



Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas

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 ONCOHEMATOLÓGICAS | 17
 - Variables del Modelo de Estratificación | 18
 - Puntuación para la estratificación de pacientes | 21
 - Actuaciones de Atención Farmacéutica según las características específicas de cada paciente | 22
- 05 HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR LAS ACTUACIONES DEFINIDAS | 27
- 06 PRÓXIMOS PASOS | 31

ANEXO: Bibliografía | 33



GRUPO DE TRABAJO

Irene Mangués Bafalluy (Coordinadora)

H.U. Arnau de Vilanova, Lleida

Beatriz Bernárdez Ferrán

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de
Compostela

María José Martínez Bautista

H.U Puerta del Mar, Cádiz

José Antonio Marcos Rodríguez

H.U. Virgen de la Macarena, Sevilla

Juan José Fernández Ávila

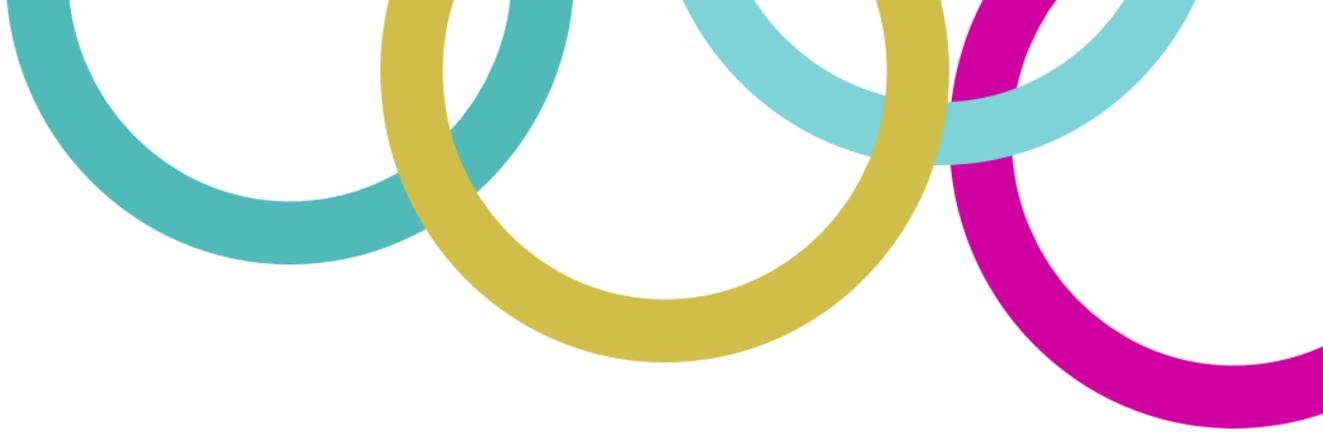
H.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Virginia Martínez Callejo

H.U. Marqués de Valdecilla, Santander

María Ángeles Parada Aradilla

H. Comarcal Sant Jaume de Calella, Calella, Barcelona



01

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y ANTECEDENTES

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

El farmacéutico oncohematológico (FOH) debe proveer Atención Farmacéutica de calidad para conseguir el máximo beneficio clínico y contribuir a mejorar los resultados en salud de una manera eficiente. Con el desarrollo de un modelo eficiente de estratificación, el FOH conseguirá anticiparse a las necesidades de estos pacientes.

El desarrollo del Mapa Estratégico de Pacientes Externos (Mapex) ha tenido como consecuencia la definición del Modelo de Atención farmacéutica CMO, basado en 3 pilares fundamentales, la Capacidad, de atender a los pacientes en función de sus necesidades, la Motivación, alineando los objetivos a corto con los objetivos a medio y largo plazo de los pacientes en relación a la farmacoterapia y la Oportunidad, utilizando las nuevas tecnologías para hacer atención farmacéutica en tiempo real.

La estratificación de los pacientes oncohematológicos (OH) supone un gran avance en la adecuación de la Atención Farmacéutica en función de las características del paciente y su tratamiento. Esta categorización se hace en base a una visión global del paciente que tiene en cuenta, además del tratamiento oncohematológico, variables demográficas, variables clínicas y de utilización de recursos sanitarios, variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional. Su aplicación conlleva el desarrollo de estrategias de intervención farmacéutica estandarizadas, adecuadas a cada uno de los niveles establecidos y consensuadas por un grupo de expertos.

Para el abordaje del presente Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para enfermedades oncohematológicas se han tenido en cuenta otros modelos de estratificación desarrollados por la SEFH, como son el Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica de pacientes crónicos adultos, el Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica de pacientes pediátricos y los Modelos de Estratificación y Atención Farmacéutica de pacientes con VIH/VHC y está alineado con el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico 2020 y con Mapex.

Irene Mangues Bafalluy

Coordinadora 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 y otros agentes del entorno sanitario como, sociedades científicas, organizaciones de pacientes, etc. han impulsado el desarrollo de **planes y estrategias para la mejora del 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 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 para identificar el punto de partida para abordar las líneas estratégicas** que describía el Plan. Como resultado de este proceso de reflexión, la SEFH concluyó que el eje 2, **“Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención”**, constituía un marco esencial para

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 de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”** y el **“Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente 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 Sociedad reforzó el marco de actuaciones que permiten 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 las iniciativas clasificadas de 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.**

