



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 | 28
- 06 PRÓXIMOS PASOS | 32

ANEXO 1: Case Studies realizados | 34

ANEXO 2: Bibliografía empleada en la definición del Modelo de Estratificación | 58



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

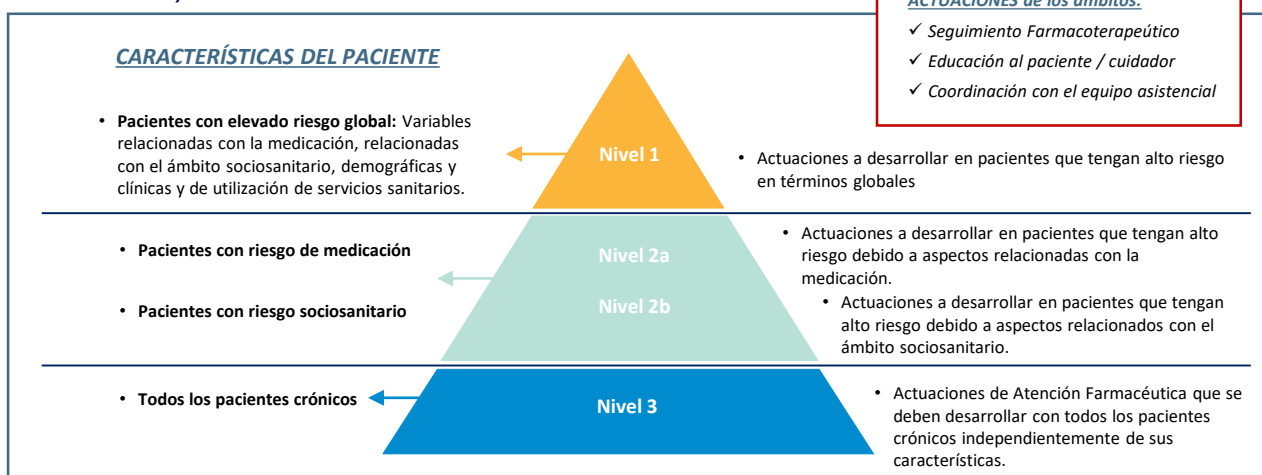
Introducción

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.

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

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.	
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
	Polimedición	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.

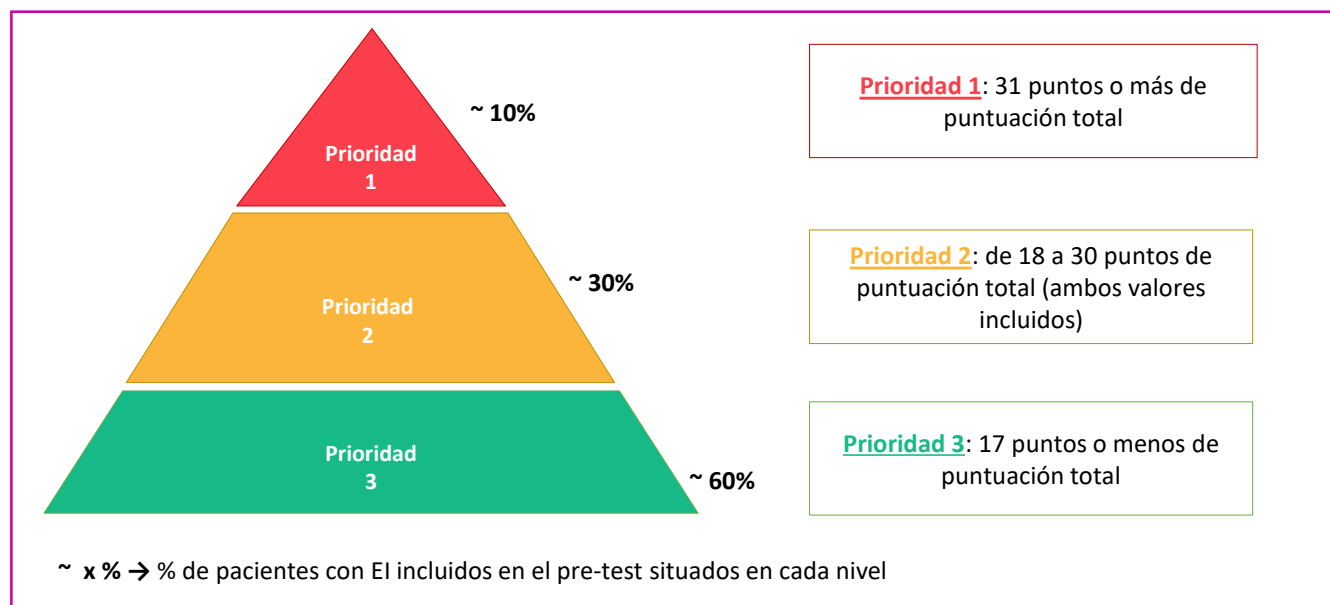
En aquellos pacientes en los que se haya diagnosticado más de una EI, puntuarán en todos los grupos de variables correspondientes a las enfermedades diagnosticadas, pudiendo de esta forma, puntuar más de uno de los grupos de variables específicas en función de la patología inflamatoria inmunomediada.



