

Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Documento del proyecto



Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

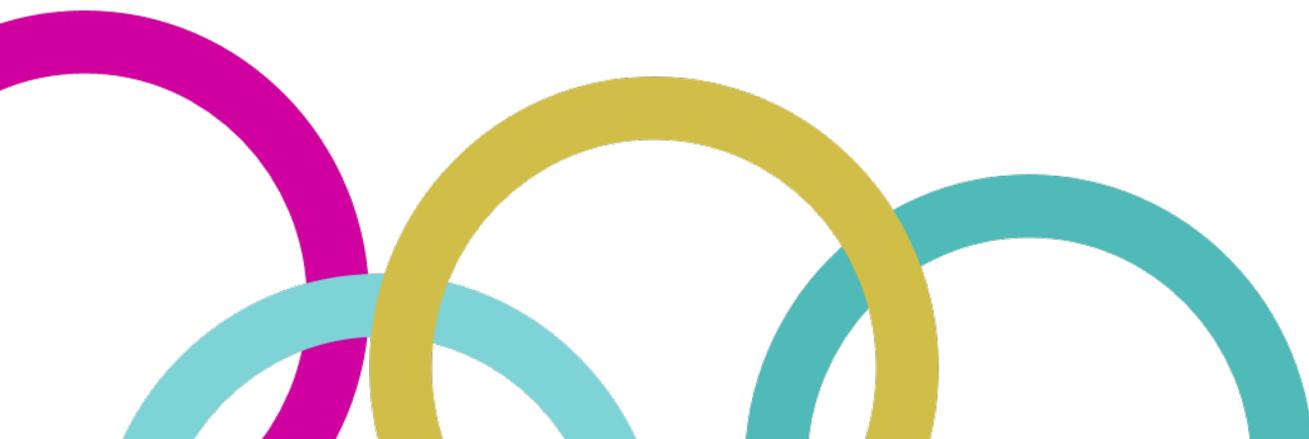
PROYECTO MAPEX

*Mapa estratégico de Atención
Farmacéutica al paciente externo*

Índice

- 01 PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y ANTECEDENTES | 5
- 02 INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA | 9
- 03 OBJETIVOS | 15
- 04 MODELO DE ESTRATIFICACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS | 17
 - Variables del Modelo de Estratificación | 18
 - Puntuación para la estratificación de pacientes | 22
 - Niveles de Atención Farmacéutica según las características específicas de cada paciente | 23
- 05 HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LAS ACTUACIONES DEFINIDAS | 27
- 06 PRÓXIMOS PASOS | 31

ANEXO : Bibliografía empleada en la definición del Modelo de Estratificación | 33



GRUPO DE TRABAJO

Emilio Monte Boquet (Coordinador)

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Vera Lucia Áreas de Águilas

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Joaquín Borrás Blasco

Hospital de Sagunto, Valencia

Raúl Ferrando Figueres

Hospital General Universitario de Castellón

Belén Hernandez Muniesa

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Piedad López Sanchez

Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real

Esther Ramírez Herraiz

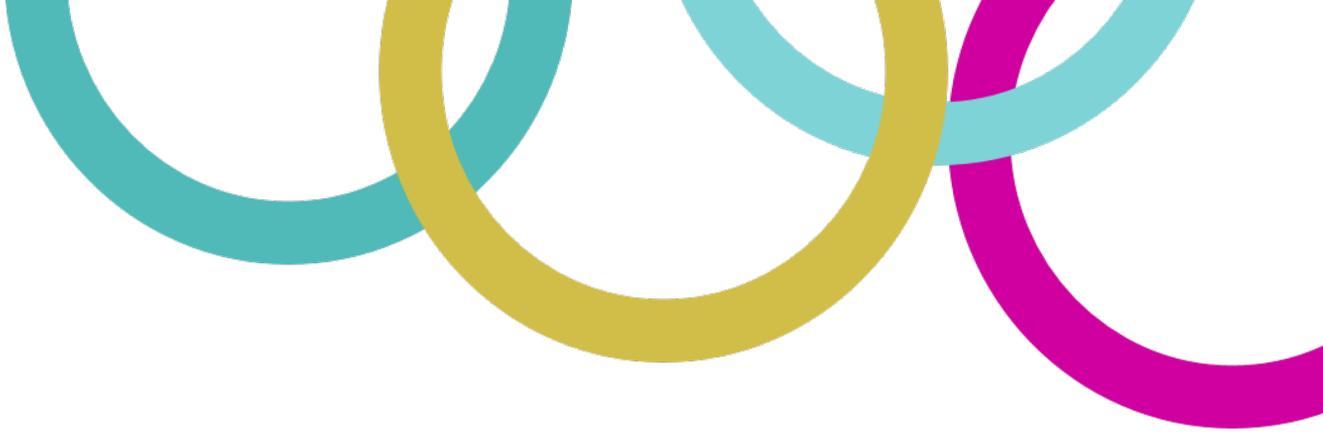
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Nuria Rudi Sola

Hospital General de Granollers, Barcelona

Olatz Urbina Bengoa

Hospital Santiago Apóstol , Álava



01

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y ANTECEDENTES

Presentación del proyecto “Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”

A finales de 2014, mediante la puesta en marcha del proyecto MAPEX, la SEFH se propuso establecer el marco y las actuaciones que permitieran a los farmacéuticos anticiparnos a las necesidades de los pacientes externos con el fin último de contribuir de manera eficaz a la consecución de resultados en salud y a la sostenibilidad del sistema. Se trata, sin duda, de uno de los proyectos más ambiciosos desarrollados en nuestra sociedad, contando con la participación de un elevado número de socios, así como de otros agentes externos, para sentar las bases de lo que debe ser la atención farmacéutica a los pacientes externos atendidos en los servicios de farmacia de los hospitales con la finalidad de aportar valor mediante nuestra actividad profesional no solo a los pacientes, sino también al sistema sanitario y a la sociedad.

Una de las herramientas fundamentales para la consecución de este objetivo es la estratificación de pacientes en relación a su riesgo de morbilidad farmacoterapéutica y el desarrollo de modelos de atención farmacéutica en función de dicho riesgo. El proyecto MAPEX, en su tercera fase, contempla el desarrollo de modelos de estratificación y de actuación específicos para diferentes patologías, entre las cuales se encuentran las enfermedades inflamatorias inmunomediadas.

El documento que tengo el placer de presentar recoge el “Modelo de estratificación y atención farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la SEFH” y es el resultado del arduo trabajo de un grupo de compañeros que hemos puesto todo nuestro esfuerzo, conocimiento y experiencia en el desarrollo del mismo. Como coordinador del grupo, quiero agradecer sinceramente las aportaciones y la labor desarrollada por todos ellos, gracias a las cuales ha sido posible el desarrollo del modelo. También quiero agradecer el trabajo llevado a cabo por las personas de Ascendo Consulting, quienes nos han ayudado sin descanso y han hecho más llevadero y fácil el trabajo realizado.

Somos conscientes de que estos modelos, sin duda, tienen limitaciones y, además, deben implementarse en contextos muy diferentes y complejos. Pero confiamos en que el modelo recogido en este documento sea de utilidad práctica en el día a día de las consultas farmacéuticas de los hospitales y contribuya a aportar valor a nuestras actuaciones. Si es así, daremos por bueno todo el esfuerzo realizado.

Un saludo,

Emilio Monte Boquet
Coordinador del proyecto

Antecedentes

La problemática asistencial en la atención a pacientes externos está evolucionando con rapidez y la **mayor relevancia de los pacientes crónicos** hace que sea indispensable dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud, como para **garantizar la sostenibilidad del sistema** en un entorno con presión creciente sobre los costes. Como respuesta a esta necesidad, el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas como otros agentes como las sociedades científicas, hospitales, etc. están desarrollando **planes y estrategias en torno al paciente crónico**.

