



MODELO DE SELECCIÓN Y
ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE
PACIENTES CRÓNICOS

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

Patrocinado por

abbvie



ÍNDICE

- 1 PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES
- 2 INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA
- 3 MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH
- 4 BIBLIOGRAFÍA Y GLOSARIO DE TÉRMINOS

ANEXO I: CASE STUDIES

ANEXO II: DEFINICIÓN DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

ANEXO III: LISTADO ISMP DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Editado por:

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
Calle Rafael de Riego, 38
28045 – Madrid

©Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, guardada en un sistema de recuperación o transmitida en forma alguna ni por medio alguno, electrónico, mecánico, de fotocopia, de grabación o de otro tipo, sin el permiso previo del Copyright.

Coordinación editorial a cargo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Editor y Director Responsable: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

La editorial no asume responsabilidad alguna por los posibles perjuicios y/o daños a personas o propiedades como consecuencia de responsabilidades de productos, negligencias u otros motivos, ni por cualquier uso o aplicación de ninguno de los métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en la publicación. La editorial no asume ninguna responsabilidad del contenido resumido de este trabajo.

Esta información ha sido desarrollada y proporcionada por terceros independientes. Las opiniones expresadas son las de los autores y no representan necesariamente las de AbbVie Farmacéutica S.L.U.

Depósito legal: M-25474-2013

ISBN: 978-84-695-8597-9



PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES





PRÓLOGO

La gestión del paciente crónico se configura como uno de los retos más importantes a los que deberán aportar soluciones las organizaciones sanitarias. En este marco, y alineados con las necesidades del sistema sanitario, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), elaboró un documento que contenía su plan estratégico para la atención farmacéutica al paciente crónico y en el seno del 57 Congreso Nacional celebrado en Bilbao, reafirmó su compromiso para impulsar su despliegue.

Entre los diferentes ejes estratégicos descritos, que configuran el marco de actuación y el cuerpo doctrinal del modelo de atención farmacéutica al paciente crónico, ya se consideró como prioritario establecer un modelo de selección de pacientes, con el objetivo de identificar a aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de determinadas intervenciones de atención farmacéutica.

Así mismo, el plan presentado identificaba la necesidad de normalizar y homogenizar las intervenciones de atención farmacéutica que son necesarias para garantizar los mejores resultados de salud en el paciente.

El documento, que hoy puedes leer, cumple con ambos objetivos. Por una parte, presenta un modelo de selección de pacientes robusto y consistente, que incluyen 13 variables, como sistema para determinar el riesgo, y donde se estratifica considerando variables demográficas, sociosanitarias, y del estado cognitivo, funcional y clínico. Así como, variables relacionadas con la utilización de servicios sanitarios y especialmente con la medicación.

De igual forma, el documento, y subsidiario a este proceso de selección y estratificación de pacientes, presenta las intervenciones de atención farmacéutica que se estiman pueden ser más efectivas para el paciente, y donde se incluyen tres grandes ámbitos de actuación; esto es: Seguimiento farmacoterapéutico, formación y educación al paciente, y coordinación con el equipo asistencial. Y por tanto, sus aportaciones constituyen las guías de práctica en atención farmacéutica al paciente crónico.

La lectura del documento, da respuesta a los dos retos que fueron planteados al grupo de trabajo. No cabe duda, que este documento va a ser uno de los pilares en la gestión del conocimiento que debe impulsar los modelos de atención farmacéutica en el paciente crónico.

Mi más sincera enhorabuena a todos los autores y colaboradores del documento, por su esfuerzo, dedicación y buen hacer.

¡Muchas gracias! ¡Muchas gracias! ¡Muchas gracias!

Dr. José Luis Poveda Andrés
Presidente de la SEFH

Tras la realización del Plan estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al paciente crónico en 2012, la SEFH ha llevado 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”**, constituye un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos desde la posición del farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria (en adelante FH) y para el desarrollo de futuras actuaciones en este sentido.

Eje 2	Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención
LA3	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
LA4	Desarrollar el modelo de Atención Farmacéutica para el paciente crónico emprendiendo acciones específicas para cada tipología de paciente identificado

Es por ello que se presenta, a continuación, el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”**, fruto del trabajo llevado a cabo por la SEFH durante los meses de enero a julio de 2013 con el patrocinio de AbbVie.



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 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 crónicos** en función del tipo de cuidados que precisan y la manera en que se les deben proveer, siendo el **Modelo de Káiser Permanente** el más extendido.

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 este sentido, el **FH debe ser partícipe del abordaje del paciente en cada uno de los estratos identificados** en las Comunidades Autónomas y hospitales, integrándose en equipos multidisciplinares que valoren las necesidades de estos pacientes. Las **competencias y participación** de los diferentes profesionales sanitarios variarán en función de las **necesidades** específicas de **cada paciente**.

Además de la integración en los equipos asistenciales, el FH deberá desarrollar aquellas intervenciones que desde su posición puedan contribuir a mejorar la farmacoterapia y el uso de medicamentos de los pacientes crónicos.

Con el objetivo de incorporarse a las líneas de trabajo que se están emprendiendo desde diferentes ámbitos para la mejora en la atención a los pacientes crónicos y en línea con los modelos existentes, la **SEFH presenta el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos**, que tiene como objetivo **identificar a aquellos pacientes diana que más se pueden beneficiar de determinadas intervenciones de Atención Farmacéutica**, así como **desarrollar modelos de atención** en estos pacientes.

Los modelos de selección/estratificación facilitan la optimización de los recursos y el desarrollo de las estrategias de intervención más adecuadas para cada uno de los niveles establecidos

La condición de presentar patologías crónicas en momentos diferentes de evolución y de forma agrupada es lo que más condiciona la estratificación de pacientes desde el punto de vista poblacional; en este sentido, el FH deberá **trabajar muy estrechamente con otros profesionales** sanitarios sobre todo en el caso de los Pacientes Crónicos Complejos¹.

Por otra parte, existe **otro grupo de pacientes crónicos** que, a pesar de no considerarse complejos, cuentan con **necesidades de Atención Farmacéutica** que, de ser satisfechas, pueden suponer una mejora significativa en términos de salud y calidad de vida.

