



Original

Actualización 2022 de los indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica a las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana



María Teresa Martín Conde^a, Emilio Monte Boquet^b, Herminia Navarro Aznares^c,
María de las Aguas Robustillo Cortes^{d,*}, Carmen Rodríguez González^e,
Joquín Ignacio Serrano López de las Hazas^f y Ramón Morillo-Verdugo^d

^a Servicio Farmacia, Hospital Clinic, Barcelona, España

^b Servicio Farmacia, Hospital La Fe, Valencia, España

^c Servicio Farmacia, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

^d Hospital Universitario de Valme, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, Sevilla, España

^e Servicio Farmacia, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^f Servicio de Farmacia, Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de noviembre de 2022

Aceptado el 30 de enero de 2023

On-line el 18 April 2023

Palabras clave:

Atención farmacéutica

Calidad

VIH

Farmacia hospitalaria

R E S U M E N

Objetivo: actualizar y definir los indicadores para la mejora de la calidad asistencial y la atención farmacéutica a las personas que viven con infección por VIH en España.

Método: el presente proyecto, que actualiza la versión anterior del documento de 2013, se desarrolló en 4 fases de trabajo realizadas entre enero y junio de 2022.

En la fase 1, de organización, se creó un grupo de trabajo conformado por 7 especialistas en farmacia hospitalaria con amplia experiencia en atención farmacéutica y procedentes de distintos servicios del territorio nacional. Adicionalmente otros 34 especialistas, participaron en la valoración de los indicadores a través de 2 rondas de evaluación online para generación del consenso.

Para la fase 2, inicialmente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de establecer una base a partir de la cual poder definir una propuesta de criterios de calidad e indicadores. A continuación, se realizó una propuesta preliminar de criterios y se establecieron revisiones para su ajuste en varias reuniones de trabajo telemáticas.

En la fase 3 se estableció el consenso basado en la metodología de consenso Delphi-Rand/UCLA.

Adicionalmente todos los indicadores clasificados como adecuados y necesarios fueron agrupados según 2 niveles de recomendación de monitorización, de manera que pueda orientar a los servicios en la prioridad de su medición: claves y avanzados.

Por último, en la fase 4 se elaboró el documento final del proyecto, junto con las fichas descriptivas correspondientes para cada indicador con la finalidad de facilitar su medición y evaluación por parte de los servicios de farmacia hospitalaria.

Resultados: se obtuvo un listado consensado de ítems conformado por 79 indicadores adecuados y necesarios que permiten establecer un seguimiento y monitorización de la calidad y actividad de la atención farmacéutica a las personas que viven con VIH. De los mismos, 60 fueron establecidos como clave y 19 avanzados.

Conclusiones: los indicadores definidos y actualizados, desde la versión anterior de 2013, pretenden ser una herramienta para los profesionales para orientar la toma de decisiones y facilitar la medición y valoración de los aspectos más relevantes de la calidad y atención farmacéutica de las personas que viven con infección por VIH.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aguasrobustillo@gmail.com (M. A. Robustillo Cortes).

2022 update of the indicators for quality of care and pharmaceutical care for people living with human immunodeficiency virus

A B S T R A C T

Keywords:
Pharmaceutical care
Quality
HIV
Hospital pharmacy

Objective: To update and define indicators for improving the quality of care and pharmaceutical care for people living with HIV infection in Spain.

Method: The present project, which updates the previous version of the 2013 document, was developed in four work phases carried out between January and June 2022.

In phase 1, the organization phase, a working group was created, made up of seven hospital pharmacy specialists with extensive experience in pharmaceutical care and from different SFHs in Spain. In addition, another 34 specialists participated in the evaluation of the indicators through two rounds of online evaluation to generate consensus.

For phase 2, initially, a review of the identified reference literature was carried out with the aim of establishing a basis from which to define a proposal for quality criteria and indicators. Then, a preliminary proposal of criteria was made and revisions were established for their adjustment in several telematic work meetings.

In phase 3, consensus was established based on the Delphi-Rand/UCLA consensus methodology.

In addition, all the indicators classified as appropriate and necessary were grouped according to two levels of monitoring recommendation, so as to guide the hospital pharmacy services in the priority of their measurement: key and advanced.

Finally, in phase 4, the final project document was prepared, along with the corresponding descriptive sheets for each indicator in order to facilitate the measurement and evaluation of the indicators by the hospital pharmacy services.

Results: Following the consensus methodology used, a list of items made up of 79 appropriate and necessary indicators was drawn up to establish a follow-up and monitoring of the quality and activity of pharmaceutical care for people living with HIV. Of these, 60 were established as key and 19 advanced.

Conclusions: The indicators defined and updated, since the previous version of 2013, are intended to be a tool for professionals to guide decision-making and facilitate the measurement and assessment of the most relevant aspects of the quality and pharmaceutical care of people living with HIV.

