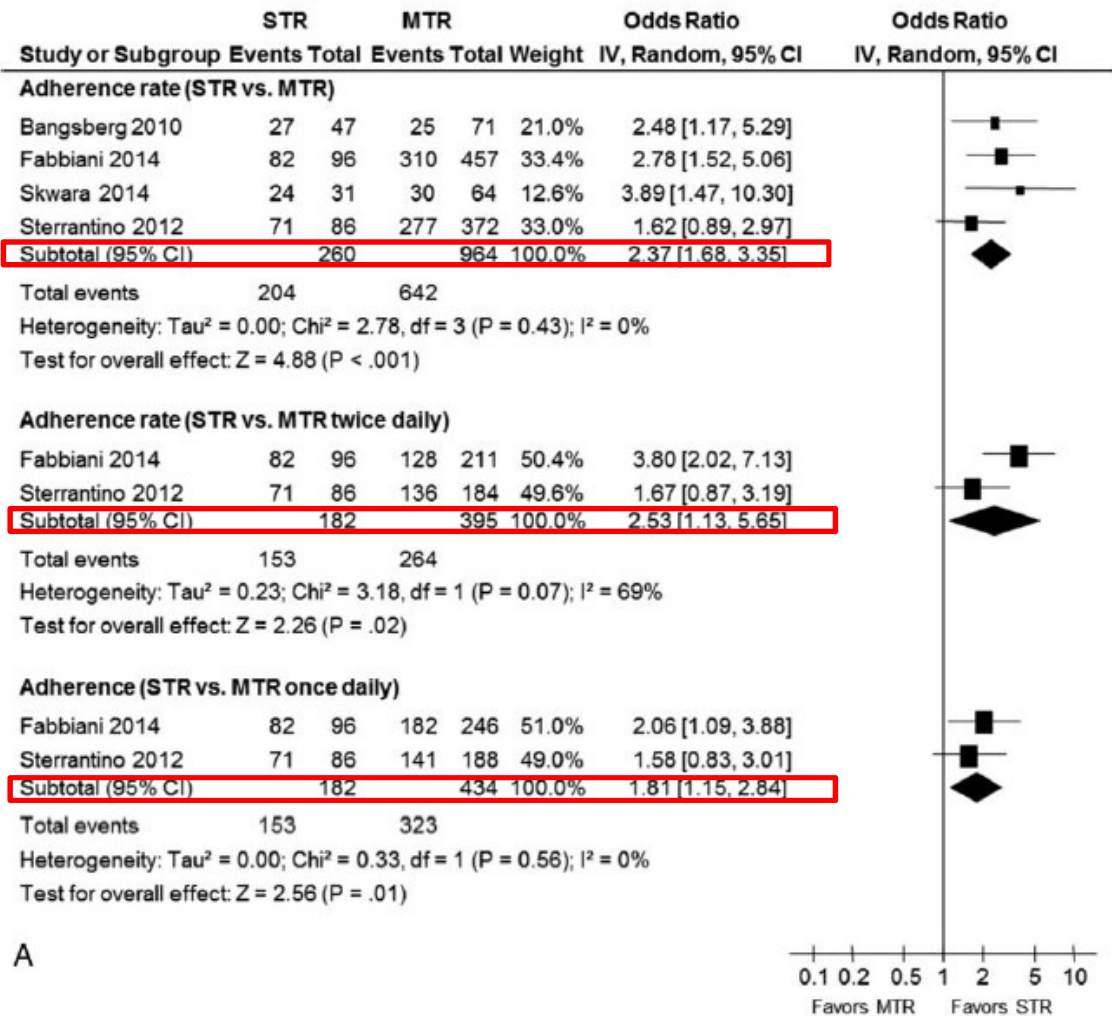


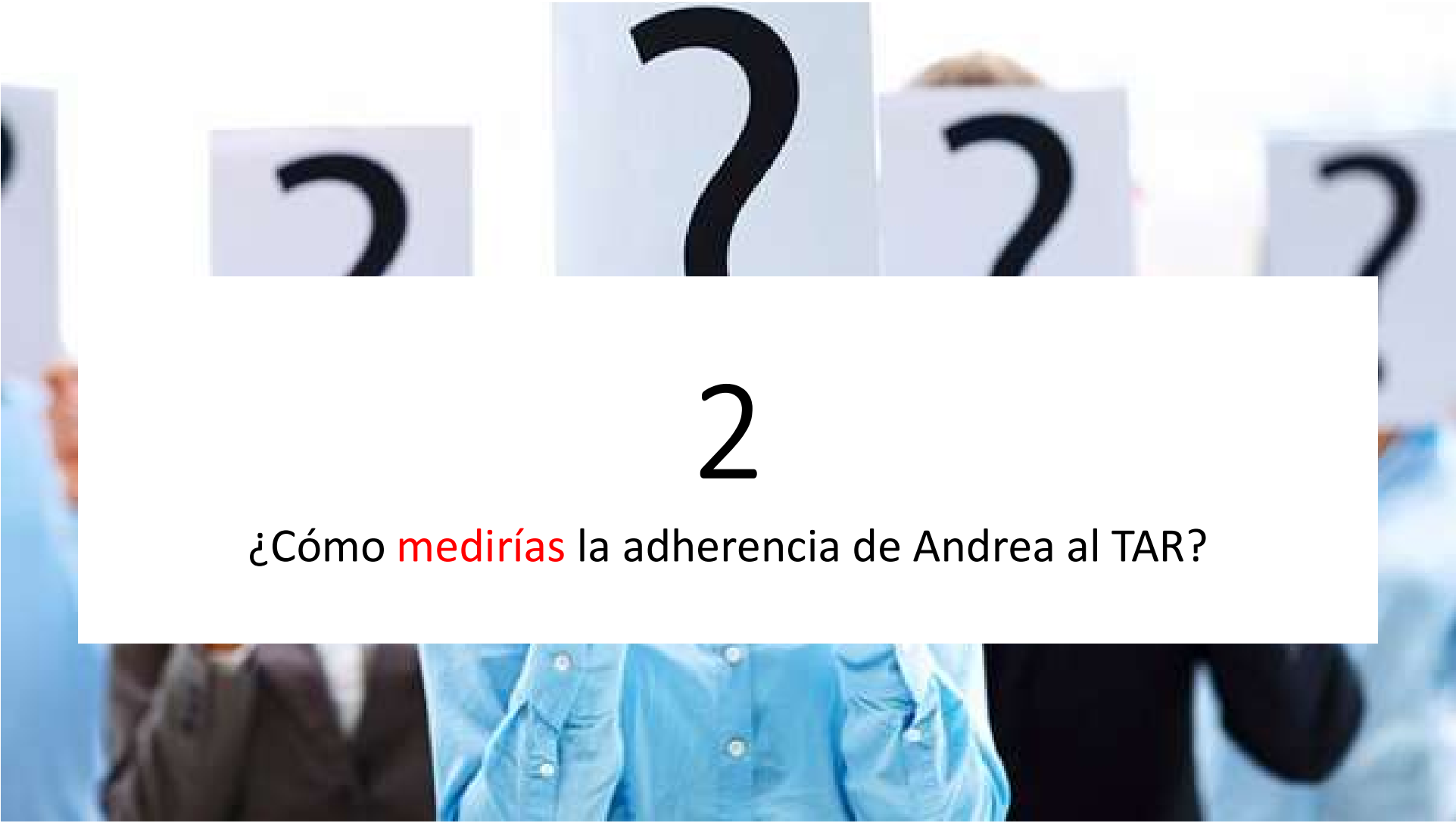
Figure 3. Forest plot of the effect of once-daily vs twice-daily antiretroviral regimens on the rate of adherence. Abbreviations: CI, confidence interval; IV, inverse variance; SD, standard deviation.

OPEN

Meta-Analysis of Studies Comparing Single and Multi-Tablet Fixed Dose Combination HIV Treatment Regimens

P.G. Clay, PharmD, S. Nag, PhD, C.M. Graham, PhD, and S. Narayanan, MS, MHS





2

¿Cómo **medirías** la adherencia de Andrea al TAR?

Método (indirecto)	Ventajas	Limitaciones
Valoración del profesional sanitario		• Subjetividad
MEMS	• Correlación con eficacia virológica • Permite conocer patrones de adherencia en el tiempo	• Coste elevado • Uso sólo en investigación • Infraestimación/sobreestimación de la adherencia • Vulnerable a fallos tecnológicos
Recuento de medicación sobrante	• Bajo coste • Correlación con eficacia virológica	• Sobreestimación de la adherencia • Necesidad de colaboración del paciente • Se asume que el paciente no acumula medicación
Registros de dispensación	• Sencillo de implementar • Correlación con resultados clínicos • Mide adherencia longitudinal	• Sobrestimación de la adherencia • No fiable si el paciente comparte la medicación • Se asume que la recogida equivale a adherencia
Cuestionarios	• Bajo coste • Facilidad de implementación • Correlación con resultados virológicos • Permite calcular adherencia cualitativa, cuantitativa y motivos de no adherencia	• Falta de estandarización, elevada heterogeneidad • Pocos validados • Sobreestimación de la adherencia • Sesgo de memoria • Baja sensibilidad

Cuestionario SMAQ

(validado en población VIH en España)

1. alguna vez ¿olvida tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí	No
3. alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí	No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí	No
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10.	
6. Desde la última visita ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:...	

Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4: si, 5: C, D o E: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa: A: 95 -100 %, B: 85-94%, C: 65-84%, D: 30-64% y E: < 30%.

Cuestionario **SERAD**

(validado en población VIH en España)

Codigo paciente	Fecha evaluación	Evaluador:
-----------------	------------------	------------

				ÚLTIMA SEMANA					ÚLTIMO MES				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
HORA	MEDICACIÓN	Nº PASTILLAS		Nº de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej: a3; b1)	Nº de veces que no se respetan condiciones de toma	Motivos de no respeto (ej: a3; f1)	Nº de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej: 3a; 1f)	Nº de veces que no se respetan condiciones de toma	Motivos de no respeto (ej: a3; f1)
			☐										
			☐										
	DESAYUNO		☐										
			☐										
			☐										
	COMIDA		☐										
			☐										
			☐										
	CENA		☐										
			☐										
			☐										
			☐										
Tiempo de pasación:	TOTAL C		☐	TOTAL E	TOTAL F	A ₀ I ₀ B ₀ J ₀ C ₀ K ₀ D ₀ L ₀ E ₀ M ₀ F ₀ N ₀ G ₀ O ₀ H ₀	TOTAL H	A ₁ I ₁ B ₁ J ₁ C ₁ K ₁ D ₁ L ₁ E ₁ M ₁ F ₁ N ₁ G ₁ O ₁ H ₁	TOTAL J	TOTAL K	A ₁ I ₁ B ₁ J ₁ C ₁ K ₁ D ₁ L ₁ E ₁ M ₁ F ₁ N ₁ G ₁ O ₁ H ₁	TOTAL M	A ₁ I ₁ B ₁ J ₁ C ₁ K ₁ D ₁ L ₁ E ₁ M ₁ F ₁ N ₁ G ₁ O ₁ H ₁

SERAD 1.1

- a) No disponer de la medicación en el momento de la toma
- b) Simplemente olvido
- c) Intentar evitar efectos secundarios
- d) Quedarse dormido
- e) Estar haciendo otras cosas incompatibles con la toma de medicación.
- f) No querer que las personas con que estaba vean que toma medicación
- g) Cambios en la rutina diaria (día de fiesta, fin de semana, vacaciones,...)
- h) Estar enfermo
- i) Demasiadas pastillas para tomar
- j) Sentirse deprimido o desmotivado
- k) Quedarse sin pastillas
- l) No querer tomarse la medicación/pasar
- m) Por prescripción médica
- n) Comprensión incorrecta de las prescripciones del médico
- o) Otras

Aparte de este último mes, desde la última visita ¿cuántas veces recuerda no haber podido tomar su medicación?

- ☐ Ninguna vez
 - ☐ 1 o 2 veces
 - ☐ de 3 a 5 veces
 - ☐ de 6 a 10 veces
 - ☐ 11 o más veces
- Motivos de no consumo:**

Otros cuestionarios validados en población VIH, utilizados a nivel internacional

ACTG

(AIDS Clinical Trials Group)

	Dosis no tomadas			
Medicamento	Ayer	Anteayer	Hace 3 Días	Hace 4 Días

% adherencia= (total unidades galénicas prescritas para ese período-total unidades no tomadas)/ total unidades galénicas prescritas para ese período.

PMAQ- adaptado

(Patient Medication
Adherence Questionnaire)

1. No he olvidado ninguna dosis en los últimos 4 días.
2. No he olvidado tomar todas las pastillas al menos un día en los últimos 4 días.
3. La mayoría de las veces he seguido las instrucciones especiales sobre la medicación en los últimos 4 días.
4. He tenido una adherencia superior al 70% en el último mes.

Cada respuesta favorable: 1 punto; adherente: 4 puntos; no adherente < 4 puntos.

*Debido a las limitaciones que presenta cada uno de los métodos, se recomienda **combinar varios de ellos**. Puede considerarse un mínimo aceptable la asociación de un **cuestionario validado** y el **registro de dispensación**, obtenidos con una frecuencia **trimestral** (Nivel B-II).*





¿Cómo monitorizas la adherencia al TAR
en tu Servicio de Farmacia?

Informe de Adherencia al Tratamiento

GFH: 010 PEX ANTIRRETROVIRALES ADULTOS

79 %

- ✓ Visible en PEA tras revisión y validación por el farmacéutico

02254440A

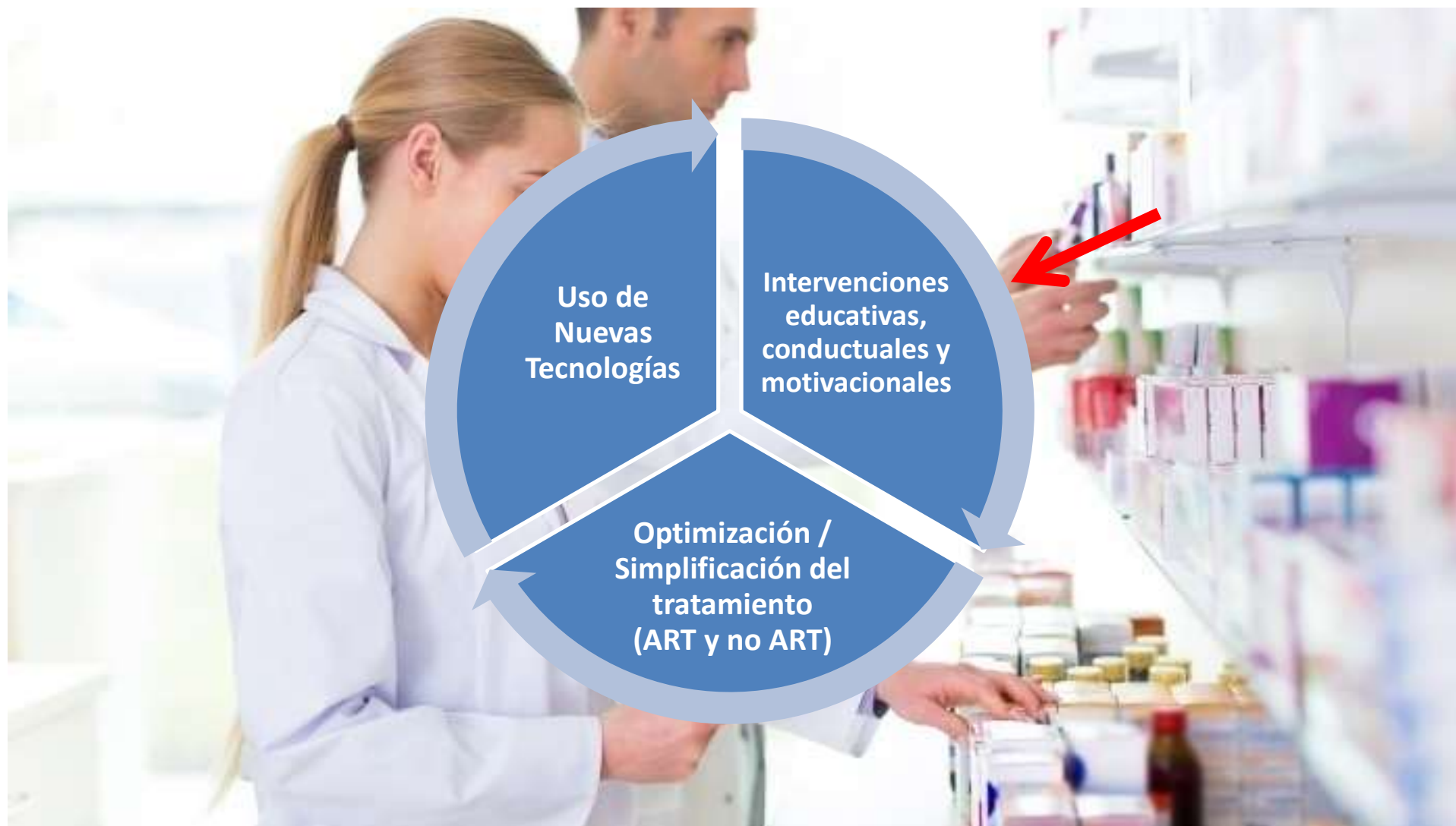
✓ Validar

 Cancelar

A background image showing a group of people holding up white signs with large black question marks. The image is slightly blurred, focusing on the central text area.

3

¿Qué **intervenciones** podrías poner en marcha para mejorar la adherencia de Andrea al TAR?