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.

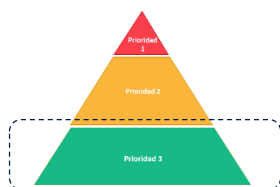
Para la óptima realización de las actuaciones propuestas cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones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

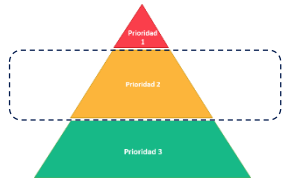
- Revisión, validación y conciliación del tratamiento completo tanto para la EI como para la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.). Monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. Esta 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.

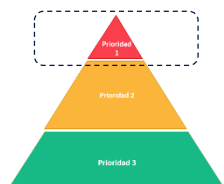
Formación, educación y seguimiento del paciente

- 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 1

CASE STUDIES REALIZADOS

Case Studies realizados

El **objetivo** de los Case Studies es presentar de manera práctica la aplicabilidad del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas y validar la coherencia de los resultados de la aplicación del mismo sobre casos reales.

A continuación se exponen los siguientes Case Studies realizados en los hospitales de los participantes en el proyecto:

CASE STUDY 1: Hospital General Universitario de Ciudad Real.

CASE STUDY 2: Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real).

CASE STUDY 3: Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

CASE STUDY 4: Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

CASE STUDY 5: Hospital Santiago Apóstol (Álava).

CASE STUDY 6: Hospital General de Granollers (Barcelona).

CASE STUDY 7: Hospital General Universitario de Castellón.

CASE STUDY 8: Hospital de Sagunto (Valencia).

CASE STUDY 9: Hospital Universitari i Politènic La Fe (Valencia).

Cada Case Study se presenta de acuerdo a la siguiente **estructura**:

1. **Descripción detallada del caso.**
2. **Resultados de aplicación del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica correspondiente y conclusiones extraídas.**



Case Study 1 - Hospital General Universitario de Ciudad Real

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Artritis Psoriásica	Edad	52
	Tratamiento	Adalimumab	Sexo	Hombre
	<ul style="list-style-type: none"> El paciente presenta obesidad. 			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Tiene hábito tabáquico. Está jubilado desde hace 10 años. Con soporte familiar (pareja). Sufre un deterioro de su calidad de vida relacionada con la patología y con comorbilidades (trastorno bipolar en seguimiento por psiquiatría). Presenta dificultad funcional. Padece dolor de difícil control. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con comorbilidad psiquiátrica. Recibe atención médica de otros especialistas para patología no inflamatoria. Presenta actividad moderada-alta de su EI. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente naive al tratamiento biológico con adalimumab que inicia en combinación con dosis altas de metotrexato subcutáneo. Polimedicado (toma 10 medicamentos), refiere que tolera bien la medicación (no ha tenido reacciones adversas) y se declara adherente. Se autoadministra metotrexato sin dificultad y con técnica adecuada. 			
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> Posible dificultad de comunicación por carácter demandante debido al estado psicológico. 			

Case Study 1 - Hospital General Universitario de Ciudad Real

1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 25 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

Seguimiento farmacoterapéutico:

- Validación y conciliación del tratamiento completo con especial atención en el control del dolor y la adherencia tanto al tratamiento biológico como al tratamiento psiquiátrico (la no adherencia puede desequilibrar al paciente e influir en la adherencia al tratamiento de EI).
- Revisar el apoyo familiar y el control por psiquiatría (apoyo psicológico).
- Confirmar que el paciente tolera el nuevo tratamiento revisión durante los 3 primeros meses hasta poder valorar efectividad (percepción de la enfermedad por el paciente y por el médico).
- Revisar hábitos: tabáquico y control de dieta. Colaborar con médico de Atención Primaria en medidas higiénico-dietéticas.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Confirmar la técnica de administración con el paciente en el primer mes.
- Valorar la utilidad de apps específicas con el paciente.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Revisar el estado psicológico de acuerdo a la información de su psiquiatra y/o psicólogo por posible afectación a la adherencia.