© 2023 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H.). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La continua actualización científica y evolución asistencial en el marco de la atención a las personas que viven con infección por VIH (PVVIH) ha propiciado la redefinición de los roles de los profesionales sanitarios involucrados en el abordaje de estos pacientes. Así, en los últimos años, se han venido proponiendo y definiendo mejoras asistenciales, tanto a través de guías como mediante la medición de indicadores de calidad asistencial, para estos pacientes^{1,2} a nivel nacional e internacional por parte de diferentes sociedades científicas e instituciones implicadas en este ámbito.

Concretamente en España, en el año 2013, se publicó el documento «Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH +»², en el cual se definieron indicadores orientados a la mejora desde la perspectiva de la farmacia hospitalaria en estos pacientes con el objetivo de armonizar y mejorar sus actuaciones profesionales.

Desde entonces, la atención farmacéutica (AF) a los pacientes externos en general, y a las PVVIH en particular, ha evolucionado y ganado relevancia creciente, consolidándose en los servicios de farmacia de los hospitales (SFH). Dicha atención se incluye habitualmente en los programas de garantía de calidad de los centros de atención especializada, monitorizándose y evaluándose de forma continua.

Sin embargo, el rápido crecimiento en el número de pacientes atendidos fruto de su cronificación, la escasez de recursos humanos y materiales, la dificultad de integración en equipos multidisciplinares y la variabilidad asistencial identificada en la AF a nivel nacional empujó a la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) a establecer una iniciativa conjunta que abordara y diera respuesta colaborativa a todos estos retos asistenciales. Así, en 2015 surge el proyecto MAPEX (Mapa Estratégico de Atención al Paciente Externo) que tiene como pilares

estratégicos la atención multidisciplinar y centrada en el paciente, la excelencia en el conocimiento y la evaluación de resultados³. Es en esta línea donde se desarrollan, entre otras iniciativas, el modelo de mejora continua de la integración del farmacéutico especialista en el equipo asistencial⁴, las herramientas de estratificación⁵ o los documentos de telefarmacia⁶.

Pero entre los elementos más destacados se encuentra la propia redefinición del concepto y la propuesta del modelo de AF a pacientes externos basado en los pilares de Capacidad, Motivación y Oportunidad⁷ (Modelo CMO) a partir de 2016, adaptado a diversas enfermedades y que, precisamente en el ámbito del PVVIH ha demostrado mejores resultados en su aplicación práctica^{8–10}.

Por último, en línea con el compromiso de calidad asistencial permanente, desde la SEFH se ha desarrollado, en 2019, también la iniciativa Q-PEX, una propuesta para la gestión excelente de la AF en SFH que establece un marco de referencia para la mejora de la calidad, siendo el primer sello de calidad registrado por dicha sociedad científica¹¹. Esta norma establece los principios generales de un sistema de gestión y los requisitos técnicos que deberían cumplir los SFH con el objetivo de promover las mejores prácticas en la AF. Por ello, la definición de indicadores de calidad asistencial y AF para la atención de PVVIH debe estar alineada con los ítems establecidos en esta norma.

Toda esta evolución y desarrollo hace necesaria una adaptación específica en la atención a las PVVIH.

El objetivo principal de este estudio es la definición y actualización de indicadores de calidad asistencial y AF de las PVVIH, con la finalidad de identificar y promover mejoras en la atención sanitaria desde las unidades de pacientes externos de FH (UPEFH) y facilitar un marco de referencia el cual deber ser adaptado a la realidad de cada SFH. Como objetivos secundarios se plantean consensuar la adecuación y la necesidad de la propuesta de indicadores de calidad asistencial y farmacéutica.



Figura 1. Resumen de las fases del proyecto.

Material y método

El presente proyecto se desarrolló en 4 fases realizadas entre enero y junio de 2022 (fig. 1).

La primera, de organización del trabajo, selección de expertos y planificación (fase 1), a continuación, las de análisis y propuesta de indicadores (fase 2), consenso y validación de indicadores (fase 3) y, por último, la elaboración del documento final y las fichas descriptivas (fase 4).

Para desarrollar la fase 1 se creó un grupo coordinador conformado por 7 especialistas en FH con amplia experiencia en la AF a PVVIH y procedentes de distintos SFH españoles.

Inicialmente, este grupo coordinador realizó la revisión y validación de los objetivos, alcance, expectativas y metodología del proyecto. A sí mismo, participó en el desarrollo de distintas acciones metodológicas definidas (análisis bibliográfico, elaboración de propuesta de indicadores, rondas de consenso, revisión de entregables y validación del documento final).

Se seleccionó a los miembros del panel de expertos, conformado por 34 especialistas en FH, miembros del grupo de trabajo de AF al PVVIH de la SEFH, cuya labor consistió en la valoración de los indicadores propuestos a través de 2 rondas de evaluación online para generación de consenso.