Rol del farmacéutico en la Consulta de AF (I)



FASE	OBJETIVOS
1 Prospección	1. Averiguar el nivel de conocimientos del paciente sobre su enfermedad y tratamiento para resolver dudas y aclarar conceptos erróneos. 2. Conocer el estilo de vida del paciente, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de toma de medicación. 3. Confirmar y revisar el resto de fármacos que está tomando el paciente (incluyendo automedicación, medicina alternativa, etc) y monitorizar las posibles interacciones. 4. Analizar todos los condicionantes que pueden influir en la adherencia. 5. Monitorizar la adherencia al tratamiento ARV y a la medicación concomitante, e identificar los problemas causantes del mal cumplimiento • Situación social, laboral y familiar • Situación psicológica (ansiedad, vulnerabilidad, estigma, soledad, violencia de la pareja...) y patología concomitante (drogodependencia, alcoholismo, proceso psiquiátrico, otras comorbilidades...) • Percepción de autoeficacia • Dificultad para la toma de medicamentos y efectos adversos del TAR

Rol del farmacéutico en la Consulta de AF (II)



FASE	OBJETIVOS
2 Educación/ Motivación	1. Proporcionar información oral y escrita sobre los objetivos, esquemas de dosificación y EA potenciales del tratamiento. La pauta de administración debe planificarse con el paciente, según sus necesidades y hábitos particulares.



vih

Grupo de trabajo de
Atención Farmacéutica
al Paciente de VIH de la seff



HOJAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE VIH

¿Qué es TRIUMEQ®?

Es un antirretroviral que contiene **abacavir**, **lamivudina** y **dolutegravir**, que impide la replicación viral, utilizado en el tratamiento del VIH para mantener la carga viral indetectable.



¿Qué dosis debo tomar?

Debe tomar **una** comprimido una vez al día:

Excipientes **importantes**

Horario																							
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					

¿Cómo debería tomar TRIUMEQ®?

Deberá tomar la dosis indicada con o sin alimentos **una vez** al día.
No fraccione ni mastique los comprimidos.

¿Qué hago si olvido una dosis?

Tómela si quedan más de cuatro horas para la próxima dosis, y continúe su tratamiento con normalidad.
En caso de vómito, tómela si ha pasado menos de 30 minutos desde que ha tomado el medicamento.

¿Qué debe contarle a su médico y farmacéutico antes de empezar el tratamiento?

- ☐ Historia de alergia a abacavir, lamivudina y dolutegravir o alguno de sus excipientes.
- ☐ Historia de enfermedad renal, hepática o cardiovascular.
- ☐ Embarazo y lactancia.

C

¿Qué efectos adversos puedo tener?

- Muy frecuentes (1 de cada 10 personas):
 - o Diarrea, náuseas, cansancio, insomnio y dolor de cabeza.
 - Frecuentes (5 de cada 100 personas):
 - o Trastorno del sueño, dolor abdominal, cansancio y reacciones alérgicas.
 - Graves (menos de 1 de cada 1000 personas):
 - o Pankreatitis y reacciones dérmicas.
- Podemos aliviar algunos de estos síntomas siguiendo las instrucciones de la hoja "¿Qué hago si...?"

¿TRIUMEQ® puede interactuar con otros medicamentos?

Debe informar a su médico y farmacéutico de toda la medicación y productos naturales que tome. Algunos de los medicamentos que producen interacciones con TRIUMEQ® son:

Fenitoína, Fenobarbital, Oxcarbazepina
Ritampirina
Hierro, calcio, antiácidos con magnesio/aluminio, multivitamínicos, Hierba de San Juan.

¿Cómo debo conservar TRIUMEQ®?

- ☐ A temperatura ambiente, alejado de la humedad y el calor. Debe conservar los comprimidos en el envase original.
- ☐ En el caso de que le sobre medicación, devuélvala lo antes posible al Servicio de Farmacia de su Hospital.
- ☐ No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en la caja después de "CAD". La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.

Observaciones:

Consulte a su médico INMEDIATAMENTE si nota cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre, erupción cutánea, enrojecimiento y/o picores, náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal, cansancio, malestar general, respiración entrecortada, dolor de garganta o tos.

Rol del farmacéutico en la Consulta de AF (II)



FASE	OBJETIVOS
2 Educación/ Motivación	1. Proporcionar información oral y escrita sobre los objetivos , esquemas de dosificación y EA potenciales del tratamiento. La pauta de administración debe planificarse con el paciente, según sus necesidades y hábitos par 2. Resaltar la importancia del control virológico y la adherencia al tratamiento, tanto al TAR como a la medicación concomitante. Motivar al paciente para tomar adecuadamente la medicación, buscando soluciones concretas e individualizadas a los problemas. Implicar a un familiar en el cumplimiento del tratamiento si fuera necesario. Counselling Entrevista motivacional Potenciar autonomía y autocuidado del paciente (escuela de pacientes, programas paciente experto)



Escuela de Pares 2019 – El 24 y 25 de enero tendrá lugar la formación “el counselling en la relación de ayuda”

18 de enero de 2019



La [Escuela de Pares](#) comienza un nuevo año con una formación titulada “el counselling en la relación de ayuda”, que se centra en ofrecer las bases del acompañamiento entre iguales, es decir, el que realizan personas que tienen VIH a personas que acaban de ser diagnosticadas. Esta formación se impartirá en dos jornadas de manera presencial en Madrid y corre a cargo del [Instituto Antae](#), especializado en psicología y

A banner image featuring a low-angle view of several modern skyscrapers in Madrid, including the Torre Agbar. In the foreground, there are green plants. Overlaid on the image is a graphic of a blue stethoscope with a red heart in the center. Inside the heart is a small icon of a bookshelf with books. The text 'Escuela Madrileña de Salud' is written in white on the left side of the banner.

Escuela Madrileña de Salud

europapress / madrid

La Escuela Madrileña de Salud organiza un encuentro con personas con VIH para detectar sus necesidades emocionales

Rol del farmacéutico en la Consulta de AF (II)



FASE	OBJETIVOS
2 Educación/ Motivación	1. Proporcionar información oral y escrita sobre los objetivos , esquemas de dosificación y EA potenciales del tratamiento. La pauta de administración debe planificarse con el paciente, según sus necesidades y hábitos particulares. 2. Resaltar la importancia del control virológico y la adherencia al tratamiento, tanto al TAR como a la medicación concomitante. Motivar al paciente para tomar adecuadamente la medicación, buscando soluciones concretas e individualizadas a los problemas. Implicar a un familiar en el cumplimiento del tratamiento si fuera necesario. 3. Tratar las situaciones concomitantes (depresión, ansiedad, alcoholismo, drogodependencia) y derivar al especialista en caso necesario. 4. Intervenir en la continuidad de cuidados fuera de las unidades de VIH, contactando con los centros de AP, recursos comunitarios territoriales y entidades de ayuda a los pacientes y familiares (ONGs, asociaciones de pacientes...). 5. Ofrecer atención accesible (teléfono, e-mail, app, etc)

 Escribe aquí qué tema te interesa...

Documentos 

Enfermedades

AZ

Mapa de Asociaciones 



Noticias

Agenda

Asociaciones

Premios Somos Pacientes

El valor de la innovación

TV

Asociaciones al día

34 asociaciones de vih/sida

• Trastornos del sistema
inmunitario

BUSCAR ASOCIACIONES

Introduce enfermedad, localidad, asociación

Enfermedad

VIH/sida

Provincia

Todas las CC.AA. / Provincias...

BUSCAR

Proyecto de los NOMS
hispano
sida

adhara

CESIDA
Coordinadora estatal de VIH y sida

 **seisida**
Sociedad Española e Interdisciplinaria del SIDA

A+
DIVERSIDAD
SALUD
COMUNIDAD



gt
grupo de
trabajo y apoyo
al tratamiento del VIH

Rol del farmacéutico en la Consulta de AF (III)



FASE	OBJETIVOS
3 Dispensación	Dispensación
4 Planificación siguiente cita	Planificación de la siguiente visita a la consulta de AF en coordinación con el resto de visitas del paciente.