El ámbito del presente documento, por tanto, comprende a todos los pacientes crónicos, tanto los Pacientes Crónicos Complejos como aquellos que, a pesar de no presentar esta condición, pueden beneficiarse de determinadas intervenciones por parte de los FH.

¹ Ver glosario de términos





Metodología utilizada para la elaboración del Modelo

Para la elaboración del Modelo, se ha desarrollado una **metodología participativa** que ha implicado de manera directa a los siguientes miembros de la SEFH:

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Delgado, Olga (Hospital de Son Espases); Genúa, María Isabel (Fundación Matía); Ibarra, Olatz (Hospital de Galdakao); Morillo, Ramón (Hospital de Valme).

PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE TRABAJO:

Albiñana, M^a Sandra (Hospital Arquitecto Marcide); Blázquez, M^a José (Hospital Virgen de la Arrixaca); de Miguel, Monike (Hospital de Cruces); Farré, Rosa (Hospital St. Joan de Déu); Fernández, Luis Carlos (Complejo Hospitalario de Cáceres); García, Consuelo (Hospital Morales Meseguer); Gimeno, Mercedes (Hospital Clínico de Zaragoza); Llopis, Pilar (Hospital Dr. Peset); Martínez, José Manuel (Hospital Virgen de la Salud); Masip, Montserrat (Hospital Sant Pau); Monte, Emilio (Hospital La Fe); Negro, Eva (Hospital de Getafe); Pérez, Montserrat (Hospital de Alcorcón); Poveda, Jose Luis (Hospital La Fe- Presidente de la SEFH); Sáez, Javier (Hospital Infanta Leonor); Santos, Bernardo (Hospital Virgen del Rocío).

Se realizaron **4 talleres de trabajo** con los miembros del equipo de trabajo para la definición del modelo.

Adicionalmente, se realizaron las siguientes **entrevistas a profesionales** relevantes en el ámbito de la selección de pacientes y la Atención Farmacéutica:

Joaquín López Moreno, (Gerente del Departamento de Salud de Elche): Programa Valcronic

Antoni Sicras Mainar (Jefe de Proyectos e Innovación de la Dirección de Planificación de Badalona Servicios Asistenciales- BSA): Modelo de Estratificación BSA

Roberto Nuño Solinis (Director de O+ Berri): Modelo de Estratificación País Vasco

Para comprobar de manera preliminar la validez del Modelo de Selección y establecer los puntos de corte de los diferentes estratos, se realizó un **pre test que incluyó una muestra de 210** pacientes provenientes de 6 hospitales distintos.

Por último, se aplicó el **Modelo final sobre 5 pacientes con características diferentes** con el objetivo de presentar la aplicabilidad del modelo y validar la coherencia de los resultados de la aplicación del mismo.

Los **resultados de los Case Studies** se presentan en el **Anexo 1** del documento.

Los resultados de este trabajo se han incorporado en una herramienta Excel. Esta herramienta es exclusivamente teórica y no debe dar lugar a ningún tipo de decisión clínica sin una validación previa a través de un proyecto de investigación.

El Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria se ha desarrollado con el apoyo de PwC y el patrocinio de AbbVie.



- 4 talleres de trabajo
- Entrevistas a profesionales
- Pre test que incluyó una muestra de 210 pacientes
- Case Studies



3

MODELO DE SELECCIÓN Y
ATENCIÓN FARMACÉUTICA
DE PACIENTES CRÓNICOS
DE LA SEFH



Objetivo del Modelo

OBJETIVO GENERAL

- El objetivo del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH es identificar **aquellos pacientes crónicos 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 crónicos permitirá orientar y homogeneizar las intervenciones farmacéuticas y de este modo desarrollar las **estrategias más efectivas en el paciente crónico, priorizando** aquellas de **mayor impacto** en la calidad de vida.

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.**

OBJETIVO INTERMEDIOS

- Optimización de la farmacoterapia y uso de medicamentos** de los pacientes crónicos.
- Corresponsabilización del paciente** 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.

Se ha establecido la **aplicación del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria** a los **pacientes que padezcan alguna de estas patologías:**

- Enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, etc.).
- Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma, etc.).
- Diabetes Mellitus.
- Cáncer.
- Enfermedades autoinmunes sistémicas (Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, algunas dermatitis, psoriasis, fibromialgia, lupus eritematoso, etc.).
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, enfermedad de Párkinson, esclerosis múltiple, demencia, etc.).
- Enfermedades mentales (psicosis, depresión, etc.).
- Fibrosis quística.
- Enfermedad renal crónica.
- Infección por VIH.
- Enfermedades raras.
- Hepatitis B y C crónica.
- Déficit de hormona de crecimiento.
- Trasplantes.

Variables del Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

El Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH se desarrolla en torno a **13 variables**, cada una asociada a un **peso relativo** que **varía entre 1 y 4** en función de su importancia para la medición del riesgo de cada paciente en relación con aspectos demográficos, sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional, clínicos y de utilización de servicios sanitarios y relacionados con la medicación.