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



02

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

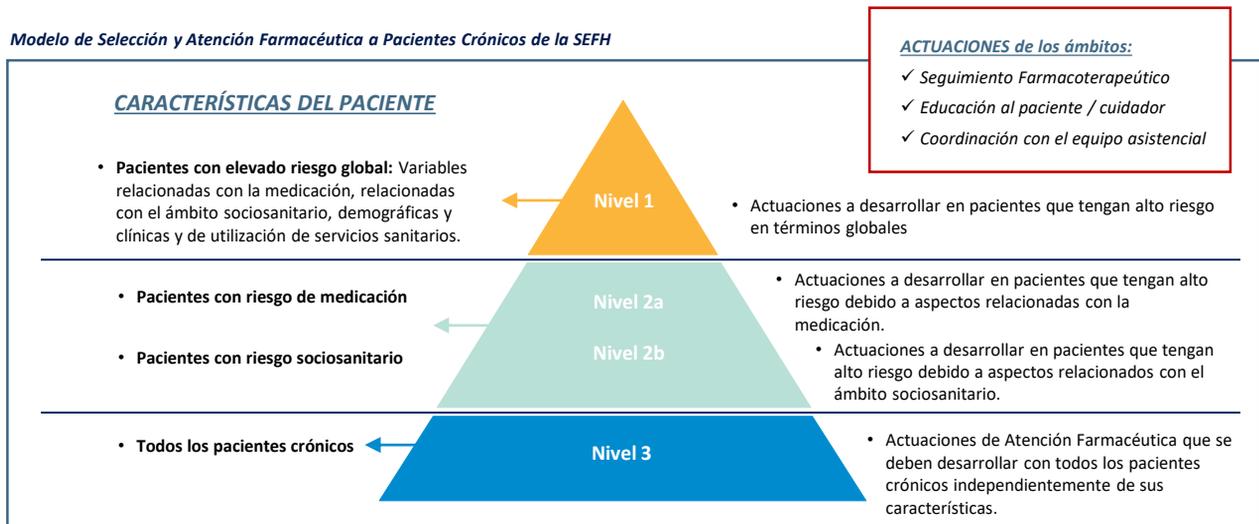
Introducción

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 oncohematológicas**, 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.**

La misión del **farmacéutico oncohematológico (FOH)** es proveer **atención farmacéutica de calidad** para conseguir el máximo beneficio clínico y contribuir a mejorar los resultados en salud de una manera eficiente, según se recoge en el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente Oncohematológico, GEDEFO 2020 (2016).

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

El FOH realiza Atención Farmacéutica continua al paciente y al cuidador ofreciendo **información acerca del tratamiento antineoplásico y una visión del plan farmacoterapéutico global.** La atención farmacéutica se orienta a la consecución de la máxima eficiencia y seguridad del tratamiento del paciente. Se realiza una entrevista clínica con evaluación global de los tratamientos de terapia farmacológica y terapia alternativa, conciliación de la medicación, adherencia y calidad de vida. Se participa asimismo en la prevención, monitorización y tratamiento de efectos adversos como parte del equipo multidisciplinar que trata al paciente y actuando de manera consensuada. Se tiene en cuenta las comorbilidades del paciente, el índice de complejidad de la patología oncohematológica (OH) y de su medicación, modificaciones de pautas, tolerancia, adherencia, cronicidad, grado de complejidad del protocolo y grado de comprensión del paciente.

En cuanto al tratamiento debe tenerse en cuenta que los protocolos oncohematológicos (OH) complejos incluyen para un mismo paciente, antineoplásicos orales (ANEOS) que se dispensan en la Consulta Externa del Servicio de Farmacia del Hospital y que el paciente toma en su domicilio, antineoplásicos intravenosos o subcutáneos de administración en Hospital de día y/o medicamentos dispensados o preparados como fórmula magistral en oficina de farmacia (corticoides) que se administran algunos días del ciclo, lo cual puede dificultar la comprensión del tratamiento por parte del paciente y su cuidador con las consecuentes repercusiones en el cumplimiento del tratamiento.

La estratificación del paciente oncohematológicos por parte de los FH supone un gran avance en la adecuación de la Atención Farmacéutica en función de sus características. 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 enfermedades oncohematológicas 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 enfermedades oncohematológicas 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.

Dentro del Modelo se ha considerado **paciente oncohematológico** a todos aquellos pacientes con enfermedades oncohematológicas, no ingresados, en tratamiento con antineoplásicos orales y/o intravenosos y/o tratamientos de soporte en su primer ciclo o posteriores. Se incluyen tanto los pacientes que se encuentren en protocolos asistenciales como de investigación.

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 del **Grupo de GEDEFO de la SEFH**.

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

<i>Coordinadora y miembro del grupo de trabajo</i>	<i>Centro Hospitalario</i>
Dra. Irene Mangues Bafalluy	Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida
<i>Miembros del grupo de trabajo</i>	<i>Centro Hospitalario</i>
Dra. Beatriz Bernárdez Ferrán	Xerencia de Xestión Integrada de Santiago
Dra. María José Martínez Bautista	Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz
Dr. José Antonio Marcos Rodríguez	Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla
Dr. Juan José Fernández Ávila	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia
Dra. Virginia Martínez Callejo	Hospital universitario Marqués de Valdecilla de Santander
Dra. María Ángeles Parada	Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Calella, Barcelona

Para **testear de manera preliminar la validez del Modelo**, se realizó un **pre-test** entre los meses de Noviembre de 2017 y Febrero de 2018, que incluyó **una muestra de 199 pacientes oncohematológicos** provenientes de **7 hospitales** distintos de los miembros del grupo de trabajo.

Para llevar a cabo este pre-test, el proyecto fue presentado, evaluado y aprobado por los **Comités Éticos de Investigación Clínica** de los diferentes hospitales y además, la AEMPS lo clasificó como estudio no-EPA (estudio observacional no post-autorización). Por otro lado, todos los pacientes incluidos en esta fase otorgaron su consentimiento informado.