Para la fase 2, inicialmente, se llevó a cabo una revisión de las publicaciones científicas de referencia difundidas por sociedades científicas e instituciones sanitarias de relevancia en el ámbito del PVVIH, consideradas de referencia para establecer la base de criterios de calidad e indicadores por parte del grupo coordinador.^{12–14}

A continuación, se realizó una propuesta preliminar y se establecieron revisiones para su ajuste en varias reuniones de trabajo

telemáticas. El desarrollo de las actividades fue, en primer lugar, la definición de los criterios de calidad para la asistencia y AF a las PVVIH acorde al análisis de los documentos de referencia identificados y en alineamiento con la norma Q-PEX. A continuación, los criterios propuestos se agruparon en dimensiones. Para aquellos con un alcance más amplio se definieron niveles adicionales.

La propuesta se envió online a todos los miembros del grupo coordinador para su revisión. A continuación, se realizó el primer taller telemático para el ajuste de la propuesta preliminar de indicadores y la incorporación de posibles modificaciones según las consideraciones realizadas.

En la fase 3 se aplicó la metodología de consenso. Para ello se llevó a cabo la determinación y validación de los indicadores definidos en la propuesta preliminar a través del análisis de 2 rondas de valoración de un cuestionario online basadas en la metodología Delphi-Rand/UCLA¹⁵.

En la primera ronda, los panelistas y los miembros del grupo coordinador valoraron la adecuación y en la segunda la necesidad del indicador. En ambos casos se puntuó en una escala ordinal de 1 a 9 puntos, sin tener en consideración las dificultades técnicas que pueda suponer su obtención mediante los sistemas informáticos. Además de puntuar individualmente la adecuación y necesidad, cada panelista aportó de manera libre y anónima comentarios y opiniones aclaratorias sobre cada uno de los indicadores y/o criterios de calidad y añadió propuestas u observaciones para su mejora.

Tras la realización de ambas rondas se realizaron reuniones para la presentación de los resultados y valorar el ajuste en la redacción de los indicadores tras las consideraciones de los panelistas.

Un indicador se consideró adecuado si posee la capacidad de identificar y medir aspectos vinculados a la calidad y actividad de la AF a las PVVIH. La determinación de la adecuación de los indicadores se realizó según la posición de la mediana de las puntuaciones recibidas y el nivel de consenso de dichas puntuaciones. Se consideró que existía acuerdo cuando al menos el 85% de los panelistas puntuaron dentro de la región de 3 puntos (1-3, 4-6, 7-9) en la que se sitúa la propia mediana. Así un indicador se consideró adecuado cuando la mediana era igual o superior a 7 y existía consenso entre los panelistas, inadecuado cuando la mediana era igual o inferior a 3 y existía consenso entre los panelistas y de falta de consenso en la adecuación si no cumplía ninguno de los 2 criterios anteriores.

Tras la clasificación inicial según la adecuación, se realizó la revisión de todos los indicadores con falta de consenso en la adecuación con base en la puntuación obtenida y a los comentarios recibidos. De esta forma, se determinaron aquellos que deberían permanecer debido a la elevada adecuación considerada, así como la adición de nuevos indicadores con base en la información recibida. A partir de esta revisión, se conformó el listado de indicadores considerados como adecuados para medir la calidad asistencial y la AF a las PVVIH.

Por otro lado, un indicador se consideró necesario si tenía la capacidad de orientar la toma de decisiones relativas a la AF. Un indicador puede ser adecuado porque tiene la capacidad de identificar y medir aspectos vinculados a la calidad y actividad de la AF, pero no necesario porque dichos aspectos no mejoran la toma de decisiones de la UPEFH.

De forma análoga a la adecuación, tras la clasificación de los indicadores según su necesidad, los expertos y el grupo coordinador revisaron los indicadores con falta de consenso en cuanto a necesidad con el objetivo de determinar aquellos que deberían figurar en el listado definitivo.

Adicionalmente y tras la valoración por parte del grupo coordinador, todos los indicadores clasificados como adecuados y necesarios fueron agrupados según 2 niveles de recomendación de monitorización, de manera que permiten orientar a los SFH en la prioridad de su medición.

-Indicadores clave: son aquellos cuyo criterio de calidad afecta de una manera directa y relevante a la toma de decisiones relativas a la AF de las PVVIH, y se consideran esenciales para ofrecer y garantizar una AF óptima.

-Indicadores avanzados: son aquellos indicadores que, sin ser esenciales, añaden valor al proceso de AF y, por lo tanto, están recomendados en aquellas UPEFH que puedan implementarlos y tengan la posibilidad de realizar su seguimiento.

Se consideraron como indicadores clave todos aquellos adecuados y necesarios cuya mediana de la puntuación de la necesidad se situó entre 7 y 9 con un nivel de acuerdo superior a 77,78%. El resto fueron clasificados como indicadores avanzados. Posteriormente, el grupo de trabajo evaluó la clasificación de cada uno de los indicadores de forma que reflejaran correctamente la recomendación de monitorización.