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Servicio de Farmacia Hospitalaria

Instrucción Técnica de SFT al paciente externo VIH

ANEXO 4. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

INICIO/CAMBIO DE TAR

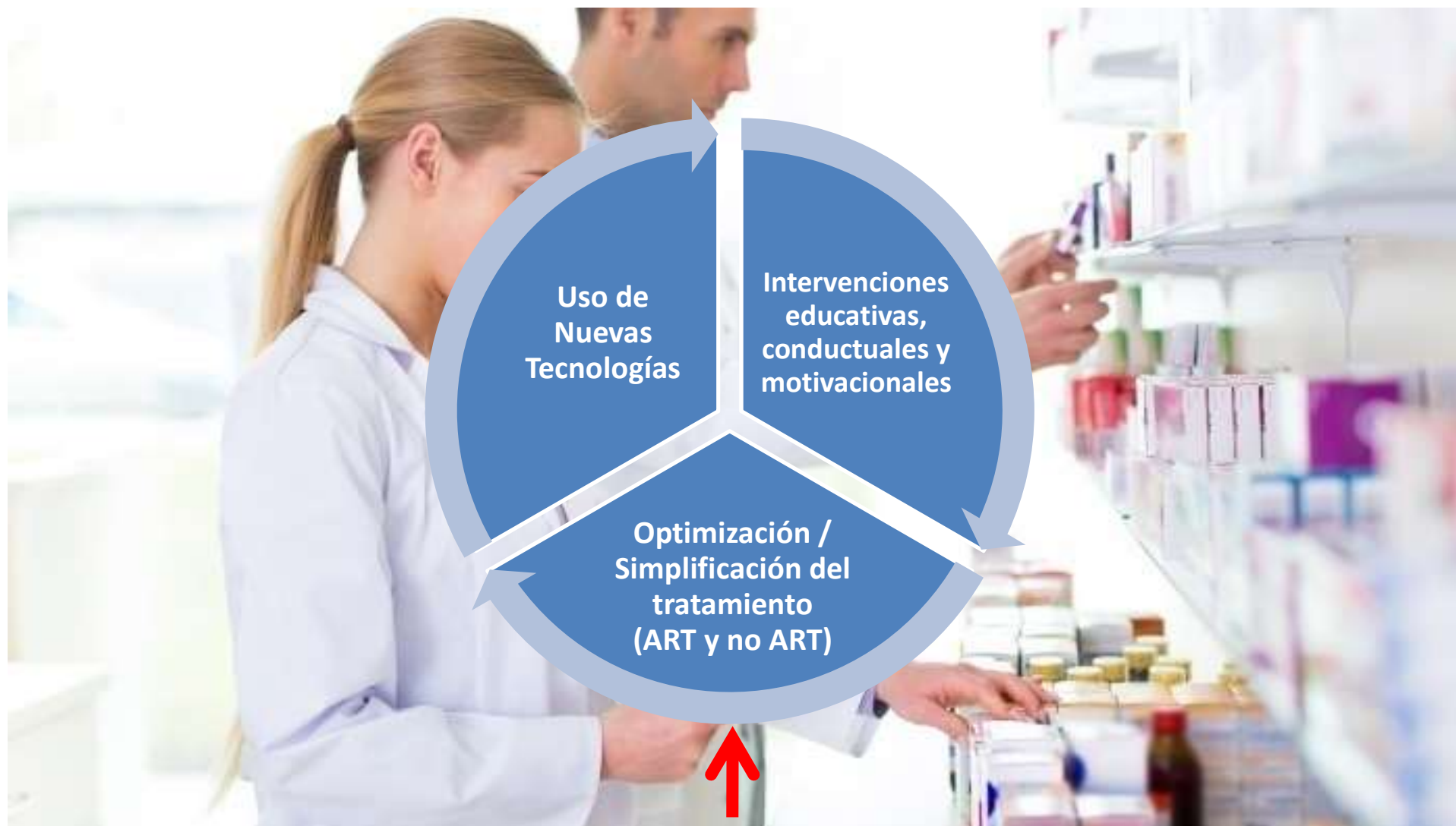
CONSULTA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO AL PACIENTE VIH

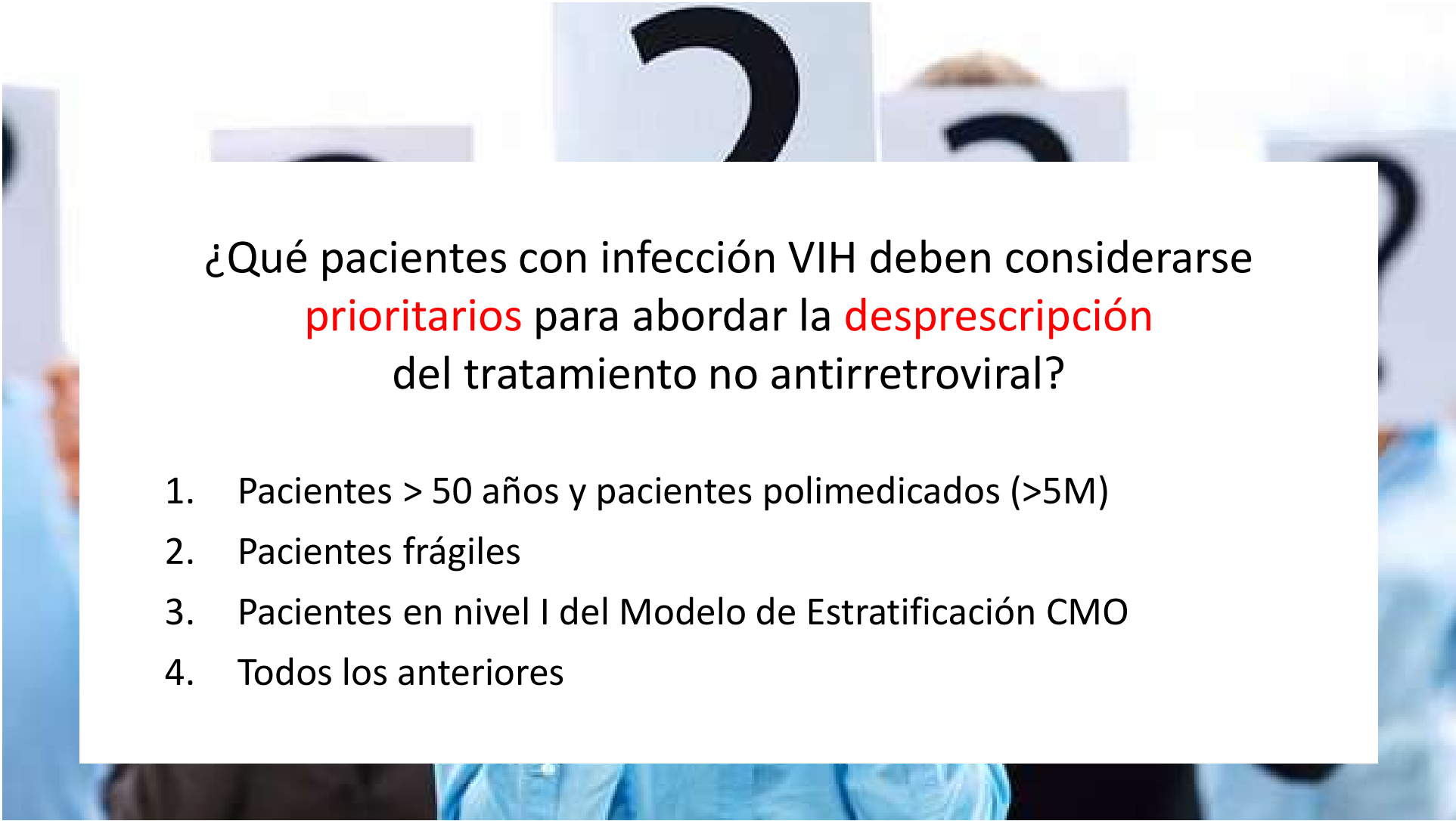
- **Fecha:**
- **Motivo de consulta de AF:** inicio / cambio
- **Tratamiento anterior** (si es un cambio) **y tratamiento nuevo**¹:
- **Motivo de cambio del TAR** (si procede):
- **Antecedentes relacionados con la infección VIH** (si es posible, incluir fecha de diagnóstico, nadir CD4, TAR previos e historia de resistencias al TAR):
- **Otros antecedentes** (incluidos: coinfección VHC / HTA / DM / DL / IR / Osteopenia – Osteoporosis / Deterioro cognitivo):
- **Alergias a medicamentos:**
- **Resultado HLA B5701:**
- **Consumo de drogas / alcohol / tabaco** (especificar cantidad, y preguntar específicamente por Chemsex):
- **Parámetros analíticos:**
 - **CV: CD4: Cociente CD4/CD8:**
 - **Resto de analítica con parámetros fuera del rango de normalidad:**
- **Valoración de la situación basal:**
 - Soporte social/familiar
 - Situación educativa y laboral
 - Dependencia funcional
 - Estado neurocognitivo
 - Depresión/comorbilidad psiquiátrica
 - Otra sintomatología a destacar:
 - Trastornos del sueño grado
 - Cefalea grado
 - Fatiga grado
 - Náuseas / vómitos grado
 - Diarrea / Estreñimiento grado
 - Irritabilidad grado
 - Disminución del apetito grado
 - Erupción cutánea
 - Neuropatía grado
 - Mialgia grado
 - Mareo grado
 - Otros

- **Ingreso hospitalario o consultas a Urgencias en el último año:**
 - **Evaluación de la adherencia al tratamiento:** en un inicio de tratamiento, especificar los factores pronóstico de buen/mal cumplimiento (hábitos diarios, trabajo que desempeña, soporte familiar, etcétera). En caso de tratarse de un paciente **pretratado**, anotar la adherencia que calcula el programa de Prescripción Electrónica.
 - **Administración:** especificar si se establece un horario particular con el paciente por cualquier motivo o especificar "sin incidencias" si el paciente comprende nuestras explicaciones y no hay nada reseñable.
 - **Tratamiento concomitante** (incluido medicamentos para dormir, para molestias de estómago, productos de herbolario y zumo de pomelo): especificar "el paciente refiere estar en tratamiento con...". Se detallará la dosis y pauta para cada medicamento.
 - **Presencia de interacciones clínicamente relevantes:** Sí (especificar) / No
 - **Otros comentarios:** Seguirá los consejos para evitar la transmisión a través de la sangre o contacto sexual. No dejará de tomar el tratamiento sin informar antes a su médico o farmacéutico. La interrupción indebida, aunque sólo sea transitoria, anula el efecto de la medicación, favorece la aparición de resistencias y puede poner en peligro la posibilidad de tratamientos futuros.
- Se pondrá en contacto con el Servicio de Farmacia (915867714) ante cualquier duda relacionada con el tratamiento.