En 2012 la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (en adelante SEFH) publicó el **“Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico”**, cuyo objetivo principal era **establecer las líneas de trabajo para mejorar de la atención a los pacientes crónicos** por parte del Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria (en adelante FH).

Posteriormente, la SEFH llevó a cabo un proceso de **reflexión con el fin de identificar el punto de partida para abordar las líneas estratégicas** descritas en el Plan. Como resultado de este proceso de reflexión, la SEFH concluyó que el eje 2, **“Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención”**, constituía un marco esencial para

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

avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos desde la posición del FH y para el desarrollo de futuras actuaciones en este sentido.

En esta línea la SEFH desarrolló en el año **2013** el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”**, en **2014** el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”** y en **2015** el **“Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”**.

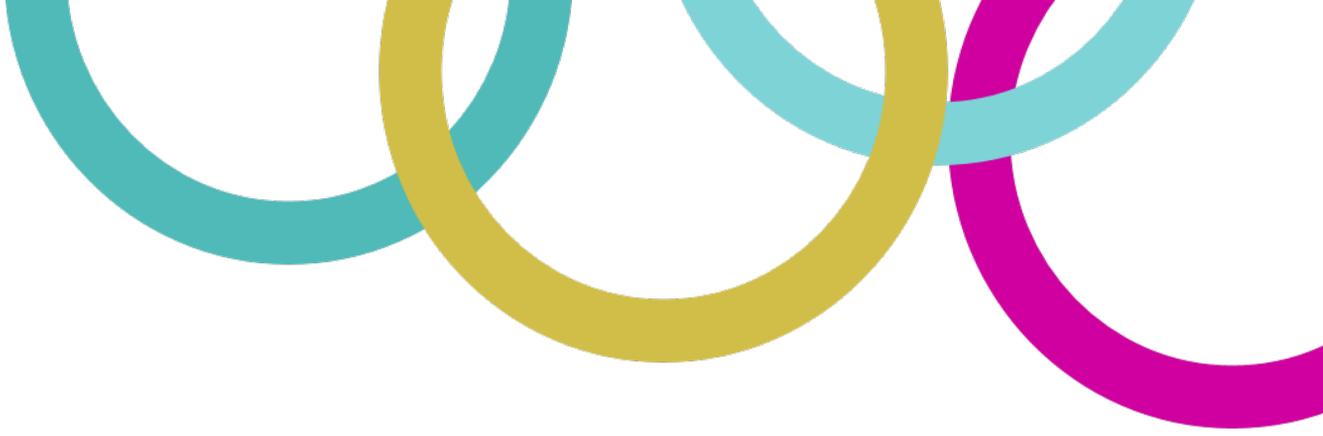
En 2014, la SEFH llevó a cabo el **Proyecto Mapex: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo**, a través del cual la SEFH buscaba reforzar el marco de actuaciones que permitieran a los FH anticiparse a las necesidades de estos pacientes con el objetivo último de contribuir de manera eficaz a la consecución de los resultados en salud y a la sostenibilidad del sistema.



Dentro de este mapa estratégico, se establecieron unos objetivos en base a unos pilares estratégicos consensuados por un Comité de Expertos y se definieron las iniciativas a llevar a cabo para la consecución de estos objetivos. Estas iniciativas se priorizaron, y dentro de aquellas clasificadas como prioridad alta se encuentra la iniciativa de **desarrollar, implantar y evaluar modelos de estratificación de pacientes para determinadas patologías y evaluar los beneficios clínicos de la actuación del FH en función de dicha estratificación.**

En 2016 se publicó el **Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria** donde quedan recogidos los aspectos clave de las tres cualidades básicas que definen el modelo de atención farmacéutica que responde a los retos y necesidades actuales de los pacientes (C -Capacidad-, M -Motivación-, O -Oportunidad.). En este sentido cabe destacar que, dentro de la cualidad Capacidad, entre otros aspectos, recomienda la utilización de Modelos de Selección y Estratificación en el ámbito de trabajo del farmacéutico hospitalario para la mejora de los resultados en salud y la calidad asistencial.

Es por ello que se presenta, a continuación, el “**Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**”. Para el desarrollo del modelo se ha contado con la colaboración de algunos especialistas en Farmacia Hospitalaria miembros de la SEFH, durante el periodo comprendido entre noviembre 2017 y julio 2018. Este trabajo ha contado con la colaboración de Ascendo Consulting.



02

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

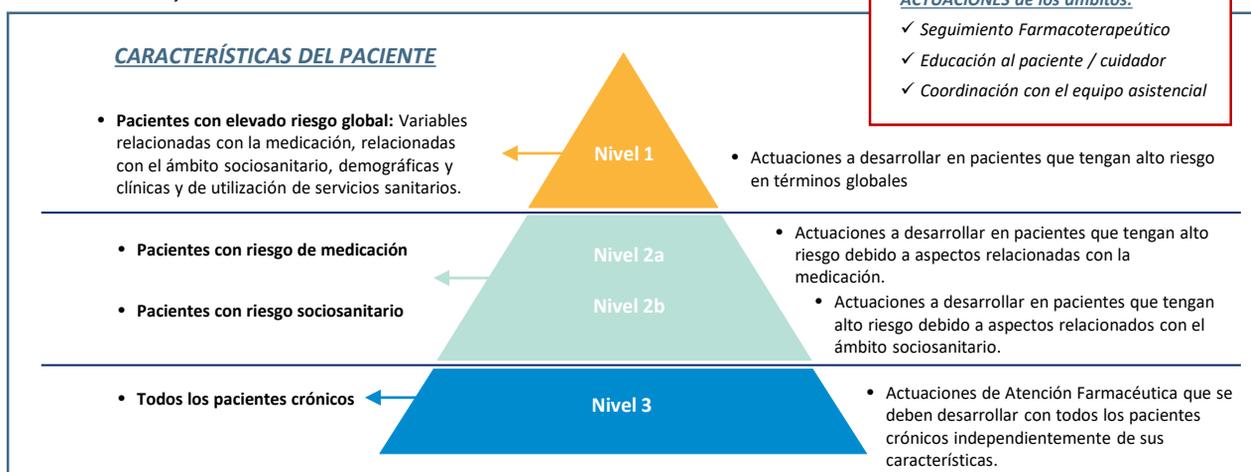
Introducción

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

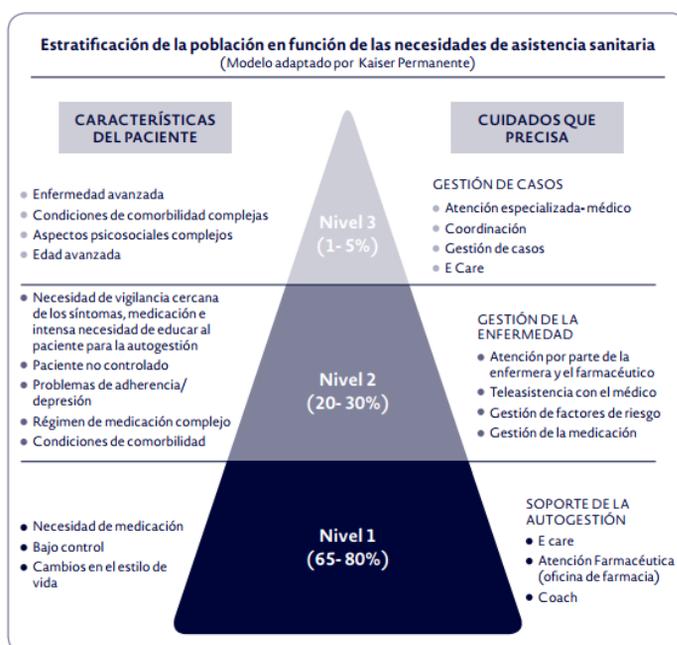
Varias son las consecuencias directas derivadas de dicha transformación, teniendo especial relevancia el **desarrollo de la atención centrada en las necesidades del paciente más allá del abordaje de las patologías**.

