



Sociedad Española de  
Farmacia Hospitalaria



Grupo de VIH  
de la SEFH

**GHEVI**

Grupo de Hepatopatías  
Véricas de la SEFH

# *Diseño y adaptación del Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*

*Junio de 2015*

Patrocinado por cortesía de:

**abbvie**

ASCENDO  
CONSULTING

# Índice

1. Presentación del proyecto y Antecedentes.....	3
2. Introducción y metodología.....	6
3. Objetivos de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica al paciente de VIH y/o VHC.....	11
4. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VHC.....	13
5. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VIH (y coinfectados o no por VHC) .....	21
6. Herramientas de formación y procedimientos para realizar las actuaciones definidas .....	29
7. Próximos pasos .....	35
<i>Anexo 1 Case Studies realizados .....</i>	<i>37</i>
<i>Anexo 2 Bibliografía Modelo de Selección de VHC .....</i>	<i>70</i>
<i>Anexo 3 Bibliografía Modelo de Selección de VIH (coinfectado o no por VHC) .....</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 4 Información de soporte para la definición de los futuros indicadores.....</i>	<i>82</i>



# 1. Presentación y antecedentes

---

# Presentación del proyecto “Diseño y adaptación del Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”

Pendiente a cumplimentar por parte de los coordinadores del proyecto

Alicia Lázaro  
Ramón Morillo  
Jose Manuel Sesmero

*Coordinadores del proyecto*



## Antecedentes

La cada vez **mayor relevancia de los pacientes crónicos** hace que sea indispensable dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud, como para **garantizar la sostenibilidad del sistema** en un entorno con presión creciente sobre los costes. Tanto las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas como otros agentes como las sociedades científicas, hospitales, etc. están desarrollando **planes y estrategias en torno al paciente crónico**.

En 2012 la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (en adelante SEFH) publicaba el “**Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico**”, cuyo objetivo principal era **abrir una línea de trabajo en torno a la mejora de la atención a los pacientes crónicos** por parte del Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria (en adelante FH).

Tras la realización del Plan, la SEFH llevó a cabo un proceso de **reflexión para identificar el punto de partida para abordar las líneas estratégicas** que describía el Plan. Como resultado de este proceso de reflexión, la SEFH concluyó que el eje 2, “**Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención**”, constituía un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos desde la posición del FH y para el desarrollo de futuras actuaciones en este sentido.

<b>EJE 2</b>	
<b>Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención</b>	
<b>LA3</b>	Impulsar la identificación y estratificación de pacientes crónicos en el entorno de la farmacia hospitalaria en coherencia con los sistemas de estratificación de pacientes crónicos desarrollados en las distintas CCAA
<b>LA4</b>	Desarrollar el modelo de Atención Farmacéutica para el paciente crónico emprendiendo acciones específicas para cada tipología de paciente identificado

En esta línea la SEFH desarrolló en el año **2013** el “**Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**” y en **2014** el “**Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**”. Tras la elaboración de estos trabajos, la Sociedad se fijó como objetivo adaptar y validar el modelo de pacientes crónicos a dos grupos de pacientes con patologías que precisan una importante atención asistencial dentro del sistema sanitario, **los pacientes VIH y los pacientes VHC**.

Es por ello que se presentan, a continuación, los “**Modelos de selección y Atención Farmacéutica a pacientes VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**”, fruto del esfuerzo llevado a cabo por miembros de los grupos de trabajo GHEVI y VIH de la SEFH, durante los meses de enero a junio de 2015. Este trabajo ha sido realizado con el patrocinio de AbbVie.



## 2. Introducción y metodología

---

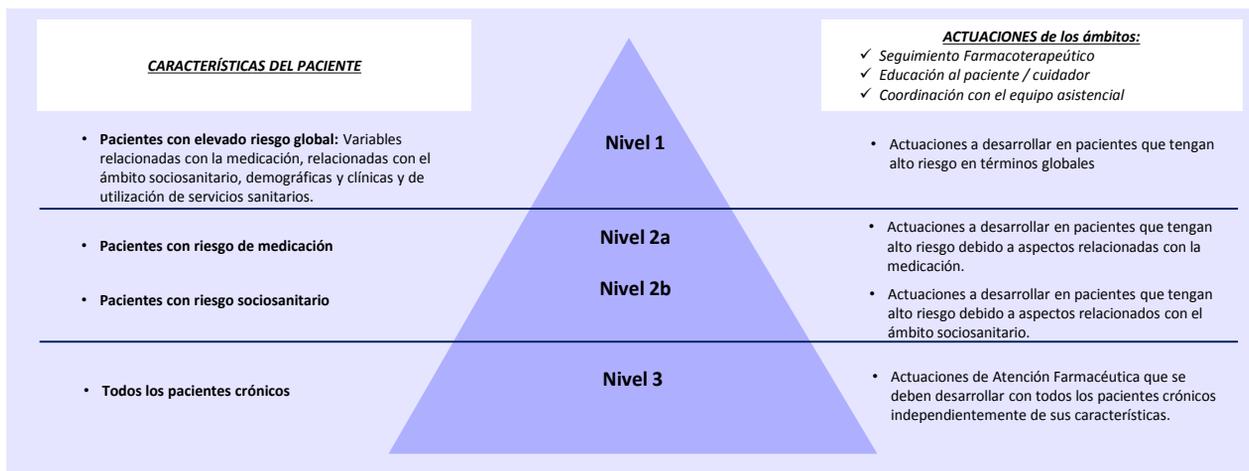
# Introducción al Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

El avance en la **transformación de los modelos sanitarios** para mejorar la atención a la población que ha beneficiado en gran medida a los **pacientes con patologías crónicas**, ha hecho a los FH plantearse la necesidad de **contribuir a esta mejora** de atención en los **ámbitos de su competencia**.

Varias son las consecuencias directas derivadas de dicha transformación, teniendo especial relevancia el **desarrollo de la atención centrada en las necesidades del paciente más allá del abordaje de las patologías**.

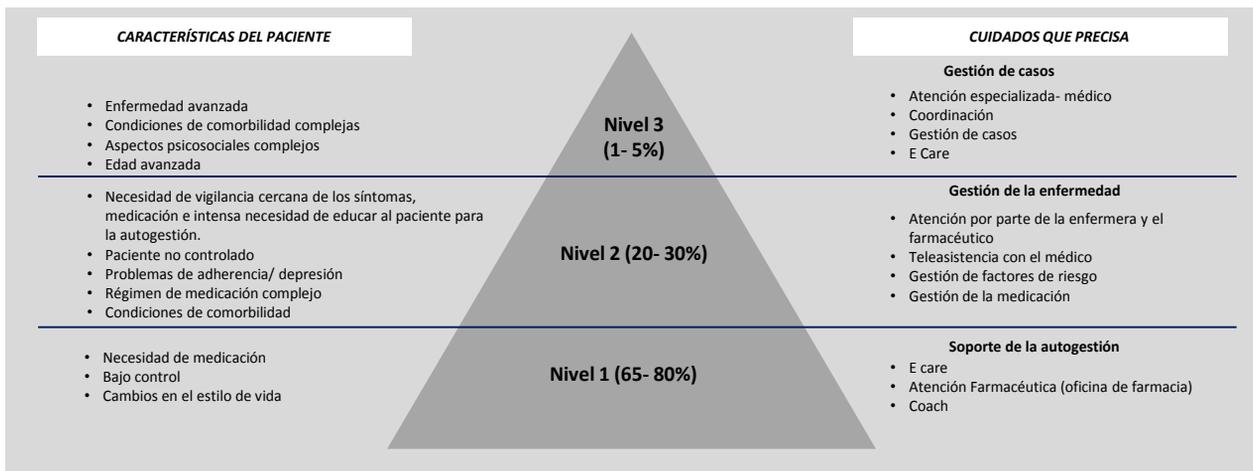
La comunidad científica ha realizado un **esfuerzo añadido** para la **estratificación de los pacientes** en función del tipo de cuidados que precisan y la manera en que se les deben proveer. Ejemplo de ello es el **Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos que realizó la SEFH en 2013**.

## Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos de la SEFH



Otro ejemplo es el **Modelo de Káiser Permanente**, siendo en la actualidad el modelo más extendido.

## Modelo adaptado de Káiser Permanente



La utilización de **estos sistemas** de clasificación facilita la **optimización de los recursos** y el desarrollo de las **estrategias de intervención más adecuadas** para cada uno de los niveles establecidos.

En el marco de la mejora asistencial de los pacientes de **VIH y VHC**, el **farmacéutico de hospital debe ser un agente sanitario relevante en su abordaje, integrándose en equipos multidisciplinares** que valoren sus necesidades específicas con el fin de desarrollar **aquellas intervenciones que desde su posición puedan contribuir a mejorar la farmacoterapia y el uso de medicamentos**.

Por tanto, y con el objetivo de continuar con la línea de trabajo iniciada por la SEFH en el ámbito de la estratificación de los pacientes según su complejidad, se presentan los **Modelos de Selección y Atención Farmacéutica al Paciente VIH y/o VHC de la SEFH**.

Los objetivos específicos de los **Modelos de Selección y Atención Farmacéutica al Pacientes VIH y/o VHC** son los siguientes:

1. **Identificar y estratificar a los pacientes crónicos de VIH y/o VHC** en función de distintas variables de riesgo y necesidad de atención farmacéutica.
2. Desarrollar los **modelos de atención farmacéutica dirigidos** a cada uno de los **grupos de pacientes de VIH y/o VHC identificados** para:
  - Proporcionar una **mejor atención** estableciendo patrones de actuación diferentes para los distintos grupos.
  - Garantizar la **seguridad en la atención farmacéutica**, que incluye como pilares fundamentales la **adherencia, adecuación y conciliación de los tratamientos**.
  - Establecer herramientas que permitan **evaluar los resultados de impacto** que los Modelos accionen.
3. Continuar impulsando el **cambio cultural entre los farmacéuticos de hospital** de forma que se **impliquen activamente en la gestión del paciente de VIH y/o VHC**, aportándoles una herramienta útil en su práctica asistencial diaria al mismo tiempo que permita compartir información entre los diferentes hospitales y **homogeneizar la atención farmacéutica**.
4. Seguir contribuyendo al **posicionamiento de la FH como polo de excelencia** dentro de la organización del hospital.

Para conseguir los objetivos anteriormente planteados, se considera como Factor Clave de Éxito que los resultados del presente proyecto deben servir de base sirvan de base para:

1. **Dar difusión a los contenidos del proyecto en diversos foros** de distintos perfiles profesionales sanitarios y otros stakeholders (Asociaciones de Pacientes, Administración Pública, etc).
2. **Desarrollar un estudio para validar** los modelos de Selección y Atención Farmacéutica y **medir los resultados** y beneficios de su utilización.
3. Definir **indicadores de evaluación y seguimiento** que permitan medir el impacto en términos de resultados de salud y eficiencia de los Servicios asociados a la realización de las actuaciones farmacéuticas definidas en los Modelos.
4. **Elaborar una herramienta descargable** útil en la práctica asistencial diaria de los profesionales, de fácil utilización e implementación en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
5. **Crear una plataforma web** que permita a los FH **compartir información entre los diferentes hospitales**.
6. Promover mecanismos de **Acreditación y capacitación de los Servicios de FH** relacionada con la utilización de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica de VIH y/o VHC para el manejo de estos perfiles de pacientes.

*Los modelos de selección de pacientes facilitan la optimización de los recursos y el desarrollo de las estrategias de intervención más adecuadas a las necesidades de cada uno de los niveles establecidos*

## Metodología utilizada para la elaboración de los Modelos

Para la elaboración de los Modelos, se ha desarrollado una **metodología participativa** que ha implicado de manera directa a farmacéuticos miembros de los **Grupos de Trabajo de Hepatopatías Virales (GHEVI) y de Atención Farmacéutica al Paciente de VIH (VIH) de la SEFH.**

Para ello se realizaron **4 talleres de trabajo** en los que participaron los siguientes farmacéuticos de hospital miembros de la SEFH:

*4 talleres de trabajo*

*Pre-test VHC realizado sobre una muestra de 149 pacientes VHC de 6 centros hospitalarios distintos*

*Pre-test VIH (coinfectado o no por VHC) realizado sobre una muestra de 215 pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de 8 centros hospitalarios distintos*

*Realización de 16 Case Studies*

<b>Coordinadores y miembros de los equipos de trabajo</b>	<i>Centro hospitalario</i>	<i>Grupo de trabajo</i>
<b>José Manuel Martínez Sesmero</b>	H.U. Virgen De La Salud, Toledo	VIH
<b>Alicia Lázaro López</b>	H.U. de Guadalajara, Guadalajara	GHEVI
<b>Ramón Morillo Verdugo</b>	Hospital Virgen de Valme, Sevilla	VIH
<b>Miembros de los equipos de trabajo</b>	<i>Centro hospitalario</i>	<i>Grupo de trabajo</i>
<b>Herminia Navarro Aznárez</b>	H.U. Miguel Servet, Zaragoza	VIH
<b>Javier Sánchez-Rubio Ferrández</b>	H.U. Getafe, Madrid	VIH
<b>Luis Margusino Framiñán</b>	C. H.U. A Coruña	VIH
<b>Aitziber Illaro Uranga</b>	H.U. Marqués de Valdecilla, Santander	VIH
<b>Carmen Rodríguez González</b>	H.U. Gregorio Marañón, Madrid	VIH
<b>Elena Gonzalez Colominas</b>	H.U. del Mar, Barcelona	GHEVI
<b>Álvaro Giménez Manzorro</b>	H.U. Gregorio Marañón, Madrid	GHEVI
<b>Nuria Rudi Solá</b>	H.U. Parc Taulí, Sabadell	GHEVI
<b>Mercé Ardevol Aragonés</b>	H.U. Germans Trias i Pujol, Badalona	GHEVI
<b>Monike de Miguel Cascón</b>	H.U. de Cruces, Barakaldo	GHEVI

Para **testear de manera preliminar la validez de los Modelos de Selección**, se realizó un **pre-test** con cada uno de ellos entre los días 2 de marzo y 16 de abril de 2015. El Modelo de VHC incluyó **una muestra de 149 pacientes VHC** provenientes de **6 hospitales** distintos. El Modelo de VIH incluyó **una muestra de 215 pacientes VIH** provenientes de **8 hospitales** distintos.

**A partir de los pre-tests** se extrajeron conclusiones de cara a la **mejora de los Modelos** y el establecimiento de los **puntos de corte de los diferentes niveles de prioridad.**

Por último se realizaron los **“Case Studies”** consistentes en la aplicación de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VIH y/o VHC sobre **16 pacientes con características diferentes** (VHC, VIH mono infectado y coinfectado con VHC) con el objetivo de **presentar de manera práctica la aplicabilidad de los Modelos** y **validar la coherencia de los resultados** en la aplicación del mismo a casos reales.

Los Case Studies elaborados se presentan en el Anexo 1 del presente documento.

7 entrevistas a expertos representantes de los principales agentes involucrados en el manejo de los pacientes de VIH y/o VHC

Con el fin de comunicar los avances del trabajo y poder incorporar la visión de expertos representantes de los principales agentes relacionados con el manejo de los pacientes de VIH y/o VHC en el proyecto, a lo largo del trabajo se han llevado a cabo entrevistas a las personas que se exponen a continuación:

#### ***Representantes de las Asociaciones de pacientes***

- **Jorge Garrido**, Gerente de la Asociación Apoyo Positivo.
- **Antonio Bernal**, Pte. Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH).
- **Juan José Montes**, Pte. Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT).