▪ **Firma:**







¿Qué pacientes con infección VIH deben considerarse **prioritarios** para abordar la **desprescripción** del tratamiento no antirretroviral?

1. Pacientes > 50 años y pacientes polimedicados (>5M)
2. Pacientes frágiles
3. Pacientes en nivel I del Modelo de Estratificación CMO
4. Todos los anteriores



DESPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA TERAPIA NO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

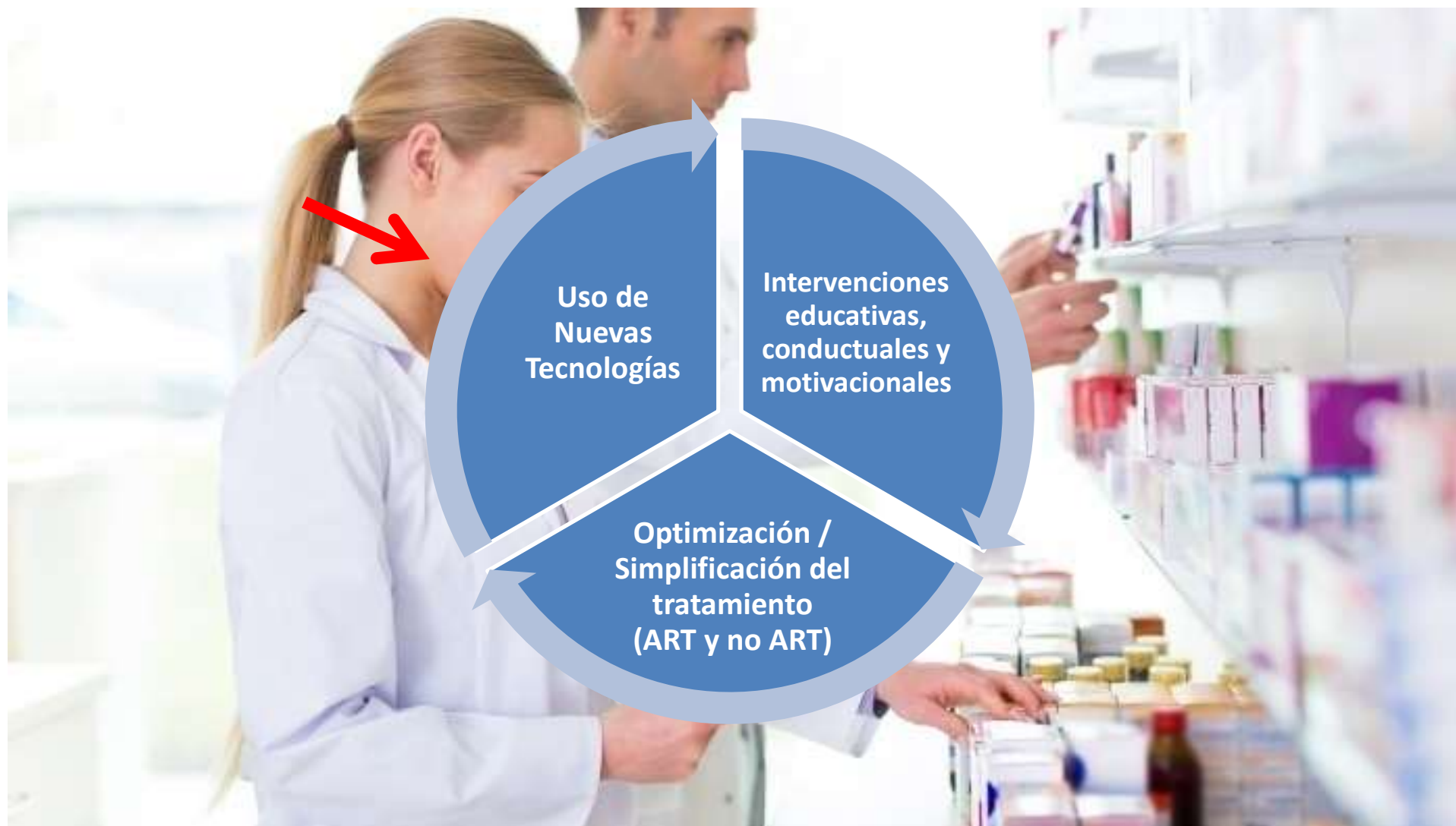
(ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2018)

- Enfoque MULTIDISCIPLINAR
- Aplicando criterios de priorización de pacientes VIH candidatos:
 - Pacientes > 50 años
 - Pacientes polimedicados (>5M)
 - Pacientes frágiles
 - Pacientes nivel I en la estratificación según Modelo CMO



Tipología	TIPOS DE VARIABLE		VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Variable de utilización sanitaria	Variables relacionadas con la medicación	Variables relacionadas con la medicación	Polimedicación	El paciente toma >6 fármacos (incluyendo el tratamiento antiviral)	4
			Riesgo de medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos. <i>A modo informativo se registrarán los medicamentos</i>	2
			Interacciones del tratamiento	1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis	2
			Puntuación	>30 interacciones relacionadas con terapia farmacológica	4
				PUNTUACIÓN	PERIODICIDAD SCREENING
	Prioridad 1	>31	c/6 meses	1-2 meses	
	Prioridad 2	18-31	Anual	3-4 meses	
	Prioridad 3	<18	Anual	6-8 meses	
Variable de evaluación de la función		Suspecta de problema relacionado con el medicamento	un problema relacionado con la medicación mediante la utilización de la aplicación PREDICTOR (resultado: riesgo elevado) <i>A modo informativo se registrará el valor de PREDICTOR</i>	4	
		Adherencia	<90% según las dispensaciones realizadas en los últimos 6 meses o abandono previo de un TAR <i>A modo informativo se registrará el porcentaje de adherencia</i>	4	
		Índice de complejidad	>5 según el http://indicecomplejidad.com/ <i>A modo informativo se registrará el Índice de complejidad</i>		
		Satisfacción del TAR	<7, mediante el empleo de una escala EVA de 0-10 (no satisfecho-muy satisfecho) <i>A modo informativo se registrará el valor de satisfacción con el tratamiento antirretroviral</i>	2	

Puntuación máxima 30



Los usuarios, listos para la salud digital

Un **83** por ciento de los españoles consideran importante o muy importante el uso de la tecnología en el cuidado de su salud, según un estudio realizado por Accenture y presentado en Healthio.

Figura 7. Principales aplicaciones de la atención virtual

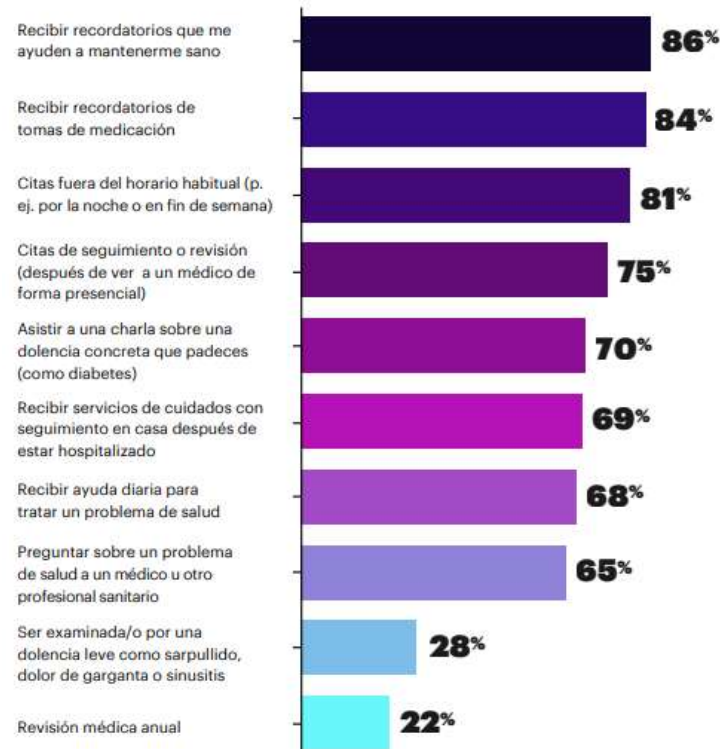
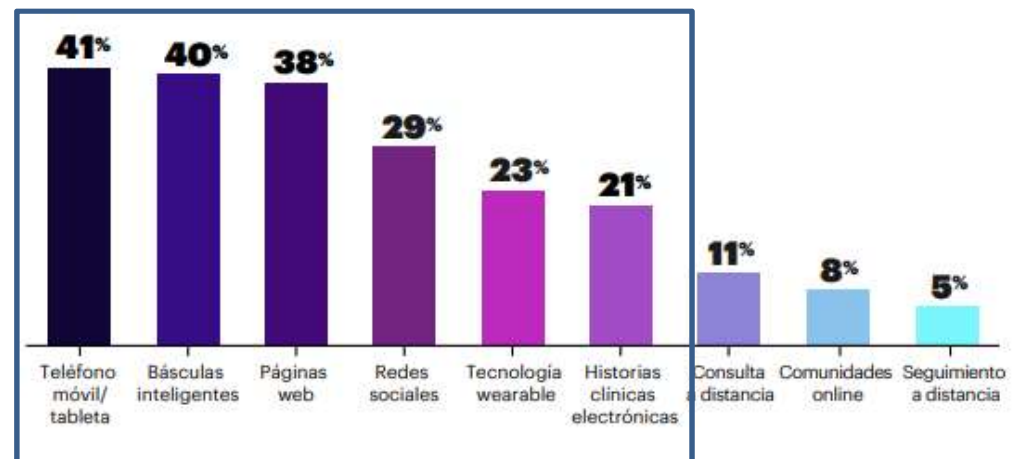