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

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



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



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

En el marco de la mejora asistencial de los pacientes con **enfermedades inflamatorias inmunomediadas** (en adelante EI), el **FH debe ser un agente sanitario relevante en su abordaje, integrándose en equipos multidisciplinares** que valoren sus necesidades específicas con el fin de desarrollar **aquellas intervenciones que desde su posición puedan contribuir a mejorar la farmacoterapia y el uso de medicamentos de estos pacientes.**

El rol del FH en los pacientes con EI es clave proveyendo una **atención farmacéutica de calidad** para conseguir el máximo beneficio clínico y contribuir a mejorar los resultados en salud de una manera eficiente.

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

En este ámbito los FH intervienen en la selección y validación del tratamiento más adecuado, la detección de errores, la dispensación así como la educación del paciente fomentando la adherencia, de forma que son responsables de monitorizar la efectividad y la seguridad del tratamiento seleccionado.

Las enfermedades agrupadas dentro del grupo de las EI son muy amplias y con manifestaciones clínicas muy diversas, pero de forma general son enfermedades crónicas con una gravedad moderada o alta que tienen un alto impacto tanto para el sistema como en la calidad de vida de los pacientes. Cerca de el 10% de los pacientes con EI tienen más de una patología de este tipo diagnosticada; además estos pacientes tienen un riesgo mayor de desarrollar otras comorbilidades de tipo cardiovascular, metabólico o psiquiátrico.

Los tratamientos biológicos han supuesto un cambio de paradigma en la perspectiva y la estrategia terapéutica de estos pacientes, mejorando de forma significativa sus expectativas para el futuro y aumentando la complejidad de su manejo.

Así pues, en vista a la complejidad creciente de los tratamientos junto con la necesidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades cada vez mayores de los pacientes, el enfoque multidisciplinar en el manejo de estas enfermedades es un punto clave. En este entorno, el FH es un actor principal del equipo ya que mediante sus responsabilidades contribuye a la individualización y a la mejora de la efectividad de los tratamientos en estos pacientes así como a la sostenibilidad del sistema.

La estratificación de los pacientes con EI por parte de los FH supone un gran avance en la adecuación de la Atención Farmacéutica en función de las características del paciente. Con el desarrollo de un modelo eficiente de estratificación, el FH conseguirá anticiparse a las necesidades de estos pacientes con el objetivo último de contribuir de manera eficaz a la consecución de resultados en salud de una manera eficiente.

El **objetivo principal** de esta iniciativa ha sido diseñar un **modelo de atención farmacéutica individualizado** para pacientes con EI en función de la complejidad de la patología, la complejidad del propio paciente y del tratamiento, así como una herramienta informática que dé soporte al modelo.

Para la consecución de este objetivo general, se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

1. Desarrollar el modelo de estratificación para los pacientes con EI en función de distintas variables de riesgo y necesidad de atención farmacéutica.
2. Desarrollar el modelo de atención farmacéutica dirigido a cada uno de los grupos de pacientes a partir de la estratificación que incluya entrevistas clínicas de inicio y seguimiento, conciliación de la medicación, evaluación global de los tratamientos, adherencia y calidad de vida para:
 - ✓ Proporcionar una mejor atención estableciendo patrones de actuación diferentes para los distintos grupos de pacientes.
 - ✓ Garantizar la seguridad en la atención farmacéutica.
3. Diseñar funcionalmente la herramienta informática que dé soporte al modelo.

Puesto que el grupo de EI abarca desde procesos órgano-específicos hasta procesos sistémicos, formados ambos por más de 80 patologías, con afectaciones, sintomatología y tratamientos diferentes en la mayoría de los casos, en el modelo que se presenta en este documento se han establecido variables específicas para los siguientes tipos de EI:

- ✓ EI Dermatológicas.
- ✓ EI Músculo-esqueléticas.
- ✓ EI Gastro-intestinales.

Metodología utilizada para la elaboración del modelo

Para la elaboración del Modelo se ha aplicado una **metodología participativa** que ha implicado de manera directa a farmacéuticos miembros **de la SEFH**.

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

<i>Coordinador y miembro del grupo de trabajo</i>	<i>Centro Hospitalario</i>
Emilio Monte Boquet	Hospital Universitari i Politècnic La Fe
<i>Miembros del grupo de trabajo</i>	<i>Centro Hospitalario</i>
Vera Lucia Áreas de Águilas	Hospital General Universitario de Ciudad Real
Joaquín Borrás Blasco	Hospital de Sagunto, Valencia
Raúl Ferrando Figueres	Hospital General Universitario de Castellón
Belén Hernandez Muniesa	Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid
Piedad López Sánchez	Hospital General de Tomelloso Ciudad Real
Esther Ramírez Herraiz	Hospital Universitario de La Princesa, Madrid
Nuria Rudi Sola	Hospital General de Granollers, Barcelona
Olatz Urbina Bengoa	Hospital Santiago Apóstol, Álava

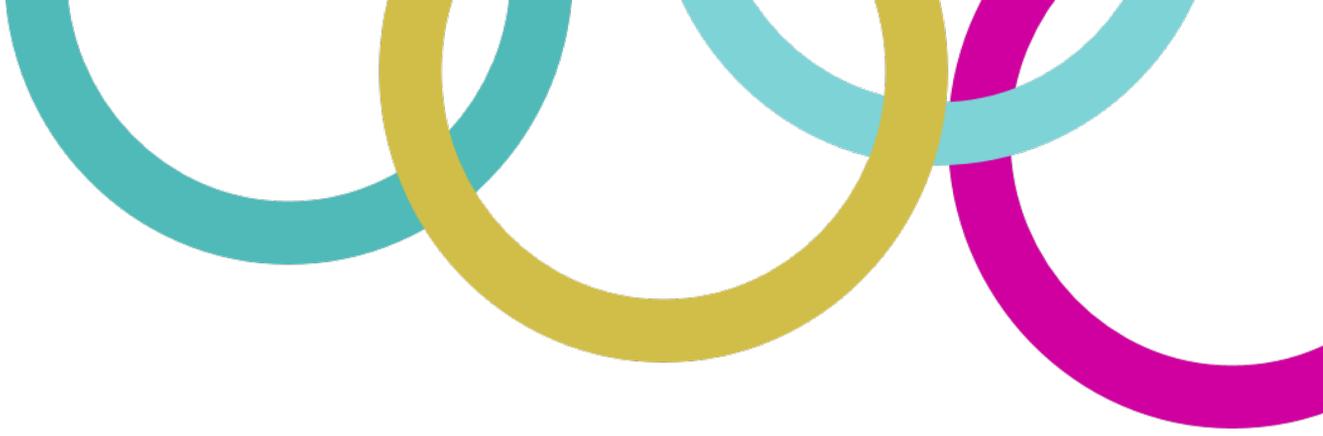
Para **testear de manera preliminar la validez del Modelo**, se realizó un **pre-test** entre los meses de Enero de 2018 y Marzo de 2018, que incluyó **una muestra de 216 pacientes con EI** provenientes de los **9 hospitales** de los miembros del grupo de trabajo.

A partir del pre-test se extrajeron conclusiones de cara a la **mejora del Modelo** y el establecimiento de los **puntos de corte de los diferentes niveles de estratificación**.

El pre-test se realizó en una muestra de 216 pacientes de 9 centros hospitalarios distintos

A continuación se aplicó el Modelo a nueve pacientes con características diferentes (“**Case Studies**”) con el objetivo de **presentar de manera práctica la aplicabilidad del Modelo y validar la coherencia de los resultados** en la aplicación del mismo a casos reales.