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

TIPOLOGÍA DE VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	PUNTUACIÓN	
Variables demográficas	Edad	El paciente tiene 75 años o más	3	
		El paciente tiene entre 10 y 19 años ⁽¹⁾	3	
		El paciente tiene entre 6 y 9 años	1	
		El paciente tiene 5 años o menos	3	
Máx: 3 puntos				
Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Deterioro cognitivo/ dependencia funcional	El paciente tiene deterioro cognitivo/ dependencia funcional severa no solucionada o sin cuidador adecuado ⁽²⁾ - utilización para su medición de los resultados de cualquier escala validada: escalas para medir la situación cognitiva (minimental, Pfeiffer, etc.) y para medir la situación funcional (Índice de Katz, Índice de Barthel, etc.). En ausencia de escala validada, utilización de la información recogida en informe de ingreso/ Historia Clínica sobre si el paciente es autónomo o no en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y sobre su estado mental.	4	
		Desórdenes mentales y conductuales	El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios medido por el diagnóstico y prescripción de medicamentos específicos.	3
		Dificultad de lectura y/o comprensión	El paciente, o el cuidador en su caso, tiene dificultad de lectura o comprensión.	2
		Vive solo	El paciente vive sólo ⁽³⁾	1
		Condiciones socioeconómicas limitantes	El paciente tiene condiciones socioeconómicas que pueden provocar que no mantenga/ se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas, que tenga dificultad para la adquisición del medicamento o de mantenimiento de condiciones de vida saludables (alimentación, etc.).	2
Máx: 12 puntos				
Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Número de hospitalizaciones	El paciente ha tenido 2 o más hospitalizaciones en los 12 meses previos ⁽⁴⁾	2	
	Pluripatología	El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad ⁽⁵⁾ <i>ver anexo 2</i>	4	
Máx: 6 puntos				
Variables relacionadas con la medicación	Polimedicación	El paciente toma más de 5 medicamentos, entendiendo medicamentos como la forma farmacéutica acompañada de la dosis y vía ⁽⁶⁾	4	
		Riesgo de la medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en hospitales y/o en el listado del ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo ⁽⁷⁾ <i>ver anexo 3</i>	3
		Cambios en el régimen regular de la medicación	El paciente ha sufrido cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses ⁽⁸⁾	2
		Sospecha de no adherencia	Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento. Utilización de cuestionarios validados: Haynes & Sackett, Morinsky-Green-Levine, etc. y/o utilización de registros de dispensación.	4
		Sospecha de PRM	Existe sospecha o evidencia de que el paciente padece o puede padecer PRM.	4
Máx: 17 puntos				

Máxima puntuación total en el modelo: 38 puntos



Puntuación para la selección de pacientes

En función de la puntuación que obtengan los pacientes en el Modelo, se les **clasificará en uno de los cuatro niveles definidos**, que **determinarán la posterior Atención Farmacéutica** que se deberá prestar a cada paciente.



Las puntuaciones se obtendrán de la siguiente manera:

- **Puntuación en variables relacionadas con la “medicación”**: puntuación en variables relacionadas con la medicación + puntuación en variables demográficas + puntuación en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- **Puntuación en variables relacionadas con el ámbito “sociosanitario”**: puntuación en variables relacionadas con el ámbito sociosanitario + puntuación en variables demográficas + puntuación en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- **Puntuación global**: puntuación en variables relacionadas con la medicación + puntuación en variables relacionadas con el ámbito sociosanitario + puntuación en variables demográficas + puntuación en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.

Las **variables demográficas y las variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios son**, por tanto, **variables que modulan la puntuación** de los pacientes en las variables sociosanitarias y en las variables relacionadas con la medicación.

Niveles de Atención Farmacéutica según las características específicas de cada paciente crónico

Las **actuaciones** de Atención Farmacéutica a realizar comprenderán **tres grandes ámbitos**, en los que se intervendrá de manera adaptada a las necesidades de cada paciente dependiendo del nivel en el que se encuentre:

- **Seguimiento farmacoterapéutico**: revisión de la **adecuación, efectividad y seguridad** de los tratamientos.
- **Formación y educación al paciente**: **información sobre la medicación**, apoyo a la **tramitación administrativa** de los tratamientos, fomento de la **corresponsabilidad** en el resultado del tratamiento.
- **Coordinación con el equipo asistencial**: elaboración de **protocolos, guías, Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), docencia, unificación de criterios** entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, **documentación**/Historia Clínica Compartida, etc.



Se pondrán en marcha actuaciones de Atención Farmacéutica específicas sobre los pacientes en base al nivel de riesgo en que se encuentren



Actuaciones de Atención Farmacéutica a desarrollar en cada uno de los niveles de riesgo identificados mediante el Modelo de Selección

Se deberá valorar la conveniencia de realizar cada una de las actuaciones de Atención Farmacéutica que se describen a continuación para los pacientes crónicos en función del nivel en el que se encuentren.

Actuaciones de Atención Farmacéutica de Nivel 3: NIVEL BÁSICO

Nivel 3

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.

Educación al paciente

- Información básica sobre los tratamientos relacionados con patologías crónicas, en especial con refuerzo al cumplimiento e identificación y manejo de PRM, a través de medios de comunicación masiva (i.e. internet: página web del servicio de farmacia, página web de la SEFH, etc.).
- Educación sanitaria general no relacionada con el medicamento (vida saludable, dieta, cumplimiento, responsabilidad) a través de medios de comunicación masivos (i.e. internet: página web del servicio de farmacia, página web de la SEFH, etc.).

Coordinación con el equipo asistencial

- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.

Actuaciones de Atención Farmacéutica de Nivel 2a: RIESGO MEDICACIÓN

Nivel 2a y Nivel 2b

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.
- Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta, urgencias, ingreso en centro sociosanitario).
Seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión, eHealth², mHealth³, etc.).
- Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos de los pacientes, incluyendo entre otras acciones a realizar:
 - Contacto interniveles (farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, nivel sociosanitario, etc.).
 - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc.
 - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación.

Educación al paciente

- Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).

Coordinación con el equipo asistencial

- Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción⁴, simplificación⁵, etc.).
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.

Actuaciones de Atención Farmacéutica de Nivel 2b: RIESGO SOCIOSANITARIO

Nivel 2a y Nivel 2b

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.
- Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta, urgencias, ingreso en centro sociosanitario).
- Desarrollo de Planes de Acción para asegurar la adecuación y adherencia y la correcta administración de los tratamientos de los pacientes, incluyendo entre otras acciones a realizar:
 - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación del paciente sobre todo en caso de deterioro cognitivo, funcional, etc.
 - Contacto interniveles: en los pacientes institucionalizados, trabajo conjunto con el equipo asistencial de los centros de asistencia social, en el resto de pacientes trabajo conjunto con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.
 - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc.
 - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación.

Educación al paciente

- Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales como enfermería).
- Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.

Coordinación con el equipo asistencial

- Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.
- Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.



Actuaciones de Atención Farmacéutica de Nivel 1: RIESGO GLOBAL

Nivel 1

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.
- Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta, urgencias, ingreso en centro sociosanitario).
Seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión, eHealth², mHealth³, etc.).
- Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos de los pacientes, incluyendo entre otras acciones a realizar:
 - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación del paciente sobre todo en caso de deterioro cognitivo, funcional, etc.
 - Contacto interniveles: en los pacientes institucionalizados, trabajo conjunto con el equipo asistencial de los centros de asistencia social. En el resto de pacientes trabajo conjunto con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.
 - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc.
 - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación.