Figura 1. Uso de la tecnología para la gestión de la salud



Original Paper

Social Media Interventions to Promote HIV Testing, Linkage, Adherence, and Retention: Systematic Review and Meta-Analysis

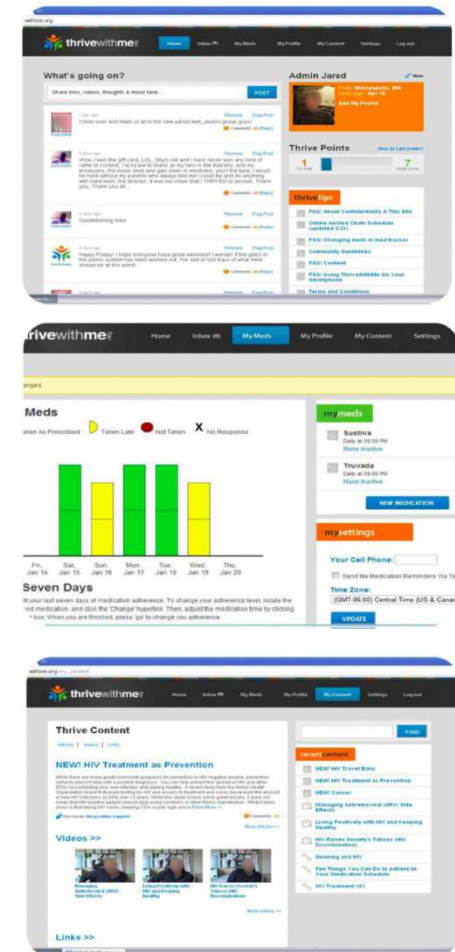
Results: Among 981 manuscripts identified, 26 studies met the inclusion criteria. We found 18 studies from high-income countries, 8 in middle-income countries, and 0 in low-income countries. Eight were randomized controlled trials, and 18 were observational studies. All studies (n=26) included MSM; five studies also included transgender individuals. The focus of 21 studies was HIV testing, four on HIV testing and linkage to care, and one on antiretroviral therapy adherence. Social media interventions were used to do the following: build online interactive communities to encourage HIV testing/adherence (10 studies), provide HIV testing services (9 studies), disseminate HIV information (9 studies), and develop intervention materials (1 study). Of the studies providing HIV self-testing, 16% of participants requested HIV testing kits from social media platforms. Existing social media platforms such as Facebook (n=15) and the gay dating app Grindr (n=10) were used most frequently. Data from four studies show that HIV testing uptake increased after social media interventions (n=1283, RR 1.50, 95% CI 1.28-1.76). In the studies where social media interventions were participatory, HIV testing uptake was higher in the intervention arm than the comparison arm (n=1023, RR 1.64, 95% CI 1.19-2.26).

Published in final edited form as:

AIDS Behav. 2013 July ; 17(6): 2031–2044. doi:10.1007/s10461-013-0469-1.

Feasibility, Acceptability and Preliminary Efficacy of an Online Peer-to-Peer Social Support ART Adherence Intervention

This study describes the results of an online social support intervention, called “Thrive With Me” (*TWM*), to improve antiretroviral therapy (ART) adherence. HIV-positive gay or bisexually-identified men self-reporting imperfect ART adherence in the past month were randomized to receive usual care ($n=57$) or the eight-week *TWM* intervention ($n=67$). Self-reported ART outcome measures (0–100% in the past month) were collected at baseline, post-intervention, and 1-month follow-up. Follow-up assessment completion rate was 90%. Participants rated (1–7 scale) the intervention high in information and system quality and overall satisfaction (Means $\geq$ 5.0). The intervention showed modest effects for the overall sample. However, among current drug-using participants, the *TWM*(v. Control) group reported significantly higher overall ART adherence (90.1% v. 57.5% at follow-up; difference=31.1, $p=.02$) and ART taken correctly with food (81.6% v. 55.7% at follow-up; difference=47.9, $p=.01$). The *TWM* intervention appeared feasible to implement, acceptable to users, and demonstrated greatest benefits for current drug users.



Information and communication technologies for adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV/AIDS.

Table 1
Study characterizations.

	Authors, Year, Country	Technologies proposed	Sample	Type of clinical trial	Time of follow-up	Results
●	Reynolds et al. (2008), USA	Phone call	109 IG ^a : 54 CG ^b : 55	Classic	64 weeks/16 months	Adherence rate in the IG 99.7% (p = 0.023) and in the CG 97.3% (p = 0.019)
●	Lester et al. (2010), Kenya	SMS ^c	538 ^a IG: 273 ^b CG: 265	Classic	48 weeks/12 months	Self-reported adherence by 168 of the 273 IG, compared with 132 of the 265 in the CG (RR ^d to nonadherence = 0.81; 95% CI ^e = 0.69–0.94; p = 0.006)
●	Chung et al. (2011), Kenya	Alarm device × Counselling	400 ^a IG: 300 ^b CG: 100	Factorial	72 weeks/18 months	No significant impact of the alarm device usage in adherence (HR ^f = 0.93; 95% CI = 0.65–1.32; p = 0.7)
●	Pop-Eleches et al. (2011), Kenya	SMS daily × SMS monthly	431 ^a IG: 302 ^b CG: 139	Classic	48 weeks/12 months	90% of IG adherence compared with 40% of CG adherence (p = 0.03)
●	Hardy et al. (2011), USA	SMS × Alarm device	22 ^a IG: 12 ^b CG: 11	Classic	6 weeks/1.5 months	Self-reported adherence in IG 92.6% (CI = 77.5–107.7) and in CG 72.4% (CI = 56.5–88.3)
●	Mbuagbaw et al. (2012), Cameroon	SMS	200 ^a IG: 101 ^b CG: 99	Classic	24 weeks/6 months	No significant effect of the intervention on adherence measured by the visual analogue scale (RR = 1.06; 95% CI = 0.89, 1.29; p = 0.542)
●	Belzer et al. (2014), USA	Phone Call	37 ^a IG: 19 ^b CG: 18	Behavioural	48 weeks/12 months	Self-reported adherence significantly higher in IG compared to CG (p = 0.007)
●	Fiscella et al. (2015), USA	Web-enabled Hand-held device plus Personal Health Record	32 ^a IG: Not mentioned ^b CG: Not mentioned	Classic	52 weeks/13 months	Larger improvements in self-efficacy and self-reported adherence in IG
●	Claborn et al. (2014), USA	Web Electronic intervention	97 ^a IG: 47 ^b CG: 50	Classic	4 weeks/one month	Self-efficacy and self-reported adherence significantly higher in IG (M ^g = 8.79; SD ^h = 1.34/M:80.53; SD = 26.29) compared to CG (M = 7.96; SD = 1.67/M = 81.40; SD = 25.21).

A New Multidisciplinary Home Care Telemedicine System to Monitor Stable Chronic Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients: A Randomized Study

Hospital Clínic de Barcelona

CATE	Acceptance	<i>The system is acceptable</i>	81
N	Usefulness	<i>The system is useful</i>	84.6
CLIN	Satisfaction	<i>I am satisfied with Virtual Hospital</i>	69
CD4+		<i>I feel comfortable with the system</i>	90
Log10		<i>I like Virtual Hospital</i>	86
Need		<i>Virtual Hospital improves my daily life</i>	74
cART		<i>I would like to use the system in the future</i>	85
cART		<i>The relationship with healthcare professionals is easier</i>	68
Tumor		<i>Virtual Hospital enables me to save time and money</i>	85
Death			
Quali	Questionnaire items were rated from 1 (most negative) to 5 (most positive).		
	*Proportion of patients who gave the two highest ratings (4 = "appropriate/agree", or 5 = "Very appropriate/Totally agree").		
	month 24	32.1 (2.0)	27.2 (2.0)
		32.1 (3.7)	31.7



Inicio

Participa

Consultas

Información VIH

Quiénes Somos

MARÍA MARTÍN CONDE

Quiénes somos...