3. Conclusión y discusión.

Se concluye la necesidad de confirmar al mes de inicio, en coordinación con su visita médica, la tolerancia al tratamiento y la técnica de administración. A los tres meses se debe revisar la efectividad y el control del dolor. Finalmente tras seis meses de tratamiento se debe confirmar la adherencia del paciente.

Case Study 2 - Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real)

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Psoriasis	Edad	29
	Tratamiento	Secukinumab	Sexo	Mujer
Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Mujer joven de 29 años en tratamiento con secukinumab desde hace poco más de 2 años. Venía de fracaso terapéutico con otros tratamientos biológicos unido a una mala tolerancia. En edad fértil, pero sin deseo de embarazo actualmente. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con hábitos de vida saludables. Sin barreras de comunicación, con buen soporte socioeconómico y en activo. Muy colaboradora. Su estado de ánimo ha ido mejorando según mejoraba la psoriasis desde que está con el tratamiento actual (secukinumab). Sin embargo, algunas complicaciones del tratamiento (efectos adversos) han interferido en su estado funcional. Llegando a estar de baja por ansiedad. Una vez controlados dichos efectos adversos se reincorporó a trabajar. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> No tiene otras patologías a destacar, pero es seguido por ginecología por los efectos a nivel vaginal. La patología está actualmente controlada a pesar de tener una actividad moderada. No ha tenido ingresos en los últimos dos meses. 			
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> No es polimedicada ni toma medicamentos de alto riesgo. El fármaco prescrito es de conservación en nevera. En el último año, sí ha presentado efectos adversos al tratamiento que se consiguieron controlar y así evitar la suspensión del tratamiento. 			

Case Study 2 - Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real)**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 21 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:Seguimiento farmacoterapéutico:

- Siempre se preguntará durante la consulta de Atención Farmacéutica si hay alguna nueva medicación concomitante prescrita o que ella tome por su cuenta.
- El control de la adherencia es claro a nivel de registro de dispensaciones.
- Se coordina siempre la visita del médico con la dispensación en Farmacia; aunque en ocasiones debe venir a recoger medicación y no al médico.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Es una paciente muy concienciada, que conoce la importancia de ser adherente y de llevar una vida saludable y activa.
- Fomentamos desde la Farmacia la comunicación con la paciente para que no tenga reparos en preguntar y resolver dudas sobre su enfermedad y el tratamiento. Se confirma cuales son las fuentes de información más fiables que hay en internet.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Ante cualquier detalle llamativo que la paciente nos comunique durante el acto de dispensación, la comunicación con el médico prescriptor es prácticamente inmediata y se toman medidas consensuadas que se transmiten a la paciente antes de dejar el Servicio de Farmacia.
- En el caso de empeoramiento de los efectos adversos: habría que plantearse cambiar de tratamiento, aunque la psoriasis esté respondiendo adecuadamente a dicho tratamiento. En ese caso, no se estaría cumpliendo el objetivo terapéutico esperado. Ese momento, si llegase, podría suponer un empeoramiento del estado de ánimo, que podría conllevar una nueva baja laboral.



Case Study 2 - Hospital General de Tomelloso (Ciudad Real)**3. Conclusión y discusión.**

El caso que nos ocupa se trata de una paciente joven que maneja bastante bien su enfermedad. Tiene experiencia en la utilización de fármacos biológicos y entiende perfectamente la importancia de ser adherente. La persistencia al tratamiento es lo que más le preocupa, incluso más que los propios efectos adversos que padece. No por ello debe menospreciarlos, y desde la Farmacia se le hace ver que ese aspecto es de vital importancia. También hay que tener en cuenta que, por su edad, puede que en cualquier momento surja el deseo gestacional, así pues, debe estar informada. En ese caso su nivel de estratificación variaría.

Se considera que está bien ubicada en un segundo nivel del Modelo de estratificación debido a la aparición frecuente de efectos adversos con los tratamientos anteriores, que podrían conllevar un cambio de tratamiento, y afectar a su estado anímico (existen antecedentes tras varios fracasos terapéuticos seguidos).