Por último, en la fase 4, el grupo coordinador elaboró el documento final, junto con las fichas descriptivas correspondientes para cada indicador con la finalidad de facilitar la medición y evaluación de los indicadores por parte de los SFH. Cada indicador contiene una ficha que describe: justificación o criterio de calidad, dimensión, fórmula, recomendación de monitorización, explicación de términos, población, tipo, periodicidad, estándar, fuentes de datos y comentarios.

Finalmente, se realizó el envío online del documento tanto al grupo coordinador para su validación final como, posteriormente, a todos los socios de la SEFH, así como a las sociedades científicas y asociaciones de pacientes para que aportaran sus apreciaciones sobre el borrador final elaborado durante un periodo de 15 días previos a su aprobación final.

Resultados

Durante la primera ronda se recibieron 39 cuestionarios completados de los 41 enviados de forma online. De los 79 indicadores

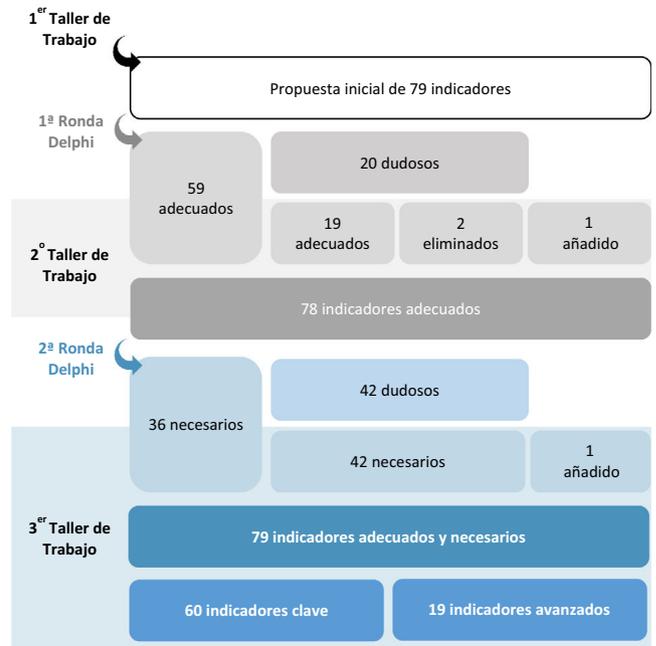


Figura 2. Diagrama de resultados obtenidos.

evaluados, 59 se consideraron adecuados y 20 de falta de adecuación (fig. 2). Durante el 2º taller de trabajo, los panelistas y el grupo coordinador evaluaron los indicadores con una falta de adecuación, de los cuales se identificaron 19 que se deberían considerar como adecuados y 2 fueron eliminados. Además, durante el taller se añadió un indicador adicional a partir de los comentarios recibidos por los panelistas.

En la segunda ronda, se recibieron 33 cuestionarios completados de los 41 enviados online, a partir de los cuales se clasificaron los 78 indicadores en 36 necesarios y 42 con falta de adecuación necesidad. Análogamente al 2º taller, durante el 3º se identificó aquellos indicadores que, aun considerándose dudosos, se debían mantener por su capacidad de orientar la toma de decisiones relativas a la AF. Los 42 indicadores con falta de adecuación en cuanto a necesidad, según el grupo de trabajo, pasaron a considerarse como necesarios y se añadió un indicador adicional con base en los comentarios recibidos.

Por otro lado, durante el tercer taller, se clasificaron los 79 indicadores adecuados y necesarios según el nivel de recomendación de monitorización: 60 indicadores se consideraron clave y 19 avanzados.

Los indicadores se agruparon, finalmente, en 5 dimensiones, de acuerdo a los criterios de calidad previamente definidos.

-Liderazgo y coordinación

Incluyó 4 indicadores cuyos objetivos eran identificar los aspectos relacionados con la dirección y organización de la UPEFH respecto a los distintos niveles de asistencia sanitaria a las PVVIH. De los 4 indicadores, 3 se consideraron clave.

-Gestión de los recursos

Tabla 1
Resumen de los indicadores

Dimensión	Indicadores	Indicadores Clave	Indicadores Avanzados
1. Liderazgo y coordinación	4	3	1
2. Gestión de los recursos	19	16	3
3. Atención farmacéutica	49	36	13
4. Investigación	4	2	2
5. Mejora continua	3	3	0
TOTAL	79	60	19

Tabla 2

Propuesta de Indicadores según el ámbito relacionado

Liderazgo y coordinación

1. [C] Disponibilidad de una persona que asuma el liderazgo y el compromiso respecto al cumplimiento de la atención farmacéutica
2. [C] Disponibilidad de un plan de coordinación con otros niveles de asistencia sanitaria
3. Disponibilidad de un plan de colaboración con asociaciones de personas que viven con VIH, ONG y/o centros de cuidados enfocado en su atención y educación
4. [C] Participación de los farmacéuticos especialistas en grupos de trabajo multidisciplinares/comités para la protocolización del TAR y seguimiento clínico

