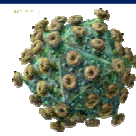


# SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH:

## INICIOS Y CAMBIOS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



Alañón Pardo, MM; Áreas del Águila, VL; Fernández Marchante, AI; Franco Sereno, MT; Benet Giménez, I; Rodríguez Martínez, M.  
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Objetivo:** Analizar los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) e intervenciones farmacéuticas (IF) durante el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), en pacientes VIH que inician ó modifican tratamiento antirretroviral (TAR)

### Material y Método:

- Estudio observacional, retrospectivo.
- Pacientes adultos con VIH que iniciaron ó cambiaron TAR durante 2015.
- Área de Atención farmacéutica a pacientes externos (PEX), hospital terciario con 550 camas.
- **Criterios de exclusión:** reinicios del TAR y traslados de otros centros.

#### Variables recogidas:

- Sexo
- Edad
- Tratamientos concomitantes (Tcon)
  - Interacciones
- PRM que motivaron cambio del TAR
  - PRM tras inicio/cambio del TAR
  - IF dirigidas al médico y/o paciente

#### Fuentes de información:

- Historia clínica (Mambrino®)
- Programa dispensación PEX (ATHOS-Prisma®)
- Base de datos Excel para SFT e interacciones

#### Tipos de IF

- IF1: Añadir tratamiento.  
IF2: Suspender tratamiento.  
IF3: Sustituir tratamiento.  
IF4: Modificar dosis y/o pauta del TAR  
IF5: Separar tomas administración Tcon-TAR  
IF6: Modificar horario de administración  
IF7: Monitorizar reacciones adversas (RA)  
IF8: Monitorizar carga viral/recuento linfocitario  
IF9: Educación sanitaria  
IF10: Derivación al médico  
IF11: Cambio del TAR para mejorar eficiencia

#### Tipos de PRM (Tercer Consenso de Granada)

##### “NECESIDAD”:

- Problema de salud (PS) no tratado
- Medicamento innecesario

##### “EFECTIVIDAD”:

- Inefectividad cuantitativa: infradosificación
- Inefectividad no cuantitativa: no-adherencia, interacciones, resistencias

##### “SEGURIDAD”:

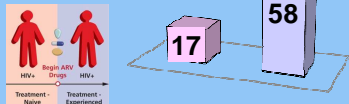
- Inseguridad cuantitativa: (sobredosificación)
- Inseguridad no cuantitativa: (RA, comorbilidades, interacciones)

### Resultados:

75 pacientes

(88,0% hombres, 46±12 años):

- Naive
- Pretratado



173 Tcon → 17,3% (AAD-56,7%, antiácidos-23,3%, psicofármacos-6,7%, plantas-6,7%, otros-6,6%) implicados en interacciones con TAR

#### Cambios del TAR:

PRM que motivaron cambio del TAR:

##### “SEGURIDAD”:

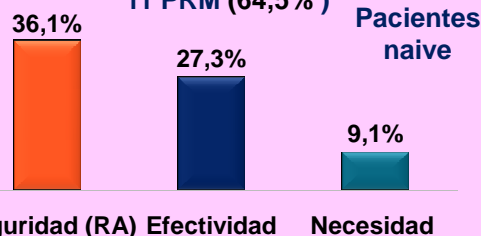
- RA (36,1%)
- Comorbilidades (1,3%)

##### “EFECTIVIDAD”:

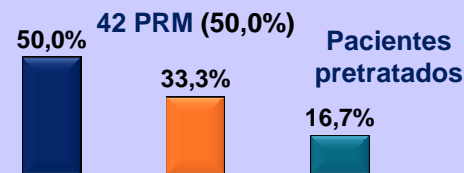
- Interacciones (25,0%) (85,0% antivirales acción directa-AAD-para tratamiento hepatitis C)
- Fracaso virológico y/o resistencias (22,5%)
- Simplificación para mejorar adherencia (13,8%)

1,3% Cambios para mejorar eficiencia

#### PRM detectados tras inicio/cambio del TAR



11 PRM (64,5%) Pacientes naive



42 PRM (50,0%) Pacientes pretratados

#### Efectividad Seguridad Necesidad

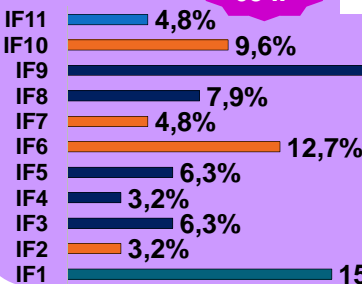
“EFECTIVIDAD”: interacciones al TAR (33,3%) y al Tcon (14,3%), no-adherencia al TAR (38,1%) y dosis errónea (9,5%)

“SEGURIDAD”: RA (91,2%), interacciones (8,8%)

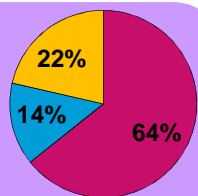
“NECESIDAD”: PS no tratado con trimetoprim/clotrimoxazol (28,6%), antiulcerosos (28,6%), hipolipemiantes (14,3%), antianémicos (14,3%) y fármaco activo TAR (14,3%)

63 IF

#### Tipos de IF



- “Necesidad”
- “Efectividad”
- “Seguridad”
- “Mejorar eficiencia”



- Dirigidas al médico
- Dirigidas al paciente
- Ambos

### Conclusiones

- El principal PRM responsable del cambio del TAR fue aparición de RA.
- Las interacciones motivaron el cambio del TAR en pacientes con hepatitis C para evitar problemas relacionados con efectividad de ADD
- Los pacientes naive manifestaron mayoritariamente problemas relacionados con seguridad del TAR debido a RA
  - Tras el cambio del TAR, la falta de efectividad estuvo relacionada con interacciones y falta de adherencia.
  - La IF mayoritaria fue educación sanitaria para mejorar efectividad del TAR.