Case Study 3 - Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Artritis Reumatoide	Edad	39
	Tratamiento	Etanercept	Sexo	Mujer
Aspectos demográficos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Mujer natural de Marruecos diagnosticada de Artritis reumatoide FR- en junio de 2016 a los 37 años de edad. Peso 84 kilos Talla 1,61 metros; Índice de Masa Corporal (IMC): 32,3 			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> No presenta barrera idiomática. Entiende castellano hablado y escrito. Hábitos de vida saludable. No fumadora ni bebedora de alcohol. Buen estado cognitivo y funcional. Madre de cinco hijos, entorno familiar estable. Ocupación: ama de casa. Desde su diagnóstico y con anterioridad refiere limitación en su vida diaria para determinadas tareas cotidianas. Capacidad funcional disminuida (HAQ 0,875) y dolor, valorado con escala EVA (5 puntos). 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Desde su diagnóstico no ha cursado ingreso ni ha acudido a urgencias por motivos derivados de su EI. Seguimiento en consulta de dermatología y posteriormente por su médico de Atención Primaria por eritema y descamación interdigital y ungueal por <i>Trichophyton rubrum</i>. En el momento actual presenta poliartritis con persistencia de actividad inflamatoria articular. NAD 20/28, NAT 12/28, VGEP 8/10 y un DAS 28 6.98. No presenta comorbilidades. La función renal y hepática es normal. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<p><u>Tratamientos previos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Leflunomida 20mg: 1 comprimido/día. Hidrocloroquina comprimidos 200mg con la posología siguiente: 1c - 0 - 1c. Prednisona 5 mg: 3comprimidos; 2 comprimidos y 1,5 comprimidos/día. Omeprazol 20mg con la siguiente posología: 1c – 0 – 0. Metotrexato (Metoject) (solo estuvo 1 mes en tratamiento). <p><u>Cambios de tratamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Julio 2017: Se suspende hidrocloroquina e inicia salazopirina 2 g/día. Mayo 2018: continua con poliartritis (NAD 20/28 NAT 12/28 VGEP 8/10 y un DAS 28 6.98). Solicitud de inicio terapia biológica en Junio 2018 y se aprueba el inicio con etanercept biosimilar. Se suspende salazopirina por mala tolerancia. <p><u>Tratamientos suspendidos por efectos adversos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Metotrexato debido a cefalea, mareo y náuseas. Salazopirina por mala tolerancia: epigastralgias y náuseas. 			
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> Paciente que tras tres administraciones de etanercept todavía no ha experimentado mejoría respecto a su estado anterior. Poliartralgias. Capacidad funcional (0,875 HAQ). 			

Case Study 3 - Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 18 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

A modo de resumen, es una mujer de 39 años de edad con obesidad (IMC>30), con hábitos saludables, que puntúa en las variables de calidad de vida y discapacidad funcional (valorado con cuestionarios), que inicia tratamiento biológico dos años después del diagnóstico de Artritis Reumatoide ante fracaso de FAMES convencionales y efectos secundarios asociados a los mismos. No puntúa en comorbilidades ni tampoco por polimedicación ni medicamentos de alto riesgo. Se aprueba tratamiento con etanercept biosimilar que inicia en junio y se aplica el modelo en la primera visita de seguimiento tras tres administraciones de etanercept biosimilar 50mg/semanal.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

Se trata de un paciente naive a terapia biológica en su segunda visita al Servicio de Farmacia, tras tres administraciones de etanercept, al que no ha evaluado todavía el servicio de reumatología para el seguimiento de efectividad y seguridad tras el inicio con el tratamiento biológico. Se propone:

Seguimiento farmacoterapéutico:

- Revisión, validación y conciliación de su tratamiento. Revisión de su medicación habitual. Revisión de interacciones (no interacciones relevantes). Revisión de pauta descendente de tratamiento corticoideo si procede. Revisión de la última analítica (función renal y hepática).
- Revisión de tolerancia y adherencia al tratamiento.
- Programación de próxima visita con farmacia. Intentando coordinar con visita médica pero en nuestro caso, tratándose de un paciente de reciente inicio biológico. Se propone a Servicio de reumatología adelantar cita de este tipo de pacientes. Desde el inicio reumatología no les cita hasta los 4 meses.