Gestión de los recursos*Recursos humanos*

5. [C] Farmacéuticos disponibles para realizar el proceso de atención farmacéutica
6. [C] Formación continuada individual relacionados con la atención a las personas que viven con VIH
7. [C] Disponibilidad de un plan de formación a farmacéuticos residentes que incluya la rotación en el Servicio de Enfermedades Infecciosas

Infraestructura

8. [C] Disponibilidad de un horario de atención adaptado a las necesidades
9. [C] Disponibilidad de consulta de atención farmacéutica

Herramientas de trabajo

10. [C] Disponibilidad de un sistema de programación de citas integrado en el Sistema Informático Hospitalario
11. [C] Disponibilidad de prescripción electrónica asistida para la medicación de uso hospitalario
12. [C] Disponibilidad de un sistema de identificación de las personas con un mayor riesgo de no alcanzar los objetivos farmacoterapéuticos
13. [C] Disponibilidad de un sistema de teleconsulta para el programa de telefarmacia
14. [C] Disponibilidad de un sistema dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia para el programa de telefarmacia
15. [C] Disponibilidad de un sistema de dispensación controlado por código de barras, radiofrecuencia o de dispensación automatizada
16. Disponibilidad de un sistema de trazabilidad de lotes dispensados
17. Disponibilidad de un sistema de recordatorios prefijados para farmacéuticos
18. [C] Disponibilidad de un sistema de detección de pérdidas de seguimiento por abandono en el tratamiento
19. [C] Disponibilidad de un sistema de gestión de existencias y pedido de medicación
20. [C] Disponibilidad de un sistema de control periódico de caducidades

Comunicación

21. [C] Disponibilidad de herramientas de comunicación con los diferentes niveles de asistencia sanitaria
22. [C] Disponibilidad y puesta a disposición de vías de comunicación directa y con amplia cobertura a las personas que viven con VIH
23. Disponibilidad de herramientas para la transmisión de información y formación a personas que viven con VIH y ciudadanos

Atención farmacéutica*Selección y estratificación de personas*

24. [C] Aplicación en la práctica clínica habitual de una metodología para la selección y estratificación basada en el modelo de la SEFH
25. [C] Disponibilidad de un PNT que incluya el desarrollo de la atención farmacéutica con base en el modelo de estratificación del riesgo de la SEFH
26. Disponibilidad de una herramienta integrada en el programa informático para la selección y estratificación
27. Personas que viven con VIH estratificadas con prioridad 1 según el modelo de estratificación de la SEFH
28. Personas que viven con VIH estratificadas con prioridad 2 según el modelo de estratificación de la SEFH
29. Disponibilidad de acceso por parte del equipo médico al resultado de la estratificación

Optimización de la prescripción médica

30. [C] Prescripciones validadas por el farmacéutico en inicios, cambios de tratamiento y cambios en el estado clínico del paciente
31. [C] Disponibilidad de un PNT que incluya la validación de los aspectos farmacoterapéuticos, técnicos y administrativos de las prescripciones
32. [C] Adecuación de las pautas preferentes de inicio de TAR a las guías de GESIDA
33. [C] Adecuación de las pautas de PrEP a las guías de GESIDA
34. [C] Adecuación de las pautas de PPE a las guías de GESIDA

Seguimiento farmacoterapéutico

35. [C] Personas que viven con VIH que inician o cambian de tratamiento atendidos por un farmacéutico con información oral y escrita
36. [C] Personas con mayor riesgo según el modelo de estratificación que precisan y reciben seguimiento farmacoterapéutico al menos una vez al trimestre
37. [C] Personas con carga vírica indetectable (< 50 copias/ml) a partir de la semana 48 de tratamiento
38. [C] Personas naive con carga vírica indetectable (< 50 copias/ml) a partir de la semana 48 de tratamiento
39. [C] Personas con TAR
40. [C] Personas con TAR de acción prolongada
41. [C] Personas que alguna vez han recibido PrEP
42. [C] Personas con seroconversiones que han recibido PrEP
43. [C] Personas que alguna vez han recibido PPE
44. [C] Personas con registro del tratamiento concomitante
45. [C] Personas polimedicadas
46. Participación en el programa de vigilancia epidemiológica del VIH y sida
47. [C] Personas con monitorización de la adherencia
48. Personas con informes de monitorización de la adherencia en la historia clínica
49. [C] Personas con adherencia adecuada al TAR
50. [C] Pérdidas de seguimiento
51. [C] Establecimiento de objetivos farmacoterapéuticos individuales
52. [C] Personas con objetivos farmacoterapéuticos establecidos
53. [C] Personas con objetivos farmacoterapéuticos alcanzados
54. [C] Personas con reacciones adversas medicamentosas que hayan requerido intervención
55. [C] Personas con interacciones medicamentosas que hayan requerido intervención
56. [C] Personas con incidencias en la prescripción
57. [C] Intervenciones farmacéuticas realizadas
58. [C] Intervenciones farmacéuticas aceptadas
59. [C] Personas ingresadas a las que se les ha realizado un procedimiento conciliación terapéutica
60. Personas ingresadas con presencia de problemas de conciliación terapéutica que han requerido intervención