Por último, se pretende dar difusión a los contenidos del proyecto en diversos foros de distintos profesionales sanitarios y otros agentes de interés, así como en la página web del Proyecto MAPEX. Además el modelo será presentado en el Congreso Nacional de la SEFH 2018, en Palma de Mallorca.



03

OBJETIVOS

Objetivos del Modelo

El objetivo del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para enfermedades inflamatorias inmunomediadas es identificar aquellos pacientes con este tipo de enfermedades 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.

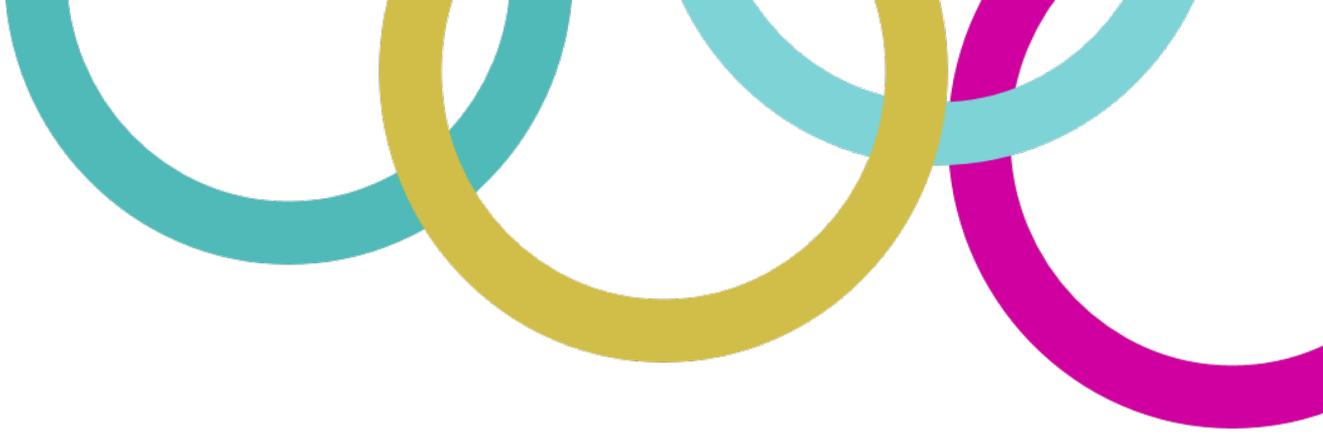
La selección de pacientes **permite orientar y homogeneizar las intervenciones farmacéuticas** y de este modo desarrollar **las estrategias más efectivas en el paciente con EI, priorizando** aquellas de **mayor impacto** en la calidad de vida.

Objetivos Intermedios

- **Optimización de la farmacoterapia** de los pacientes con EI.
- **Corresponsabilización del paciente / cuidador** con su propio tratamiento a través de la información y la educación sobre el autocuidado.
- Aumento de la **adherencia** a los tratamientos.

Objetivos finales

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



04

MODELO DE ESTRATIFICACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN

El Modelo de Estratificación de pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas se desarrolla en torno a un conjunto de 23 variables comunes en todos los tipos de patología y una variable específica para cada uno de los tres grupos de patologías (Dermatológicas, Músculo-esqueléticas, Gastro-intestinales). Cada variable se asocia a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

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

Variables y pesos relativos del Modelo de Estratificación de pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la SEFH

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 1. Variables demográficas	Sexo	Mujer.	1
	Edad	Edad ≤ 12 años. <i>(Se recomienda emplear el modelo de estratificación de pacientes pediátricos)</i>	1
		13 ≤ Edad ≤ 17 años.	3
		18 ≤ Edad ≤ 69 años.	2
		Edad ≥ 70 años.	2
	Peso	Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²).	2
	Paciente embarazada		3
	Paciente con deseo de embarazo		2
Puntuación máxima del bloque			9 puntos

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Alcoholismo y/o drogadicción.	3
		Tabaquismo.	2
	Factores relacionados con el trato paciente-profesional	Paciente con barreras de comunicación.	3

BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional (continuación)	Soporte social y familiar y condiciones socioeconómicas	Paciente sin soporte social o familiar (incluye paciente geriátrico sin cuidador) o con condiciones socioeconómicas que pueden provocar que no mantenga la medicación o no se administre el tratamiento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables.	3
	Situación laboral	Paciente activo cuya actividad puede dificultar el tratamiento.	2
	Calidad de vida en el paciente	El paciente ha disminuído su calidad de vida como consecuencia de la patología. Test recomendados*: <ul style="list-style-type: none"> ▪ E. Dermatológicas: test <i>Dermatology Life Quality Index</i> (DLQI). ▪ E. Músculo-esqueléticas: AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales). ▪ E. Gastro-intestinales: Cuestionario SIBDQ. 	3
	Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional	Paciente con antecedentes psiquiátricos, incluyendo depresión y estrés o ansiedad no dependiente de cuidador.	3
	Paciente con deterioro cognitivo y dependencia funcional.	Deterioro cognitivo (Índice de Pfeiffer*): Se considera paciente con deterioro cognitivo cuando: <ul style="list-style-type: none"> - Paciente con bajo nivel de estudios comete 4 o más errores en el test. - Paciente con nivel alto de estudios (universitarios) comete más de 3 errores. Dependencia funcional (Índice de Katz*): <u>Persona independiente</u> : que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica. <u>Persona dependiente</u> : a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro.	2
Puntuación máxima del bloque			21 puntos

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Comorbilidades	El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad además de la EI.	2
		Paciente con insuficiencia renal y/o hepática.	3
	Multidisciplinariedad	El paciente es atendido por dos o más especialistas como consecuencia de los órganos afectados por la/s EI.	3
	Nº hospitalizaciones y visitas a Urgencias	El paciente ha tenido al menos un ingreso o una visita a urgencias en los últimos dos meses relacionado con la EI y / o tratamiento.	3
	Actividad de la enfermedad	El paciente tiene actividad de la EI moderada / alta (según el criterio científico más actual).	3
Puntuación máxima del bloque			14 puntos

*NOTA: Los tests y cuestionarios recomendados para cada variable, se utilizarán como herramienta soporte en caso que existan dudas sobre la puntuación de la variable, no siendo necesaria su realización para el uso del modelo.

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 4. Variables relacionadas con el tratamiento	Paciente NAIVE a terapia de uso hospitalario		4
	Polimedicación	El paciente toma 6 o más medicamentos, entendiendo como medicamento la forma farmacéutica acompañada de dosis y vía.	3
	Modificación régimen regular de la medicación en los últimos 6 meses		3
	Riesgo de la medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en hospitales.	3
		El paciente toma medicamentos (incluyendo fármacos biológicos) para la EI con recomendaciones especiales de almacenaje / conservación (Ej. conservación en frío).	
	Interacciones	Existe riesgo de interacción farmacológica clínicamente relevante (causada por cualquier medicamento utilizado por el paciente y que requiera ajustes o monitorización estrecha).	3
	Intolerancia al tratamiento	Aparición de reacciones adversas en el último año.	3
	Falta de adherencia al tratamiento	Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento. En caso de pacientes naive se evaluará si existen antecedentes que permiten pensar que puede haber una falta de adherencia. Se recomienda la determinación mediante cuestionarios validados: Morinsky-Green-Levine y otras mediciones de la adherencia.	4
Medicamento sujeto a seguimiento adicional	Paciente con tratamiento recientemente comercializado (primer año de autorización).	2	

Puntuación máxima del bloque

25 puntos

VARIABLES ESPECÍFICAS PARA LOS TRES GRUPOS DE PATOLOGÍAS

 Variables específicas para EI de tipo **dermatológicas**:

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Puntúa si tiene alguna de las siguientes comorbilidades	Enfermedad cardiovascular	1 si tiene una comorbilidad 2 si tiene más de una
		Síndrome metabólico	
		Diabetes	

Puntuación máxima del bloque

2 puntos

Variables específicas para EI de tipo **Gastro-intestinales**:

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Complicaciones relacionadas con la enfermedad	Obstrucción intestinal, estenosis, fístulas y abscesos.	1
		Problemas nutricionales relacionados con la mala absorción de proteínas, vitaminas o minerales.	1
Puntuación máxima del bloque			2 puntos

Variables específicas para EI de tipo **Músculo-esqueléticas**:

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Capacidad funcional o discapacidad	El paciente presenta una disminución de la capacidad funcional o discapacidad debido a la EI músculo –esquelética. Se recomienda el uso de las siguientes escalas Modified HAQ, Cochin Scale (mide específicamente la discapacidad)*.	1
		El paciente presenta dolor. Se recomienda el uso de escalas de dolor tipo EVA (EVA ≥ 7)*.	1
Puntuación máxima del bloque			2 puntos

*NOTA: Los tests y cuestionarios recomendados para cada variable se utilizarán como herramienta soporte en caso que existan dudas sobre la puntuación de la variable, no siendo necesaria su realización para el uso del modelo.