Case Study 3 - Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Promover la adherencia
- Facilitar información sobre su enfermedad y tratamiento y resolver dudas.
- Información general/educación sanitaria sobre hábitos de vida saludable.
- Proporcionar recursos web con el fin de lograr un paciente activo e informado.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Se deberá unificar y coordinar con el equipo asistencial el criterio de periodicidad de las visitas en este tipo de paciente.

3. Conclusión y discusión.

Es una paciente de reciente diagnóstico (no más de dos años), y de reciente inicio a terapia biológica. Parece informada de su enfermedad y tratamiento aunque plantea preguntas y dudas en la entrevista que hacen pensar que necesita un refuerzo en la información, tanto de su enfermedad como de su tratamiento.

Se propone además de las actuaciones farmacéuticas básicas descritas para los pacientes de prioridad 2, exista una coordinación con el equipo asistencial y se programe una cita anterior a la programada (4 meses tras el inicio).

Al tratarse de un cambio de FAME convencional a tratamiento biológico se propone repetir el modelo a los seis meses, como en los pacientes en el nivel de prioridad 1, en lugar de al año como le correspondería por su prioridad 2.



Case Study 4 - Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Artritis Reumatoide	Edad	75
	Tratamiento	Baricitinib	Sexo	Mujer
Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> La paciente presenta un buen status cognitivo y funcional. No presenta obesidad. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> La paciente presenta hábitos de vida saludables. No presenta barreras de comunicación. Buenas condiciones socioeconómicas. Tiene disminuida su capacidad funcional: le cuesta abrir puertas, manejar dispositivos de autoinyección. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Es una paciente con respuesta parcial a metotrexato que desarrolló toxicidad por leflunomida. En tratamiento previo con abatacept y tocilizumab. Actualmente, desde diciembre 2017, en tratamiento con baricitinib 4 mg/24 h de forma concomitante con metotrexato. Otra medicación adicional: simvastatina, metamizol, omeprazol, prednisona, vitamina D, metotrexato, ácido fólico, ácido zoledrónico y olmesartán/amlodipino/hidroclortiazida. Riesgo de interacciones es importante comprobar fármacos que utilicen OAT3 como transportador. Utiliza medicamentos de alto riesgo ISMP: metotrexato. 			
Otros aspectos relevantes				

Case Study 4 - Hospital Universitario de La Princesa, Madrid**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 22 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:Seguimiento farmacoterapéutico:

- Se ha realizado la revisión, validación y conciliación del tratamiento completo, incluyendo medicación concomitante.
- Se ha valorado la adherencia a su medicación habitual con el cuestionario Morisky-Green.
- Se le cita en tres meses coincidiendo con cita de seguimiento en consulta de Reumatología.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Se le proporciona información verbal y escrita (folletos informativos) sobre la medicación.
- Se facilitan páginas web y contacto de la asociación de pacientes.
- Se hace promoción de la adherencia ofreciendo una app con ese fin.

3. Conclusión y discusión.

El paciente se encuentra controlado, se ha revisado toda la medicación para evitar interacciones medicamentosas.

Es una paciente receptiva e interesada por su enfermedad.

Dentro de 3 meses se la cita en consulta de seguimiento del servicio de FH.



Case Study 5 - Hospital Santiago Apóstol, Álava

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Psoriasis en placas/ artritis psoriásica	Edad	70
	Tratamiento	Secukinumab	Sexo	Mujer
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con sobrepeso importante (IMC:44.) • Encargada del cuidado de 3 nietos menores de 10 años, uno de ellos presenta autismo. 				
Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente diagnosticada de psoriasis en placas en 2006 (llevaba ya 2 años de evolución). • Diagnosticada de artropatía psoriásica en 2008. • Presenta gonatrosis y gonalgia bilateral. Portadora de muletas. • Le han dado una discapacidad del 52% (7 puntos). • Su marido realiza las labores del hogar (ella se sienta en la cocina y le va diciendo lo que tiene que hacer). Se vale por si misma para vestirse y se desplaza con dificultad pero sin ayuda de nadie en trayectos cortos 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • La última vez que acudió a Urgencias fue en el 2004 por una lesión ulcerosa en la pierna. • En seguimiento por Reumatología (última visita en junio de 2017 por no tener clínica activa actualmente) y Dermatología (con visitas cada 4 meses debido a la psoriasis que actualmente está controlada). • Otras especialidades: Cardiología (cardiopatía hipertensiva con frecuencia cardíaca sistólica conservada), Digestivo (Esteatosis hepática). 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con secukinumab: 300 mg al mes subcutáneo desde 7/2017. • Anteriormente: etanercept desde 11/2014 hasta 05/2015, adalimumab desde 6/2015 hasta 04/2016. • Adherencia global mayor al 90%. • Tratamiento habitual: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omeprazol 20 mg/24 h ○ Metformina 850 mg-850 mg-425 mg ○ Trimetazidina 200 mg/24 h ○ Amilorida/hidroclorotiazida 5/50 mg ○ Lorazepam 1 mg/24 h ○ Paracetamol 1 cada 8 h (aproximadamente 10 días/mes) ○ Tratamientos tópicos: <ul style="list-style-type: none"> - betametasona/calcipotriol 1 aplicación/24h - fluticasona 1 aplicación/24h - clobetasol 1 1 aplicación/24h 			
Otros aspectos relevantes	Actualmente con unos valores PASI (5,6) y BSA (11%).			