#### ***Representantes de los Clínicos:***

- **Fernando Lozano**, Responsable de la consulta de SIDA del H.U. de Valme, Sevilla.
- **Conrado Fernández**, Jefe de Unidad del Servicio Aparato Digestivo del H.U. Fundación Alcorcón.

#### ***Representantes de la Administración Pública:***

- **M<sup>a</sup> José Izquierdo Pajuelo**, Servicio Extremeño de Salud.
- **Sagrario Garrido López**, Servicio de Salud de Castilla y León.



## 3. Objetivos de los modelos

---

## Objetivo de los Modelos

---

### Objetivo General

- El objetivo de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VIH y/o VHC de la SEFH es identificar **aquellos pacientes que más se pueden beneficiar** de determinadas **intervenciones de Atención Farmacéutica** para la obtención de **mejores resultados en salud** y **establecer intervenciones** orientadas a las características específicas de cada paciente.
- La selección de pacientes **permitirá orientar y homogeneizar las intervenciones farmacéuticas** y de este modo desarrollar **las estrategias más efectivas en el paciente VIH y/o VHC, priorizando** aquellas de **mayor impacto** en la calidad de vida.

### Objetivos Intermedios

- **Optimización de la farmacoterapia** de los pacientes crónicos.
- **Corresponsabilización del paciente / cuidador** con su propio tratamiento a través de la información y la educación sobre el autocuidado
- **Prevención, identificación y manejo** de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).
- Aumento de la **adherencia** a los tratamientos.

### Objetivos finales

- Incremento de la **efectividad** y **seguridad** de los tratamientos.
- Incremento de la **eficiencia** de los tratamientos.
- Contribución a la obtención de mejores **resultados en salud** y **calidad de vida de los pacientes**.



## 4. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VHC

---

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH

El Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH se desarrolla en torno a **16 variables**, cada una asociada a un **peso relativo** que **varía entre 1 y 4** en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

Las variables se agrupan en cuatro tipos: **Variables demográficas**, **Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional**, **Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios** y **Variables relacionadas con la medicación**.

Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso	
Variables demográficas	Edad	Paciente > 60 años	2	
	Nivel educativo	Sin estudios (sin graduado escolar)	2	
	Actividad laboral	Activo <i>*A modo informativo se registrará si el paciente: a) está parado; b) está jubilado; c) Está de baja; d) tiene carga doméstica</i>	1	
Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables <sup>(1)</sup>	Consumo de drogas y/o de alcohol en los 6 meses previos (considerando como consumo de alcohol cualquier cantidad) <i>*A modo informativo se registrará si el paciente: a) consume alcohol; b) consume drogas; c) consume alcohol y drogas</i>	4	
	Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional	El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios, con una puntuación > 10 en el cuestionario PHQ-9 (Patients Health Questionnaires, detecta presencia de depresión/ansiedad) <sup>(2)</sup> <i>*A modo informativo se registrará la puntuación del PHQ-9</i>	2	
		El paciente está en tratamiento con algún medicamento de los grupos N05, N06 Y N07B que corresponden a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepressivos, psicoestimulantes, antedemencia y medicamentos para los desórdenes adictivos <i>*A modo informativo se registrará el medicamento</i>	4	
		Deterioro cognitivo: <i>Cuestionario de Pfeiffer</i> <sup>(3)</sup>	Leve deterioro cognitivo	1
			Deterioro cognitivo moderado	2
	Importante deterioro cognitivo		4	
Dependencia funcional: <i>Índice de Katz (Categorías C-G y otros)</i> <sup>(4)</sup> <i>*A modo informativo se registrará el Índice de Katz</i>	2			
Soporte social y condiciones socioeconómicas <sup>(5)</sup>	Paciente <b>sin domicilio fijo</b> o <b>sin soporte social o familiar</b> (teniendo o no dependencia funcional) o con <b>condiciones socioeconómicas</b> que pueden provocar que no mantenga o se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables (alimentación, etc.)	3		

Puntuación máxima: 5

Puntuación máxima: 11

\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH

Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH (continuación)			
Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
<i>Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios</i>	<b>Situación analítica</b>	Plaquetas y albúmina (según rango de referencia del centro)	<b>3</b>
	<b>Situación clínica</b>	Paciente con descompensación hepática <sup>(6)</sup>	<b>3</b>
		Presencia de las siguientes manifestaciones extrahepáticas <sup>(7)</sup> : -crioglobulinemia sintomática -enfermedad por inmunocomplejos -nefropatía -vasculitis leucocitoclástica -polineuropatía -porfiria cutánea -líquen plano -trombocitopenia -desórdenes linfoproliferativos -DM-II  <i>*A modo informativo se registrarán las manifestaciones extrahepáticas, tanto si están incluidas en el listado anterior o no</i>	<b>1</b>
		Paciente en peritrasplante	<b>4</b>
	<b>Número de hospitalizaciones</b>	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses <sup>(8)</sup>	<b>2</b>
	<b>Pluripatología/ Comorbilidades <sup>(9)</sup></b>	Índice de comorbilidad de Charlson ( <i>ítem SIDA: considerar infección por VIH</i> )  <i>*A modo informativo se registrará el Índice Charlson</i>	ICC ≥ 6

Puntuación máxima :  
16

*\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo*

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH

Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VHC de la SEFH (continuación)

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso	
Variables relacionadas con la medicación	<b>Polimedicación</b>	El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo el tratamiento antiviral) <sup>(10)</sup> <i>*A modo informativo se registrarán los medicamentos</i>	4	
	<b>Riesgo de la medicación</b>	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos <sup>(11)</sup>	2	
	<b>Interacciones del tratamiento</b> <sup>(12)</sup>  <i>Puntuación máxima de la variable: 4</i> <i>*A modo informativo se registrarán las interacciones</i>		1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (ej. TA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis. Potential interaction: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration”	2
			≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización de algún parámetro (ej. TA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis. Potential interaction: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration”	4
			Coadministraciones no recomendadas “These drugs should not be coadministered”	4
			Interacción no documentada en las bases de datos (Liverpool, Medscape, Lexicomp, Micromedex, Ficha técnica, etc.)	2
	<b>Tipo de tto antiVHC</b>		Terapia CON PegIFN + RBV	3
			Terapia SIN PegIFN y CON RBV	2
	<b>Duración del tto antiVHC</b>		> 12 semanas	2
	<b>Índice de complejidad</b> <sup>(13)</sup>		➤ 5 según el <a href="http://indicedecomplejidad.com/">http://indicedecomplejidad.com/</a> <i>*A modo informativo se registrará el Índice de complejidad</i>	4

Puntuación máxima: 19

*A modo informativo se registrará el tratamiento previo recibido por el paciente, seleccionando una de las siguientes opciones:*

- No (paciente Naive)
- Sí, paciente pretratado

Máxima puntuación total en el Modelo

51 puntos

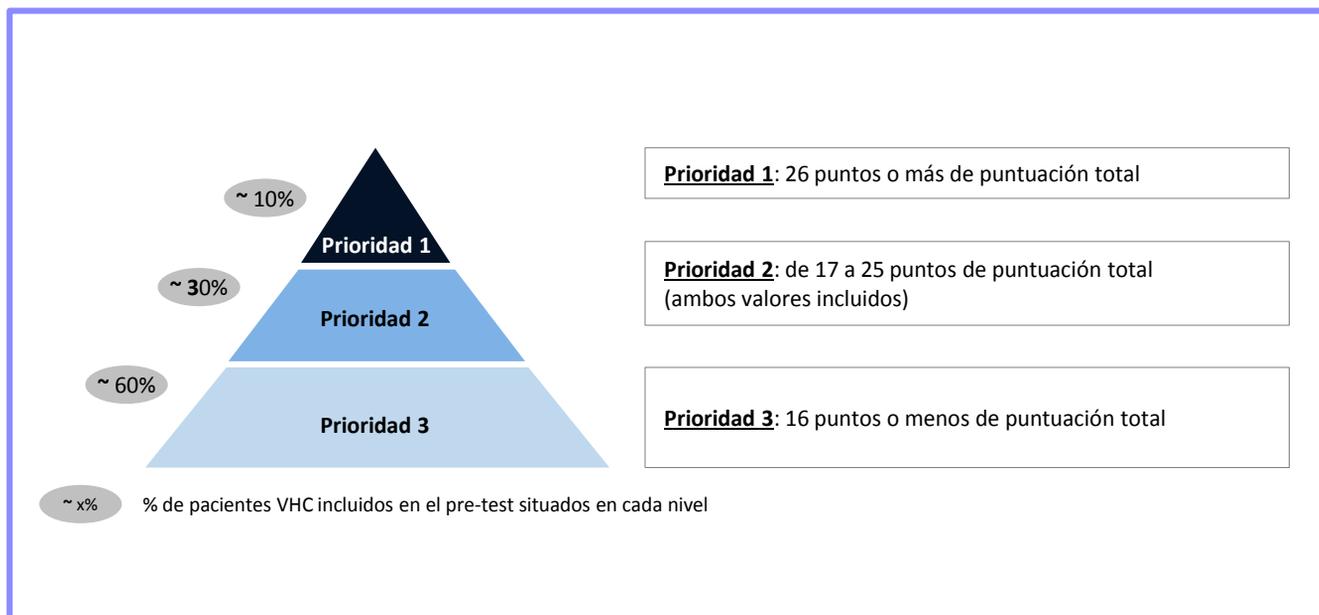
Periodicidad para valorar al paciente de acuerdo al Modelo Selección del modelo de VHC

Al inicio del tratamiento

*\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo*

## Puntuación para la selección de pacientes VHC por el Modelo de Atención Farmacéutica

Para el **establecimiento de las puntuaciones de clasificación de los pacientes** en los distintos **niveles de riesgo** y la **prueba preliminar** del Modelo en la práctica real, se realizó un **pre test sobre el Modelo** entre los días 2 de marzo y 16 de abril que incluyó una muestra de 149 pacientes de 6 centros hospitalarios distintos.

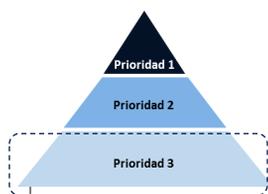


# El Modelo define tres niveles de Atención Farmacéutica según las características específicas de cada paciente VHC

A continuación se exponen las actuaciones de Atención Farmacéutica que se desarrollarán de manera específica para los distintos niveles de prioridad. Estas actuaciones son acumulativas, de manera que a los pacientes de Prioridad 3 se le realizarán las propias de dicho nivel más las de Prioridad 2 y Prioridad 1.

En cuanto a la **periodicidad del seguimiento farmacoterapéutico del paciente de VHC** para la evaluación del cumplimiento de las actuaciones, se recomienda hacer seguimiento en las **semanas 0, 4, 8, 12 y 24** (tiempos tentativos sujetos a la decisión del profesional) si bien dicha periodicidad **dependerá del tipo y duración del tratamiento**.

Para la óptima realización de las actuaciones propuestas a continuación cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones farmacéuticas deberán quedar registradas en la Historia Clínica del paciente.



## Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 3

### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Primera visita: detectar factores pronósticos que pueden suponer una falta de adherencia en el paciente (sociodemográficos, accesibilidad al sistema...)
- Visitas sucesivas: seguimiento de la adherencia.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citaciones.

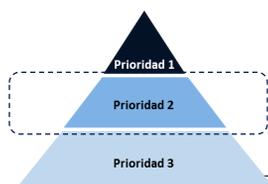
### Formación, educación y seguimiento al paciente

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento antiviral: pauta, conservación, olvido de tomas, qué hacer en caso de vómito, etc., aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada), recogida de todos los aspectos para la prevención y manejo de reacciones adversas y seguimiento de las mismas.
- Recomendación de sistemas recordatorios de toma de la medicación, adaptado al paciente.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (curación).
- Fomento de estilos de vida saludables.

### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Asesoramiento sobre asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia

# Actuaciones de Atención Farmacéutica a desarrollar en cada nivel de estratificación del paciente VHC



## Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 2

### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Primera visita: detectar factores pronósticos que pueden suponer una falta de adherencia en el paciente (sociodemográficos, accesibilidad al sistema...)
- Visitas sucesivas: seguimiento de la adherencia.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citaciones.
- **Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.**

### Formación, educación y seguimiento al paciente

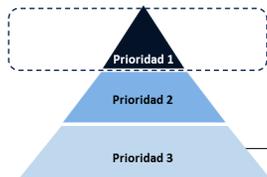
- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento antiviral: pauta, conservación, olvido de tomas, qué hacer en caso de vómito, etc., aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada), recogida de todos los aspectos para la prevención y manejo de reacciones adversas y seguimiento de las mismas.
- Recomendación de sistemas recordatorios de toma de la medicación, adaptado al paciente.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (curación).
- Fomento de estilos de vida saludables.
- **Seguimiento de los pacientes mediante el empleo de nuevas aplicaciones tecnológicas.**

### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Asesoramiento sobre asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia
- **Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.**
- **Establecer un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente en peritrasplante.**

Actuaciones específicas del nivel de Prioridad 2. El resto de actuaciones son las establecidas para Prioridad 1.

# Actuaciones de Atención Farmacéutica a desarrollar en cada nivel de estratificación del paciente VHC



## Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 1

### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Primera visita: detectar factores pronósticos que pueden suponer una falta de adherencia en el paciente (sociodemográficos, accesibilidad al sistema...)
- Visitas sucesivas: seguimiento de la adherencia.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas.
- Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.
- **Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.**

### Formación, educación y seguimiento al paciente

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento antiviral: pauta, conservación, olvido de tomas, qué hacer en caso de vómito, etc., aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada), recogida de todos los aspectos para la prevención y manejo de reacciones adversas y seguimiento de las mismas.
- Recomendación de sistemas recordatorios de toma de la medicación, adaptado al paciente.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (curación).
- Fomento de estilos de vida saludables.
- Seguimiento de los pacientes mediante el empleo de nuevas aplicaciones tecnológicas.

### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Asesoramiento sobre asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia
- Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.
- Establecer un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente en peritrasplante.
- **Reuniones periódicas con el Servicio de Digestivo o Infecciosas estableciendo una periodicidad, según el centro.**
- **Desarrollo de un plan de acción entre niveles asistenciales para abordar las reacciones adversas al tratamiento y para la resolución de incidencias, mediante la definición de vías rápidas de comunicación permanente.**

Actuaciones específicas del nivel de Prioridad 3. El resto de actuaciones son las establecidas para niveles de prioridad inferiores.



## 5. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC)

---

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH

El Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH se desarrolla en torno a **21 variables**, cada una asociada a un **peso relativo** que **varía entre 1 y 4** en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

Las variables se agrupan en cuatro tipos: **Variables demográficas**, **Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional**, **Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios** y **Variables relacionadas con la medicación**.

**Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH**

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
Variables demográficas	Edad	Paciente 18-30 años (paciente Naïve)	3
		Paciente > 50 años	4
	Embarazo	Paciente embarazada	Prioridad 1
	Nivel educativo <sup>(1)</sup>	Sin estudios	3

Puntuación máxima: 11

Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Consumo de drogas y/o de alcohol superior a 17 UBE/sem en mujeres y >28 UBE/sem en hombres <sup>(2)</sup> <i>*A modo informativo se registrará si el paciente: a) está parado; b) está jubilado; c) Está de baja; d)tiene carga doméstica</i>	2	
	Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional <i>Puntuación máxima de la variable: 4</i>	El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios, con una <b>puntuación &gt; 10 en el cuestionario PHQ-9</b> (Patients Health Questionnaires, detecta presencia de depresión/ansiedad) <sup>(3)</sup> <i>*A modo informativo se registrará la puntuación del PHQ - 9</i>	2	
		El paciente está en tratamiento con algún <b>medicamento de los grupos N05, N06 Y N07B</b> que corresponden a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, psicoestimulantes, antidemencia y medicamentos para los desórdenes adictivos. <i>*A modo informativo se registrará el medicamento</i>	4	
		Deterioro cognitivo: <b>Cuestionario de Pfeiffer</b> <sup>(4)</sup> <i>*A modo informativo se registrará la puntuación del Cuestionario de Pfeiffer</i>	Leve deterioro cognitivo Deterioro cognitivo moderado Importante deterioro cognitivo	1 2 4
		Dependencia funcional: <b>Índice de Katz (Categorías C-G y otros)</b> <sup>(5)</sup> <i>*A modo informativo se registrará el Índice de Katz</i>	2	
	Factores relacionados con el trato paciente profesional <sup>(6)</sup>	El paciente ha mostrado en los últimos <b>6 meses</b> desconfianza, hostilidad, vergüenza, temor e. adv., baja percepción de autoeficacia, insatisfacción con la At. Sanitaria, bajo grado de conocimiento enf/tto, incomprensión del tto o barrera idiomática	2	
	Soporte social y condiciones socioeconómicas <sup>(7)</sup>	Paciente <b>sin domicilio fijo</b> o <b>sin soporte social o familiar</b> (teniendo o no dependencia funcional) o con <b>condiciones socioeconómicas</b> que pueden provocar que no mantenga o se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables (alimentación, etc.)	3	

Puntuación máxima: 11

\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH

Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH (continuación)			
Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	<b>Pluripatología/comorbilidades</b> <sup>(8)</sup>	El paciente presenta <b>dos o más</b> enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad CV</li> <li>- HTA</li> <li>- DM</li> <li>- Síndrome metabólico</li> <li>- Cirrosis hepática</li> <li>- Enfermedad renal crónica</li> <li>- Deterioro neurocognitivo</li> <li>- Osteoporosis y fracturas óseas</li> <li>- Bronquitis crónica</li> <li>- Tumores no definitorios de SIDA</li> <li>- Fragilidad</li> </ul> <p style="color: blue; font-style: italic;">*A modo informativo se registrarán las manifestaciones extrahepáticas, tanto si están incluidas en el listado anterior o no</p>	<b>3</b>
	<b>Co infección</b>	VHC <b>SIN</b> tratamiento	<b>2</b>
	<i>*A modo informativo registrará si el paciente tiene coinfección con VHB</i>	VHC <b>CON</b> tratamiento	<b>4</b>
	<b>Situación analítica/VACS</b> <sup>(9)</sup>	CD4 <200/ $\mu$ L	<b>2</b>
		Paciente con TAR de más de 6 meses y carga viral plasmática > 1.000 copias en la última analítica	<b>4</b>
		Índice VACS $\geq$ 25	<b>2</b>
		<i>*A modo informativo registrará el valor del índice de VACS</i>	
	<b>Riesgo de mortalidad CV aterosclerótica</b> <sup>(10)</sup>	Riesgo estimado de mortalidad CV aterosclerótica en 10 años > 5% ó paciente fumador y con colesterol > 200 mg/Dl	<b>2</b>
		<i>*A modo informativo registrará si Paciente fumador y/ o paciente con colesterol &gt; 20 mg/Dl</i>	
	<b>Número de hospitalizaciones</b> <sup>(11)</sup>	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses	<b>2</b>

Puntuación máxima: 19

*\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo*

## Variables del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH

Variables y pesos relativos del Modelo de Selección de Pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) de la SEFH (continuación)

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
Variables relacionadas con la medicación	<b>Polimedicación</b>	El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo TAR) <sup>(12)</sup>	4
	<b>Riesgo de la medicación</b>	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos <sup>(13)</sup> <i>*A modo informativo se registrarán los medicamentos</i>	2
	<b>Interacciones del tratamiento</b> <sup>(12)</sup>	1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (ej. TA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis. Potential interaction: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration”	2
	<i>Puntuación máxima de la variable: 4</i> <i>*A modo informativo se registrarán las interacciones</i>	≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización de algún parámetro (ej. TA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis. Potential interaction: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration”	4
		Coadministraciones no recomendadas “These drugs should not be coadministered”	4
		Interacción no documentada en las bases de datos (Liverpool, Medscape, Lexicomp, Micromedex, Ficha técnica, etc.)	2
	<b>Cambios en el régimen regular de la medicación</b> <sup>(15)</sup>	El paciente ha sufrido cambios en el régimen de la medicación en los últimos 4-6 meses	3
	<b>Inicio de tratamiento</b>	El paciente ha comenzado TAR hace menos de < 6 meses	3
	<b>Sospecha de PRM</b>	Existe evidencia de que el paciente padece o puede padecer PRM mediante la utilización de la aplicación <i>PREDICTOR</i> <sup>(16)</sup> <i>(resultado: riesgo elevado)</i> <i>*A modo informativo se registrará el valor de Predictor</i>	4
	<b>Adherencia</b>	< 90% según las dispensaciones realizadas en los últimos 6 meses o abandono previo de un TAR <i>*A modo informativo se registrará el % de Adherencia</i>	4
	<b>Índice de complejidad</b> <sup>(17)</sup>	5 según el <a href="http://indicedecomplejidad.com/">http://indicedecomplejidad.com/</a> <i>*A modo informativo se registrará el Índice de complejidad</i>	
<b>Satisfacción al TAR</b>	< 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 al TAR</i>	2	

Puntuación máxima: 30

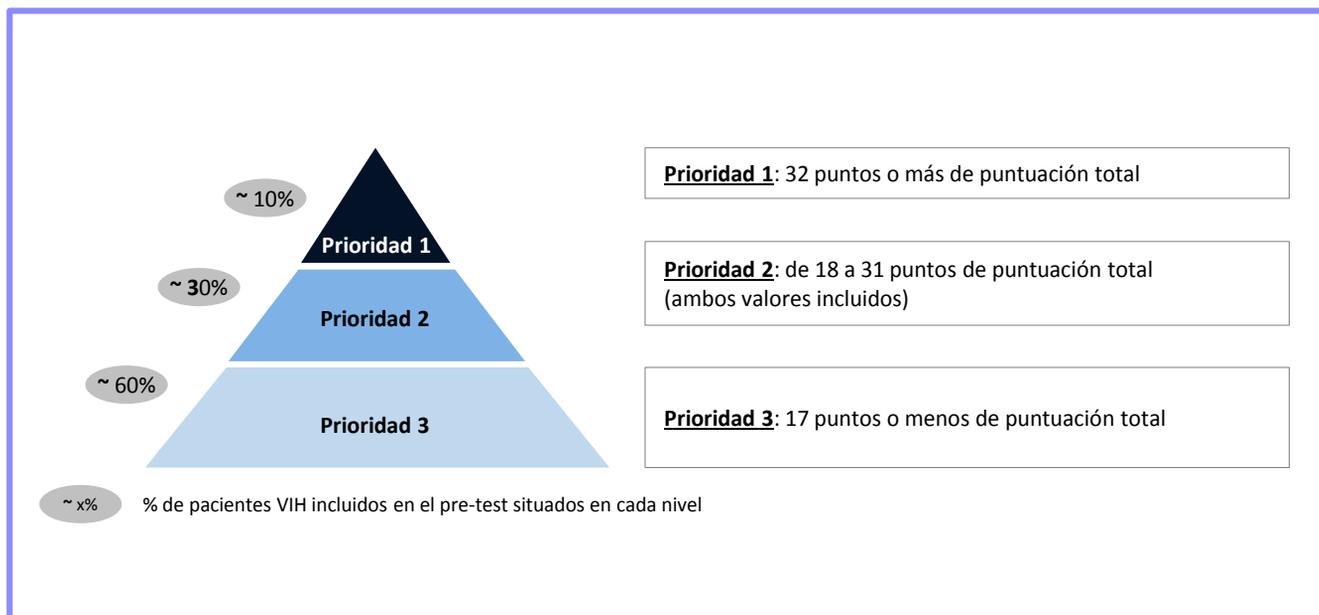
Máxima puntuación total en el Modelo

71 puntos

\*Datos que si bien se registrarán en el modelo, su función será meramente informativa ya que su valor no puntuará en el modelo

## Puntuación para la selección de pacientes VIH (coinfectados o no por VHC) por el Modelo de Atención Farmacéutica

Para el establecimiento de las puntuaciones de clasificación de los pacientes en los distintos niveles de riesgo y la prueba preliminar del Modelo en la práctica real, se realizó un **pre test sobre el Modelo** entre los días 2 de marzo y 16 de abril que incluyó una muestra de 215 pacientes de 8 centros hospitalarios distintos.



A continuación se proponen los siguientes **intervalos de tiempo de periodicidad** de valoración del Modelo de Selección del paciente de VIH (coinfectado o no por VHC). Esta información se debe considerar como tentativa estando siempre sujeta a la decisión del profesional:

Periodicidad para valorar al paciente de acuerdo al Modelo Selección de VIH (coinfectado o no por VHC)	Todos los pacientes	Al inicio del tratamiento
	Pacientes Prioridad 1	Periodicidad semestral
	Pacientes Prioridad 2 y 3	Periodicidad anual salvo que se cumpla alguna de las siguientes situaciones: <ol style="list-style-type: none"> <li>Decisión del profesional.</li> <li>Puntuación del Modelo cercana a rangos de cambio de nivel de prioridad.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente de Prioridad 3 con puntuación cercana a 18 puntos.</li> <li>Paciente de Prioridad 2 con puntuación cercana a 31 puntos.</li> </ul> </li> </ol>

Además, si el paciente es coinfectado VIH-VHC, la valoración del Modelo de selección se realizará al inicio del tratamiento del VHC y posteriormente se aplicará la periodicidad definida para el modelo de VIH.

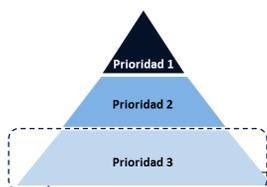
## El Modelo define tres niveles de Atención Farmacéutica según las características específicas de cada paciente VIH (coinfectado o no por VHC)

A continuación se exponen las actuaciones de Atención Farmacéutica que se desarrollarán de manera específica para los distintos niveles de prioridad. Estas actuaciones son acumulativas, de manera que a los pacientes de Prioridad 3 se le realizarán las propias de dicho nivel más las de Prioridad 2 y Prioridad 1.

En cuanto a la **periodicidad del seguimiento farmacoterapéutico del paciente de VIH (coinfectado o no con VIH)** para la evaluación del cumplimiento de las actuaciones, se recomiendan los siguientes tiempos tentativos por nivel de prioridad (siempre sujetos a la decisión del profesional):

- Paciente de Prioridad 1: 1-2 meses
- Paciente de Prioridad 2: 3-4 meses
- Paciente de Prioridad 3: 6-8 meses

Para la óptima realización de las actuaciones propuestas a continuación cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones farmacéuticas deberán quedar registradas en la Historia Clínica del paciente.



### Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 3

#### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Seguimiento de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de infecciosas o con el departamento de citaciones.
- Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
- Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo del ISMP.

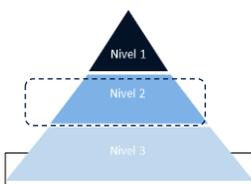
#### Formación, educación y seguimiento al paciente

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento (olvido de dosis...), prevención y minimización de reacciones adversas.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (evitar el fracaso virológico a las 48 semanas).
- Fomento de estilos de vida saludables.

#### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Coordinación con asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia

# Actuaciones de Atención Farmacéutica a desarrollar en cada nivel de estratificación del paciente VHC



## Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 2

### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Seguimiento de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de infecciosas o con el departamento de citaciones.
- Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
- Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo del ISMP.
- **Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.**

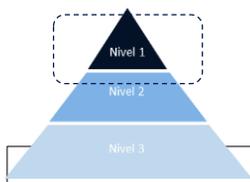
### Formación, educación y seguimiento al paciente

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento (olvido de dosis...), prevención y minimización de reacciones adversas.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de incorporarse al Programa "Paciente experto 2.0 en VIH" (autocuidado).
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (evitar el fracaso virológico a las 48 semanas).
- Fomento de estilos de vida saludables.
- **Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos.**

### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Coordinación con asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia
- **Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.**

# Actuaciones de Atención Farmacéutica a desarrollar en cada nivel de estratificación del paciente VHC



## Actuaciones de Atención Farmacéutica de Pacientes de Prioridad 1

### Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento antiviral.
- Seguimiento de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de infecciosas o con el departamento de citaciones.
- Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
- Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo del ISMP.
- Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.
- **Valorar la derivación a otros profesionales.**
- **Seguimiento especial del paciente en su contacto con el sistema sanitario (Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización...).**

### Formación, educación y seguimiento al paciente

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento (olvido de dosis...), prevención y minimización de reacciones adversas.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (evitar el fracaso virológico a las 48 semanas).
- Fomento de estilos de vida saludables.
- Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos.
- **Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.**

### Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Coordinación con asociaciones de pacientes, webs.
- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM:
  - Interacciones
  - Reacciones adversas
  - Errores de medicación
  - Adherencia
- Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.

Actuaciones específicas del nivel de Prioridad 3. El resto de actuaciones son las establecidas para niveles de prioridad inferiores.



## 6. Herramientas de formación y procedimientos para realizar las actuaciones definidas

---

# Herramientas de formación y procedimientos para realizar las actuaciones definidas

---

*Entre otros aspectos, es clave que los FH cuenten con la formación que les permita tanto utilizar los Modelos de forma ágil así como llevar a cabo actuaciones de Atención Farmacéutica en pacientes VIH y/o VHC de manera adecuada*

Para llevar a cabo la Atención Farmacéutica tal y como se ha definido en los Modelos, es necesario contar con **herramientas tecnológicas, desarrollar iniciativas formativas dirigidas a los profesionales sanitarios** así como **definir procedimientos** de trabajo en colaboración con otros **perfiles profesionales sanitarios y agentes de las Administraciones Públicas**.

En este sentido se han identificado las **siguientes necesidades**:

## Herramientas/ procedimientos

- Contar con una **herramienta/ sistema estandarizado** para la **adecuación y validación** de los tratamientos en la Farmacia Hospitalaria.
- Contar con **sistemas de información** (Historia Clínica Electrónica Compartida) que permitan **visualizar toda la medicación de los pacientes VIH y/o VHC**.

## Formación

- Contar con una **herramienta básica para formar a los farmacéuticos de hospital, médicos, enfermería, etc.** sobre **Atención Farmacéutica** al paciente VIH y/o VHC.
- **Impartir formación a los FH sobre el manejo de los cuestionarios PHQ -9** (Patients Health Questionnaires) para homogeneizar así la recogida de información clave para la valoración de la variable “Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional” de los modelos.
- Desarrollar **formación orientada a los FH en los conceptos y la forma de trabajo de Gestión de Casos/Sociosanitario** (escalas de valoración funcional y cognitiva, etc.).
- Incorporar en el programa de Desarrollo Profesional Continuo de la SEFH **formación básica en Atención Farmacéutica al Paciente VIH y/o VHC para Farmacéuticos Internos Residentes (FIR)** (Bloque de ATF al paciente con enfermedades infecciosas: Atención farmacoterapéutica al paciente con hepatitis virales y Atención farmacoterapéutica al paciente con infección por VIH).

## Relación con otros profesionales

- Definir **procedimientos de trabajo conjuntos** con otros profesionales, tanto intra como extrahospitalarios, orientados a la mejora de la farmacoterapia de los pacientes VIH y/o VHC.
- Establecer **alianzas con las Asociaciones de Pacientes** para fomentar la comunicación bidireccional entre ambos agentes en beneficio del paciente.
- Establecer **alianzas con las Administraciones Públicas** para la implantación, utilización y explotación de datos registrados en los Modelos en las distintas Comunidades Autónomas.