- Mi perfil
- Terminar sesión

Sistema de Telemedicina para
el Seguimiento y Cuidado de pacientes VIH/SIDA

BUSCAR

Buscar en este sitio:

Buscar

AGENDA

Enero 2013						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13

Actualmente:

Nº pacientes

-Telemedicina=666

-Disp. domicilio=295

**HOSPITAL
VIRTU@L**



Cortesía de la Dra. Maite Martín

Resumen

Resumen VHC

Tratamiento

Curso Evolutivo

Fecha

29/09/2017

Control. Clínicamente se encuentra mucho mejor funcionalmente. Ha ganado peso aunque recientemente ha corregido dieta y empezado a hacer ejercicio. Buena adherencia al TARV

Análítica: destaca G 113 TG 303 CV 36 CD 381

Problemas:

- Infección VIH: buen control, mantenemos tratamiento
- Cardio: mejor, sin cambios en tratamiento
- VHC: repito fibroescan

14/09/2017

DEXA: Tronco absoluto: 19430.4, Tronco relativo: 39.6, Brazo izquierdo absoluto: 1588.3, Brazo izquierdo relativo: 32.3, Brazo derecho absoluto: 1814.6, Brazo derecho relativo: 32.7, Pierna izquierda absoluto: 4418.6, Pierna izquierda relativo: 30.8, Pierna derecha absoluto: 4702.7, Pierna derecha relativo: 31.0, Total score fémur: -1.4, Total score columna: 0.6.

Historial de Tratamientos

Tratamiento	F.Inicio	F.Fin	C.Medio	Motivo suspensión	Coste me...
14, DRV; DTG; MVC; RIT;	02/02/17		0.0		1647.9 €
13, REZ; RAL; RPV; (F)	16/12/15	02/02/17	0.0	Fracaso virológico	892.5 €
12, DRV; ETR; RAL; RIT; (F)	19/06/15	16/12/15	0.0	Simplificación	1213.8 €

Subpoblaciones Linfocitarias

Fecha	Linf	%T4	T4 Abs	%T8	T8 Abs
14/09/17	3400	11.21	381	62.09	2111
30/06/16	3300	8.21	271	63.61	2099

Cargas Virales

Fecha	Carga	Dif	Log
14/09/17	36	0.28	1.56
08/03/17	19	-0.6	1.28

I. Oportunistas

Fecha	Tipo
01/09/93	Candidiasis esofá...

Neoplasias

Fecha	Tipo
El paciente no tiene neoplasias registradas	

Protocolos

F.Inicio	F.Fin	Tipo
23/05/11	16/07/11	VIRTUAL
07/12/05	14/07/08	VIRTUAL

Paciente

Notas

Otros Datos

Editar serologías

Actualizar datos de laboratorio

VHA - IgG v.hepatitis A	-	02/03/10
HBsAg - Antigen sup...	-	08/06/14
HBsAgIgG - IgG ag s...	+	02/03/10
CoreHB - IgG antige...	+	02/03/10
VHC - IgG v.hepatiti...	+	30/06/16
CMV - IgG citomegal...	+	14/07/09
Sífilis - Prova reagín...	-	30/06/16
Toxo - IgG Toxoplas...	-	03/03/10
IgG v.xarampió	?	
IgG v.parotiditis	?	
Ac v.rubéola	?	
Ac v.varicella-zoster	?	
PPD	-	
HLA-FG-B*5701	?	
Neumococo 13v	?	
Neumococo 23v (I)	?	