Case Study 5 - Hospital Santiago Apóstol, Álava

1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 25 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

Seguimiento farmacoterapéutico:

- Realizar una validación completa de la medicación que incluya además de la medicación de uso hospitalario la medicación habitual, monitorizando interacciones.
- Realizar seguimiento de la adherencia.
- Volver a concertar una cita en la farmacia para la siguiente visita y ofrecer posibilidad de contacto ante incidencias o dudas que puedan surgir.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Proporcionar información relativa a su enfermedad, sobre medicamento (recordar conservación). Repaso en general de la información relevante.
- Promocionar la adherencia (en este caso animarle a continuar) y hacerle corresponsable del resultado.
- Formación y educación con especial importancia a los hábitos de vida saludable en este caso (obesidad mórbida, esteatosis hepática, dificultad de movimiento).
- Considerar la posible necesidad de apoyo psicológico ya que la paciente requiere mucha escucha activa y está llorosa.
- En este caso no se considera adecuado proporcionar herramientas web a pesar de que maneja el móvil.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Dar medicación para el máximo de tiempo posible, hacer educación de hábitos saludables de vida dado que su obesidad tiene un especial impacto negativo en su patología (psoriasis y movilidad).
- Escribir las visitas en el servicio de FH en la historia clínica informatizada.

3. Conclusión y discusión

La paciente actualmente se encuentra limitada (requiere mucha ayuda de su marido) pero bastante controlada.

Toma muy bien la medicación, no obstante es una paciente de edad avanzada con politeria y otras morbilidades y por tanto susceptible a potenciales Problemas Relacionados con la Medicación (PRM).

Case Study 6 - Hospital General de Granollers, Barcelona

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Artritis Reumatoide	Edad	75
	Tratamiento	Golimumab	Sexo	Mujer
	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente de edad avanzada (> 65 años). • Paciente con un IMC dentro de la normalidad. 			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sin antecedentes de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. • Presenta buen nivel cognitivo y funcional, con buen soporte familiar. Vive con su marido. • Refiere episodios previos de ansiedad/depresión que atribuye a la propia patología aunque actualmente está estable y sin tratamiento. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente sin otra patología crónica, por lo que no sigue controles por otros especialistas. • Nunca ha requerido un ingreso/visita a Urgencias por su patología de base. • Actualmente presenta una actividad moderada (DAS-28 4,86) de la enfermedad a pesar de estar en tratamiento con fármaco biológico desde hace un año. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Tratamiento actual:</u> golimumab 50 mg mensual (inicio julio 2016), sin tratamiento biológico previo. Dejó el tratamiento durante 3 meses en 2017 por cuadro gripal, y cómo se encontraba bien pensó que no necesitaba más medicación. Volvió a empezar tratamiento al presentar un brote. • Buena adherencia según registros de dispensación de Farmacia exceptuando el episodio anterior. • Indometacina 25 mg c/12h y prednisona 5 mg c/24h como medicación habitual. • Por mal control de la enfermedad se cambio tratamiento a tocilizumab 162 mg subcutáneo semanal. • <u>Tratamiento anterior:</u> Retirada de tratamiento con metotrexato por mala tolerancia digestiva. 			
Otros aspectos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis Reumatoide seropositiva, erosiva, con Anticuerpo antipéptido cítrico citrulinado +. 			