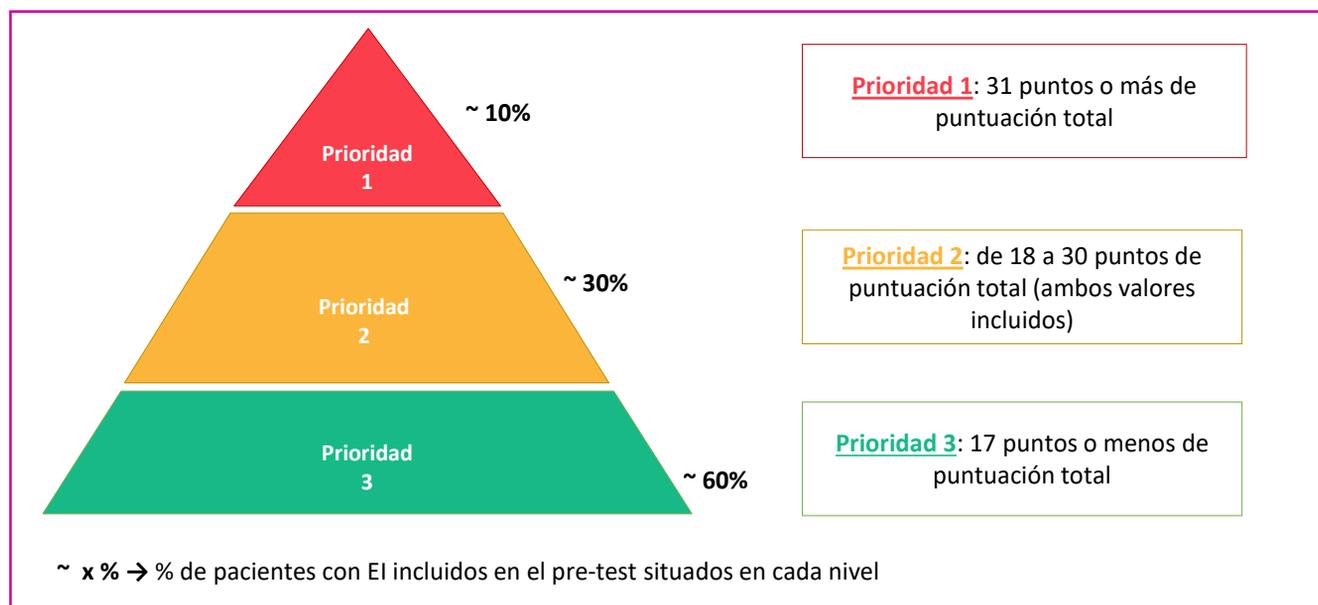
En aquellos pacientes en los que se haya diagnosticado más de una EI, puntuarán en todos los grupos de variables correspondientes a las enfermedades diagnosticadas, pudiendo de esta forma, puntuar más de uno de los grupos de variables específicas en función de la patología inflamatoria inmunomediada.



Puntuación para la estratificación de pacientes

En función de la puntuación que obtenga el paciente en el Modelo, se le clasificará en uno de los tres niveles de estratificación definidos (Prioridad 1, Prioridad 2 y Prioridad 3), que determinarán la posterior Atención Farmacéutica que se deberá prestar a cada paciente.

Pirámide de estratificación en función de la puntuación obtenida en el modelo de estratificación



La estratificación se ha validado y ajustado con el pre-test desarrollado por los FH participantes del grupo de trabajo del proyecto.

Como excepción a esta puntuación, el grupo de trabajo del proyecto ha decidido que determinados pacientes se les asigne directamente al **nivel de Prioridad 1**, independientemente de la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación, debido a su nivel de riesgo. Se trata de las **pacientes embarazadas o con deseo de embarazo**.

Además, para **pacientes pediátricos** se recomienda usar el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH.

La **puntuación global** del paciente se obtendrá sumando la puntuación de cada una de las variables del paciente.

Actuaciones de Atención Farmacéutica

Las **actuaciones** de Atención Farmacéutica a realizar comprenderán **tres grandes ámbitos de actuación**, 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.

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

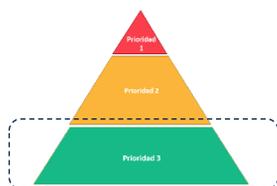
Para la óptima realización de las actuaciones propuestas cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones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

A continuación se proponen los siguientes **intervalos de tiempo de periodicidad** de valoración del Modelo de Estratificación del paciente con EI. No obstante, esta información se debe considerar como orientativa estando siempre sujeta a la decisión del profesional.

Periodicidad para valorar al paciente de acuerdo al Modelo de estratificación de Enfermedades Inflammatorias Inmunomediadas	Todos los pacientes	Al inicio del tratamiento
	Pacientes Prioridad 1	Periodicidad semestral
	Pacientes Prioridad 2	Periodicidad anual salvo que se cumpla alguna de las siguientes situaciones: a) Decisión del profesional. b) Cuando exista algún cambio en el tratamiento de la EI.
	Pacientes Prioridad 3	En caso que se detecte la necesidad debido a: a) Decisión del profesional. b) Cuando exista algún cambio en el tratamiento de la EI.



Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 3



Seguimiento farmacoterapéutico

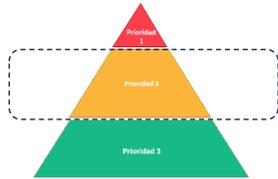
- Revisión, validación y conciliación del tratamiento completo tanto para la EI como para la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.). Monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. Esta actuación se propone que se lleve a cabo en todos los pacientes inicialmente y en caso que existan cambios en el tratamiento.
- Control de la adherencia y desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorarla en pacientes con baja adherencia.
- Seguimiento adaptado a las necesidades del paciente y al criterio del farmacéutico, coordinación de la siguiente visita a la Unidad de Pacientes Externos del servicio de farmacia con la siguiente visita a su médico o con el departamento de citaciones.

Formación, educación y seguimiento del paciente

- Promoción de la adherencia.
- Proporción de información y resolución de dudas relacionadas con:
 - o La enfermedad.
 - o El tratamiento (posología, conservación del medicamento...), prevención y minimización de reacciones adversas, aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada).
 - o Hábitos de vida saludable.
- Fomento de un paciente activo e informado que se corresponsabilice en el resultado del tratamiento.
- Proporción de recursos web y apps con fin informativo y de seguimiento de los pacientes mediante el uso de las nuevas tecnologías, aplicando programas de telefarmacia y de dispensación domiciliaria.

Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de estos pacientes (médico y enfermería) y niveles asistenciales (entre atención especializada, primaria y Oficina de farmacia), estableciendo un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente tipo.
- Participación del FH en comités de biológicos.
- Colaboración con asociaciones de pacientes.
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.



Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 2

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión, validación y conciliación del tratamiento completo tanto para la EI como para la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.). Monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. Esta actuación se propone que se lleve a cabo en todos los pacientes inicialmente, en caso que existan cambios en el tratamiento y en **todas las visitas de seguimiento**.
- Control de la adherencia y desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorarla en pacientes con baja adherencia.
- Seguimiento adaptado a las necesidades del paciente y al criterio del farmacéutico, coordinando la siguiente visita a la Unidad de Pacientes Externos del servicio de farmacia con la siguiente visita a su médico o con el departamento de citaciones.

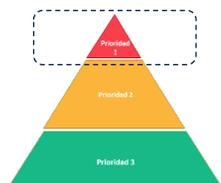
Formación, educación y seguimiento del paciente

- Promoción de la adherencia.
- Proporción de información y resolución de dudas relacionadas con:
 - o La enfermedad.
 - o El tratamiento (posología, conservación del medicamento...), prevención y minimización de reacciones adversas, aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada).
 - o Hábitos de vida saludable.
- Fomento de un paciente activo e informado, que se corresponsabilice en el resultado del tratamiento.
- Proporción de recursos web y apps con fin informativo y de seguimiento de los pacientes mediante el uso de las nuevas tecnologías, aplicando programas de telefarmacia y de dispensación domiciliaria.

Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de estos pacientes (médico y enfermería) y niveles asistenciales (entre atención especializada, primaria y Oficina de farmacia), estableciendo un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente tipo.
- Participación del FH en comités de biológicos.
- Colaboración con asociaciones de pacientes.
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia
- **Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.**
- **Definición de actuaciones consensuadas específicas para cada paciente entre los diferentes profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales implicados que se registren en la historia clínica del paciente.**

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



Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 1

Seguimiento farmacoterapéutico

- Revisión, validación y conciliación del tratamiento completo tanto para la EI como para la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.), monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. Esta actuación se propone que se lleve a cabo en todos los pacientes inicialmente, en caso que existan cambios en el tratamiento y en todas las visitas de seguimiento.
- Control de la adherencia y desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorarla en pacientes con baja adherencia.
- Seguimiento adaptado a las necesidades del paciente y al criterio del farmacéutico, coordinando la siguiente visita a la Unidad de Pacientes Externos del servicio de farmacia con la siguiente visita a su médico o con el departamento de citaciones.
- **Desarrollo de un plan de acción entre niveles asistenciales para abordar las reacciones adversas al tratamiento y para resolver incidencias, mediante la definición de vías rápidas de comunicación permanente.**
- **A criterio del farmacéutico se establecerán objetivos a corto plazo según el Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria.**

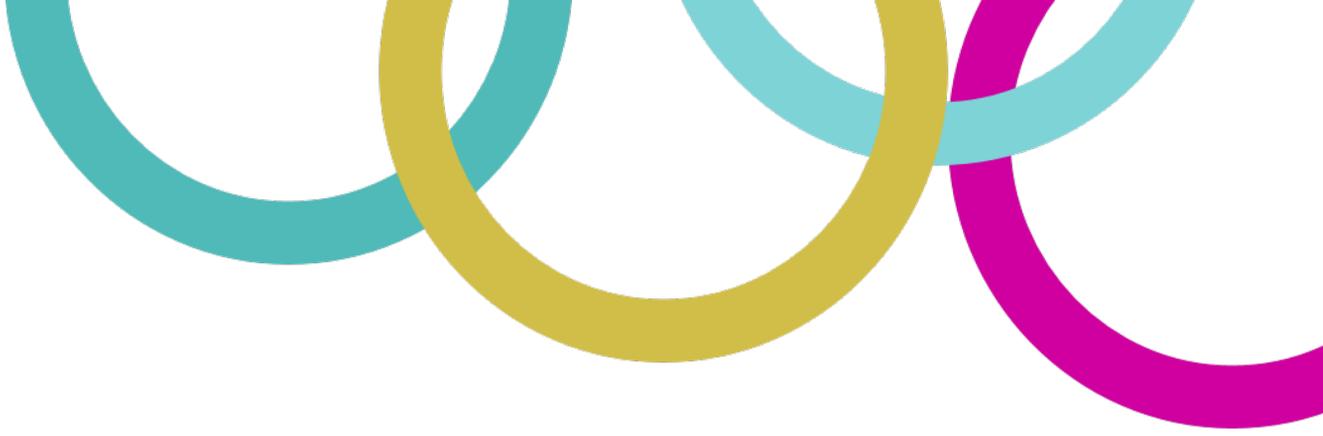
Formación, educación y seguimiento del paciente

- Promoción de la adherencia (en pacientes con baja adherencia medición e intervenciones específicas)
- Proporción de información y resolución de dudas relacionadas con:
 - o La enfermedad.
 - o El tratamiento (posología, conservación del medicamento...), prevención y minimización de reacciones adversas, aportación de material personalizado (hoja de medicación personalizada).
 - o Hábitos de vida saludable.
- Fomento de un paciente activo e informado, que se corresponsabilice en el resultado del tratamiento.
- Proporción de recursos web y apps con fin informativo.

Coordinación con el equipo asistencial

- Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de estos pacientes (médico y enfermería) y niveles asistenciales (entre atención especializada, primaria y Oficina de farmacia) estableciendo un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente tipo.
- Definición de actuaciones consensuadas específicas para cada paciente entre los diferentes profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales implicados que se registren en la historia clínica del paciente.
- Participación del FH en comités de biológicos.
- Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.
- Colaboración con asociaciones de pacientes.
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.
- **Realización de reuniones periódicas con los Servicios de Reumatología, Dermatología o Aparato Digestivo para la coordinación del equipo asistencial sobre indicadores de eficacia y adherencia del paciente.**

Actuaciones específicas del nivel de Prioridad 2. El resto de actuaciones son las establecidas para niveles de prioridad inferiores.



05

**HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y
PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LAS
ACTUACIONES DEFINIDAS**

Herramientas de formación y procedimientos para realizar las actuaciones definidas

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

En este sentido se han identificado las siguientes necesidades:

Herramientas/ procedimientos

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

Entre otros aspectos, es clave que los FH cuenten con la formación que les permita utilizar el Modelo de forma ágil así como llevar a cabo las actuaciones de Atención Farmacéutica en pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas de manera adecuada.

Formación

- Contar con una **herramienta básica para formar a los farmacéuticos de hospital, médicos, enfermería, etc.** sobre **Atención Farmacéutica** al paciente con EI.
- **Impartir formación a los FH sobre el manejo de las variables, así como sobre los cuestionarios recomendados en el Modelo de Estratificación** para homogeneizar así la recogida de información clave para la valoración del modelo.
- Desarrollar **formación orientada a los FH en los conceptos y la forma de trabajo de Gestión de Casos/Sociosanitarios** (escalas de valoración funcional y cognitiva, etc.).
- Incorporar en el programa de Desarrollo Profesional Continuo de la SEFH **formación básica en Atención Farmacéutica al Paciente con EI para Farmacéuticos Internos Residentes (FIR)**.



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 con EI.
- Establecer **alianzas con las Asociaciones de Pacientes** para fomentar la comunicación bidireccional entre ambos agentes en beneficio del paciente.
- Establecer **alianzas con las Administraciones Públicas** para la implantación, utilización y explotación de datos registrados en el Modelo en las distintas Comunidades Autónomas.