## Proceso de trabajo pacientes no ingresados (ambulatorios y externos)

---



**Pacientes no  
ingresados  
(ambulatorios y  
externos)**

1. Identificar si es paciente VIH y/o VHC y aplicar el Modelo de Selección de la SEFH que corresponda; para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
2. Se compartirá la información sobre el resultado de la selección del paciente con el equipo médico y se consensuará y trabajará de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica establecidas dependiendo del resultado del Modelo de Selección (en cada paciente se deberá valorar la conveniencia de realizar cada una de las actuaciones de Atención Farmacéutica que se enumeran en el nivel en el que este).
3. Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica se reflejarán en la historia clínica/farmacoterapéutica.
4. En caso de que se haya identificado la necesidad en base al Modelo de Selección, se mantendrá una entrevista con el paciente/cuidador para informar de su tratamiento, sobre todo si inicia (bien el FH directamente o bien a través de la colaboración con otros profesionales sanitarios). Uno de los aspectos fundamentales de esta entrevista será el fomento activo de la adherencia al tratamiento, explicando al paciente la importancia de la misma y buscando su compromiso para cumplirlo.
5. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH.

*Los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes VIH y/o VHC de la SEFH deberán ser aplicados con la periodicidad definida para cada uno de ellos*

## Proceso de trabajo pacientes ingresados

A continuación se expone el proceso estándar de trabajo definido para el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica del paciente crónico adulto adaptado al perfil del paciente de VIH y/o VHC en las posibles situaciones en su contacto con el centro hospitalario (ingreso, estancia, alta, externo/ambulatorio)



### Al ingreso del paciente

1. Identificar al paciente VIH y/o VHC y aplicar el Modelo de Selección de la SEFH que corresponda; para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
2. En caso de ser necesario, se mantendrá una entrevista clínica con el paciente/cuidador al ingreso hospitalario con el fin de obtener el perfil farmacoterapéutico del paciente y conocer la realidad de la toma de la medicación en el domicilio: quién es el responsable de la medicación, qué dificultades surgen, cómo toma la medicación, aspectos relacionados con la adherencia, etc.
3. Se compartirá la información sobre el resultado de la selección del paciente con el equipo asistencial y se consensuarán y trabajará de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el modelo dependiendo del resultado de la selección.
4. Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica se reflejarán en la historia clínica/farmacoterapéutica.
5. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH.



### Durante la estancia

1. Se evaluará la respuesta clínica al tratamiento, su efectividad y seguridad.
2. Se colaborará con el equipo asistencial en la identificación y tratamiento de PRM derivados de la administración de medicamentos.
3. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán los indicadores específicos de los Modelos (a definir en los próximos pasos del presente proyecto) así como los indicadores establecidos en los Servicios de FH.

La actividad profesional del farmacéutico se debe llevar a cabo durante todo el proceso asistencial y no de forma puntual.



**Al alta**

1. En caso de que se haya identificado la necesidad, se mantendrá una entrevista con el paciente y/o cuidador principal para informar de su tratamiento (bien el FH o bien a través de la colaboración de otros profesionales sanitarios):
  - Información sobre la medicación (objetivos de la medicación, efectos adversos más frecuentes/efectos adversos más graves y qué hacer en caso de que aparezcan).
  - Explicación de las modificaciones que se han producido respecto de su tratamiento anterior al ingreso, de los medicamentos que deja de utilizar y de las nuevas prescripciones.
  - Información sobre las condiciones de utilización y conservación de los medicamentos y las interacciones más frecuentes con los hábitos de vida normales:
    - Haciendo hincapié especialmente en la información sobre la administración de medicamentos incluidos en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos
  - Fomento activo de la adherencia al tratamiento, explicando al paciente/cuidador la importancia de la misma y buscando su compromiso para cumplirlo.
  - Elaboración de una planificación horaria del tratamiento integral del paciente. En los casos necesarios se adjuntará un calendario para las medicaciones con pautas ascendentes o descendentes.
  - En caso de que se haya identificado la necesidad en base al modelo de selección, se comunicará con la farmacia comunitaria y/o con el médico y/o farmacéutico de Atención Primaria: entrega del Informe de Medicación Activa/Hoja de Medicación y/o inclusión en Historia Clínica.
  - En caso de que sea necesario, apoyar e informar sobre los trámites administrativos necesarios para la consecución de la medicación, asegurando que las recetas están disponibles convenientemente para el paciente.
2. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH.

## Registro y medición de la Atención Farmacéutica

---

Las actuaciones de Atención Farmacéutica deben **registrarse y medirse**, con el objetivo, por un lado, de mejorar continuamente la atención a los pacientes VIH y/o VHC, y por otro, de **poner en valor el papel del FH en la mejora de la atención al los mismos, desde el punto de vista de resultados en salud y de calidad de vida.**

La tarea de definición detallada y establecimiento de la metodología de recogida y análisis de **indicadores de evaluación y seguimiento de las actuaciones farmacéuticas** establecidas en los Modelos formará parte de los **próximos pasos** a realizar en el futuro sobre los Modelos.

En el *Anexo 4* del presente documento se ha incluido información de soporte recopilada por los participantes del proyecto para el desarrollo futuro de los indicadores de evaluación.



## 7. Próximos pasos

---

## Próximos pasos para el desarrollo de los Modelos

---

Tras la elaboración de este trabajo, **existen una serie de pasos a emprender** con el objetivo de **dar a conocer los Modelos, validarlos y promover su utilización en la práctica clínica habitual**:

1.	Dar difusión a los contenidos del proyecto en diversos foros de distintos perfiles profesionales sanitarios y otros stakeholders (Asociaciones de Pacientes, Administración Pública, etc).
2.	Desarrollar un estudio para validar los modelos de Selección y Atención Farmacéutica y medir los resultados y beneficios de su utilización.
3.	Definir indicadores de evaluación y seguimiento que permitan medir el impacto en términos de resultados de salud y eficiencia de los Servicios asociados a la realización de las actuaciones farmacéuticas definidas en los Modelos.
4.	Elaborar una herramienta descargable útil en la práctica asistencial diaria de los profesionales, de fácil utilización e implementación en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
5.	Crear una plataforma web que permita a los FH compartir información entre los diferentes hospitales.
6.	Promover mecanismos de Acreditación y capacitación de los Servicios de FH relacionada con la utilización de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica de VIH y/o VHC para el manejo de estos perfiles de pacientes.



# Anexo 1

## Case Studies realizados

---

## Case Studies realizados

---

El **objetivo** de los Case Studies es presentar de manera práctica la aplicabilidad de los Modelos de Selección y Atención Farmacéutica y validar la coherencia de los resultados de la aplicación del mismo sobre casos reales.

A continuación se exponen los siguientes Case Studies realizados en algunos de los hospitales de los participantes en el proyecto:

- ✓ **Case Study 1:** H.U. Guadalajara, VHC.
- ✓ **Case Study 1:** H.U. Guadalajara, VHC.
- ✓ **Case Study 2:** H.U. Guadalajara, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 3:** H.U. Miguel Servet, VHC.
- ✓ **Case Study 4:** H.U. Miguel Servet, VIH.
- ✓ **Case Study 5:** H.U. Getafe, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 6:** H.U. Getafe, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 7:** CHUAC, VIH.
- ✓ **Case Study 8:** CHUAC, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 9:** H.U. Parc Taulí, VHC.
- ✓ **Case Study 10:** H.U. Parc Taulí, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 11:** H.U. Toledo, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 12:** H.U. Gregorio Marañón, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 13:** H.U. Gregorio Marañón, VHC.
- ✓ **Case Study 14:** H.U. Gregorio Marañón, VIH-VHC.
- ✓ **Case Study 15:** H.U. Germans Trías i Pujol, VHC.
- ✓ **Case Study 16:** H.U. Germans Trías i Pujol, VHC.

Cada Case Study se presenta de acuerdo a la siguiente **estructura**:

- 1. Descripción detallada del caso.**
- 2. Resultados de aplicación del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica correspondiente y conclusiones extraídas.**

# 1 Case Study Paciente con VHC - H.U. Guadalajara

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	66 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin estudios.</li><li>• Jubilada.</li></ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nada a destacar: buen estado cognitivo y funcional y buena situación sociosanitaria.</li></ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manifestación extrahepática: DM-II.</li><li>• Paciente pluripatológico: IC: 6,5.</li></ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente Naïve.</li><li>• Bajo índice de complejidad: 1,75.</li><li>• Interacciones a monitorizar:<ul style="list-style-type: none"><li>• Atorvastatina - LED: monitorizar efecto.</li><li>• Hipolipemiente y toxicidad: Utilizar la dosis mínima.</li></ul></li><li>• Interacción no descrita: calcifediol - SOF/LED.</li></ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toma 5 medicamentos diarios.</li></ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **14 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### **Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Validación de la medicación antiviral y medicación concomitante. Chequeo interacciones.
- Seguimiento de la ADH a su tratamiento antiviral y no antiviral.

#### **Educación al paciente y/o cuidador:**

- Información medicación antiviral.
- Información sistemas recordatorios.

#### **Coordinación con el equipo asistencial:**

- Coordinación citas.
- Coordinación circuito detección PRM.
- Asesoramiento sobre asociaciones pacientes. Tener en cuenta que la paciente no usa nuevas tecnologías.

### 3. Conclusión y discusión:

- A priori no parece que el paciente vaya a presentar problemas con la medicación, por todo lo anteriormente contado.
- Lo más importante es monitorizar el seguimiento de la planificación del tratamiento diario, ADH a todo el tratamiento y monitorizar el impacto de la toma de la Atorvastatina.

## 2 Case Study Paciente con VIH - VHC - H.U. Guadalajara

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	54 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer con coinfección VIH/VHC de 54 años.</li> <li>▪ Sin estudios.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausencia de consumo de alcohol y drogas.</li> <li>▪ No toma ninguna medicación del grupo N.</li> <li>▪ Ausencia de deterioro cognitivo (Pfeiffer normal).</li> <li>▪ Dependencia para bañarse y vestirse (índice Katz C). La paciente necesita muletas para desplazarse.</li> <li>▪ Relación paciente-profesional adecuado.</li> <li>▪ Soporte social y socioeconómico no adecuado: vive lejos del hospital, presenta recursos económicos limitados y falta de apoyo familiar.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paciente pluripatológico: infección VIH, infección VHC, síndrome de Guillén-Barré y lumbalgia crónica.</li> <li>▪ Buen control virológico e inmunológico de la infección por VIH.</li> <li>▪ Índice VACS elevado: 42.</li> <li>▪ Riesgo estimado de mortalidad CV arteriosclerótica en 10 años &gt; 5%.</li> <li>▪ No ha presentado ningún ingreso en los últimos 6 meses.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El paciente toma más de 6 medicamentos diarios: Sofosbuvir/ ledipasvir, ribavirina, emtricitabina/ tenofovir, raltegravir, omeprazol, propranolol.</li> <li>▪ Interacciones farmacológicas que requieren monitorización o cambio de dosis: a) SOF/LED con omeprazol (no tomar omeprazol antes que el antiviral y no superar los 20 mg/día) y b) SOF/LED con FTC/TDF y ribavirina (monitorizar función renal).</li> <li>▪ Interacciones no documentadas: propranolol y omeprazol con ribavirina.</li> <li>▪ No ha comenzado el TAR hace menos de 6 meses ni ha sufrido ningún cambio en los últimos 4-6 meses.</li> <li>▪ Posibilidad de padecer PRM según PREDICTOR.</li> <li>▪ ADH&gt;90% en los últimos 6 meses.</li> <li>▪ Índice de complejidad del tratamiento: alto 7,25.</li> <li>▪ Elevada satisfacción con el TAR (8).</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiene autorizadas las dispensaciones trimestrales del TAR por los problemas socioeconómicos que presenta.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **41 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### **Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Validación de medicación antiviral y medicación concomitante. Chequeo interacciones.
- Seguimiento de la ADH a su tto antiviral y no antiviral.
- Planificación de la próxima visita a la UPE, haciendo coincidir la misma con la consulta de su médico.
- Seguimiento de la seguridad con su tratamiento antiviral.
- Seguimiento especial de la paciente en su contacto con el sistema sanitario.

#### **Educación al paciente y/o cuidador:**

- Conocer la información que tiene la paciente sobre la medicación.
- Información y asesoramiento sobre toda la medicación que toma.
- Información sobre la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Fomento de estilos de vida saludables: dieta.

#### **Coordinación con el equipo asistencial:**

- Coordinación citas.
- Coordinación circuito detección PRM.
- El paciente no está interesado en contactar con asociaciones de pacientes.
- Coordinación con servicios Sociales del Área.
- Elaboración de un esquema con toda la medicación, para que lo sitúe en un sitio visible (p.e. nevera).

### 3. Conclusión y discusión:

- La principal dificultad del tratamiento se va a deber a la medicación para el VHC, ya que la misma no se puede dispensar de forma trimestral por los controles mensuales que tiene que tener obligatoriamente la paciente por la presencia de RBV en su esquema.
- Es necesario llevar a cabo una monitorización estricta durante 6 meses, con llamadas telefónicas a casa si no acude a la cita concertada.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	76 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer de 76 años, viene acompañada por su marido. Primera consulta.</li> <li>• No trabaja, pero es un mujer activa que cuida de sus nietos</li> <li>• Con estudios.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene ningún problema cognitivo ni funcional.</li> <li>• Muy animada a iniciar el tratamiento.</li> <li>• Hábitos saludables, excepto que fuma 5 cigarros al día.</li> <li>• Muy apoyada familiarmente.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente trasplantada hace 18 años, no ha llevado ningún otro tratamiento del VHC.</li> <li>• No presenta descompensación hepática, con plaquetas y albúmina en rango.</li> <li>• No ha tenido ingresos en el último año.</li> <li>• Índice de comorbilidad de Charlson: 6,5.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En tratamiento inmunosupresor por el trasplante, tratamiento de HTA.</li> <li>• Además del tratamiento VHC, toma 6 fármacos.</li> <li>• Presenta interacciones que recomiendan disminuir dosis o monitorizar.</li> <li>• Índice de complejidad &gt; 6.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente formada, muy motivada, muy apoyada por la familia.</li> <li>• Adherente a tratamientos anteriores como inmunosupresores.</li> <li>• Entiende perfectamente la importancia del tratamiento.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **21 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 2**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Se revisa el tratamiento antiviral y el tratamiento concomitante, aportado con un informe escrito del clínico, que se comprueba con los datos de receta electrónica de la historia informatizada de primaria, se le entrevista sobre automedicación y productos de herboristería.
- Se consulta informe clínico, aportado por el clínico para la solicitud de autorización del tratamiento VHC, para conocer estado clínico de la paciente.
- Se comprueba que esté autorizado el tratamiento.

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- Se informa del tratamiento antiviral y de la importancia de la adherencia. Se asegura la correcta comprensión del tratamiento por parte de la paciente y del familiar. Se facilita información por escrito y se proporciona el teléfono y el email de la unidad para la resolución de posibles dudas.
- Por interacciones potenciales con la medicación concomitante, se pregunta al paciente por las recomendaciones dadas por su médico. Como la información proporcionada corresponde con lo revisado en farmacia, no se establece contacto con el clínico; en caso contrario se hubiera contactado con el médico antes de la finalización de la consulta.
- Se fomentan estilos de vida saludables.
- Se advierte de la necesidad de establecer contacto con la farmacia en caso de comenzar a tomar otros fármacos.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Se proporciona el tratamiento por escrito de manera y se indica la importancia de proporcionárselo a todos los profesionales sanitarios que le atienden, tanto en Atención Especializada como Primaria.
- Como debe monitorizarse la TA, le aconsejamos que pida cita con su médico de primaria.