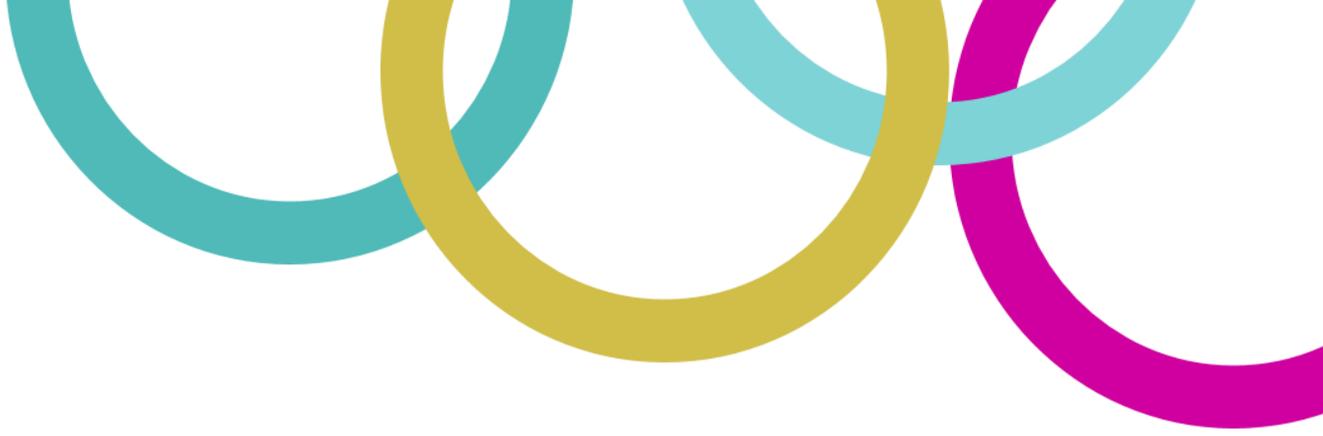
El pre-test se realizó en una muestra de 199 pacientes de 7 centros hospitalarios distintos

Este pre-test constituye la **fase piloto** del estudio de validación del Modelo; posteriormente, se va a llevar a cabo una **fase de validación** donde se ampliará el número de centros participantes y la muestra de pacientes (aproximadamente a 1.000 pacientes oncohematológicos).

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**.

A continuación se aplicó el Modelo a siete 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 perfiles profesionales sanitarios y otros stakeholders, así como en las redes sociales y en la página web de GEDEFO y del Proyecto MAPEX. Además, el Modelo se presentará 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 pacientes con enfermedades oncohematológicas es identificar aquellos pacientes oncohematológicos 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.

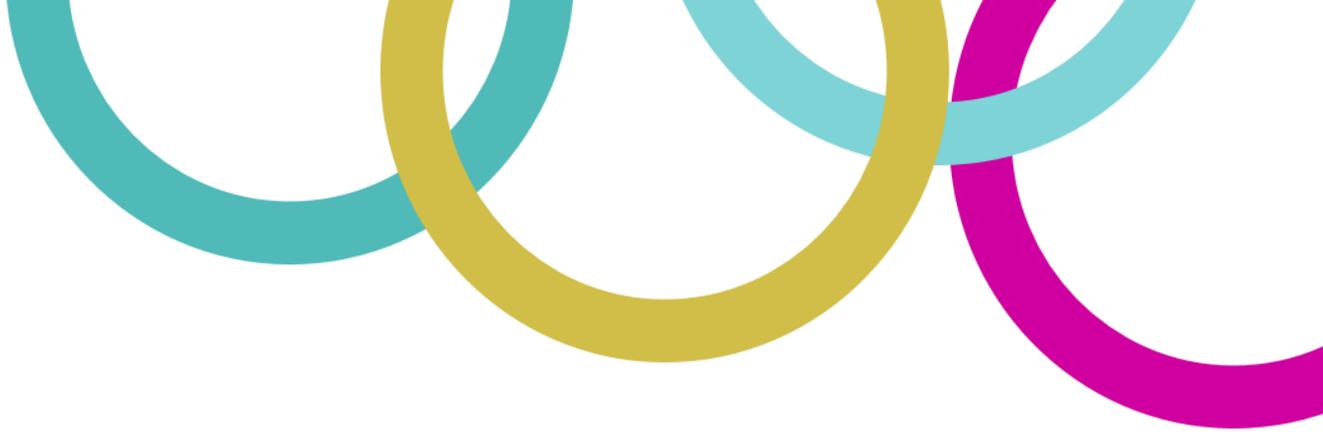
La selección de pacientes **permite orientar y homogeneizar las intervenciones farmacéuticas** y de este modo desarrollar **las estrategias más efectivas en el paciente oncohematológico, priorizando** aquellas de **mayor impacto** en la calidad de vida.

Objetivos Intermedios

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

VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN

El Modelo de Estratificación de pacientes oncohematológicos se desarrolla en torno a un conjunto de 22 variables, cada una asociada a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

Las variables se agrupan en cuatro 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 PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS DE LA SEFH

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 1. Variables demográficas	Edad	Paciente pediátrico (de 0 a 18 años)	4
	Peso: Riesgo Nutricional	Determinación del % pérdida de peso del paciente: El paciente presenta una pérdida de peso involuntaria > 5% en los últimos 3 meses <i>*A modo informativo se registrará el peso actual y el peso de hace 3 meses del paciente. La herramienta calcula automáticamente el % de pérdida de peso</i>	3
	Paciente embarazada		4
Puntuación máxima del bloque			11 puntos

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Consumo de drogas y/o de alcohol > 17 UBE/semana en mujeres y >28 UBE/semana en hombres	3
	Factores relacionados con el trato paciente-profesional	Paciente con barreras culturales y/o de comunicación	2

BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional	Paciente con antecedentes psiquiátricos, incluyendo depresión		2	
		Paciente con síntomas de ansiedad, depresión y/o malestar psicológico (tristeza, preocupación, angustia) *Ver nota			
		Cuestionario HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) <i>*A modo informativo se registrará la puntuación del Cuestionario HADS</i>	Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) > 10	3	
			Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) < 10	2	
		EVA Distress (NCCN) <i>*A modo informativo se registrará la puntuación la escala EVA Distress</i>	Eva de Distress = 7-10	3	
			Eva de Distress = 5-6	2	
		Deterioro cognitivo: En caso de sospecha de dificultad de comprensión, determinación del deterioro cognitivo mediante el <i>Índice de Pfeiffer</i> <i>*A modo informativo se registrará la puntuación del Índice de Pfeiffer</i>	El paciente sabe leer y escribir	Errores cuestionario ≥ 3	2
			El paciente no sabe leer y escribir	Errores cuestionario ≥ 4	2
	Dependencia funcional: <i>Escala ECOG</i> <i>*A modo informativo se registrará la puntuación de la escala ECOG</i>	ECOG= 3	3		
		ECOG= 2	2		
Soporte social y condiciones socioeconómicas	Paciente con soporte social y condiciones socioeconómicas que no le permiten llevar a cabo correctamente el tratamiento		4		

Puntuación máxima del bloque **19 puntos**

*NOTA: En caso de sospecha de paciente con síntomas de ansiedad, depresión y/o malestar psicológico (tristeza, preocupación, angustia), se completará sólo uno de los dos cuestionarios (HADS o EVA Distress). En el caso de completar los dos cuestionarios, se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el cuestionario HADS.

Tipología de variable	Variable	Definición	Peso
BLOQUE 3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Pluripatología / Comorbilidades	El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas (sin incluir la enfermedad oncohematológica) (ver listado enf. crónicas)	4
	VARIABLES ANALÍTICAS Y OTROS PARÁMETROS QUE REPERCUTEN EN EL AJUSTE DE DOSIS	El paciente presenta variables analíticas y otros parámetros alterados que repercuten en el ajuste de dosis. P.ej.: alteraciones hepáticas, alteraciones renales, FEVI y toxicidades asociadas al medicamento	4
	Paciente con mal control del dolor	Determinación de la intensidad de dolor mediante la Escala EVA <i>*A modo informativo se registrará la puntuación de la escala EVA Distress</i>	4
	Nº hospitalizaciones y visitas a Urgencias	El paciente ha tenido al menos un ingreso/visita a urgencias en el último mes	1
	Dificultad de deglución	El paciente presenta dificultades de deglución	4
	Líneas de tratamiento	Primer ciclo de tratamiento o cambio de tratamiento	
3º línea de tratamiento o posteriores			4

Puntuación máxima del bloque **25 puntos**

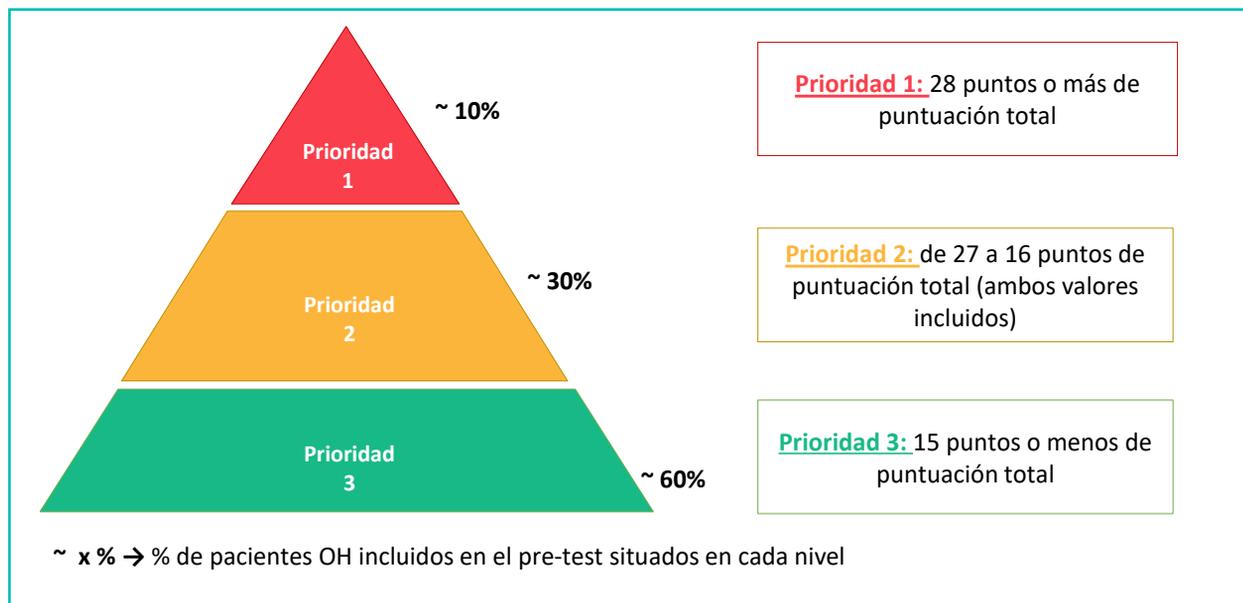
Tipología de variable	Variable	Definición	Peso	
BLOQUE 4. Variables relacionadas con el tratamiento	Polimedición	El paciente toma 6 medicamentos o más (tratamiento domiciliario), entendiéndose como medicamento la forma farmacéutica acompañada de dosis y vía (no incluir el tratamiento que forma parte del proceso oncológico)	3	
	Cambio de vía de administración o forma farmacéutica, cambio a genérico o biosimilar		1	
	Modificación del régimen regular de la medicación	El paciente, por su situación clínica, ha requerido un ajuste o atraso de dosis de la medicación antineoplásica en los últimos 2 meses	4	
	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 y/o en el listado ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo)	3	
		El paciente toma medicamentos con especiales recomendaciones de almacenaje/conservación (p.ej. medicamentos que requieren una determinada temperatura, protección de la luz, condiciones de humedad, etc.)	1	
	Complejidad de la pauta posológica	El paciente toma un medicamento antineoplásico oral (sin contar el tratamiento de soporte) con pauta discontinua. P.ej.: capecitabina, sunitinib	2	
		El paciente toma dos o más medicamentos antineoplásicos orales (sin contar el tratamiento de soporte) con pautas discontinuas y/o pautas de administración diferentes. P.ej.: lapatinib + capecitabina; MPV, KRd; Lena+Dexa; palbociclib + letrozol; palbociclib + fulvestrant; abiraterona + prednisona	4	
	Interacciones	Consulta interacciones CAM (Medicina Complementaria y Alternativa)	3	
		Inicio de un tratamiento oncológico con perfil farmacocinético complejo	3	
		Se utilizará la base de datos Lexicomp o Medinteract Interacciones nivel C	3	
		Interacciones nivel D o X	4	
	Toxicidad asociada al tratamiento	El paciente ha presentado/presenta toxicidad grado ≥ 2 asociada al tratamiento en los últimos tres ciclos. Evaluación de la toxicidad mediante la Escala Common Toxicity Criteria (CTC) del National Cancer Institute (NCI) americano (OMS)	4	
	Adherencia al tratamiento	Si existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento oncológico, determinación de la adherencia mediante dos métodos indirectos de validación: registros informáticos de dispensación + Cuestionario Morinsky-Green-Levine.	Paciente no adherente: registro de dispensación $\leq 90\%$ y en cuestionario no contesta bien a alguna de las 4 preguntas	4
	Tratamiento en condiciones especiales	Paciente en Ensayo Clínico	4	
		Paciente con tratamiento de uso especial	3	
Paciente con tratamiento recientemente comercializado (primer año de autorización)		2		
Puntuación máxima del bloque			41 puntos	