Educación al paciente

- Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).
- Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.

Coordinación con el equipo asistencial

- Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción⁴, simplificación⁵, etc.).
- Participación del FH en los equipos de gestión de casos para la discusión y abordaje específico de determinados pacientes.
- Integración con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.
- Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.
- Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.

Herramientas, formación y procedimientos conjuntos de trabajo con otros profesionales

Para llevar a cabo estas actuaciones de Atención Farmacéutica, el FH debe contar con **herramientas validadas y estandarizadas** que le **apoyen** en la realización de esta labor; 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**.
- Consensuar **Guías para mejorar la farmacoterapia** en los pacientes crónicos que tengan en cuenta sus características específicas.
- Definir un listado de medicamentos o criterios para **identificar medicamentos de alta complejidad en pacientes crónicos**.

Formación:

- Contar con una herramienta básica para formar a los farmacéuticos de hospital, médicos, enfermería, etc. sobre **Atención Farmacéutica al paciente crónico**.
- 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 una formación básica en **Atención Farmacéutica al Paciente Crónico para Farmacéuticos Internos Residentes (FIR)** en el programa de formación.
- Elaborar y desarrollar un programa de formación especializada sobre **Atención Farmacéutica en Cronicidad orientado a FH**.

Entre otros aspectos, es clave que los FH cuenten con la formación que les permita llevar a cabo actuaciones de Atención Farmacéutica en pacientes crónicos de manera adecuada

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 crónicos**.
- Establecer **alianzas con el ámbito sociosanitario**.
- Establecer **alianzas con la farmacia comunitaria y de atención primaria**.



Proceso de trabajo pacientes ingresados

En base al modelo definido, el FH deberá actuar sobre el paciente en todas las etapas (ingreso, estancia, alta, externo/ ambulatorio), siguiendo el siguiente **proceso de trabajo**:⁽⁹⁾

Al ingreso del paciente

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas").
2. En caso de que se trate de un paciente crónico, aplicar el modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH; para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
3. En caso de ser necesario, se mantendrá una entrevista clínica 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.
4. 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.
5. Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica se reflejarán en la historia clínica/ farmacoterapéutica.
6. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el punto "Registro y medición de la Atención Farmacéutica".

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, al menos, los indicadores recogidos en el punto "Registro y medición de la Atención Farmacéutica".

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 de la administración de Especialidades Farmacéuticas Complejas⁶.
 - Fomento activo de la adherencia al tratamiento, explicando al paciente 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. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el punto "Registro y medición de la Atención Farmacéutica".

⁶ Ver glosario de términos



Proceso de trabajo pacientes no ingresados (ambulatorios y externos)

Pacientes no ingresados (ambulatorios y externos)

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas").
2. En caso de que se trate de un paciente crónico, aplicar el modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH; para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
3. Se compartirá la información sobre el resultado de la selección del paciente con el equipo médico y se consensará y trabajará de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definida por el modelo 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).
4. Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica se reflejarán en la historia clínica/farmacoterapéutica.
5. En caso de que se haya identificado la necesidad en base al Modelo de Selección, se mantendrá una entrevista con el paciente 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.
6. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el presente documento en el punto "Registro y medición de la Atención Farmacéutica".

El modelo **deberá ser aplicado sobre los pacientes con una cierta periodicidad** (idealmente de **manera anual**), ya que refleja el estado de un paciente en un momento determinado que puede variar a lo largo del tiempo.

El Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH deberá ser aplicado con periodicidad

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, y por otro, de **poner en valor el papel del FH** en la mejora de la atención al paciente crónico, **resultados en salud y calidad de vida**.

Se utilizarán al menos los siguientes indicadores para la medición de la actividad de Atención Farmacéutica:

Selección

Número y porcentaje de pacientes en cada nivel de prioridad tras la aplicación del modelo de selección:

- En el nivel 1
- El nivel 2a
- El nivel 2b
- El nivel 3

Tipología de actuaciones farmacéuticas realizadas

- Actuaciones que supongan un cambio en la prescripción médica
- Actuaciones de educación al paciente
- Establecimiento de alianzas y procesos de trabajo interniveles
- Detección y actuación en incidencias relacionadas con la medicación
- Otro tipo de actuaciones

Cobertura

Número y porcentaje de pacientes a los que se ha prestado Atención Farmacéutica:

- En el nivel 1
- El nivel 2a
- El nivel 2b
- El nivel 3

En el futuro, en la medida en que el modelo se vaya aplicando y se vayan obteniendo resultados, se deberá **avanzar** hacia el **establecimiento de indicadores encaminados a la medición de resultados en salud** de la Atención Farmacéutica.



Próximos pasos para el desarrollo del Modelo

Tras la elaboración de este trabajo, **existen una serie de posibles pasos a emprender** con el objetivo de **validar el modelo y hacerlo aplicable** en la práctica clínica habitual:

1. Alinear el Modelo con las estrategias nacionales y regionales de atención a pacientes crónicos
2. Trasladar la herramienta diseñada y validada a un aplicativo web que sirva de apoyo para la toma de decisiones por parte de los farmacéuticos en cuanto a la selección de pacientes crónicos para la realización de actuaciones de Atención Farmacéutica
3. Validar el modelo en la práctica real
4. Validar y adaptar en caso de que sea conveniente el modelo en pacientes pediátricos
5. Trabajar en la mejora continua del modelo y en la agregación y explotación de datos a nivel de la SEFH





4

BIBLIOGRAFÍA Y GLOSARIO DE TÉRMINOS



BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
2. Bernabéu- Wittel M, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med 2011; 22:311- 317
3. <http://edition.cnn.com/2012/06/18/health/mental-health/loneliness-isolation-health>
4. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med 2011; 22:311- 317 y consenso alcanzado por la SEFH.
5. 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>.
6. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Toma de más de 5 medicamentos, entendiendo medicamentos como la forma farmacéutica acompañada de la dosis y vía (es decir si un comprimido tiene 3 principios activos es un medicamento). Sólo se incluyen aquellos medicamentos que se toman diariamente durante un periodo igual a superior a 3 meses.
7. Medicamentos de alto riesgo: listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en hospitales y listado del ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo .
8. 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.
9. Modelo de Atención Farmacéutica en el Hospital- Procedimientos Normalizados de Trabajo. Grupo TECNO de Evaluación de Nuevas Tecnologías de la SEFH.