### 3. Conclusión y discusión:

Si bien se trata de una paciente mayor, poli medicada y trasplantada, existen factores como su formación, su adherencia al tratamiento inmunosupresor y de HTA, su motivación y el apoyo familiar, que hacen que sea de Prioridad 2 y no de Prioridad 1.

Aspectos demográficos del paciente	Edad del paciente	42 años	Sexo del paciente	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente de 42 años, hombre.</li> <li>• Estudios: secundaria.</li> <li>• Actualmente en el paro.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No consumo de drogas y /o alcohol.</li> <li>• Sin deterioro cognitivo, ni funcional.</li> <li>• No está recibiendo tratamiento de fármacos grupos N05, N06 o N07.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente conocido en la consulta de AP por la dispensación de Humira para el tratamiento de Espondilitis anquilosante. Ninguna otra patología.</li> <li>• Sin coinfección por VHC o VHB.</li> <li>• Buen estado inmunológico y carga viral indetectable.</li> <li>• Bajo riesgo de mortalidad cardiovascular.</li> <li>• No fuma y colesterol normal.</li> <li>• Sin ingresos.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con la medicación del paciente	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos además del TAR: adalimumab, esporádicamente algún AINE.</li> <li>• No aparecen documentadas o estudiadas las interacciones con adalimumab.</li> <li>• TAR: Rilpivirina + abacavir/3TC, inicio del TAR hace 4 meses. Adherencia 100%</li> </ul> <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de llevar Humira, hace varios años, AINES.</li> </ul>			
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dado el reciente diagnóstico de VIH, el paciente tiene muchas dudas y preguntas sobre la enfermedad.</li> <li>• Cuando empezó el TAR se le suspendió el adalimumab, pero por la sintomatología de la EA, se volvió a pautar adalimumab. Refiere que por el dolor debido a la EA, su calidad de vida está más alterada.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **7 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### **Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Se asegura que el paciente conoce correctamente el tratamiento. No es la primera consulta, por lo que se refuerza lo comentado en consultas anteriores. Se evalúa la comprensión de la información escrita proporcionada. Se le recuerda la interacción omeprazol y rilpivirina, ya que por la patología EA, algunas veces toma AINEs.
- Comprobación de su adherencia y felicitación por su compromiso. Adherencia 100%.
- En esta consulta vuelve a iniciar el tratamiento con adalimumab, por lo que se le recuerda y facilita información sobre este tratamiento y se consultan interacciones con TAR.
- Consultamos en la historia otras posibles medicaciones y le hacemos una entrevista clínica por si hubiera automedicación o tomara productos de herboristería. No toma nada más.

#### **Educación al paciente y/o cuidador:**

- Es un paciente formado, pero al ser de diagnóstico VIH reciente (inició en febrero 2015), tiene muchas preocupaciones y dudas sobre la enfermedad, por lo que se le informa tanto de la patología como de los TAR actuales, así como de vías de transmisión
- Se fomentan estilos de vida saludables.

#### **Coordinación con el equipo asistencial:**

- Paciente atendido por dos especialidades: reumatología e infecciosos. Aseguramos que los dos servicios están informados entre sí, sobre la situación del paciente.
- Al ser un diagnóstico reciente, el paciente no entiende/asume su enfermedad con "normalidad", por lo que le facilitamos información sobre una asociación de pacientes VIH.

### 3. Conclusión y discusión:

Por las dos patologías del paciente y por llevar poco tiempo con el TAR y ser de diagnóstico de VIH reciente, es clave reforzar de forma frecuente la información. Se dispensa la medicación de un mes de ambos tratamientos para la posterior valoración de la posibilidad de dispensar y citar más espaciadamente.

Aspectos demográficos del paciente	Edad del paciente	45 años	Sexo del paciente	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graduado escolar.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ExADVP. En tratamiento sustitutivo con metadona.</li> <li>• Actualmente no consume drogas ni bebe.</li> <li>• Fumador.</li> <li>• Prótesis cadera derecha 2013.</li> <li>• Artritis en las manos en tratamiento corticoideo (deflazacort).</li> <li>• PHQ-9&lt;10.</li> <li>• IAVD.</li> <li>• No tiene problemas económicos-sociales.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coxartrosis.</li> <li>✓ Coinfección con VHC genotipo 1b tratada con peginterferon / Ribavirina sin respuesta.</li> </ul> </li> <li>• En tratamiento con tenofovir/emtricitabina/rilpivirina desde 05/2013 con carga viral indetectable y 400 CD4.</li> <li>• Fuma pero no es hipertenso y tiene buenas cifras de colesterol (129).</li> <li>• Índice de VACS=11 con mortalidad estimada a 5 años de 3,9%.</li> <li>• No ingresos hospitalarios.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con la medicación del paciente	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviplera, paracetamol, zamene (deflazacort), ranitidina (1-0-1 según Horus).</li> <li>• Medicamentos ISMP: deflazacort crónico.</li> <li>• Interacciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rilpivirina-ranitidina: hay que administrar la ranitidina 4 horas antes o 12 horas después. Por tanto es necesario dosificar el antiH2 en una única vez al día.</li> <li>• Eviplera-deflazacort: no hay información.</li> </ul> </li> <li>• Complejidad tratamiento= 2,75.</li> <li>• Adherencia: escasa adherencia (83%).</li> <li>• Alto riesgo de PRM.</li> <li>• Satisfecha con TAR.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **16 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Tratamiento adecuado a su patología VIH. No resistencias.
- Se pregunta por la medicación concomitante/automedicación/productos de herbolario/medicina natural/zumo de pomelo. Se revisa la medicación prescrita en atención primaria (Horus).
- Se comprueban interacciones detectándose las siguientes:
  - ✓ Rilpivirina-ranitidina: hay que administrar la ranitidina 4 horas antes o 12 horas después. Por tanto es necesario dosificar el antiH2 en una única vez al día.
  - ✓ Eviplera-deflazacort: no hay información.
- Adherencia: se comprueba que la adherencia a tratamientos ha sido subóptima (aprox 83% desde el inicio de eviplera en 2013 ) pero presenta carga viral indetectable y buenos CD4.
- Se cita próxima visita a Farmacia al mes (no coincide con ninguna consulta porque le ven en Consulta MIR cada 3 meses).

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- Se recomienda dieta equilibrada y sana así como ejercicio moderado.
- Se recomienda evitar tabaco.
- Se informa sobre la importancia de la adherencia y las consecuencias del mal cumplimiento. Se exploran causas de no adherencia-> olvidos.
- Se informa sobre qué hacer en caso de olvido de dosis.
- Se señala importancia de informar antes de empezar a tomar nuevos medicamentos/sustancias con potencial de interacción.
- Se comprueba que el paciente toma ranitidina sólo una vez al día y que cumple con las horas de separación necesarias con eviplera.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Nota a MIR con datos de adherencia

### 3. Conclusión y discusión:

Paciente con buen control de la infección. Necesita control estricto de adherencia.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	42 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de estudios correspondiente a Formación Profesional.</li> <li>• ExADVP. En tratamiento sustitutivo con metadona</li> <li>• Actualmente no consume drogas ni bebe.</li> <li>• Toma Lorazepam para dormir.</li> <li>• PHQ-9=11 puntos. Decaída. Refiere afectarle mucho la enfermedad y su entorno (pareja también infectada). No se valora a sí misma.</li> <li>• IAVD.</li> <li>• Tiene ciertos problemas económicos pero no le impiden venir al hospital aunque menciona tener el coche estropeado y esto es un inconveniente.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidades           <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hepatopatía crónica F4 en probable estadio de cirrosis compensada. Child A. Fibroscan 35,3 Kpa.</li> <li>✓ Diabetes mellitus insulino-dependiente.</li> <li>✓ Coinfección con VHC genotipo 1 a inicia tratamiento con Sofosbuvir/ledipasvir</li> </ul> </li> <li>• En tratamiento con tenofovir/emtricitabina/darunavir desde 06/2013 con Cargas virales &lt;100 aunque no indetectable y mala recuperación inmunológica (20-100CD4).</li> <li>• Fuma pero no es hipertensa y tiene buenas cifras de colesterol.</li> <li>• Elevada fragilidad. Índice de VACS=50 con mortalidad estimada a 5 años de 27%.</li> <li>• Último ingreso en mayo 2013 por infección respiratoria y pancitopenia.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento actual: Truvada, Isentress, Harvoni, Ribavirina (2-0-3), hidroxizina, loratadina, lorazepam, insulina levemir y salbutamol inh.</li> <li>• Medicamentos ISMP: lorazepam/insulina.</li> <li>• Interacciones: Sofosbuvir/ledipasvir puede incrementar las concentraciones de tenofovir.</li> <li>• Complejidad tratamiento= 7,25.</li> <li>• Adherencia: escasa adherencia (71%) y abandono de tratamientos anteriores</li> <li>• Alto riesgo de PRM.</li> <li>• Satisfecha con TAR anterior aunque “preferiría no tomarlo”.</li> <li>• Reciente cambio a Truvada/Raltegravir.</li> </ul> <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Truvada/Darunavir/Norvir.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito en tratamiento.</li> <li>• No tratamiento previo hepatitis por sospecha mala tolerancia (bajos linfocitos y plaquetas).</li> </ul>			

**1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH**

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **41 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**.

**2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:****Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Tratamiento adecuado a su patología VIH/VHC. Se revisan pautas y dosis adecuadas a su función renal y peso (60kg)
- Se pregunta por medicación concomitante/automedicación/productos de herbolario/medicina natural/zumo de pomelo. Se revisa medicación prescrita en atención primaria (Horus).
- Se comprueban interacciones detectándose las siguientes:
  - ✓ Sofosbuvir/ledipasvir + tenofovir: posible incremento de concentraciones tenofovir=> monitorizar función renal.
  - ✓ Ribavirina+ Emtricitabina / Tenofovir: riesgo de descompensación. Esta interacción sólo parece tener relevancia en el contexto de terapias con interferón por lo que no se considera.
- Adherencia: se comprueba que la adherencia a tratamientos previos ha sido subóptima (aprox. 70% en los últimos 6 meses) Por otro lado presenta al menos las 3 últimas cargas virales detectables. Se habla con el médico para señalar este aspecto. El Servicio de Farmacia educará acerca de la importancia de la adherencia y monitorizará la misma a las 72h del inicio telefónicamente. Se realizará analítica y CV a las 2 semanas de tratamiento para determinar adherencia.
- Llamamos a la paciente a las 72h para comprobar adherencia y refuerzo positivo. Ha iniciado correctamente y conoce pauta posológica. Olvidó comentar que toma Cotrimoxazol en pauta profiláctica L-X-V. Se comprueba que no hay interacciones significativas. Tiene dudas sobre si seguir tomándolo. Se le aconseja hacerlo pues tiene muy bajas cifras de CD4.
- Desarrollo de vías rápidas de comunicación: se solicita a la paciente su móvil personal y permiso para contactar con ella durante el seguimiento.
- Se cita próxima visita a Farmacia a las 4 semanas de tratamiento. Se revisará analítica a las 2 semanas.

**Educación al paciente y/o cuidador:**

- Se proporciona información oral y escrita del tratamiento comentando pauta posológica. Se comprueba asimilación por parte del paciente.
- Se informa sobre RAM y qué hacer en caso de olvido de dosis.
- Se recomienda dieta equilibrada y sana así como ejercicio moderado. Se recomienda evitar tabaco.
- Se informa sobre la importancia de la adherencia y consecuencias del mal cumplimiento.
- Se señala importancia de informar antes de empezar a tomar nuevos medicamentos/sustancias con potencial de interacción.

**Coordinación con el equipo asistencial:**

- Contacto con MIR para control adherencia.

**3. Conclusión y discusión:**

Paciente de muy alto riesgo de PRM necesita de especial seguimiento y control estricto de adherencia.

## 7 Case Study Paciente con VIH - C.H.U.A.C.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	45 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
	Con estudios secundarios.			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente no es consumidor de drogas/alcohol, si bien en su juventud si lo ha sido.</li> <li>• En aquella etapa, fue seguido por salud mental. Última consulta en 2011.</li> <li>• Se encuentra en paro laboral y vive con su madre.</li> <li>• Se queja del seguimiento médico en atención primaria.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin ingresos hospitalarios.</li> <li>• El paciente ha acudido a consultas externas de 12 especialidades diferentes durante los últimos 4 años.</li> <li>• Actualmente en seguimiento en CExt. Reumatología por Espondiloartritis.</li> <li>• No coinfectado VHB ni VHC.</li> <li>• 726 CD4+/mL y CV-VIH indetectable.</li> <li>• Colesterol y TG normales. Todos los parámetros analíticos estándar dentro de la normalidad.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualmente el paciente toma 5 medicamentos, incluido TAR, ninguno de ellos de alto riesgo del listado ISMP: salbutamol, colecalciferol y esomeprazol.</li> <li>• Sin interacciones clínicamente relevantes.</li> <li>• El TAR actual se basa en Ips en monoterapia, comenzado hace más de año y medio y con una adherencia del 100%.</li> <li>• La satisfacción con el TAR es de 8.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente muy bien controlado de su infección por VIH, no coinfectado, candidato a monoterapia con IPs, buena adherencia.</li> </ul>			

## 7 Case Study Paciente con VIH - C.H.U.A.C.

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **14 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### **Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Revisión de la medicación concomitante.
- Seguimiento de la seguridad del tratamiento.

#### **Educación al paciente y/o cuidador:**

- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.

#### **Coordinación con el equipo asistencial:**

- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRMs (interacciones, RAs, Errores Medicación, Adherencia).

### 3. Conclusión y discusión:

- Paciente que desde el punto de vista demográfico, social y de utilización de recursos sanitarios es muy estable.
- Sin patologías concomitantes relevantes, ni medicación especialmente problemática.
- Paciente actualmente bien controlado desde el punto de vista de su infección crónica por VIH, que debe ser seguido estrechamente al estar a tratamiento con una pauta basada de monoterapia con IPs por problemas de efectividad a largo plazo, seguridad, adherencia e interacciones.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	52 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estudios secundarios.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente muy estable, con condiciones sociosanitarias adecuadas.</li> <li>• Actualmente trabajo manual.</li> <li>• No fumadora, ni consumo de drogas/alcohol.</li> <li>• Con un trato excelente en su relación con personal sanitario.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente a TAR desde hace al menos 20 años, con muy buena adherencia</li> <li>• Paciente a tratamiento con 4 medicamentos incluyendo el TAR, ninguno de ellos incluido en el listado del ISMP de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos.</li> <li>• Se ha producido un cambio en el TAR motivado por la causa de ingreso en 2015.</li> <li>• Satisfacción total con el TAR (10).</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinfección VHC. Pretratada. Recidivante. HBsAg negativo.</li> </ul>			

**1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH**

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **13 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

**2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:****Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Revisión de la medicación concomitante.
- Seguimiento seguridad del tratamiento.

**Educación al paciente y/o cuidador:**

- Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito.

**Coordinación con el equipo asistencial:**

- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM: interacciones, Reacciones adversas, Errores de medicación y Adherencia.