La puntuación total del Modelo es de **96 puntos**.

Puntuación para la estratificación de pacientes

En función de la puntuación que obtenga el paciente en el Modelo, se les 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 a **nivel de Prioridad 1**, independientemente de la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación, debido a su nivel de riesgo. Se trata de los **pacientes pediátricos, las pacientes embarazadas y los pacientes con condiciones socioeconómicas que no le permiten llevar a cabo correctamente el tratamiento.**

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.

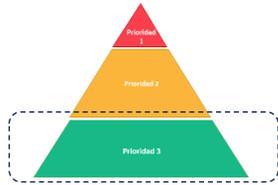
A continuación se exponen las actuaciones de Atención Farmacéutica que se desarrollarán de manera específica para los distintos niveles de prioridad. Estas actuaciones son acumulativas, de manera que a los pacientes de Prioridad 1 se le realizarán las propias de dicho nivel más las de Prioridad 2 y Prioridad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

En cuanto a la **periodicidad de uso del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica del paciente oncohematológico** se ha establecido pasar el Modelo al inicio de tratamiento y/o cambio de esquema de tratamiento, y a su vez, en los siguientes casos:

- **Prioridad 1:** valoración en ciclos alternos.
- **Prioridad 2:** valoración cada 3 ciclos.
- **Prioridad 3:** valoración cada 6 ciclos.

No obstante, aunque la reevaluación del paciente se realice en los períodos indicados, no implica que la Atención Farmacéutica se realice únicamente en estos momentos del tratamiento. Además, el FOH puede aplicar este modelo siempre que lo considere necesario, atendiendo a las características específicas de cada paciente.



Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 3

Seguimiento farmacoterapéutico

- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.
- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.
- Seguimiento de la adherencia.

Formación, educación y seguimiento del paciente

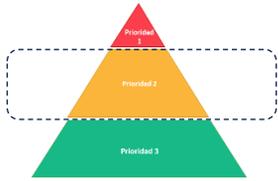
- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.
- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.
- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.
- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Adecuación a las necesidades del paciente.
- Fomento de un estilo de vida saludable.

Coordinación con el equipo asistencial

- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.
- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).
- Coordinación pasiva con niveles asistenciales, preferentemente a través de la HCE.
- 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

- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.
- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.
- **Aplicación del doble método de seguimiento de la adherencia.**
- **Monitorización y seguimiento de la actividad del tratamiento antineoplásico.**
- **Registro de Patient Related Outcomes (PRO) en cada visita.**

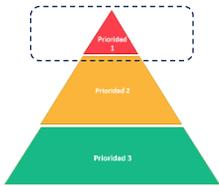
Formación, educación y seguimiento del paciente

- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.
- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.
- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.
- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Adecuación a las necesidades del paciente.
- Fomento de un estilo de vida saludable.