GLOSARIO

1. **Paciente Crónico Complejo:** se entiende por “Paciente Crónico Complejo” aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales. Fuente: Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
2. **eHealth:** la OMS define eHealth como el uso, en el sector de la salud, de información digital, transmitida, almacenada u obtenida electrónicamente para el apoyo al cuidado de la salud tanto a nivel local como a distancia. Fuente: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/3/5>
3. **mHealth:** la OMS define mHealth como el uso de tecnologías móviles y wireless para la consecución de objetivos en salud. Fuente: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf
4. **Desprescripción:** el término desprescripción no tiene una definición exacta y admite diversos matices. Le Couteur y cols. la definen como el cese de un tratamiento de larga duración bajo la supervisión de un profesional médico. Gavilán y cols. entienden por desprescripción «el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros». Fuente: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf
5. **Simplificación:** entendemos por simplificación el cambio de un régimen con el que se ha conseguido una adecuada respuesta por otro que mantenga esta eficacia y permita reducir la complejidad del tratamiento, proporcionando así un beneficio en la calidad de vida del paciente que puede traducirse en una mayor adherencia terapéutica. Fuente: <http://sogaisida.org/wp-content/uploads/2010/10/Simptto.pdf>
6. **Farmacéuticas Complejas:** las Especialidades Farmacéuticas Complejas (EFC) son todas aquellas que requieren una preparación previa a su administración o bien el aprendizaje de una técnica para su uso. Se trata de un grupo muy diverso, en el que se incluyen desde un dispositivo para inhalación hasta una suspensión extemporánea, pasando por un óvulo vaginal o un colirio. Fuente: [http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/9AA7854604FF04FEC1256FE900626D50/\\$File/argibideak%20V12%20N1.pdf?OpenElement](http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/9AA7854604FF04FEC1256FE900626D50/$File/argibideak%20V12%20N1.pdf?OpenElement).



ANEXOS

ANEXO I: CASE STUDIES

ANEXO II: DEFINICIÓN DE
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

ANEXO III: LISTADO ISMP DE
MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad	27 años
Sexo	Varón
Características clínicas del paciente	Enfermedad de Crohn diagnosticada en abril de 2010.
Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente presenta buen estatus cognitivo y funcional. • El propio paciente es el responsable de su medicación. • No hay presencia de desórdenes mentales o conductuales. • Buena capacidad de lectura y comprensión. • Buenas condiciones en la vivienda.
Frecuentación de los servicios sanitarios	Desde 2012 no ha cursado con ingresos (anteriormente cursó con varias hospitalizaciones debido a la Enfermedad de Crohn).
Medicación	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adalimumab 40mg/10 días desde Marzo 2013 (anteriormente 40 mg/15 días). • Paciente corticodependiente. <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial con Mesalazina oral 1g/12h y Budesonida oral 9mg/día. • Retirada de Mesalazina por reacción adversa a la medicación. • Tratamiento antibiótico oral con Metronidazol y Ciprofloxacino, monoterapia con corticoide tratamiento inmunosupresor con Azatioprina 2mg/kg/día: <ul style="list-style-type: none"> - Retirada de Azatioprina por una reacción adversa y sustitución por 6-mercaptopurina (6MP) - Retirada de la 6-mercaptopurina (6MP) por una reacción adversa • Tratamiento con Infliximab <ul style="list-style-type: none"> - Retirada de Infliximab tras 19 meses de tratamiento por pérdida de efectividad <p><u>Adherencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente adherente según registros de dispensación.
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente fumador • Paciente con sobrepeso (103Kg)

APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas")

El paciente padece Enfermedad de Crohn, que es una enfermedad crónica de acuerdo al listado de Patologías Crónicas elaborado por la SEFH en el marco del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos.

2. Aplicar el Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

Se debe tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente para cumplimentar el Modelo de Selección, cuyo resultado es el siguiente:

- 0 puntos en variables demográficas.
- 0 puntos en variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional.
- 0 puntos en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- 6 puntos en variables relacionadas con la medicación:
 - 2 puntos por cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses
 - 4 puntos por sospecha de PRM

3. Compartir la información sobre el resultado de la selección del Paciente con el equipo médico y consenso y trabajo de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el Modelo dependiendo del resultado

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **6 puntos en variables relacionadas con la medicación**: Nivel 3: BÁSICO del modelo de selección:

- Revisión y validación del tratamiento.
- Acceso a la información básica sobre los tratamientos y educación sanitaria general a través de medios de comunicación masiva (i.e. internet: página web de la SEFH, página web del servicio de farmacia).
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica del paciente.

4. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el documento de consenso:

- Selección: 1 paciente en nivel 3.
- Cobertura: 1 paciente de nivel 3 al que se ha prestado Atención Farmacéutica.
- Registro de las actuaciones de Atención Farmacéutica realizadas.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

- Si se hubiera aplicado el mismo modelo en el momento en el que el paciente no estaba controlado (por ejemplo, en los episodios de hospitalización debido a la enfermedad), se hubiera priorizado al paciente y requerido actuación específica por alto riesgo en variables relacionadas con la medicación debido a la puntuación en: más de dos hospitalizaciones en los últimos 12 meses debido a la enfermedad, cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses y sospecha de PRM.
- Esto pone de manifiesto la importancia de aplicar el modelo en el momento adecuado y de manera periódica con el objetivo de minimizar el tiempo en que se logra optimizar la farmacoterapia de los pacientes crónicos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad	68 años
Sexo	Mujer
Características clínicas del paciente	Cáncer de mama (diagnóstico: 2007). Metástasis óseas, hepáticas y ganglionares en 2011. Estadio IV
Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente presenta buen estatus cognitivo y funcional. • El propio paciente es el responsable de su medicación. • No hay presencia de desórdenes mentales o conductuales. • Buena capacidad de lectura y comprensión. • Buenas condiciones en la vivienda.
Frecuentación de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Visita a urgencias en marzo de 2012 por síntomas relacionados con la enfermedad. • Hospitalización en 2013 por infección respiratoria.
Medicación	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia Vinorelbina el 15/05/13. Dosis inicial de 60mg/m² (90mg) semanal y a partir del 19/06/12 de 80mg/m². • Zoledrónico IV. • Cloracepato 10mg hace más de un año • Paracetamol si precisa <p><u>Anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de Vinorelbina : Capecitabina 1500mg c/12h x 14 días, en ciclo de 21 días. Suspendido por progresión de la enfermedad. <p><u>Adherencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena adherencia al tratamiento evidenciada por: <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con el paciente - Registros de dispensación

APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas")

El paciente padece cáncer de mama, que es una enfermedad crónica de acuerdo al listado de Patologías Crónicas elaborado por la SEFH en el marco del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos.