Perspectiva de la persona

61. Realización de cuestionarios estandarizados de PROM
62. Realización de cuestionarios estandarizados de calidad de vida
63. Personas que viven con VIH con carga vírica indetectable y buena calidad de vida relacionada con la salud
64. [C] Disponibilidad de formación a farmacéuticos especialistas sobre la entrevista motivacional para su uso habitual
65. Realización de cuestionarios estandarizados de PREM
66. Grado de satisfacción sobre necesidades y expectativas

(Continúa)

Dispensación

67. [C] Errores en la dispensación
68. [C] Disponibilidad de un PNT que incluya aspectos relacionados con la dispensación de la medicación

Telefarmacia

69. [C] Utilización del modelo de priorización para telefarmacia
70. [C] Personas incluidas en un programa de telefarmacia para seguimiento farmacoterapéutico
71. [C] Personas incluidas en un programa de telefarmacia para dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia

Formación

72. Programas formativos a personas que viven con VIH

Investigación

73. [C] Participación en proyectos de investigación
74. Personas en ensayos clínicos
75. [C] Publicaciones y comunicaciones en congresos
76. Publicaciones de alto impacto y comunicaciones en congresos especializados

Mejora continua

77. [C] Disponibilidad de un plan con las oportunidades de mejora y acciones necesarias para cumplir con los requisitos establecidos en relación a la atención farmacéutica
78. [C] Disponibilidad de un procedimiento para la actuación en caso de recibir quejas, reclamaciones y sugerencias
79. [C] Quejas/Reclamaciones recibidas

[C]=Indicadores Clave; PEP: Profilaxis postexposición; PREMS: Patient reported experience; PREP: Profilaxis preexposición; PROMS: Patient-reported outcome Measure; TAR: Tratamiento antirretroviral activo.

Se incluyeron 19 indicadores relacionados con: recursos humanos (3), infraestructura (2), herramientas de trabajo (11) y comunicación (3). Su finalidad es que la UPEFH pueda evaluar el uso de todos los medios disponibles para realizar una correcta AF a las PVVIH. De estos, 16 indicadores se establecieron como clave.

-Atención farmacéutica

Mediante los indicadores de AF, se busca que la UPEFH disponga de un registro tanto de los pacientes como de la actividad realizada vinculada con las PVVIH. Se identificaron 49 indicadores vinculados a la AF distribuidos en las siguientes dimensiones: selección y estratificación (6), optimización de la prescripción médica (5), seguimiento farmacoterapéutico (26), perspectiva de la persona (6), dispensación (2), telefarmacia (3) y formación (1). Del total de indicadores, 36 se consideraron clave.

-Investigación

Se incluyeron 4 indicadores relacionados con la participación en proyectos de investigación, ensayos clínicos y publicaciones/comunicaciones en congresos. Del total de indicadores, 2 se consideraron clave.

-Mejora continua

Se incluyeron 3 indicadores en este epígrafe, que pretenden captar las quejas recibidas y el procedimiento de actuación en caso de recibirlas, así como la disponibilidad de un plan de oportunidades de mejora. Todos fueron considerados clave.

La [tabla 1](#) muestra un resumen del total de indicadores según las dimensiones consideradas. La [tabla 2](#) muestra el total de los indicadores propuestos por dimensión.

En línea con el documento final, se acordó, que la SEFH pondrá a disposición de todos los SFH un observatorio web para la monitorización de los indicadores propuestos. El mismo estará disponible en el siguiente dominio: <https://observatorio-mapex.sefh.es/vih>.

Discusión

Los indicadores definidos y actualizados, desde la versión anterior, pretenden ser una herramienta para los especialistas en FH, jefes de servicio y gerentes, para orientar la toma de decisiones y facilitar la medición y valoración de los aspectos más relevantes de la calidad y AF de las PVVIH como son la coordinación del equipo asistencial, la gestión de los recursos, seguimiento de los objetivos farmacoterapéuticos, la investigación o la evaluación de la atención recibida.

La actualización también ha servido para identificar las líneas de actuación prioritarias en este ámbito, entre las cuales se encuentran promover la mejora continua de la atención a los PVVIH y la implementación de un modelo global (CMO) que permita la homogeneización en la toma de decisiones, el registro estandarizado

de información, la explotación de datos y la evaluación y mejora de resultados.

Sería recomendable que estos indicadores fueran utilizados como referencia para monitorizar y evaluar la calidad asistencial de manera que orienten la gestión y toma de decisiones y permitan establecer un sistema de mejora continua. Sería conveniente que cada SFH adapte los indicadores que se proponen a su realidad particular de manera que puedan reflejar con mayor precisión su situación. Para su medición y seguimiento sería preciso que participen los profesionales sanitarios implicados directa e indirectamente en la prestación de la AF, así como los propios pacientes, comités o sus asociaciones.