Coordinación con el equipo asistencial

- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.
- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).
- Coordinación pasiva con niveles asistenciales, preferentemente a través de la HCE.
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.
- **Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicios de Psico-Oncología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).**
- **Proporción de Atención Farmacéutica programada presencial (coincidiendo con visita médica) o mediante teleasistencia.**
- **Recomendación o información de uso de SPD en coordinación con Farmacia Comunitaria.**

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

- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.
- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.
- Aplicación del doble método de seguimiento de la adherencia.
- Monitorización y seguimiento de la actividad del tratamiento antineoplásico.
- Registro de Patient Related Outcomes (PRO) en cada visita.
- **Contacto adicional con el paciente entre visitas mediante teleasistencia.**
- **Planificación de la próxima visita a la Unidad en coordinación con el equipo asistencial para garantizar un estrecho seguimiento.**
- **Realización de un entrevista clínica en todos los ciclos de tratamiento.**
- **Involucración del paciente en el Plan Farmacoterapéutico previsto, compartiendo con él la evolución de sus objetivos y acordando acciones.**

Formación, educación y seguimiento del paciente

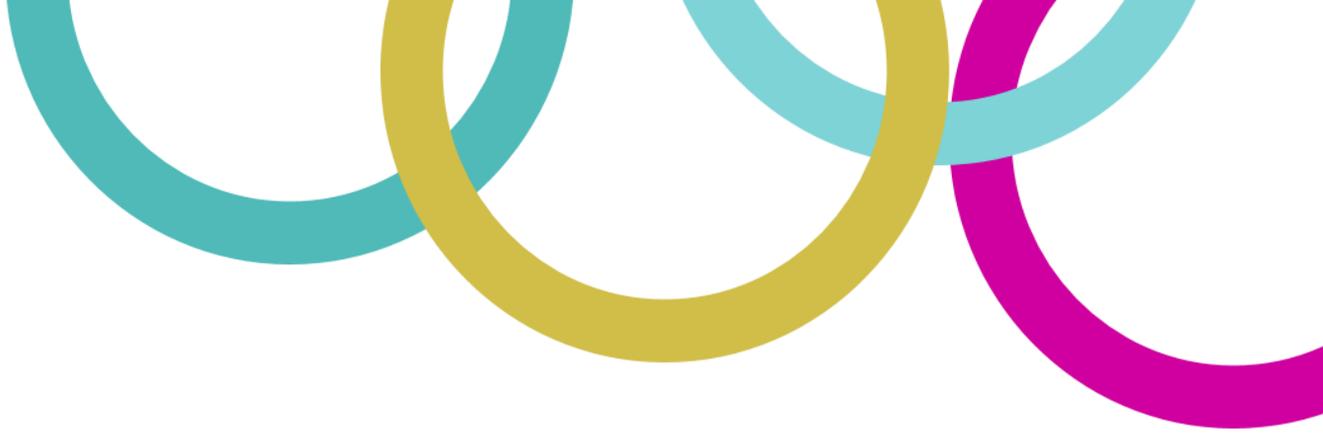
- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.
- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.
- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.
- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Adecuación a las necesidades del paciente.
- Fomento de un estilo de vida saludable.
- **Elaboración de material personalizado para cada paciente y/o cuidador (p.ej.: hoja de medicación, diario o similar), en formato papel o electrónico.**
- **Formación y educación a familiares y/o cuidadores para el correcto seguimiento del paciente.**
- **Fomentar la necesidad de comunicar cualquier proceso nuevo del paciente (nueva enfermedad, toma de nuevo medicamento, problema social...).**
- **Seguimiento del paciente entre visitas: telefarmacia (sms, llamadas telefónicas, etc.).**

Coordinación con el equipo asistencial

- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.
- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.
- Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicios de Psico-Oncología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).
- Proporción de Atención Farmacéutica programada presencial (coincidiendo con visita médica) o mediante teleasistencia.
- Recomendación o información del uso de SPD en coordinación con Farmacia Comunitaria.
- **Coordinación activa con niveles asistenciales (Oficinas de Farmacia para realización de SPD, Centros Sociosanitarios para verificación de planes farmacoterapéuticos, etc.).**
- **Elaboración de informes periódicos para el resto del equipo multidisciplinar sobre los casos de pacientes de nivel 1 de prioridad (telefónicos, registro en HCE o en sesiones multidisciplinarias) y establecimiento de algoritmos de actuación.**
- **Proporcionar información al resto del equipo (a determinar por cada centro el canal de comunicación) sobre los pacientes de nivel 1 de prioridad. P.ej.: llamada de atención en el sistema de información.**

Actuaciones específicas del nivel de Prioridad 1. 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 oncohematológicos**.

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 oncohematológicos de manera adecuada

Formación

- Contar con una **herramienta básica para formar a los farmacéuticos de hospital, médicos, enfermería**, etc. sobre **Atención Farmacéutica** al paciente oncohematológico.
- **Impartir formación a los FH sobre el manejo de las variables, así como sobre los cuestionarios empleados en el Modelo de Estratificación** para homogeneizar la recogida de información clave 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 oncohematológico 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 oncohematológicos.
- 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 oncohematológico