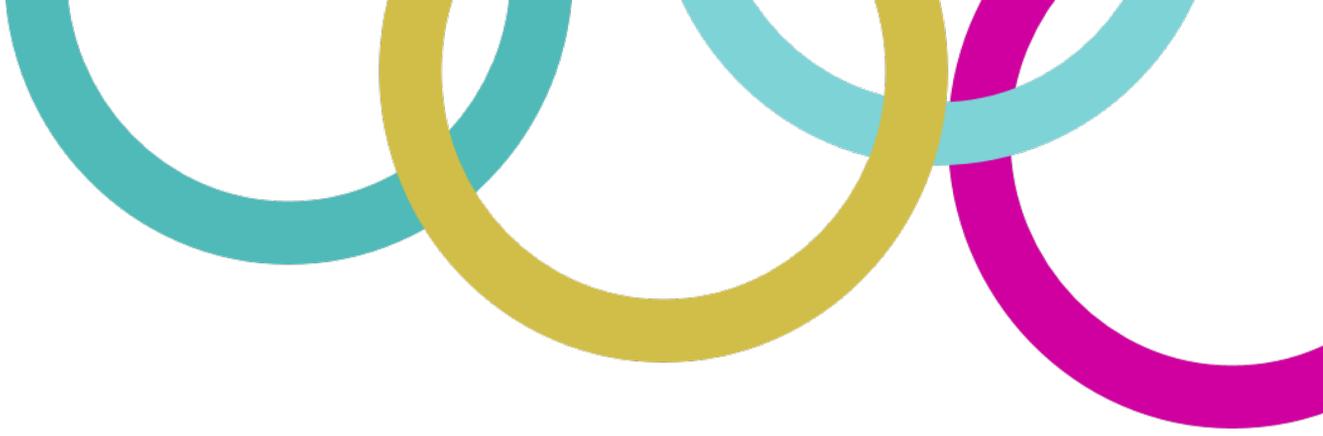
Proceso de trabajo del paciente con enfermedades inflamatorias inmunomediadas

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

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 con EI, y por otro, de **poner en valor el papel del FH** en la **mejora de la atención a los mismos, desde el punto de vista de resultados en salud y de calidad de vida**.

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



06

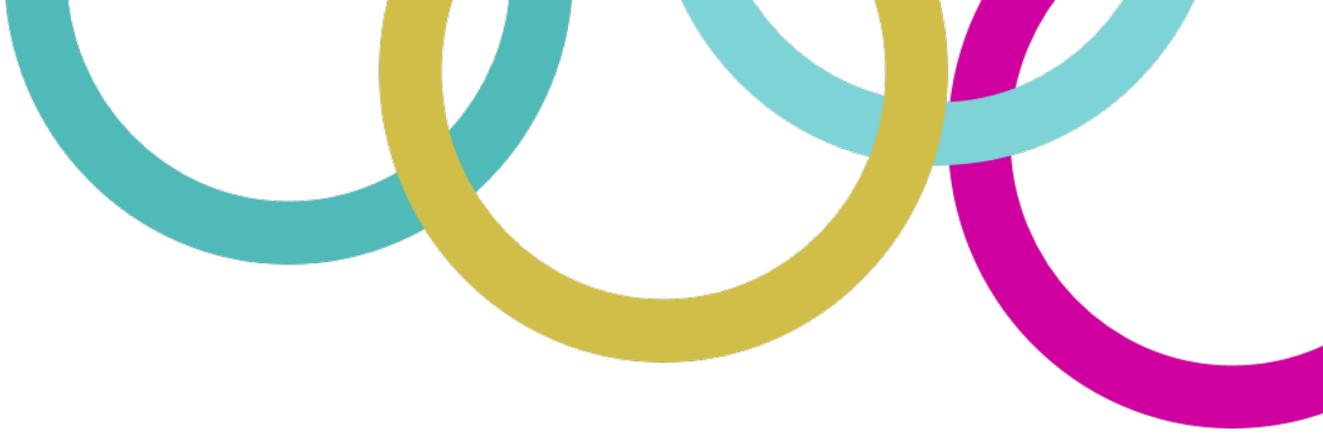
PRÓXIMOS PASOS

Próximos pasos para el desarrollo del Modelo

Tras la elaboración de este trabajo, **se han identificado una serie de pasos a emprender** con el objetivo de **dar a conocer el Modelo y promover su utilización en la práctica clínica habitual**:

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





ANEXO

BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA EN LA DEFINICIÓN DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Referencias bibliográficas

Referencia 1: Ramón Morillo-Verdugo. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. 2016.

Referencia 2: Peso

Fuente:

- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.
- (2) Segura A. Pérdida de peso en el paciente oncológico. Sociedad Española de Oncología Médica 2004.
- (3) Moreno et al. Obesidad. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. 2010.

Referencia 3: Paciente embarazada

Fuente:

- (4) Ricard Cervera, Josep Font. Pregnancy and systemic autoimmune diseases. Unidad de Coordinación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clinic. Barcelona. El Servier Vol. 113. Núm.20. Diciembre 1999.

Referencia 4: Paciente con deseo de embarazo

Fuente:

- (5) Prada Hernández Dinorah Marisabel et al. Utilidad del Consejo preconcepcional en enfermedades reumáticas autoinmunes. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XV, Número 2; 2013: 63-70

Referencia 5: Hábitos de vida no saludables

Alcoholismo y/o drogadicción

Consumo alcohólico de riesgo: mujeres > 17 UBE/semana y hombres > 28 UBE/semana

Cálculo UBE: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/calculos/cuantificacion-consumo-alcohol/>

Fuente:

- (6) Excess Mortality Related to Alcohol and Smoking Among Hospital-Treated Patients With Psoriasis. Kari Poikolainen, MD, PhD; Jaakko Karvonen, MD, PhD; Eero Pukkala, PhD. Arch Dermatol. 1999;135(12):1490-1493. doi:10.1001/archderm.135.12.1490
- (7) Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2016.

Tabaquismo

Fuente:

- (6) Excess Mortality Related to Alcohol and Smoking Among Hospital-Treated Patients With Psoriasis. Kari Poikolainen, MD, PhD; Jaakko Karvonen, MD, PhD; Eero Pukkala, PhD. Arch Dermatol. 1999;135(12):1490-1493. doi:10.1001/archderm.135.12.1490

Referencia 6: Factores relacionados con el trato paciente-profesional

Fuente:

- (8) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2012.
- (9) La comunicación entre el farmacéutico hospitalario y el paciente mejora el tratamiento. Artículo de la Redacción Médica. 11 de noviembre de 2015.

Referencia 7: Soporte social y condiciones socioeconómicas

Fuente:

- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.
- (8) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2012
- (10) Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva.
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>. Acceso: 18/07/2018.
- (11) Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. y Rowc, J. Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Care . Arthritis Care Research, 1, 71-77. 1988.
- (12) Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Ángela María Martínez y Claudia Patricia Arbeláez. Quality of life related to health, negative emotions, and social support in patients suffering from vulgar psoriasis. Psicología y Salud Vol 18, No 1. 2008

Referencia 8: Calidad de vida en el paciente

Fuente:

- (13) Calidad de vida y Psoriasis. Por el Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV (GPs). <https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Calidad-de-vida-y-psoriasis.pdf> . Acceso 18/07/2018
- (14) E. Daudéna E. Herrera L. Puigc J.L. Sánchez-Carazod J. Toribioe N. Perulero. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. Estudio PSO-LIFE Impact of Active and Stable Psoriasis on Health-Related Quality of Life: The PSO-LIFE Study. Actas Dermo-Sifiligráficas (English Edition), Volume 104, Issue 8, October 2013, Pages 685-693.
- (15) Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, Alarcón-Segovia D. Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS). Abello-Banfi M, Cardiel MH, Ruiz-Mercado R, Alarcón-Segovia D. J Rheumatol. 1994;21:1250-5.
- (16) F. Javier Ballina García. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Sección de Reumatología, Hospital Central de Asturias. Rev Esp Reumatol. Vol. 29. Núm. 2. 2002.
- (17) López-Vivancos J, Casellas F, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. Digestion. 60(3):274-80. 1999
- (18) Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal. Asociación Española de Gastroenterología. <http://www.aegastro.es/publicaciones/noticias-y-otros-documentos-de-interes/cuestionario-de-calidad-de-vida-en-la-enfermedad-inflamatoria-intestinal>. Acceso 18/07/2018.
- (8) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2012