Los SFH deberían dar prioridad a la monitorización de los indicadores clave, dado que su cumplimiento se considera esencial para ofrecer y garantizar una AF óptima y de calidad. La monitorización de los indicadores avanzados estará recomendada para aquellos SFH que dispongan de los medios necesarios para llevar a cabo su seguimiento.

Igualmente sería recomendable utilizar como soporte las fichas descriptivas en las que se describen aspectos que pueden facilitar su interpretación y medición. También disponer de un cuadro de mando adaptado a cada UPEFH que permitiera facilitar la recogida de datos y análisis de indicadores a nivel local.

El estándar orientativo o nivel deseable de los indicadores se ha establecido de acuerdo a la bibliografía y a las consideraciones por parte del grupo de trabajo, con la finalidad de establecer un marco de referencia que garantice una calidad asistencial y AF óptima. La mayoría de los indicadores representan una ratio o porcentaje, para permitir la comparación y el seguimiento de los resultados a lo largo del tiempo. Se espera que, así, se pueda favorecer la implementación de un mecanismo de comparación y un observatorio entre los distintos SFH. En cuanto a la periodicidad de medición, se propone una frecuencia anual. No obstante, esta puede ser adaptada a las necesidades de cada servicio. En relación al cronograma para la implementación y el cumplimiento de los indicadores, cada SFH debe definirlo según su situación actual, si bien se recomienda que pueda establecerse en un período de entre uno y 3 años. Los indicadores relativos a la disponibilidad de herramientas o procedimientos, principalmente incluidos en la dimensión de gestión de los recursos y concretamente los vinculados a herramientas de trabajo, comunicación y documentación, no deben ser exclusivos para las PVVIH, sino que su disponibilidad representa un indicador de la calidad de la todos los pacientes externos. Ante la continua actualización de la evidencia científica en la atención a estos pacientes, se recomienda que cada centro establezca y disponga de un plan de mejora continua y defina las acciones correspondientes para su revisión y actualización.

El conjunto de criterios e indicadores contemplados debe ser capaz de captar la situación actual y futura de la AF a las PVVIH. Por tanto, de

la misma forma que esta segunda edición de los indicadores ha supuesto una actualización sobre el anterior documento, se espera que durante los próximos años estos indicadores sean actualizados con base en la nueva evidencia científica y la situación de los SFH.

Futuras líneas de investigación permitirán, a partir del registro de los datos de los indicadores en la plataforma online del observatorio, realizar estudios de corte transversal sobre la situación de los SFH en España, así como la evolución de los mismos a lo largo de periodos de tiempo concretos e identificar factores relacionados con el cumplimiento de los diferentes bloques de indicadores.

En conclusión, la actualización de los indicadores propuestos a partir de las novedades asistenciales en el ámbito de la AF a las PVVIH podría permitir a los SFH monitorizar la mejora continua y las estrategias destinadas a mejorar la calidad asistencial.

Declaración de autoría

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de la idea original y al diseño del estudio. Ramón Morillo-Verdugo se encargó de la redacción del manuscrito siendo revisado por todos los autores aprobando la versión final para su publicación.

Financiación

Este proyecto se ha desarrollado con fondos propios de la SEFH procedentes de convenios de colaboración con los laboratorios ViiV Healthcare, MSD, Gilead y Janssen.

Agradecimientos

A los grupos de trabajo de atención farmacéutica al paciente VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria por su apoyo a la creación, desarrollo y difusión del proyecto y a Ascendo Consulting por su apoyo metodológico al proyecto.

El documento completo se encuentra disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>

Aportaciones a la literatura científica

Mejorar la calidad y la atención farmacéutica de las PVVIH es un objetivo prioritario en las estrategias de mejora de la asistencia sanitaria en la actualidad.

Los indicadores definidos y actualizados, desde la versión anterior de 2013, pretenden ser una herramienta útil para los especialistas en farmacia hospitalaria, jefes de servicio y gestores sanitarios, para orientar la toma de decisiones y facilitar la medición y valoración de los aspectos más relevantes de la calidad y atención farmacéutica de las PVVIH como son la coordinación del equipo asistencial, la gestión de los recursos, seguimiento de los objetivos farmacoterapéuticos, la investigación o la evaluación de la atención recibida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Anexos

En representación del Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Nombre	Centro de trabajo
Aitziber Illaro Uranga	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Alicia Lázaro López	Hospital Universitario de Guadalajara
Amparo Moreno Villar	Hospital San Juan de la Cruz
Ana Cristina Minguéz Cabeza	Hospital Universitario de Araba. Txagorritxu