2. Aplicar el Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

Se debe tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente para cumplimentar el Modelo de Selección, cuyo resultado es el siguiente:

- 0 puntos en variables demográficas.
- 0 puntos en variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional.
- 0 puntos en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- 5 puntos en variables relacionadas con la medicación:
 - Medicación de alto riesgo (Fraxiparina y Repaglinida).
 - Cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses (cambio de Capecitabina 1500mg c/12h x 14 a Vinorelbina oral)

3. Compartir la información sobre el resultado de la selección del Paciente con el equipo médico y consenso y trabajo de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el Modelo dependiendo del resultado

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **5 puntos en variables relacionadas con la medicación**: Nivel 3: BÁSICO del modelo de selección:

- Revisión y validación del tratamiento.
- Acceso a la información básica sobre los tratamientos y educación sanitaria general a través de medios de comunicación masiva (i.e. internet: página web de la SEFH, página web del servicio de farmacia).
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica del paciente.

4. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el documento de consenso:

- Selección: 1 paciente en nivel 3.
- Cobertura: 1 paciente de nivel 3 al que se ha prestado Atención Farmacéutica.
- Registro de las actuaciones de Atención Farmacéutica realizadas.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

- El paciente está controlado y presenta buena adherencia y condiciones para la toma de la medicación por lo que únicamente habrá que aplicar sobre él las actuaciones del nivel básico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad	27 años
Sexo	Varón
Características clínicas del paciente	Posible Colitis Ulcerosa.
Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● El paciente presenta buen estatus cognitivo y funcional. ● El propio paciente es el responsable de su medicación. ● No hay presencia de desórdenes mentales o conductuales. ● Buena capacidad de lectura y comprensión. ● Buenas condiciones en la vivienda.
Frecuentación de los servicios sanitarios	<p>06/2013: Acude a urgencias remitido por su médico de atención primaria por presentar desde hace 10 días diarreas de hasta 5-7 veces al día, que desde hace una semana son en ocasiones con sangre roja: queda ingresado desde entonces a cargo de digestivo.</p> <p>10/2012: Fractura 4º dedo mano izquierda (urgencias). 4 visitas más hasta 11/2010 para control de fractura y alta definitiva.</p> <p>06/2011: Ginecomastia derecha sin nódulos (CCEE cirugía plástica). 5 visitas más hasta 05/2013 cuando sale de lista de espera por no presentarse en anestesia.</p>
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> ● No toma medicación habitual. ● Medicación durante el ingreso: <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición parenteral. - Potasio. - Mesalazina. - Metamizol. - Metilprednisolona. - Metoclopramida. - Paracetamol.
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente muy implicado en su tratamiento y con grado de adherencia esperado elevado. ● En épocas anteriores ha tomado en el gimnasio concentrados de proteínas, será necesario ver cómo estos compuestos influyen si se confirma el diagnóstico de Colitis Ulcerosa.

APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas")

El paciente padece posible Colitis Ulcerosa, que es una enfermedad crónica de acuerdo al listado de Patologías Crónicas elaborado por la SEFH en el marco del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos.

2. Aplicar el Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

Se debe tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente para cumplimentar el Modelo de Selección, cuyo resultado es el siguiente:

- 0 puntos en variables demográficas.
- 0 puntos en variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional.
- 0 puntos en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- 9 puntos en variables relacionadas con la medicación:
 - 4 puntos por tomar más de 5 medicamentos
 - 3 puntos por complejidad/ riesgo de la medicación (nutrición parenteral)
 - 2 puntos por cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses (previsible inicio de un tratamiento crónico)

3. Compartir la información sobre el resultado de la selección del Paciente con el equipo médico y consenso y trabajo de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el Modelo dependiendo del resultado

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **9 puntos en variables relacionadas con la medicación**, Nivel 2a: RIESGO MEDICACIÓN del modelo de selección:

- Revisión y validación del tratamiento.
- Conciliación al alta del tratamiento.
- Seguimiento del paciente a través de la aplicación de nuevas tecnologías si es posible.
- Educación personalizada y presencial al paciente al alta sobre la medicación crónica que inicia.
- Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y/o farmacéuticos de atención primaria para monitorizar el inicio del tratamiento.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica del paciente.

4. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el documento de consenso:

- Selección: 1 paciente en nivel 2a.
- Cobertura: 1 paciente de nivel 2a al que se ha prestado Atención Farmacéutica.
- Registro de las actuaciones de Atención Farmacéutica realizadas.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