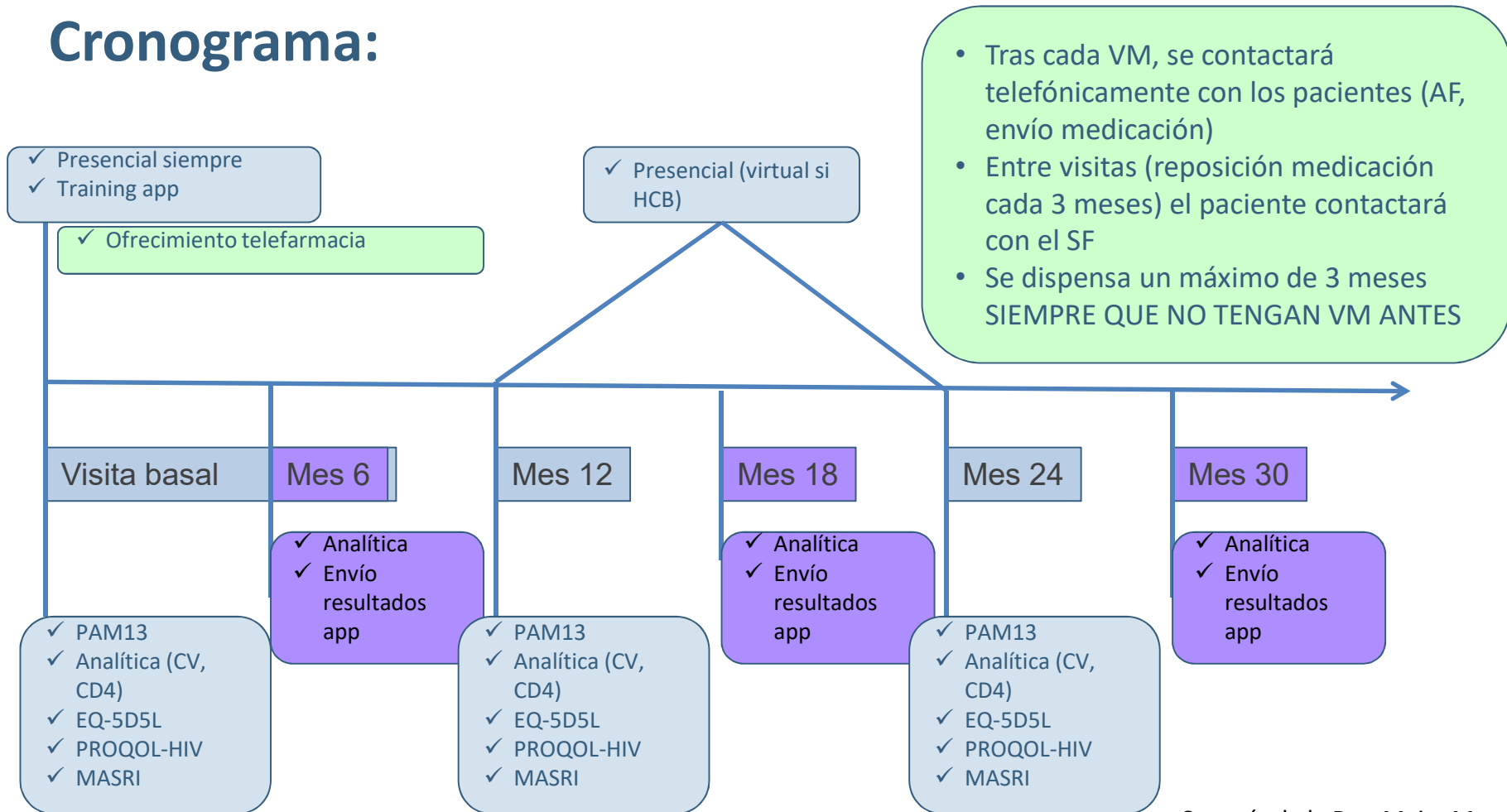
Editar datos

Actualizar datos de laboratorio

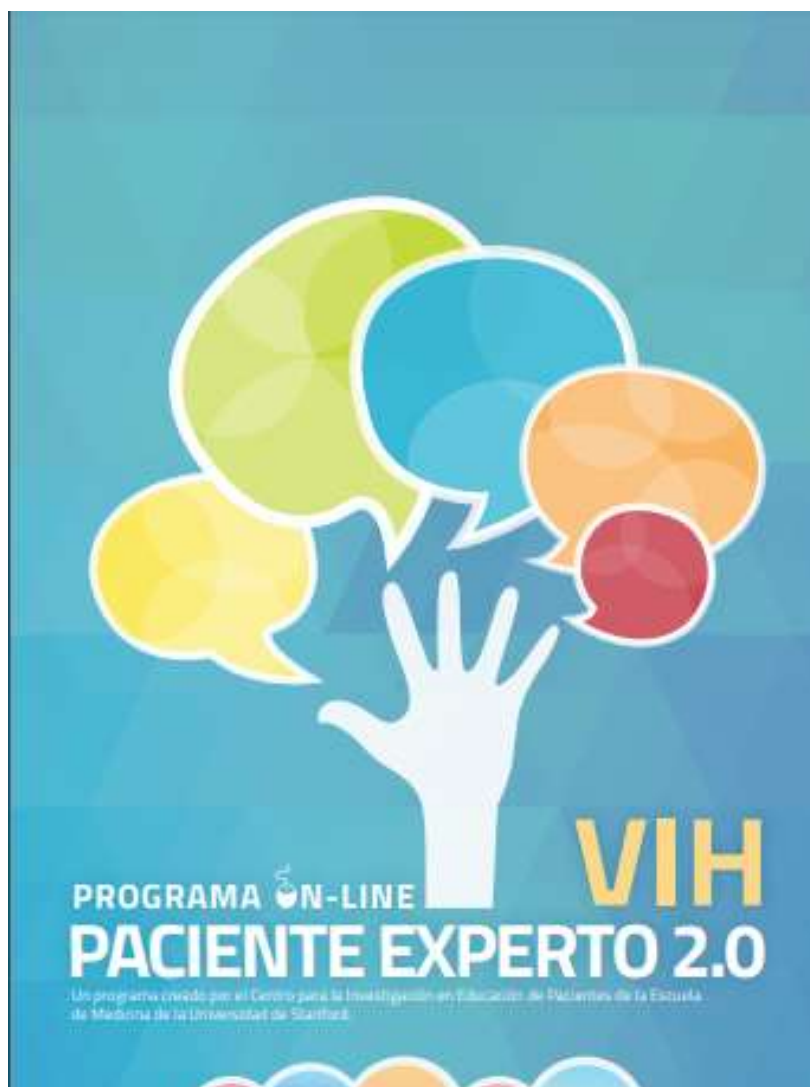
M.Responsable	JOSE LUIS BLANCO A...
M.Infección	HMSX-No UDVP
Talla (cm)	
Peso (kg)	
BMC	0.00

Cortesía de la Dra. Maite Martín

Cronograma:



Cortesía de la Dra. Maite Martín



PUEDES CUIDAR MEJOR DE TU SALUD

www.aprenderconvih.com

¿Qué es?

Un programa 100% online, gratuito y confidencial para personas con VIH sobre cómo cuidar nuestra propia salud y ser eficaces para llevar una vida con menos miedo, más calidad y sabiendo afrontar los retos que tenemos. Tus profesionales de la salud te acompañan en la consulta, te hacen seguimiento, y nadie sabe más que ellos del VIH, el tratamiento y las pautas a seguir. Pero cuando estás fuera de la consulta eres tu quien debe cuidar de tu salud, es tu vida, conviviendo con los que te rodean, tus actividades, tus retos... ¡Aprende a gestionar tu propia salud para vivir mejor!

¿Cómo funciona?

Son 6 sesiones repartidas en 8 semanas. En cada sesión hay unas lecturas, aprendizaje de habilidades de autocuidado y una interacción con el grupo sobre problemas, logros, emociones difíciles y planes de acción. Cada semana harás tu propio plan de acción para que practiques la forma de gestionar tu salud, con la ayuda de dos facilitadores y el acompañamiento del grupo.

¿Con qué garantías?

Es un programa completamente confidencial y anónimo creado por la Escuela de Pacientes de la Universidad de Stanford.

¿Dónde puedes informarte?

Consulta a tu médico o farmacéutico hospitalario.
O infórmate en:

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
✉ Email de contacto: pacientesexpertovih@sefh.es
- Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)
- GeSIDA - Grupo de Estudio de la SIDA-EIMC
- CESIDA - Coordinadora Estatal de VIH y sida
- Adhara Sevilla - Centro Comunitario de VIH/Sida y otras ITS
- Apoyo Positivo
- gT-VIH - Grupo de trabajo sobre Tratamientos del VIH

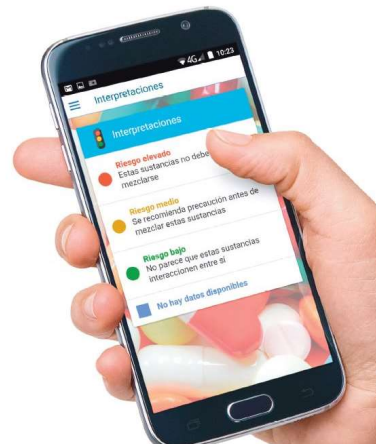
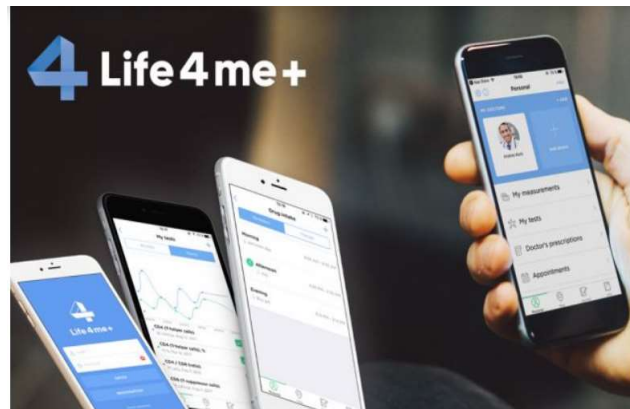
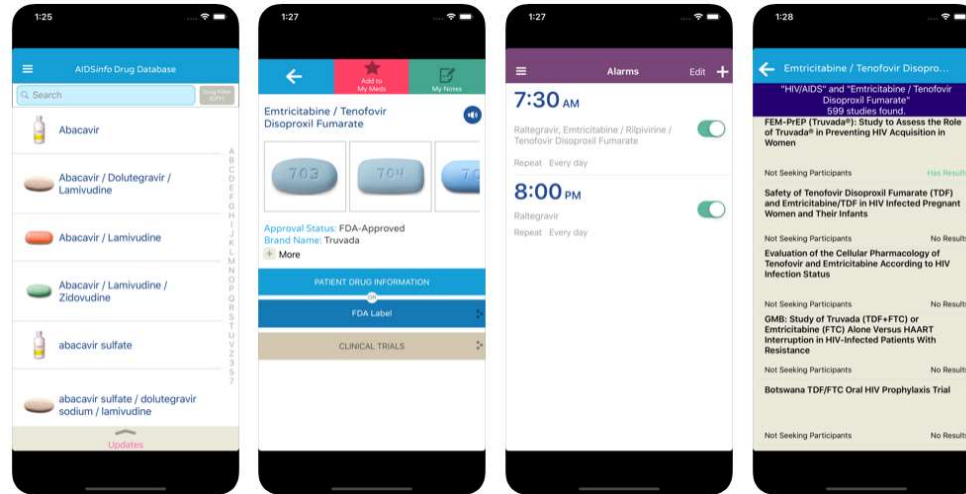










Resolución del caso

- ✓ *Consenso de cambio del TAR a DRV/c/TAF/FTC, con su toma después del desayuno y la utilización de la alarma del teléfono como sistema de recordatorio*
- ✓ *Anticipación de potenciales EA del nuevo TAR y cómo manejarlos*
- ✓ *Counselling para mejorar su adherencia al tratamiento*



- ✓ *Derivación para intervención psicológica*
- ✓ *Alianza con su hija invitándola a acudir a la próxima consulta en 1 mes*
- ✓ *Vigilancia intensiva de la adherencia, con llamadas semanales al domicilio*

CASO CLÍNICO



Pablo



- Varón de 54 años. Vive en Madrid. Trabaja como electricista. No tiene pareja estable. HSH con relaciones sexuales de riesgo, sin uso de preservativo.
- Infección VIH diagnosticada hace 5 años (estadio A1). Desde el inicio, en tratamiento con DTG/ABC/3TC, con buen control inmunoviroológico (Octubre 2019: CV VIH < 37 copias/ml y CD4: 668 cel/mcl; CD4/CD8 1.03). No otros antecedentes de interés.
- Hoy acude a consulta. La última vez no pudo venir por encontrarse en una sesión de sauna, en la que consumió mefedrona durante 4 días. Desde entonces refiere ardor leve en pene, no secreción uretral. Durante esos días no tomó el TAR. Ahora se encuentra deprimido, con aspecto descuidado.
- Nos confirma que no consume mefedrona iv, éxtasis, cocaína, GHB, pero sí ocasionalmente poppers inhalados.

TU mejor PLAN para el abordaje de la adherencia



- 1 Valora **sistemáticamente** la adherencia del paciente, tanto al TAR como al resto de medicación
- 2 Aprende a generar vínculos de confianza con el paciente y fórmate en **counselling** y **entrevista motivacional**
- 3 Individualiza las intervenciones. En algunos casos, recuerda la importancia de **derivación al psicólogo/psiquiatra**, y la promoción de la **desprescripción** en pacientes polimedicados
- 4 Utiliza, si es posible, **nuevas tecnologías** para el seguimiento del paciente a distancia
- 5 Recomienda al paciente **links y apps de interés**
- 6 Facilita el acceso a **programas de paciente experto/escuelas de pacientes**, y a entidades de ayuda a pacientes/familiares (ONGs, asociaciones de pacientes...)
- 7 Y, recuerda, el control de la adherencia exige **colaboración multidisciplinar**. No olvides **documentar** tus recomendaciones en la Historia Clínica

¡A por ello!

Muchas gracias

www.madrid.org/hospitalgregoriomaranon/farmacia