Beatriz Proy Vega	Hospital General La Mancha Centro
Belén López García	Hospital de Sabadell
Carlos Seguí Solanes	Hospital General de Granollers
Carolina Aguilar Guisado	Hospital El Escorial
Elena Cárdena García	Hospital Universitario Ramon y Cajal
Encarna Abad Lecha	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Esther Vicente Escrig	Hospital General Universitario de Castellón
Gabriel Mercadal Orfila	Hospital Mateu Orfila
Irene Cañamares Orbis	Hospital Universitario Infanta Leonor
Jara Gallardo Anciano	Hospital San Pedro
Javier Casas Arrate	Hospital Universitario de Cruces
Javier Sánchez-Rubio Ferrández	Hospital Universitario de Getafe
Joaquín Plaza Anioarte	Hospital General Universitario Morales Meseguer
Jorge del Estal Jiménez	Hospital Universitario Parc Tauli
José Alberto Peña Pedrosa	Hospital Clínico San Carlos
Luis Margusino Framiñan	Hospital Universitario de A Coruña
Luis Ortega Valín	Complejo Asistencial Universitario de León
Manuel Vélez Díaz-Pallarés	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Maria Angeles Andreu Crespo	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Maria Carmen Rosado Maria	Hospital Universitario Central de Asturias
María de Miguel Gaztelu	Hospital Universitario de Navarra
María García Coronel	Hospital Universitario Reina Sofía
María Jose Huertas Fernández	Hospital Universitario Puerta del Mar
Mercedes Manzano García	Hospital de Mérida
Noelia Garrido Peña	Hospital Universitario de Móstoles
Oihana Mora Atorrasagasti	Hospital Universitario de Galdakao
Patricia Sanmartín Fenollera	Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Pilar Díaz Ruiz	Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria
Pilar Taberner Bonastre	Hospital Universitario Arnau de Vilanova
Vera Áreas del Águila	Hospital General Universitario de Ciudad Real

Bibliografía

- Riera M, von Wichmann MA, Álvarez-Cascos A, Blanco JR, Camino X, Delgado E, et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas que viven con el VIH. Madrid. GESIDA [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/11/indice_calidad_Guía_GESIDA.pdf.
- 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):276–85. doi: 10.7399/FH.2013.37.4.710.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Mapa estratégico de atención farmacéutica al paciente externo (MAPEX). [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2015 [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>.
- Modelo de mejora continua del farmacéutico especialista en el equipo asistencial. [consultado 23 abr 2022]. [Internet] Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2017 Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/modelo-integracion-del-farmacéutico-especialista.pdf>
- Morillo-Verdugo R, Aguilar Pérez T, Gimeno-Gracia M, Rodríguez-González C, Robustillo-Cortes MLA, Representing the project research team belonging to the HIV pharmaceutical care group of the (SEFH). Simplification and multidimensional adaptation of the stratification tool for pharmaceutical care in people living with HIV. Ann Pharmacother. 2023;57(2):163–74. doi: 10.1177/10600280221096759.
- Sanmartín-Fenollera P, Mangues-Bafalluy I, Talens-Bolos A, Ibarra-Barrueta O, Villamañán-Bueno E, Monte-Boquet E, et al. Cuadro de mando de telefarmacia: indicadores de actividad y calidad de la atención farmacéutica de un servicio de farmacia de hospital. Farm Hosp. 2022;46(Supl 1):S92–105. doi: 10.7399/fh.13253.
- Documento de Atención Farmacéutica de Barbate [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2019 [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate_VF.pdf?ts=20230129205440
- Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortes MLA, Navarro-Ruiz A, Sánchez-Rubio Ferrández J, Fernández Espínola S, Fernández-Pacheco García-Valdecasas M, et al. Clinical Impact of the capacity-motivation-opportunity pharmacist-led intervention in people living with HIV in Spain, 2019–2020. J Multidiscip Healthc. 2022;15:1203–11. doi: 10.2147/JMDH.S361305.
- Guzmán Ramos MI, Manzano García M, Robustillo-Cortés MA, Gutiérrez Pizarra A, Morillo-Verdugo R. Influence of CMO pharmaceutical care model-based intervention on readmission rate in high risk HIV patients: the INFARDAR study. Rev Esp Quimioter. 2021;34(5):459–67. doi: 10.37201/req/025.2021.
- Cantillana-Suárez MG, Robustillo-Cortés MLA, Gutiérrez-Pizarra A, Morillo-Verdugo R. Impact and acceptance of pharmacist-led interventions during HIV care in a third-level hospital in Spain using the Capacity-Motivation-Opportunity pharmaceutical care model: the IRAFE study. Eur J Hosp Pharm. 2021;28(Suppl 2):e157–63. doi: 10.1136/ejhp-2020-002330.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Mapa estratégico de atención al paciente externo (MAPEX). Norma de certificación de Calidad de la Atención Farmacéutica a pacientes externos. Norma QPEX; 2022 [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/q-pex.php>.

12. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT) Ministerio de Sanidad. Plan de prevención y control de la infección por el VIH y las ITS 2021-2030 en España. [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Aprobacion_CISNS_Plan_VIH_ITS.pdf.
13. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la pandemia de SIDA 2030. ONUSIDA; 2022 [consultado 30 oct 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf.
14. Trends of new HIV infections. UNAIDS. [consultado 30 oct 2022]. Disponible en: <https://aidsinfo.unaids.org/>.
15. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2001 [consultado 23 abr 2022]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.