Referencia 9: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Fuente:

- (11) Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. y Rowc, J. Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Care . Arthritis Care Research, 1, 71-77. 1988.
- (12) Stefano Vinaccia, Japcy Margarita Quiceno, Ángela María Martínez y Claudia Patricia Arbeláez. Quality of life related to health, negative emotions, and social support in patients suffering from vulgar psoriasis. Psicología y Salud Vol 18, No 1. 2008



- (19) Miriam Sánchez Segura. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.22 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006.
- (20) Barguil-Díaz IC et al. Depression in patients with the most frequent autoimmune diseases in rheumatology. Medicina UPB. vol. 31, núm. 1,, pp. 34-41. 2012
- (21) Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.
- (22) Valoración de las actividades de la vida diaria -Índice de Katz. Servicio Andaluz de Salud. Dra. Miriam Sánchez Segura et al. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.22 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006.
- (10) Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva
<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

Deterioro cognitivo

Índice de Pfeiffer

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo.

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

Dependencia funcional

Índice de Katz

El índice de Katz se utiliza ahora ampliamente para describir el nivel funcional de pacientes o poblaciones, predecir la necesidad de rehabilitación y la decisión de localización del paciente, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguimiento evolutivo y del resultado del tratamiento y con propósitos docentes.

Está formada por los siguientes ítems: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño. La escala puede puntuarse 2-7,10 de dos formas: de forma jerárquica, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G), o de forma dicotómica, otorgando 0 ó 1 puntos a cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, y continencia de esfínteres.

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

BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

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

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

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

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

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

DESPLAZARSE

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

CONTINENCIA

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

ALIMENTARSE

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

Categoría

clasificando al individuo en siete posibles grupos, esta vez numéricos (0-6). Es importante señalar el concepto de independencia de este índice, que es distinto del utilizado por otros autores. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro; cuando se puntúa de forma dicotómica, al grado intermedio de dependencia se les otorga 1 punto en el caso del baño, el vestido y la alimentación, y 0 puntos en el caso de ir al retrete, traslado sillón-cama .



Referencia 10: Comorbilidades

Fuente:

- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.

Referencia 11: Multidisciplinaridad

Fuente:

- (23) Modelo de estratificación paciente crónico VIH y hepatitis víricas. SEFH.
- (24) Julio Sánchez Román et al. Enfermedades autoinmunes sistémicas (Manual de información para pacientes y familiares). Unidad de Colageniosis e Hipertensión Pulmonar, Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla) <http://alusevilla.org/wp-content/uploads/2011/04/Manual.pdf>

Referencia 12: Nº hospitalizaciones y visitas a urgencias

Fuente:

- (23) Modelo de estratificación paciente crónico VIH y hepatitis víricas. SEFH.
- (25) Jesús Canora Lebrato. Pacientes autoinmunes en urgencias: principales síndromes de presentación. Hospital Universitario de Fuenlabrada. 2011
<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxxii-congreso-semi/52-%20Canora%20Lebrato.pdf>. Acceso 18/07/2018

Referencia 13: Actividad de la enfermedad

Siempre según el criterio científico más actual

Fuente:

- (26) En remisión ¿se pueden suspender los medicamentos? Arthritis Foundation.
<http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/preguntas-frecuentes/pf-remision-suspender-tx/>. Acceso 18/07/2018.

Referencia 14: Polimedicación

- (23) Modelo de estratificación paciente crónico VIH y hepatitis víricas. SEFH.

Referencia 15: Modificación del régimen regular de la medicación

- (27) Gilbert A et Al. Implementing and evaluating a parallel post- discharge Home Medicine Review (HMR) Model. The Pharmacy Guild of Australia

Referencia 16: Riesgo de la medicación

Además del tratamiento antineoplásico, el paciente toma algún otro medicamento de alto riesgo (incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos.

Fuente:

(27) ISMP-España

Relación del ISMP de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos.

<p>▶ Grupos terapéuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) 		<ul style="list-style-type: none"> - Insulinas IV y subcutáneas - 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 cardioplégicas - Soluciones de glucosa hipertónica ($\geq 20\%$) - Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis) - Trombolíticos (ej. alteplasa, tenecteplasa)
<p>▶ Medicamentos específicos</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Metotrexato oral (uso no oncológico) - Nitroprusiato sódico IV - Oxitocina IV - Prometazina IV - Sulfato de magnesio IV - Tintura de opio - Vasopresina 	

El paciente toma medicamentos para la EI con recomendaciones de almacenaje y / o conservación especiales.

Fuente:

(1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.



Referencia 17: Intolerancia al tratamiento

Fuente:

- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.
- (28) Joan B. Tarloff, PhD. Manual MSD. Clasificación de las reacciones adversas a los fármacos. University of the Sciences in Philadelphia http://www.msmanuals.com/es-es/professional/farmacolog%C3%ADa-cl%C3%ADnica/reacciones-adversas-a-los-f%C3%A1rmacos/reacciones-adversas-a-los-f%C3%A1rmacos#v1109642_es. Acceso 18/07/2018.
- (29) Macy E, Ho NJ. Multiple drug intolerance syndrome: prevalence, clinical characteristics and management. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2012;108:88-93.

Referencia 18: Adherencia al tratamiento

Fuente:

- (8) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2012

Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento. Determinación mediante 2 métodos indirectos de validación: registros informáticos de dispensación + Cuestionario Morinsky-Green-Levine.

- Registro informático de dispensación: paciente no adherente si el registro de dispensación es $\leq 90\%$.
- Cuestionario Morinsky-Green-Levine: el paciente se considera no adherente si responde de forma incorrecta a alguna de las 4 preguntas (Respuesta correcta: No/Sí/No/No).
 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Referencia 19: Tratamiento en condiciones especiales

Fuente:

- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.

Referencia 20: Comorbilidades específicas del EI dermatológico

Fuente:

- (30) Existen muchas comorbilidades asociadas a la psoriasis, como la enfermedad cardiovascular, obesidad, depresión, dislipemias, hipertensión, síndrome metabólico y diabetes. Abbvie. 2016. https://www.abbvie.es/content/dam/abbviecorp/es/docs/PR_13_06_16.pdf. Acceso 18/07/2018.

Referencia 21: Capacidad funcional o discapacidad y Dolor del EI músculo - esquelético

Fuente:

- (31) Esteve-Vives J, Batlle Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *Rheumatol* 1993;20:2116-22.
- (32) Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ. Self-report questionnaire scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical, radiographic and laboratory measures. *Ann Intern Med* 1989;110:259-66.
- (33) Duruoz MT, Poiraudau S, Fermanian J, Menkes CJ, Amor B, Dougados M, et al. Development and validation of a rheumatoid hand functional disability scale that assesses functional handicap. *J Rheumatol* 1996;23:1167-72.
- (34) Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. C. Pardo; T. Muñoz; C. Chamorro y Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. 2006
- (16) F. Javier Ballina García. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Sección de Reumatología. Hospital Central de Asturias. *Rev Esp Reumatol*. Vol. 29. Núm. 2.2002.
- (1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Paciente Oncohematológico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2017.

Referencia 22: Complicaciones relacionadas con la EI gastro - intestinal

Fuente:

- (35) Enfermedad inflamatoria intestinal. Rioja Salud. Gobierno de la Rioja. <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/digestivo/enfermedad-inflamatoria-intestinal>. Acceso 18/07/2018
- (36) Keiichi Mitsuyama, et al. Antibody markers in the diagnosis of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*; 22(3): 1304–1310. 2016



ASCENDO
CONSULTING