**3. Conclusión y discusión:**

Paciente de muchos años de TAR, con problemas especialmente relacionados con la seguridad del TAR. Especial vigilancia de este aspecto y de posibles interacciones futuras si reinicia tratamiento VHC.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	44 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente mono infectado con VHC, estudios medios (FP1), actualmente de baja laboral pero con carga familiar por estar al cuidado de sus progenitores de edad avanzada.</li> <li>• No refiere consumo de tóxicos durante la entrevista, aunque en la historia clínica se recoge un uso esporádico de cocaína en diciembre de 2014.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deterioro cognitivo (Pfeiffer normal) ni dependencia funcional (Katz A), pero se encuentra desorientado y aturdido, con importante síndrome depresivo que queda reflejado en la puntuación del cuestionario PHQ.</li> <li>• En tratamiento con medicamentos del grupo N: quetiapina y orfidal.</li> <li>• En Programa de Mantenimiento de Metadona.</li> <li>• Condiciones socioeconómicas normales y entorno familiar con dificultades porque sus padres son mayores y él está como cuidador junto con una hermana.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenta cirrosis alcohólica+VHC descompensada, ascitis con paracentesis evacuadoras (ultima 6-5-15), ligera encefalopatía y con plaquetopenia, pero niveles de albúmina dentro del rango.</li> <li>• Manifestación extrahepática: diabetes mellitus en tratamiento (glargina+aspart).</li> <li>• En los 6 meses últimos ha presentado un ingreso (enero'15).</li> <li>• No coinfectado con VIH (Charlson 4,4).</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma &gt; 6 medicamentos incluyendo el tto de la hepatitis C.</li> <li>• En tratamiento con medicación incluida en el listado ISMP: Furosemda, lorazepam, espironolactona, insulina, quetiapina.</li> <li>• Metadona.</li> <li>• No presenta interacciones que potencialmente debamos monitorizar algún parámetro.</li> <li>• Inicia tratamiento con HARVONI+RIBAVIRINA, sin Interferón durante 24 semanas.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome depresivo secundario al mal estado de salud de su madre, está muy afectado.</li> <li>• Poco apoyo familiar, él es el cuidador, aunque en la entrevista se aprecia que tiene sus facultades conservadas, es autónomo para su cuidado y es consciente de su situación y de la de sus padres. Él mismo me comenta que está aturdido, somnoliento y que se desorienta. Cree que se debe al inicio de la medicación psiquiátrica.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **24 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 2**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### **Seguimiento farmacoterapéutico:**

- En la orden médica falta la metadona como medicación concomitante.
- Se detecta un factor pronóstico de mala adherencia: trastorno psiquiátrico (PHQ 14).
- Se propone cita con Farmacia el 12-6-15 junto con analítica de semana 4 en H. Día Hepatología.

#### **Educación al paciente y/o cuidador:**

- Dado que presenta serias dificultades para entender la posología del tratamiento de la hep C, se le explica y se analiza y valida su comprensión varias veces, y el resto de información se le entrega por escrito. Se contacta con la Dra. para que enfermería repita educación.
- Se facilita el teléfono de Farmacia y el del H. Día Hepatología
- No refiere consumos de alcohol+drogas, pero el ultimo esporádico fue en dic 2014 por lo que se deberá estar alerta.

#### **Coordinación con el equipo asistencial:**

- Se gestiona el adelantamiento de la visita programada con Psiquiatría que tiene para el mes de junio, de manera que se le pueda ajustar la dosis de quetiapina y orfidal y el paciente no se encuentre tan aturdido.
- Se contacta con la hepatóloga para explicarle las dificultades detectadas en la comprensión del tratamiento y los factores de mal pronóstico de adherencia. Se pacta la próxima visita en 1 semana, coincidiendo con una ecografía, para comprobar comprensión de la posología, adherencia al tratamiento.

### 3. Conclusión y discusión:

Paciente en Prioridad 2 pero que deberá pasar a Prioridad 1 si su estado no mejora ya que no ha retenido correctamente la información administrada y corre riesgo de incumplimiento del tratamiento.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	58 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensionista, vive solo, escaso soporte familiar.</li> <li>• VIH+, VHC+.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de enolismo y consumo actual tanto de alcohol como cocaína.</li> <li>• En programa de mantenimiento de metadona.</li> <li>• Sintomatología psicótica en contexto de intoxicaciones. Tratamiento con Zyprexa con mal cumplimiento. Estado depresivo, pero sin dependencia funcional.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente con esquizofrenia y cirrosis hepática. Índice de VAS 74 pero sin riesgo CV (fumador pero colesterol normal).</li> <li>• Infección VIH asintomática con irregular cumplimiento del TARV. Último dato adherencia 83%.</li> <li>• Sin ingresos en el último año.</li> <li>• Caquexia y baja ingesta habitual.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha iniciado tratamiento para la hepatitis C con sofosbuvir+Daclatasvir.</li> <li>• Mal cumplimiento del TARV y en el primer mes de tto hep C ha estado 4 días sin tomar medicación.</li> <li>• Adherencia 83% para TARV . Igual tto ARV desde 2013 (Eviplera).</li> <li>• Riesgo elevado de presentar PRM.</li> </ul> <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRTI.</li> <li>• IPS.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca vinculación al programa metadona, solo recoge medicación.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **41 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Revisión de antivirales para hep C en función TARV y medica PSQ.
- Seguimiento estrecho adherencia y cumplimiento visitas médico y farmacia. Se comunicó al médico al final de la jornada que tenía visita con farmacia que no había acudido.
- Se ha revisado toda la medicación prescrita por PSQ, se miran interacciones y no hay ninguna ni con Eviplera ni con Sofosbuvir+Daclatasvir.
- Acude espontáneamente a Farmacia 4 días más tarde, se le acoge aunque viene sin visita. Facilitamos programación y entrada.
- Se programa la siguiente recogida en Farmacia el mismo día de visita con el médico.

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- Repasamos con el paciente la administración del tto de la hepC y el TARV. Lo explica correctamente y da la sensación de que lo entiendo. No está aturrido ni somnoliento, pero sí con bajo estado de ánimo. Refiere consumo de alcohol. Explicamos problemática de beber y hacer tratamiento.
- No refiere efectos secundarios.
- Presenta factores pronósticos de baja adherencia, por lo que pactamos que vendrá a farmacia en la semana próxima, para hacer seguimiento más estrecho. Volvemos a entregar teléfono de contacto para que nos llame.
- No se ha prescrito nueva medicación. No procede mirar interacciones.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Ponemos en conocimiento del médico que no acude a visita de farmacia en semana 4 de tratamiento de la hepatitis C.
- Este lo llama por teléfono. El paciente se justificó diciendo que empezó días más tarde el tto de la hep C porque había bebido alcohol.
- Hacemos seguimiento de las visitas al programa de recogida de metadona, así como a PSQ y hospital de Día.

### 3. Conclusión y discusión:

- Riesgo elevado de baja adherencia: patología PSQ, consumo de alcohol y cocaína, escaso soporte social (nulo familiar), tampoco presenta interés en solicitar ayuda ni a nivel asistente social ni médico (hospital, CAS).
- Riesgo elevado de PRM por medicación PSQ+TAR+DAA.
- Haremos estrecho seguimiento de las visitas a las diferentes especialidades para ligar la dispensación a estas visitas y así poderlo ver con más frecuencia y reforzar administración y adherencia.
- Comunicamos a Psiquiatría el inicio del tratamiento para la hepatitis C. Son conscientes de la problemática del paciente.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	46 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No embarazada.</li> <li>• Sin estudios.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocasionalmente consume cocaína y marihuana.</li> <li>• El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios, con una puntuación &gt; 10 en el cuestionario PHQ-9 (Patients Health Questionnaires).</li> <li>• El paciente está en tratamiento con algún medicamento de los grupos N05, N06 Y N07B que corresponden a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepressivos, psicoestimulantes, antedemencia y medicamentos para los desórdenes adictivos.</li> <li>• Trato adecuado con los profesionales y soporte social tutelado por un centro de internamiento.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis C (genotipo 1b) F3, bronquitis crónica, y deterioro neurocognitivo.</li> <li>• CD4 &lt; 200/mcL.</li> <li>• VACS &gt;= 25.</li> <li>• Riesgo estimado de mortalidad CV aterosclerótica en 10 años &lt; 5%.</li> <li>• Ingreso hospitalario en los últimos 6 meses.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente está en tratamiento con mirtazapina 15 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, salburamol 200 mcg/8h, tiotropio 18 mcg/24h, aripiprazol 400 mg/12h, clorazepato dipotásico 5 mg/8h, ibuprofeno 600 mg/8h, ácido valproico 300 mg/12h y metadona 60 mg/24h.</li> <li>• El TAR prescrito al inicio es dolutegravir + emtricitabina-tenofovir.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente recientemente internada en un centro de apoyo social.</li> </ul>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **35 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Seguimiento de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla.
- Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
- Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de infecciosas o con el departamento de citas.
- Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
- Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo del ISMP.
- Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- Evaluar el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
- Información sobre su tratamiento (olvido de dosis, etc.), prevención y minimización de reacciones adversas.
- Paciente activo e informado.
- Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento (evitar el fracaso virológico a las 48 semanas).
- Fomento de estilos de vida saludables.
- Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos (posible interacción entre tenofovir e ibuprofeno).
- Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
- Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.

### 3. Conclusión y discusión:

Paciente que comienza tratamiento antirretroviral a pesar de que el diagnóstico de su infección por VIH era conocido desde 1992.

Es un paciente de alto riesgo, con trastorno esquizoafectivo y otras comorbilidades entre las que destaca la coinfección por el VHC. Al tratarse de un paciente polimedicado existe riesgo de interacción potencial, aunque en el momento presente solo destaca la posible interacción de tenofovir con ibuprofeno aunque «a priori» no se recomienda la modificación de la dosis de tenofovir.

Habrà que vigilar estrechamente el riesgo de toxicidad renal y recomendar suspensión de ibuprofeno cuando sea posible. Vigilar estrechamente la adherencia.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	46 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de educación primaria. Ex-ADVP.</li> <li>• Infección por VIH C3. Diagnóstico en 1995. Desde entonces ha recibido múltiples TAR, que incluyen ITINAN, IP e Int. FV con RAL. Actualmente con DRV/r QD + MVC 150 mg QD. Último recuento inmunoviroológico (enero 2015): CV indetectable, CD4 311 (19%).</li> <li>• Infección por VHC, genotipo 1a. Fibroscan: 65.2; IL28B: CT. Respondedor nulo a BT. CV VHC: 4.277.636 UI/ml (Marzo 2015). En espera de recibir nuevo tratamiento con AADs.</li> <li>• Trastorno psicótico. Toxicidad neurológica por RBV en 2012 que requirió seguimiento por Psiquiatría. Actualmente no existe contraindicación al tto. con RBV dado el buen control de su trastorno psicótico.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A destacar: no consumo actual de alcohol y/o drogas. Leve deterioro cognitivo según Cuestionario de Pfeiffer (puntuación=4). Cuestionario PHQ-9 (1 punto) e Índice de Katz (categoría A).</li> <li>• Relación paciente – profesional en los últimos 6 meses: adecuada.</li> <li>• Soporte social y condiciones socioeconómicas adecuadas: actualmente vive con su madre, pero con intención de irse a vivir con su pareja. Soporte familiar adecuado. De baja por incapacidad laboral.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbilidades: cirrosis hepática descompensada. Trastorno psicótico.</li> <li>• En espera de recibir tratamiento con SOF/LDV + RBV 600mg x 12 sem para infección VHC.</li> <li>• Infección VIH controlada virológicamente: CV indetectable, CD4 311 (19%).</li> <li>• VACS: 36.</li> <li>• ALT: 213U/L; AST: 199U/L; FAL: 87U/L; Bil: 2,4mg/dL; Alb: 4,1g/dL. Hemograma normal salvo plaquetas: 87.000/mcL.</li> <li>• FRCV: sólo dislipemia (Chol total: 213 mg/dL, LDL: 140 mg/dL, TG: 180 mg/dL). No HTA, no DM. No fumador.</li> <li>• No ingresos en los 6 meses previos.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Tratamiento actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prezista/r QD</li> <li>• MVC 150 mg QD</li> <li>• Risperidona 2 mg/24h, en proceso de retirada</li> <li>• Clorazepato 10 mg/24h, en proceso de retirada</li> <li>• Omeprazol 20mg/24h</li> <li>• SOF/LDV 1 comp/24h</li> <li>• RBV 600mg/d.</li> </ul> <p><u>Medicamentos incluidos en listado ISMP: crónicos:</u> risperidona y clorazepato.</p> <p><u>Interacciones a considerar (Liverpool):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOF/LDV y omeprazol: se requiere adm conjunta para evitar una reducción del efecto del AAD.</li> <li>• SOF/LDV y risperidona: monitorizar y valorar reducción de dosis de la risperidona en caso necesario.</li> </ul> <p><u>Predictor: no riesgo de PRM. Adherencia según registros de dispensación: 96%. Índice de complejidad: 7. Satisfacción del TAR: 7.</u></p>			

**1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH**

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **24 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 2**.

**2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:****Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Monitorizar respuesta virológica al tto. para VHC y vigilar el mantenimiento del control inmunoviroológico del VIH.
- Monitorizar potenciales EAs con el tratamiento para VHC (anemia, cefalea, náuseas y vómitos, prurito, entre otros) y confirmar la ausencia de interacción farmacológica con su tratamiento concomitante. Si buena tolerancia a RBV, puede valorarse incremento de dosis ajustada a peso.
- Monitorizar la adherencia al tratamiento.

**Educación al paciente y/o cuidador:**

- Información de la pauta horaria de la toma de la medicación, cómo prevenir y manejar los EAs, medidas higiénico-dietéticas generales y como conservar correctamente la medicación.

**Coordinación con el equipo asistencial:**

- Vigilancia efectividad del tratamiento y notificación de RAMs con los AADs.

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	71 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estudios equivalentes a la formación profesional</li> <li>• Activo hasta los 62 años, en la actualidad</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No consume alcohol ni drogas, ni en los 6 meses previos</li> <li>• No tiene desórdenes mentales ni conductuales (puntuación pHQ-9 =0)</li> <li>• No presenta deterioro cognitivo; valores de cuestionario de Pfeiffer normales</li> <li>• Tampoco presenta dependencia funcional; categoría A del Índice de Katz</li> <li>• Tanto el soporte social como las condiciones socioeconómicas son adecuadas. Vive con su mujer</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p>• Plaquetas fuera de rango pero albúmina en rango (Albúmina: 3,7 g/dL; plaquetas 62 .10e3/mcL).</p> <p>• No presenta descompensación, ni manifestaciones extrahepáticas. No está en situación de peritrasplante, ni ha estado ingresado en los seis meses previos</p> <p>• La puntuación correspondiente del índice de comorbilidad de Charlson es 7,1 debido a la presencia de hepatopatía grave y antecedente de sangrado por úlcera gástrica.</p>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u> VIEKIRAX 12.5/75/50 mg., 2 c. al día con el desayuno.  <b>EXVIERA</b> 250 mg., 1 c. con el desayuno y 1 c. con la cena.  <b>RIBAVIRINA</b> 200 mg., 2 c. con el desayuno y 3 c. con la cena.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma alopurinol 100 mg / 24 h e indapamida 2,5 mg/24 h, no incluidos en el listado ISMP de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos</li> <li>• Presenta dos interacciones potenciales: 1) con indapamida, que obliga a utilizar la menor dosis posible y a una monitorización estrecha de las tensiones arteriales. 2) con alopurinol, ya que ambos pueden producir anemia. Se retira temporalmente puesto que tiene cifras de ácido úrico controladas.</li> <li>• Duración 12 semanas</li> <li>• Puntuación índice complejidad: 6,75.</li> </ul> <p><u>Anterior:</u> Interferón pegilado + ribavirina con respuesta nula.</p>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<p><u>Genotipo viral:</u> 1b.  <u>Carga viral previa al tratamiento:</u> 2929262 UI/ml (6.47 log)  <u>Estadio de la enfermedad:</u> cirrosis compensada.  <u>Fibroelastografía hepática:</u> 27.4Kp.</p>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en Modelo de selección es **15 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Revisión y validación del tratamiento antiviral; comprobación de su adecuación a las recomendaciones emitidas por el Servicio Madrileño de Salud.
- Revisión de la medicación concomitante; valoración de las interacciones farmacológicas relevantes.
- No se han detectado factores pronósticos que puedan suponer falta de adherencia.
- Se planifica la visita al Servicio de Farmacia en la semana 4, 8 y 12 (visita fin de tratamiento).