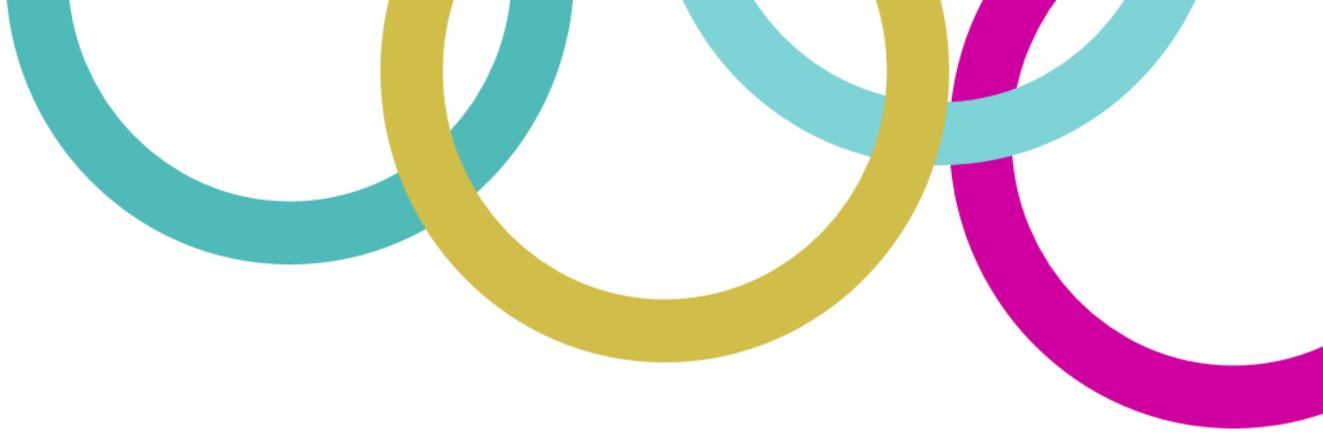
1. Identificar al paciente oncohematológico y aplicar el Modelo de Estratificación de la SEFH; para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
2. Se compartirá la información sobre el resultado de la estratificación del paciente con el equipo médico y se consensuará 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 este).
3. Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica se reflejarán en la historia clínica/farmacoterapéutica.
4. En caso de que se haya identificado la necesidad en base al Modelo de 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 oncohematológicos, 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.



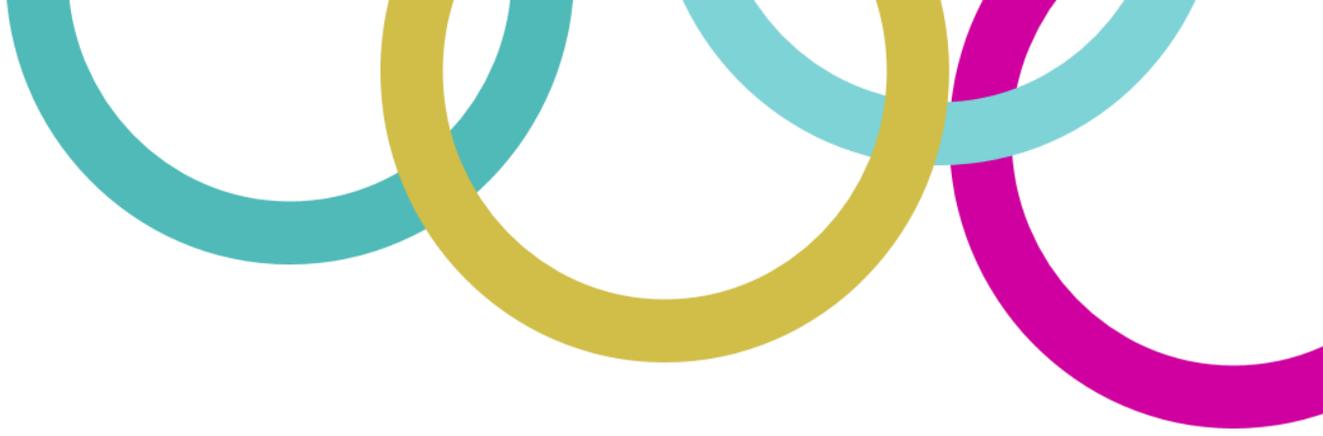
06

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 stakeholders (Asociaciones de Pacientes, Administración Pública, etc).
2.	Desarrollar la fase de validación del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica y medir los resultados y beneficios de su utilización. En esta fase se ampliará el número de hospitales participantes en el estudio y el número de pacientes.
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 oncohematológicas para el manejo de estos perfiles de pacientes.



ANEXO

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

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

Referencia 2: Edad

Fuente:

(1) Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2014.

Referencia 3: Peso: Riesgo Nutricional

Determinación % pérdida de peso: $\%PP = ((\text{Peso habitual} - \text{peso actual}) / \text{peso habitual}) \times 100$

Fuente:

(2) Particularidades en la atención al paciente oncológico. Ponencia Dra. Sanmartín. SEOM.

(3) Anglada H, Riu G, Do Pazo F, et al . Dosing of Chemotherapy in obese and cachectic patients: results of a national survey. Int J Clin Pharm 2014; 36: 589-595.

(4) Segura Huerta, A. Pérdida de peso en el paciente oncológico. I Simposio SEOM de cuidados paliativos en oncología. Sociedad Española de Oncología Médica. Toledo, 2004.

Referencia 4: Paciente embarazada

Fuente

(5) Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos. SEFH. 2012.

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) 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.

(7) Organización Mundial de la Salud. Prevención del cáncer. <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>. Acceso 15/06/2017.

Referencia 6: Factores relacionados con el trato paciente-profesional

Fuente:

- (8) Costa G y Ballester R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. Revista Psicooncología. 2010; 7 (2-3): 453-462.
- (9) Hernández M, Cruzado JA, Prado C, y col. Salud mental y malestar emocional en paciente con cáncer. Revista Psicooncología. 2012; 9 (2-3): 233-257.

Referencia 7: Soporte social y condiciones socioeconómicas

Fuente:

- (2) Particularidades en la atención al paciente oncológico. Ponencia Dra. Sanmartín. SEOM.
- (5) Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos. SEFH. 2012.

Referencia 8: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Fuente:

- (10) Viviana Sala, M.D. La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. Revista Colombiana Psiquiátrica. 2002; 31 (3): 225-236.