Case Study 6 - Hospital General de Granollers, Barcelona**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 17 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 3 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:Seguimiento farmacoterapéutico:

- Validación de la prescripción. Revisión de la medicación concomitante, valoración de las posibles interacciones farmacológicas.
- Seguimiento de las dispensaciones y de la seguridad del tratamiento.
- Registro en la Historia Clínica de las actuaciones farmacéuticas realizadas.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Formación del dispositivo de administración. Citamos en un mes para valorar posibles problemas de administración y/o almacenaje del medicamento.
- Explicación de los motivos de suspensión temporal del tratamiento y cuándo se debe reiniciar, insistiendo en qué no puede suspender la medicación sin consultar previamente con su médico.
- La paciente nos comenta que no utiliza las nuevas tecnologías.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Establecer un circuito para la gestión y abordaje de PRM: interacciones, reacciones adversas, errores de medicación y adherencia con especial atención en la adherencia.

3. Conclusión y discusión.

Se trata de una paciente prioridad 3, por lo que no se espera que vaya a presentar problemas con la medicación. No obstante al presentar una actividad de la enfermedad moderada, le avisamos de la necesidad de tener una buena adherencia al tratamiento. Además, le informamos del tiempo que puede tardar en observarse mejoría clínica con el nuevo tratamiento.



Case Study 7 - Hospital General Universitario de Castellón

	Diagnóstico	Artritis Psoriásica	Edad	48
	Tratamiento	Etanercept	Sexo	Mujer
Aspectos demográficos del paciente	<ul style="list-style-type: none"> La paciente presenta buen estado cognitivo y funcional. La paciente presenta valores de talla, peso e índice de masa corporal de acuerdo a los rangos de normalidad de su edad. 			
Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente laboralmente activa, con apoyo familiar y funcionalmente independiente, aunque refiere necesitar ayuda muchas veces para vestirse o abrir un bote, entre otras. Refiere tener dolor leve debido a la fibromialgia que padece. La enfermedad ha disminuido su calidad de vida. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Desde su diagnóstico, no ha sufrido hospitalizaciones. La paciente no presenta otras comorbilidades, ni patologías crónicas que requieran de otros tratamientos. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<p><u>Tratamiento actual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Etanercept 50mg c/10 días vía subcutánea desde hace más de dos años. Paciente adherente según los registros de dispensación. El tratamiento actualmente usado tiene condiciones especiales de almacenaje (frio). La pauta de etanercept se ha modificado en los últimos 6 meses. En tratamiento con Pregabalina y Meloxicam para la fibromialgia que padece. La paciente no toma otro medicamento de alto riesgo (según la escala ISMP española). <p><u>Tratamiento anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Adalimumab retirado por aparición de rash cutáneo. 			
Otros aspectos relevantes				

Case Study 7 - Hospital General Universitario de Castellón

1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 21 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

Seguimiento farmacoterapéutico:

- Control de adherencia y desarrollo de actividades específicas orientadas a mejorarla. Se deberá realizar una validación básica del tratamiento del paciente.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Reforzar adherencia
- Fomentar una paciente empoderada que se corresponsabilice de su tratamiento y resultados, proporcionando información sobre la enfermedad, su tratamiento, (hoja personalizada de medicación) y hábitos de vida saludable.
- Se intentarán programar las dispensaciones de la medicación coincidiendo con su citas médicas de revisión.

Coordinación con el equipo asistencial:

- Se deberá integrar la información e intervenciones de la Farmacia Hospitalaria en la Historia Clínica Electrónica del hospital.

3. Conclusión y discusión.

La paciente se encuentra controlada a pesar de ciertas limitaciones en su día a día. Se controlará y se fomentará la adecuada adherencia al tratamiento. Por su tratamiento de la fibromialgia se presenta una leve complejidad farmacoterapéutica, tema que se tratará en las sucesivas entrevistas.



Case Study 8 - Hospital de Sagunto, Valencia

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Espondilitis	Edad	48
	Tratamiento	Etanercept	Sexo	Mujer
	<ul style="list-style-type: none"> Sin antecedentes relevantes. 			
Aspectos relacionados con las cualidades sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> No presenta antecedentes relevantes. Solo se adecua la dispensación de la medicación a la disponibilidad de la paciente. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios sociosanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente estable buen estado general. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Paciente adherente. 			
Otros aspectos relevantes				

Case Study 8 - Hospital de Sagunto, Valencia**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 5 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 3 de prioridad**.