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- El paciente tiene un buen conocimiento de la enfermedad, del tratamiento prescrito y de las vías de transmisión. Se refuerza la información en estos aspectos.
- Se informa acerca del tratamiento antiviral y de la medicación concomitante. Le facilitamos 2 hojas informativas de su tratamiento (la correspondiente a Viekirax + Exviera, y la de ribavirina).
- Se informa al paciente acerca de las reacciones adversas y su prevención.
- Se registra el estado basal del paciente para hacer un seguimiento de las posibles reacciones adversas que ocurran durante el tratamiento.
- Se fomenta la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Se fomentan los estilos de vida saludable.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Previamente se han unificado criterios con el Servicio de Digestivo para coordinar la información que recibe el paciente y establecer el posicionamiento de las diferentes alternativas farmacológicas según el genotipo, tipo de respuesta previo, grado de fibrosis/cirrosis, situación de trasplante. También con el de Admisión para establecer el circuito de citaciones.
- La consulta de interacciones se puede realizar antes de que el paciente acceda a la consulta del médico, o después. Si se detecta alguna intervención clínicamente relevante se informa al médico y se realiza una recomendación.
- Las reacciones adversas, errores de medicación y datos de adherencia se valoran en las visitas de la semana 4, 8 y 12. Se establece que ante cualquier error de medicación se contacta con el médico (y ellos con Farmacia, si son ellos los que lo detectan).

Aspectos demográficos del paciente	Edad del paciente	52 años	Sexo del paciente	Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con estudios de bachillerato.</li> <li>• Laboralmente activo.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No consume drogas, el consumo de alcohol es inferior a 28 UBE semanales.</li> <li>• No tiene desórdenes mentales ni conductuales (puntuación pHQ-9 =0).</li> <li>• No presenta deterioro cognitivo; valores de cuestionario de Pfeiffer normales.</li> <li>• Tampoco presenta dependencia funcional; categoría A del Índice de Katz.</li> <li>• Considera que el trato de los profesionales sanitarios ha sido adecuado.</li> <li>• Refiere que tanto el soporte social como las condiciones socioeconómicas son adecuadas.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presenta otras patologías crónicas con especial complejidad / comorbilidad.</li> <li>• Coinfectado por VHC con tratamiento. Hepatitis B pasada</li> <li>• CD4 &lt; 200/mcL, CV&lt;1000 copias. Índice VACS=23.</li> <li>• No ha tenido ingresos en los últimos 6 meses.</li> </ul>			
Aspectos relacionados con la medicación del paciente	<p><u>Actual:</u> <b>VIEKIRAX</b> 12.5/75/50 mg., 2 c. al día con el desayuno.  <b>EXVIERA</b> 250 mg., 1 c. con el desayuno y 1 c. con la cena.  Duración 12 semanas.  <b>Kivexa</b> 1 c cada 24 h.  <b>Isentress 400 mg</b> 1 c cada 12 h.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No presente interacciones clínicamente relevantes.</li> <li>• Se ha cambiado tratamiento rilpivirina a raltegravir.</li> <li>• Bajo riesgo de PRM, adherencia en los últimos 6 meses 100%</li> <li>• Puntuación índice complejidad: 7,75.</li> <li>• Satisfacción con el TAR =8.</li> </ul>			
Otros aspectos relevantes	<p>Infección VIH A2, diagnosticado en 1994. En TAR desde 1996.  <u>Genotipo viral:</u> 1b. Respuesta nula a tratamiento previo con peg-interferón y ribavirina.  <u>Carga viral VHC previa al tratamiento:</u> 3884648.  <u>Estadio de la enfermedad:</u> fibrosis intermedia F2 .  <u>Fibroelastografía hepática:</u> 9,2 kpa.</p>			

### 1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH

El resultado del paciente en Modelo de selección es **17 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 3**.

### 2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

#### Seguimiento farmacoterapéutico:

- Revisión y validación del tratamiento antiviral; comprobación de su adecuación a las recomendaciones emitidas por el Servicio Madrileño de Salud.
- Revisión de la medicación concomitante; valoración de las interacciones farmacológicas relevantes.
- No se han detectado factores pronósticos que puedan suponer falta de adherencia.
- Se ha valorado la seguridad del tratamiento antirretroviral. Se ha evaluado el estado basal del paciente para detectar posibles RAM del tratamiento antiviral.
- Se planifica la visita al Servicio de Farmacia en la semana 4, 8 y 12 (visita fin de tratamiento).

#### Educación al paciente y/o cuidador:

- El paciente tiene un buen conocimiento de la enfermedad, del tratamiento prescrito y de las vías de transmisión. Se refuerza la información en estos aspectos.
- Se informa acerca del tratamiento antiviral y de la medicación concomitante. Le facilitamos 2 hojas informativas de su tratamiento (la correspondiente a Viekirax + Exviera).
- Se informa al paciente acerca de las reacciones adversas y su prevención.
- Se registra el estado basal del paciente para hacer un seguimiento de las posibles reacciones adversas que ocurran durante el tratamiento.
- Se fomenta la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Se fomentan los estilos de vida saludable.

#### Coordinación con el equipo asistencial:

- Previamente se han unificado criterios con el Servicio de Digestivo para coordinar la información que recibe el paciente y establecer el posicionamiento de las diferentes alternativas farmacológicas según el genotipo, tipo de respuesta previo, grado de fibrosis/cirrosis, situación de trasplante. También con el de Admisión para establecer el circuito de citas.
- La consulta de interacciones se puede realizar antes de que el paciente acceda a la consulta del médico, o después. Si se detecta alguna intervención clínicamente relevante se informa al médico y se realiza una recomendación.
- Las reacciones adversas, errores de medicación y datos de adherencia se valoran en las visitas de la semana 4, 8 y 12. Se establece que ante cualquier error de medicación se contacta con el médico (y ellos con Farmacia, si son ellos los que lo detectan).

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	72 años	<b>Sexo del paciente</b>	Masculino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin estudios.</li> <li>• Jubilado.</li> <li>• Vive con su mujer.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No toma OH desde hace unos 2 meses. Antes sólo vino en las comidas.</li> <li>• La puntuación del cuestionario PHQ-9 es de 8.</li> <li>• Toma paroxetina por encontrarse algo deprimido desde su jubilación.</li> <li>• Autónomo para todas sus actividades cotidianas.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levotiroxina 75mcg c/24h.</li> <li>• Insulina Humalog.</li> <li>• Indapamida 1.5mg . 1/2comp c/24h.</li> <li>• Omeprazol.</li> <li>• Paroxetina 20mg c/24h.</li> </ul> <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indapamida 1.5mg c/24h.</li> <li>• Pravastatina.</li> <li>• Amlodipino.</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de TSH para valorar si disminuir dosis.</li> <li>• Stop Amlodipino y control de la HT.</li> <li>• Stop pravastatina, monitorizar valores Colesterol.</li> </ul>			

El resultado del paciente en el Modelo de selección es de **29 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**

<b>Aspectos demográficos del paciente</b>	<b>Edad del paciente</b>	66 años	<b>Sexo del paciente</b>	Femenino
<b>Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin estudios.</li> <li>• Sin trabajo remunerado pero ama de casa.</li> <li>• Vive con su marido.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No OH, ni tabaco.</li> <li>• La puntuación PHQ es de 6.</li> <li>• Realiza todas las tareas diarias domésticas y además cuida de sus nietos.</li> <li>• Toma venlafaxina y lormetazepam.</li> <li>• No ha estado ingresada en el último año.</li> </ul>			
<b>Aspectos relacionados con la medicación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento habitual: -Venlafaxina, amlodipino, bisoprolol, Metformina, lormetazepam, enalapril.</li> <li>• Durante ttº VHC: Bisoprolol reducción de dosis por ajuste de interacción ,se suspende amlodipino y se cambia el enalapril por lisinopril. (monitorización TA).</li> </ul>			
<b>Otros aspectos relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la HT.</li> </ul>			

**1. Aplicar el Modelo de selección y atención farmacéutica del paciente de VHC y/o VIH de la SEFH**

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **28 puntos**, por lo que de acuerdo al mismo el paciente tiene **Prioridad 1**

**2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:****Seguimiento farmacoterapéutico:**

- Paciente muy motivada por el tratamiento de VHC y con control de la TA semanal con llamada telefónica al equipo médico si cambios de la TA para ajuste de antihipertensivos.

**Educación al paciente y/o cuidador:**

- Paciente que entiende perfectamente su tratamiento.
- Se le entrega una hoja de información al paciente de su tratamiento actual con los cambios propuestos con horario y nombre de medicamento, dosis y hora del día de la tomas.
- Se le explica la importancia de la adherencia y horario para poder conseguir la máxima eficacia.
- También se le explica que no puede tomar ningún medicamento nuevo sin consultar a su medico o farmacéutico y se le entrega las hojas de interacciones de la página de Liverpool.

**Coordinación con el equipo asistencial:**

- Se le entrega a la paciente información de los posibles EA que puedan aparecer validados y consensuados con equipo médico y teléfonos de contacto de Farmacia y Hepatología para cualquier consulta que precise la paciente.
- Reuniones o información continuada con equipo hepatología ( médicos, coordinadora de EECC y farmacia).

**3. Conclusión y discusión:**

Paciente muy motivada y que tolera bien el tratamiento. Muy contenta con el equipo multidisciplinar del hospital con muy buena relación. También cuenta con buen soporte familiar y que puede seguir con sus tareas cotidianas de la casa y ayuda a sus hijos con el cuidado de los nietos.



## Anexo 2

# Bibliografía Modelo de Selección de VHC

---

## Referencia 1. Hábitos de vida no saludables

(1) Fuentes:

- Mathes et al. Factors influencin adherence in Hepatitis C infected patients: a systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2014, 14:203. <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/14/203>
- Lieveld F et al. Patient adherence to antiviral treatment for chronic hepatitis B and C: a systematic review. *Annals of Hepatology*. 2013; 12(3): 380-391.

## Referencia 2. Desórdenes mentales

(2) El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios

Para detectar la presencia de depresión/ansiedad utilización del cuestionario PHQ-9 (Patients Health Questionnaires) o paciente en tratamiento con algún medicamento de los códigos ATC: N05, N06 Y N07B.

### Cuestionario PHQ-9

Durante las últimas dos semanas ha tenido molestias?	No del todo	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Sentirse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
3. Con problemas en dormirse, o en mantenerse dormido/a o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio—o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia				
7. Tener dificultad en concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario está tan agitado/ada o inquieto/a que se mueve más de lo normal.				
9. ¿Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera?				

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Form Symptoms & Impairment	PHQ-9 Severity	Provisional Diagnosis
1-4 symptoms (not including questions 1 or 2), + functional impairment	<10	Mild or Minimal Depressive Symptoms
2-4 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	10-14	Moderate Depressive Symptoms (Major Depression)*
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	15-19	Moderate Severe Major Depression
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	≥ 20	Sever Major Depression

Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su Trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a ese problema?

Para nada      Un poco difícil      Muy difícil      Extremadamente difícil  
                                                                 

Si estos problemas le han causado dificultad ¿Le han causado dificultad por dos años o más?

Si, he tenido dificultad por dos años o más

No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

Fuentes:

- Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et al. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9. Pfizer Inc.
- Diez-Quevedo C. et al. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosom Med*. 2001 Jul-Aug;63(4):679-86.
- <http://www.communitycarenc.com/media/tool-resource-files/phq-9-screening-and-diagnosis-spanish.pdf>

## Referencia 3. Deterioro cognitivo

(3) Utilización del cuestionario de Pfeiffer

### CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

## Referencia 4. Dependencia funcional

### (4) Utilización del cuestionario índice de Katz

#### ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

##### BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

##### VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

##### IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

##### DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

##### CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes "ocasionalmente".
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

##### ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

Las siete categorías<sup>2-5, 8, 9, 11</sup> en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones excepto una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

Fuente 3 y 4: cuestionario de Pfeiffer y cuestionario índice de Katz: Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva.

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+E+SCALA+DE+VALORACION+C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

## Referencia 5. Soporte social y condiciones socioeconómicas

<sup>(5)</sup> Fuente:

Jacob A. Udell et al. *Living Alone and Cardiovascular Risk in Outpatients at Risk of or With Atherothrombosis*. *Arch Intern Med*. 2012;172(14):1086-1095.

## Referencia 6. Descompensación hepática

<sup>(6)</sup> Fuentes:

- a) Carrión JA. *Utilidad del Fibroscan para evaluar la fibrosis hepática*. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(6):415-423.
- b) Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al. *Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices*. *Br J Surg* 1973; 60:646.

## Referencia 7. Manifestaciones extrahepáticas

<sup>(7)</sup> Fuentes:

- a) Roca B. *Manifestaciones extrahepáticas de la infección por el virus de la hepatitis C*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22(8):467-70
- b) Revisión AEEH noviembre 2014: <http://www.javierpazo.com/articulos/aeeh/17.swf>

## Referencia 8. El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses

<sup>(8)</sup> Fuente:

*Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index*. *Eur J Intern Med* 2011; 22:311- 317 y consenso alcanzado por la SEFH.

## Referencia 9. Pluripatología/Comorbilidades

<sup>(9)</sup> Índice de comorbilidad de Charlson: en inglés, Charlson Comorbidity Index, es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Además de la edad, consta de 19 items, que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. Inicialmente adaptado para evaluar la supervivencia al año, se adaptó finalmente en su forma definitiva para supervivencia a los 10 años. Se ha utilizado para otros muchos propósitos, entre ellos al cálculo de costos a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónica en enfermos de Atención Primaria.

Herramienta disponible en: <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-evaluadores-pronosticos/indice-de-comorbilidad-de-charlson-cci.html>

Fuentes:

- a) Ollero M, Álvarez TM, Barón FB, Bernabeu M, Codina A, Fernández A, et al. *Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico*. 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007. [citado: 19-09-2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>
- b) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.: *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. *J Chronic Dis* 1987; 40(5): 373-383
- c) Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al.: *The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients*. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1234-1240

## Referencia 10. Polimedición

<sup>(10)</sup> Toma más de 6 fármacos, incluyendo el tratamiento para el VHC.