- En este caso, a la hora de completar el modelo, se ha utilizado la hipótesis altamente probable de acuerdo con la información de la que se dispone de que el paciente padezca Colitis Ulcerosa.
- En caso de confirmarse la patología crónica, se deberá poner especial énfasis en la formación e información al paciente sobre el nuevo tratamiento crónico que inicia y en la conciliación del tratamiento al alta, así como en el seguimiento posterior de la buena administración y resultado farmacoterapéutico del tratamiento durante los tres primeros meses.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad	45 años
Sexo	Varón
Características clínicas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • VIH • Hepatopatía Crónica B y C • Linfoma de Hodking • Cardiopatía isquémica • Dolor neuropático en miembros inferiores • Agenesia renal izquierda
Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente presenta Confusión (escala POMS). • La esposa del paciente es la responsable de su medicación. • La esposa, ama de casa, se encuentra en estado activo (escala POMS), cuenta con un nivel educacional primario y capacidad de lectura y comprensión adecuada. • El paciente presenta alteraciones del ánimo y recurrencias en adicciones a sustancias adictivas. • El paciente presenta dificultades de lectura y comprensión • Buenas condiciones en la vivienda; nivel socioeconómico bajo (paro de larga duración).
Frecuentación de los servicios sanitarios	Una visita a urgencias durante el último año.
Medicación	<p><u>Actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Paroxetina 20 mg/24 h, Zolpidem 10 mg/24 h, Omeprazol 20 mg/24 h, Ramiprilo 2.5 mg/24 h, Atorvastatina 20 mg/24 h, Nevibolol 2.5 mg/12 h, AAS 100 mg/24 h, Clorazepato 2 mg/12h, Fentanilo 50 mg/72 h, Abacavir 300 mg/12 h, Tenofovir 245 mg/24 h, Efavirenz 600 mg/24 h <p><u>Adherencia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala adherencia al TAR confirmada por registros de dispensación (mediante cociente adherencia multiintervalo de dispensación) y cuestionario SMAQ, además de la apreciación subjetiva del profesional sanitario.
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Varios cambios de TAR durante su vida. Resistencias previas a IP, INTI. • Recurrencias en adicciones a sustancias adictivas.

APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas")

El paciente padece VIH, Hepatopatía Crónica B y C, Linfoma de Hodking y Cardiopatía isquémica, que son enfermedades crónicas de acuerdo al listado de Patologías Crónicas elaborado por la SEFH en el marco del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos.

2. Aplicar el Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

Se debe tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente para cumplimentar el Modelo de Selección, cuyo resultado es el siguiente:

- 0 puntos en variables demográficas.
- 3 puntos en variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional:
 - El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales
- 4 puntos en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios:
 - Coexisten dos o más enfermedades crónicas en el paciente
- 11 puntos en variables relacionadas con la medicación:
 - Toma más de 5 medicamentos
 - Riesgo de la medicación (opiáceos, TAR)
 - Existe sospecha de no adherencia

3. Compartir la información sobre el resultado de la selección del Paciente con el equipo médico y consenso y trabajo de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el Modelo dependiendo del resultado

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **18 puntos**, Nivel 1: RIESGO GLOBAL del modelo de selección:

- Revisión y validación del tratamiento.
- Conciliación al alta del tratamiento en las transiciones asistenciales.
- Seguimiento del paciente a través de la aplicación de nuevas tecnologías si es posible.
- Desarrollo de un Plan de Acción para asegurar la adherencia a los tratamientos del paciente (incluyendo entre las acciones a realizar mantener una entrevista personal con la cuidadora del paciente).
- Educación a la cuidadora de manera personalizada.
- Información y apoyo para la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.
- Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas.
- Integración con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria y enfermería.
- Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica.

4. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el documento de consenso:

- Selección: 1 paciente en nivel 1.
- Cobertura: 1 paciente de nivel 1 al que se ha prestado Atención Farmacéutica.
- Registro de las actuaciones de Atención Farmacéutica realizadas.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

- El paciente no se encuentra controlado, cuenta con problemas de carácter sociosanitario, tiene una gran cantidad de fármacos prescritos y patentes problemas de adherencia.
- La clave en este paciente consistirá en la formación e información a su cuidadora, al no encontrarse el paciente en disposición de hacerse cargo de su medicación y cuidado. Se deberán identificar posibles causas de no adherencia, actuar sobre estas causas y transmitir claramente a la cuidadora la necesidad de adherencia a la medicación y los riesgos de no cumplimiento.
- Otro aspecto clave será la identificación y manejo de posibles PRM derivados de la polimedición del paciente.
- En el caso de este paciente y por la cantidad y gravedad de patologías que padece, tendrá especial relevancia la coordinación con el equipo asistencial, especialmente dentro del hospital, con el objetivo de contar con una visión integral del paciente. Se deberá formar un equipo de gestión de casos alrededor del paciente para discutir su situación y las mejores alternativas de tratamiento y cuidados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Edad	86 años
Sexo	Varón
Características clínicas del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes Mellitus tipo II • Fibrilación auricular • Deterioro cognitivo leve/moderado • Patología osteoarticular • Depresión
Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente presenta deterioro cognitivo leve/moderado y dificultades de movilidad. • Su cónyuge e hijos son los responsables de su medicación. • Su cónyuge tiene edad avanzada y dificultad para la gestión de la medicación. (dificultad total para leer y comprender el lenguaje médico). • En el caso de los hijos, no viven con él y no garantizan su cumplimiento con la medicación. • Presenta además barreras arquitectónicas en el domicilio lo que empeora aún más el autocuidado
Frecuentación de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Un ingreso anterior.
Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Amlodipino 10 mg • Trazodona 100 mg • Fentanilo 50 mcg/h • Irbesartan 300 mg • Metildigoxina 0,1 • Repaglinida 1 mg • Metamizol 575 mg • Fraxiparina 0,6 mg • Cambios en la medicación relacionadas con ingresos hospitalarios. • Este paciente presenta quejas subjetivas de memoria, acompañadas o no de pruebas que evidencian deterioro cognitivo, así como dificultades motoras y de comprensión, lo que hace intuir un mal cumplimiento del tratamiento.

APLICACIÓN DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES CRÓNICOS DE LA SEFH

1. Identificar si el paciente es crónico (tiene alguna de las patologías que se enumeran en el punto "Patologías Crónicas")

El paciente padece hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, fibrilación auricular, deterioro cognitivo leve/moderado, patología osteoarticular y depresión, que son enfermedades crónicas de acuerdo al listado de Patologías Crónicas elaborado por la SEFH en el marco del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos.