Referencia 9: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Cuestionario HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)

- | | |
|--|--|
| <p>1. Me siento tenso o nervioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <p>2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Como siempre <input type="checkbox"/> No lo bastante <input type="checkbox"/> Sólo un poco <input type="checkbox"/> Nada <p>3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte <input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte <input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> Nada <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice <input type="checkbox"/> No tanto ahora <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca <p>5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo <input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones <p>6. Me siento alegre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Por lo general <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Nunca | <p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por lo general, en todo momento <input type="checkbox"/> Muy a menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El Nunca <input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones <input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia <input type="checkbox"/> Muy a menudo <p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera <input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado <input type="checkbox"/> Me preocupo al igual que siempre <p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada <p>12. Me siento optimista respecto al futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Igual que siempre <input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba <input type="checkbox"/> Nada <p>13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente <input type="checkbox"/> Bastante a menudo <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Rara vez <p>14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No muy a menudo <input type="checkbox"/> Rara vez |
|--|--|

La duración estimada para que el paciente realice el test es de 5-6 minutos. Se puede entregar al paciente mientras espera. Indicaciones para el paciente: este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.



Cada pregunta tiene unas respuestas, asociadas a unos valores, ordenados siempre de 0 -3.

Por otro lado, se deben sumar las respuestas de las preguntas pares por un lado e impares por otro (las impares se relacionan con ansiedad y las pares con depresión).

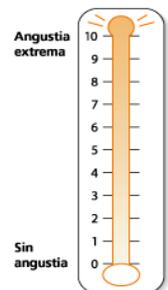
Fuente:

(9) Hernández M, Cruzado JA, Prado C, y col. Salud mental y malestar emocional en paciente con cáncer. Revista Psicooncología. 2012; 9 (2-3): 233-257.

Referencia 10: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Eva Distress

El paciente debe indicar marcando con un círculo que número de 0 a 10 del termómetro describe mejor cuanto MALESTAR PSICOLÓGICO (tristeza, preocupación, angustia,) ha presentado durante la semana pasada incluyendo el día de hoy.



Fuente:

(9) Hernández M, Cruzado JA, Prado C, y col. Salud mental y malestar emocional en paciente con cáncer. Revista Psicooncología. 2012; 9 (2-3): 233-257.

Referencia 11: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Índice de Pfeiffer

En el caso de pacientes que sepan leer y escribir el punto de corte está en 3 o más errores; en el caso de pacientes que no sepan leer y escribir el punto de corte es de 4 o más errores. A partir de esta puntuación existe sospecha de deterioro cognitivo.

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
4.A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

Fuente:

(11) 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.

Referencia 12: Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional

Escala ECOG

Fuente:

(12) Alonso Barbarro A y González Barón M. Medidas de capacidad funcional ECOG en: Valoración clínica en el paciente con cáncer 2006: 1-18. Editorial Panamericana.

TABLA 2: Escala Funcional ECOG/OMS (Zubrod y cols., 1960)

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Exitus

Referencia 13: Pluripatología / comorbilidades

Fuente:

(13) <http://www.rccc.eu/ppc/indicadores/Charlson.html>

Referencia 14: Paciente con mal control del dolor

Escala Visual Analógica (EVA) Dolor

De acuerdo con esta escala el dolor se clasifica en:

- Leve: EVA de 0-3
- Moderado: EVA de 4-6
- Intenso: EVA de 7-10
- Muy intenso: EVA más de 10

Fuente:

(14) El dolor en el paciente oncológico. Colección OncoVida 17. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2011.

Referencia 15: Nº hospitalizaciones y visitas a Urgencias

Fuente:

(15) Ramón Morillo-Verdugo, José Manuel Martínez-Sesmero, Alicia Lázaro-López, Javier Sánchez-Rubio, Herminia Navarro-Aznárez and Monike de Miguel-Cascón. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. Farm Hosp. 2017;41(3):346-356.

Referencia 16: Polimedición

Fuente:

(5) Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos. SEFH. 2012.



Referencia 17: Modificación del régimen regular de la medicación

Fuente:

(16) Cajaraville G, Carreras MJ, Massó J, Tamés MJ. Oncología en: Farmacia hospitalaria. Fundación Española de Farmacia Hospitalaria. 2002; II: 1171-1226.

Referencia 18: 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 y/o en el listado ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo).

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

Grupos terapéuticos

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

Medicamentos específicos

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

Además, se tienen que tener en cuenta otros grupos terapéuticos/medicamentos específicos del ISMP Americano: **ISMP List of High-Alert Medications in Community/Ambulatory Healthcare**, que no aparecen en el listado anterior.

Grupos terapéuticos

- Antirretrovirales (ej. efavirenz, lamivudina, raltegravir, ritonavir, combinación de agentes antirretrovirales).
- Medicamentos pediátricos líquidos que requieren medición.
- Medicamentos categoría X durante el embarazo (ej. bosentán, isotretinoína).

Medicamentos específicos

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

Fuente:

(17) ISMP - España

Referencia 19: Toxicidad asociada al tratamiento

Evaluación de la toxicidad mediante la Escala Common Toxicity Criteria (CTC) del National Cancer Institute (NCI) americano (OMS)

Clasificación de la toxicidad en 5 grados, de menor a mayor:

- Grado 0: ausencia de toxicidad
- Grado 1: toxicidad leve
- Grado 2: toxicidad moderada
- Grado 3: toxicidad severa o indeseable
- Grado 4: toxicidad que amenaza la vida o incapacita de forma importante

Fuente:

(16) Cajaraville G, Carreras MJ, Massó J, Tamés MJ. Oncología en: Farmacia hospitalaria. Fundación Española de Farmacia Hospitalaria. 2002; II: 1171-1226.

Referencia 20: Adherencia al tratamiento

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?

Fuente:

(2) Particularidades en la atención al paciente oncológico. Ponencia Dra. Sanmartín. SEOM.



ASCENDO
CONSULTING