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:

Seguimiento farmacoterapéutico: Revisión anual.

3. Conclusión y discusión. Paciente estable en remisión clínica.

Case Study 9 - Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Aspectos demográficos del paciente	Diagnóstico	Artritis Reumatoide	Edad	54
	Tratamiento	Adalimumab	Sexo	Mujer
	<ul style="list-style-type: none"> Paciente con Artritis Reumatoide seropositiva 			
Aspectos relacionados con las cualidades socio-sanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente	<ul style="list-style-type: none"> La paciente refiere una cialgia desde hace tiempo que no remite a pesar de tratamiento (alternancia de temporadas con apenas dolor y otras con dolor intenso) que afecta a su capacidad funcional (le impide hacer “vida normal”). También ha presentado una sinovitis de la muñeca derecha (con dolor intenso sin tumefacción) que ha requerido sinoviortesis. No hay alteración del estado cognitivo, ni problemas psiquiátricos. 			
Aspectos relacionados con las variables clínicas y de utilización de los servicios socio-sanitarios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> La paciente está diagnosticada de hipercolesterolemia, arritmia y osteoporosis. Además, es portadora de una prótesis bilateral de cadera. En los últimos dos meses no ha tenido ingresos ni visitas a urgencias. La actividad de la Artritis Reumatoide es baja (DAS28: 3). En la última visita a reumatología presentaba: NAD 1, NAT 1, EAV: 30, VSG: 12, PCR: 0,3, FR: 11. 			
Aspectos relacionados con el tratamiento del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento actual para la Artritis Reumatoide: Adalimumab 40mg/2 semanas junto con Leflunomida 20mg/24h. Tratamiento concomitante con: corticoides, atorvastatina, vitamina D/Calcio, bisoprolol, flecainida, ibuprofeno y omeprazol. La paciente presenta Infecciones del Tracto Urinario (ITU) recurrentes posiblemente relacionadas con la administración de adalimumab. 			
Otros aspectos relevantes				

Case Study 9 - Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia**1. Aplicar el Modelo de estratificación y Atención Farmacéutica al paciente con EI de la SEFH.**

El resultado del paciente en el Modelo de estratificación es de 18 puntos, por lo que de acuerdo al mismo, el paciente se encuentra en el **Nivel 2 de prioridad**.

Paciente diagnosticada de AR seropositiva, por tanto se aplica el modelo de estratificación y de atención farmacéutica de la SEFH para pacientes con EI (en su variante de enfermedad musculoesquelética).

2. Compartir el resultado con el equipo médico para informar sobre las actividades de Atención Farmacéutica a desarrollar y promover el trabajo conjunto:Seguimiento farmacoterapéutico:

- Se realizará revisión, validación y conciliación del tratamiento completo en todas las visitas del paciente a la UFPE.
- Se medirá la adherencia al tratamiento, planteando iniciativas específicas en caso de detección de problemas.

Formación, educación y seguimiento al paciente:

- Se proporcionará a la paciente información sobre su enfermedad y su tratamiento, resolviendo cualquier duda que se plantee.
- Se promoverá la adherencia al tratamiento, haciendo hincapié en su importancia.
- Se proporcionarán recursos web y de salud móvil que se consideren de utilidad para esta paciente .

Coordinación con el equipo asistencial:

- Se le intentarán programar las dispensaciones de su medicación de uso hospitalario coincidiendo con su citas médicas de revisión (la paciente vive en un pueblo fuera de Valencia).
- Se registrará la información e intervenciones realizadas en la historia clínica electrónica del hospital.



Case Study 9 - Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia**3. Conclusión y discusión.**

Paciente aparentemente con buena adherencia, no se identifican factores específicos de riesgo. Habrá que estar pendientes de su tratamiento completo, ya que está tomando un elevado número de medicamentos por sus comorbilidades.

Clínicamente está bien (actividad baja), si bien refiere que la enfermedad afecta a su capacidad funcional y a su calidad de vida.

Será necesario evaluar la situación en cada visita de la paciente a la UFPE para detectar lo antes posible posibles problemas que afecten a su tratamiento o a su enfermedad para compartirlos con el resto del equipo asistencial tanto a través de la historia clínica como en el seno del comité de biológicos.



ANEXO 2

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+VALORACION+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., Fifiocol, 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 bragueras, 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 arreglar 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