2. Aplicar el Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH

Se debe tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente para cumplimentar el Modelo de Selección, cuyo resultado es el siguiente:

- 3 puntos en variables demográficas:
 - Paciente de más de 75 años
- 5 puntos en variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional:
 - El cuidador tiene dificultad de lectura/ comprensión
 - El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales
- 4 puntos en variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios:
 - Coexisten dos o más enfermedades crónicas en el paciente
- 8 puntos en variables relacionadas con la medicación:
 - Toma más de 5 medicamentos
 - Existe sospecha de no adherencia

3. Compartir la información sobre el resultado de la selección del Paciente con el equipo médico y consenso y trabajo de manera conjunta en la realización de las actividades de Atención Farmacéutica definidas por el Modelo dependiendo del resultado

El resultado del paciente en Modelo de selección es de **20 puntos**, Nivel 1: RIESGO GLOBAL del modelo de selección:

- Revisión y validación del tratamiento.
- Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales.
- Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos.
- Educación al paciente y su cuidadora a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita sobre la medicación.
- Información y apoyo para la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.
- Puesta en marcha, en caso de existir en el hospital, el Programa de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción, simplificación, etc.).
- El FH deberá participar en los equipos de gestión de casos para la discusión y abordaje específico de este paciente.
- El FH se deberá integrar con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud en este paciente.
- El FH se deberá coordinar con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.
- Establecimiento de procesos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de este paciente.
- En caso de ser necesario, se trabajo de manera conjunta con el trabajador social.
- Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica.

4. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado a nivel hospital y a nivel SEFH. Se registrarán, al menos, los indicadores recogidos en el documento de consenso:

Selección: 1 paciente en nivel 1.
Cobertura: 1 paciente de nivel 1 al que se ha prestado Atención Farmacéutica.
Registro de las actuaciones de Atención Farmacéutica realizadas.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Paciente con necesidad de apoyo social, que presenta dificultades de cuidados de su propia salud (no sólo del tratamiento).

En el caso de este paciente, tendrá especial relevancia la coordinación con el equipo asistencial, especialmente de atención primaria por las características de las patologías que padece y la medicación que toma, con el objetivo de contar con una visión integral del paciente.

Además, el FH deberá involucrarse en los equipos de gestión de casos si existieran en el hospital para discutir la situación del paciente y las mejores alternativas de tratamiento y cuidados.

Referencia 5

DOS O MÁS ENFERMEDADES DE ESTAS CATEGORÍAS CLÍNICAS IDENTIFICAN A LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS:

Categoría A

- A.1. Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹.
- A.2. Cardiopatía isquémica

Categoría B

- B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
- B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidas durante 3 meses.

Categoría C

- C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC³ o FEC₁<65% o SaO₂≤90%.

Categoría D

- D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- D.2. Hepatopatía crónica con fatos de insuficiencia hepatocelular⁴ o hipertensión portal⁵.

Categoría E

- E.1. Ataque cerebrovascular.
- E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60).
- E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

Categoría F

- F.1. Arteropatía periférica sintomática.
- F.2. Diabetes Mellitus con retinopatía o neuropatía sintomática.

Categoría G

- G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses.
- G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H

- H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)

¹Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

²Índice albúmina/ creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas.

³Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

⁴INR > 1,7; albúmina < 3,5 g/dl, bilirrubina > 2 mg/dl.

⁵Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

LISTADO ISMP

ISMP Español: Relación del ISMP de medicamentos de alto riesgo en hospitales

Grupos terapéuticos

- Agentes de contraste IV
- Agentes inotrópicos IV (ej. digoxina, milrinona)
- Agonistas adrenérgicos IV (ej. adrenalina, dopamina, noradrenalina)
- Anestésicos generales inhalados e IV (ej. ketamina, propofol)
- Antagonistas adrenérgicos IV (ej. esmolol, labetalol)
- Antiagregantes plaquetarios IV (ej. abciximab, eptifibatida, tirofiban)
- Antiarrítmicos IV (ej. amiodarona, lidocaína)
- Anticoagulantes orales (ej. acenocumarol, dabigatrán)
- Antidiabéticos orales (ej. glibenclamida)
- Bloqueantes neuromusculares (ej. suxametonio, rocuronio, vecuronio)
- Citostáticos, parenterales y orales
- Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina, sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)
- Insulina IV y subcutánea
- Medicamentos para sedación moderada IV (ej. midazolam, dexmedetomidina)
- Medicamentos orales para sedación moderada en niños (ej. hidrato de cloral, midazolam)
- Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas (ej. anfotericina B)
- Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal
- Nutrición parenteral
- Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)
- Soluciones cardiopléjicas
- Soluciones de glucosa hipertónica ($\geq 20\%$)
- Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)
- Trombolíticos (ej. alteplasa, tenecteplasa)

Medicamentos específicos

- Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen ≥ 100 ml (excluyendo botellas)
- Cloruro potásico, IV (solución concentrada)
- Cloruro sódico hipertónico ($\geq 0,9\%$)
- Epoprostenol IV
- Fosfato potásico IV
- Metotrexato oral (uso no oncológico)
- Nitroprusiato sódico IV
- Oxitocina IV
- Prometazina IV
- Sulfato de magnesio IV
- Tintura de opio
- Vasopresina

ISMP Americano: ISMP List of High-Alert Medications in Community/Ambulatory Healthcare

Grupos terapéuticos

- Antirretrovirales (ej. efavirenz, lamivudina, raltegravir, ritonavir, combinación de agentes antirretrovirales)
- Quimioterapia oral (excluyendo agentes hormonales) (ej., ciclofosfamida, mercaptopurina, temozolomida)
- Hipoglucemiantes orales
- Inmunosupresores (ej. azatioprina, ciclosporina, tacrolimus)
- Insulina (todas las formulaciones)
- Opiáceos (todas las formulaciones)
- Medicamentos pediátricos líquidos que requieren medición
- Medicamentos categoría X durante el embarazo (ej. bosentan, isotretinoína)

Medicamentos específicos

- Carbamazepina
- Hidrato de cloral para sedación en niños.
- Heparina, incluyendo no fraccionada y de bajo peso molecular
- Metformina
- Metotrexato para uso no oncológico
- Midazolam líquido para sedación en niños
- Propiltiouracilo
- Warfarina



Documento de trabajo completo y herramienta* disponible en www.sefh.es

*-La herramienta Excel es un trabajo teórico desarrollado en el marco del “Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH”

- Para su utilización en la práctica clínica requiere de una validación previa a través de un proyecto de investigación.
- Su utilización por tanto debe ser puramente teórica y no debe dar lugar a ningún tipo de decisión/ actuación clínica.