Fuentes:

- a) Juneja M, Euliano R, Satoskar R, Lewis JH. *Polypharmacy and Comorbidity Are Associated with a Lower Early Virologic Response in Hepatitis C Patients Treated with First Generation Protease Inhibitor Triple Therapy: A Preliminary Analysis*. *Dig Dis Sci*. 2013 Nov;58(11):3348-58.
- b) Kim H-A, Shin J-Y, Kim M-H, Park B-J (2014) *Prevalence and Predictors of Polypharmacy among Korean Elderly*. *PLoS ONE* 9(6): e98043. doi:10.1371/journal.pone.0098043

## Referencia 11. Listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos

<sup>(11)</sup> El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos. Fuente: ISMP-España. Boletín nº 38 (Octubre 2014)

### Grupos terapéuticos:

- Antiagregantes plaquetarios (incluyendo aspirina)
- Anticoagulantes orales
- Antiepilépticos de estrecho margen (carbamazepina, fenitoína y valpróico)
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antipsicóticos
- Benzodiazepinas y análogos
- $\beta$ -Bloqueantes adrenérgicos
- Citostáticos orales
- Corticosteroides largo plazo ( $\geq 3$  meses)
- Diuréticos del asa
- Hipoglucemiantes orales
- Inmunosupresores
- Insulinas
- Opioides

### Medicamentos específicos:

- Amiodarona/dronedarona
- Digoxina
- Espironolactona/eplerenona
- Metotrexato oral (uso no oncológico)

## Referencia 12. Interacciones del tratamiento

### <sup>(12)</sup> **Interacciones:**

- 1) Emplear la aplicación de la Universidad de Liverpool: <http://www.hep-druginteractions.org/interactions.aspx>
- 2) Otras bases de datos sobre interacciones: Lexicomp, Micromedex o Medscape.
- 3) Emplear la vía de metabolización del fármaco.

## Referencia 13. Índice de complejidad del TAR

<sup>(13)</sup> **Herramienta disponible en:** <http://indicedecomplejidad.com/>

### *Fuentes:*

- a) Martin S. et al. The Antiretroviral Regimen Complexity Index. A novel method of quantifying regimen complexity. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 Aug 15;45(5):535-44.
- b) The consensus of the Pharmacy Practice Model Summit. Am J Health-Syst Pharm. 2011; 68:1148-52



## Anexo 3

# Bibliografía Modelo de Selección de VIH (coinfectado o no por VHC)

---

## Referencia 1. Nivel educativo

<sup>(1)</sup> Fuente: Ventura Cerdá JM, Martín Conde MT, Morillo Verdugo R, Yébenes Cortés M, Casado Gómez MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. Farm Hosp. 2014;38(4):291-299.

## Referencia 2. Consumo alcohólico de riesgo

<sup>(2)</sup> UBE = Unidad de Bebida Estándar (1UBE = 10g de alcohol puro = 1 caña de cerveza ó 1 vaso pequeño de vino)

- Mujeres > 17 UBE/semana
- Hombres > 28 UBE/semana

Fuente: Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005.

## Referencia 3. Desórdenes mentales

<sup>(3)</sup> El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios

Para detectar la presencia de depresión/ansiedad utilización del cuestionario PHQ-9 (Patients Health Questionnaires) o paciente en tratamiento con algún medicamento de los códigos ATC: N05, N06 Y N07B..

### Cuestionario PHQ-9

Durante las últimas dos semanas ha tenido molestias?	No del todo	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Sentirse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
3. Con problemas en dormirse, o en mantenerse dormido/a o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio— o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a o a su familia				
7. Tener dificultad en en concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta — o de lo contrario está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve más de lo normal.				
9. ¿Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera?				

Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su Trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a ese problema?

Para nada      Un poco difícil      Muy difícil      Extremadamente difícil

Si estos problemas le han causado dificultad ¿Le han causado dificultad por dos años o más?

Si, he tenido dificultad por dos años o más

No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Form Symptoms & Impairment	PHQ-9 Severity	Provisional Diagnosis
1-4 symptoms (not including questions 1 or 2), + functional impairment	<10	Mild or Minimal Depressive Symptoms
2-4 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	10-14	Moderate Depressive Symptoms (Major Depression *)
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	15-19	Moderate Severe Major Depression
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	≥ 20	Sever Major Depression

Fuentes:

- Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et al. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9. Pfizer Inc.
- Diez-Quevedo C. et al. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. Psychosom Med. 2001 Jul-Aug;63(4):679-86.
- <http://www.communitycarenc.com/media/tool-resource-files/phq-9-screening-and-diagnosis-spanish.pdf>

## Referencia 4. Deterioro cognitivo

### (4) Utilización del cuestionario de Pfeiffer

#### CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.  
Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

## Referencia 5. Dependencia funcional

(5) Utilización del cuestionario índice de Katz

### ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

#### BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

#### VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

#### IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

#### DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

#### CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes "ocasionalmente".
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

#### ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

Las siete categorías<sup>2-5, 8, 9, 11</sup> en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones excepto una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

Fuente 4 y 5: cuestionario de Pfeiffer y cuestionario índice de Katz: Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva.

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+E+SCALA+DE+VALORACION+C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

## Referencia 6. Soporte social y condiciones socioeconómicas

<sup>(6)</sup> Fuente:

Jacob A. Udell et al. *Living Alone and Cardiovascular Risk in Outpatients at Risk of or With Atherothrombosis*. *Arch Intern Med*. 2012;172(14):1086-1095.

## Referencia 7. Factores relacionados con el trato paciente-profesional

<sup>(7)</sup> Si el paciente ha mostrado en los últimos 6 meses desconfianza, hostilidad, vergüenza, temor, efectos adversos, baja percepción de autoeficacia, insatisfacción con la atención sanitaria, bajo grado de conocimiento de la enfermedad o del tratamiento, incompreensión del tratamiento o barrera idiomática.

Fuentes:

- Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (actualización junio de 2008). Nobel H, Polo R, Escobar I.
- 5º Seminario de Atención Farmacéutica. Novedades en adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Dra. Nuria Muñoz Muñoz, Farmacéutica adjunta, Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz.
- Wei-Ti C, Wantland D, Reid P, Corless IB, Eller LS, et al. (2013) Engagement with Health Care Providers Affects Self-Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. *J AIDS Clin Res* 4: 256. doi: 10.4172/2155-6113.1000256

## Referencia 8. Pluripatología/ comorbilidades

<sup>(8)</sup> El paciente presenta dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad:

- Enfermedad CV
- HTA
- DM
- Síndrome metabólico
- Cirrosis hepática
- Enfermedad renal crónica
- Deterioro neurocognitivo
- Osteoporosis y fracturas óseas
- Bronquitis crónica
- Tumores no definitivos de SIDA
- Fragilidad

Fuentes:

- Tseng A. et al. Association of Age With Polypharmacy and Risk of Drug Interactions With Antiretroviral Medications in HIV-Positive Patients. *Annals of Pharmacotherapy* 47(11) 1429–1439.
- Schouten J. et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEHIV Cohort Study. *Clin Infect Dis*. (2014) 59 (12): 1787-1797 first published online September 2, 2014.
- Ollero M, Álvarez TM, Barón FB, Bernabeu M, Codina A, Fernández A, et al. *Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico*. 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007. [citado: 19-09-2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/pluri.pdf>
- Vicente Estrada. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Comorbilidades en el paciente VIH. Presente y futuro de la asistencia al paciente VIH. *Jornadas 2014 de Actualización en Atención Farmacéutica al Paciente con Patologías Viricas*, Madrid 24 y 25 abril 2014.

## Referencia 9. Situación analítica/VACS

<sup>(9)</sup> Situación analítica: Fuente: *Clasificación de la infección por el VIH y criterios de SIDA del CDC (Centros para el control de las Enfermedades Infecciosas de EEUU)*, 1993.

Riesgo de mortalidad: empleando el índice de VACS. Veterans Aging Cohort Study Risk Index (VACS Index). Herramienta disponible en: <http://vacs.med.yale.edu/IC/>

Fuentes:

- Tate JP, Justice AC, Hughes MD, Bonnet F, Reiss P, Mocroft A, et al. An internationally generalizable risk index for mortality after one year of antiretroviral therapy. *AIDS* 2013;27(4):563-72.
- Justice AC, Modur SP, Tate JP, Althoff KN, Jacobson LP, Gebo KA, et al. Predictive accuracy of the Veterans Aging Cohort Study index for mortality with HIV infection: a North American cross cohort analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;62(2):149-63.
- <http://www.vacohort.org/welcome/vacsindexinfo.aspx>

## Referencia 10. Riesgo de mortalidad cardiovascular aterosclerótica

<sup>(10)</sup> Riesgo estimado de mortalidad CV aterosclerótica en 10 años > 5% ó paciente fumador y con colesterol > 200 mg/dL.

Tabla de riesgo SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation): estima el riesgo de muerte cardiovascular a 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, el colesterol total del suero y el tabaquismo actual. HeartScore® es la versión electrónica e interactiva de esta tabla. Herramienta disponible en (es necesario registrarse):

<https://escor.escardio.org/HeartScore3/Login.aspx?ReturnUrl=/HeartScore3/default.aspx?model=spain-castillan&model=spain-castillan>

Fuente:

Sans S et al. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(5):476-85

## Referencia 11. El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses

<sup>(11)</sup> Fuente:

Development of a new predictive model for poly pathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* 2011; 22:311- 317 y consenso alcanzado por la SEFH.

## Referencia 12. Polimedición

<sup>(12)</sup> Paciente en tratamiento con más de 6 fármacos (incluyendo el TAR).

Fuente:

Kim H-A, Shin J-Y, Kim M-H, Park B-J (2014) Prevalence and Predictors of Polypharmacy among Korean Elderly. *PLoS ONE* 9(6): e98043. doi:10.1371/journal.pone.0098043

## Referencia 13. Listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos

<sup>(13)</sup> El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos. Fuente: ISMP-España. Boletín nº 38 (Octubre 2014)

### Grupos terapéuticos:

- Antiagregantes plaquetarios (incluyendo aspirina)
- Anticoagulantes orales
- Antiepilépticos de estrecho margen (carbamazepina, fenitoína y valpróico)
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antipsicóticos
- Benzodiacepinas y análogos
- β-Bloqueantes adrenérgicos
- Citostáticos orales
- Corticosteroides largo plazo (≥ 3 meses)
- Diuréticos del asa
- Hipoglucemiantes orales
- Inmunosupresores
- Insulinas
- Opioides

### Medicamentos específicos:

- Amiodarona/dronedarona
- Digoxina
- Espironolactona/eplerenona
- Metotrexato oral (uso no oncológico)

#### Referencia 14. Interacciones del tratamiento

<sup>(14)</sup> **Interacciones:**

- 1) Emplear la aplicación de la Universidad de Liverpool: <http://www.hiv-druginteractions.org/Interactions.aspx>
- 2) Otras bases de datos sobre interacciones: Lexicomp, Micromedex o Medscape.
- 3) Emplear la vía de metabolización del fármaco.

#### Referencia 15. Cambios en el régimen regular de la medicación

<sup>(15)</sup> Fuente: *Implementing and evaluating a parallel post-discharge Home Medicine Review (HMR) Model. Sólo se incluyen aquellos medicamentos que se toman diariamente durante un periodo igual a superior a 3 meses.*

#### Referencia 16. Sospecha de PRM (Problema Relacionado con la Medicación)

<sup>(16)</sup> Existe evidencia de que el paciente padece o puede padecer un PRM mediante la utilización de la aplicación PREDICTOR. Herramienta disponible en: <http://estudiopredictor.sefh.es/index.html>

Fuente: *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm. 2007;48:5-17.*

#### Referencia 17. Índice de complejidad del TAR

<sup>(17)</sup> Herramienta disponible en: <http://indicedecomplejidad.com/>

*Fuentes:*

- a) Martin S. et al. The Antiretroviral Regimen Complexity Index. A novel method of quantifying regimen complexity. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 Aug 15;45(5):535-44.
- b) The consensus of the Pharmacy Practice Model Summit. *Am J Health-Syst Pharm.* 2011; 68:1148-52



## Anexo 4

# Información de soporte para la definición de los futuros indicadores

---

## Bibliografía consultada

1. Ponencias Jornadas de actualización en atención farmacéutica al paciente con patologías víricas.
2. Badía X, Podzamczar D, López-Lavid C, García M, Grupo Español de Validación de los cuestionarios MOS-HIV y MQOL-HIV. Medicina basada en la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida: la versión española del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999; 17 (Suppl. 2): S103-13.
3. Martín Conde MT, Monte Boquet E, Morillo Verdugo R. Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+. Farm Hosp. 2013;37(4):276-285.
4. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(Supl 5):3-5.
5. Sociedad Española de Calidad Asistencial. La calidad de la atención sanitaria en pacientes VIH y sida. Propuesta de indicadores de atención farmacéutica al paciente VIH y sida. 2012.

## Información recopilada por los participantes del proyecto

INDICADORES VHC	
PROCESO	RESULTADO
Nº inicios de tto REVISADOS Y VALIDADOS por un farmacéutico	Nº inicios de tto ATENDIDOS POR UN FARMACÉUTICO (implica información oral/escrita, educación, recomendaciones)
Nº tratamientos adecuados a guías (AEEH, autonomías, ....)	Nº pacientes con RVS
Existencia de PNT o protocolos de prescripción	Nº abandonos de tratamiento
Nº pacientes con registro de medicación concomitante	Nº de discontinuaciones de tratamiento
Nº de pacientes seleccionados por un sistema de selección AF	Incidencia ingresos relacionados con el tratamiento / enfermedad de pacientes en seguimiento
Nº intervenciones realizadas	Nº pacientes con adherencia >95%
Nº de PRM detectados	Nº intervenciones aceptadas
Nº interconsultas realizadas a otros especialistas	Satisfacción del paciente (según escala)
Nº cuestionarios calidad de vida administrados	Nº de reuniones multidisciplinares realizadas
Nº cuestionarios de satisfacción administrados	Nº de sesiones multidisciplinares asistidas
Nº de registros en historia clínica electrónica	Nº seguimiento de pacientes mediante nuevas tecnologías
Tiempo de atención en la consulta	Nº consultas recibidas

# **Información recopilada por los participantes del proyecto**

---

## **Indicadores de Proceso**

1. Pacientes que inician o cambian de tratamiento atendidos por un farmacéutico.
2. Pacientes con informes de monitorización de la adherencia en la historia clínica.
3. Pacientes con monitorización de la adherencia.
4. Existencia de un sistema de identificación de los pacientes con un mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación.
5. Correcta disponibilidad de medicación.
6. Existencia de un sistema de identificación de los pacientes con un mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación.
7. Correcta disponibilidad de medicación (Faltas de existencias que impliquen no poder realizar la dispensación).
8. Adecuación en la selección de tratamientos entre las guías farmacoterapéuticas en terapias de inicio y las recomendaciones nacionales.
9. Disponibilidad de procedimientos normalizados de trabajo.
10. Pacientes que inician o cambian de tratamiento a los que se les da información escrita.
11. Intervenciones farmacéuticas realizadas.
12. Tiempo de atención en la consulta.
13. Adecuación de las pautas iniciales de TARV a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del SIDA).
14. Adecuación en la selección del tratamiento antirretroviral de inicio entre la guía farmacoterapéutica y las guías nacionales (GESIDA/Plan Nacional del SIDA).
15. Pacientes con registro de la medicación concomitante.
16. Pacientes con carga viral indetectable (< 50 copias/ml).

## **Indicadores de Resultado**

1. Pacientes Naïve con carga viral indetectable (< 50 copias/ml) en la semana 48 de tratamiento.
2. Pacientes con adherencia >95% .
3. Errores de dispensación.
4. Prescripciones validadas por el farmacéutico en inicios y cambios de tratamiento.
5. Dispensaciones validadas por el farmacéutico.
6. Pérdidas de seguimiento.
7. Pacientes con problemas relacionados con la medicación (PRM) evitables.
8. Satisfacción del paciente.
9. Intervenciones farmacéuticas aceptadas.
10. Formación continuada.
11. Satisfacción del paciente (quejas, reclamaciones).
12. Participación en proyectos de investigación en VIH.
13. Publicaciones y comunicaciones a congresos relacionadas con el VIH.
14. Grado del conocimiento de la enfermedad y tratamiento por parte del paciente mediante un cuestionario unificado para todos (En el H.U. Getafe se está trabajando en el desarrollo de uno).

