



SIMPLIFICACIÓN Y ADAPTACIÓN MULTIDIMENSIONAL DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES VIH

Tamara Aguilar Pérez



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE FARMACIA



**“SIMPLIFICACIÓN Y ADAPTACIÓN MULTIDIMENSIONAL
DEL MODELO DE SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN EN
ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES VIH”**

Trabajo de Fin de Grado - Experimental

Tamara Aguilar Pérez

Grado en Farmacia

Tutor

Dr. Ramón Morillo Verdugo

Departamento de

Prácticas Tuteladas

Universidad de Sevilla. Facultad de Farmacia.

Sevilla, junio de 2020

RESUMEN

Los pacientes VIH que visitan hoy en día las consultas de farmacia hospitalaria son cada vez más complejos. Además, la eficacia del TAR ha conducido hacia un aumento en la calidad de vida y la supervivencia, lo cual conlleva un envejecimiento de la población VIH+. Todo ello, ha supuesto una necesidad de transformación de la atención farmacéutica. Se debe considerar un avance hacia un abordaje multidimensional, que considere diferentes aspectos relacionados con el paciente y que puedan afectar a la consecución de sus objetivos farmacoterapéuticos. De esta manera, se plantea una adaptación y simplificación del modelo de Selección y Estratificación de pacientes VIH+ de 2017. Se establecerán nuevas variables incluidas en diferentes dimensiones, así como nuevas intervenciones y nuevos periodos de seguimiento farmacoterapéutico. Esto será evaluado por un panel de expertos siguiendo la metodología DELPHI-Rand UCLA. Finalmente, dará lugar el nuevo Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de pacientes VIH+.

PALABRAS CLAVE

VIH, atención farmacéutica, estratificación, CMO, Metodología Delphi

ABSTRACT

HIV-patients using Hospital Pharmacy consultation services are so much more complex nowadays. In addition, the efficacy of the TAR has led to an increase in patients' quality of life and survival rate, resulting in the aging of the HIV+ population. This supposes a need for the transformation of pharmaceutical care. An advance towards multidimensional aspects should be considered, focused on patients and their pharmacotherapeutic objectives. For that reason, we consider adapting and simplifying the Risk-Stratified Model in HIV-patients, published in 2017. New variables, new interventions and new pharmacotherapeutic monitoring periods will be developed and will be evaluated by a panel of experts following the DELPHI-Rand UCLA Methodology. Finally, we will present a new Model for Selection and Stratification in Pharmaceutical Care for HIV+ patients.

KEYWORDS

HIV, pharmaceutical care, stratification, CMO, Delphi Methodology

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Atención farmacéutica orientada al modelo CMO.....	2
1.2. Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de pacientes VIH+ de 2017.....	3
2. Objetivos.....	8
3. Metodología	9
3.1. Cuestionario Delphi	10
3.2. Panel de expertos: Diseño de la nueva herramienta de selección y estratificación de pacientes	18
4. Resultados y discusión	20
4.1. Primera ronda	20
4.2. Segunda ronda	23
4.3. Nuevo Modelo de Selección y Estratificación de Pacientes VIH+	25
5. Conclusión	31
6. Bibliografía	32
7. Anexos	35

1. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un microorganismo patógeno capaz de destruir los glóbulos blancos del organismo, especialmente a las células CD4, afectando así al sistema inmunitario del individuo. Esto aumenta el riesgo de contraer infecciones graves y algunos tipos de cáncer. Su transmisión se produce a través del contacto con determinados líquidos corporales de una persona infectada; así el contagio puede ser a través de las relaciones sexuales, por intercambio de agujas para la inyección de drogas o por contacto con sangre infectada (Medline, 2020; CDC, 2019).

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública mundial, pero según datos publicados recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al “acceso creciente a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención eficaces, la infección por VIH se ha convertido en un problema de salud crónico y llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable”. Esto podría deberse al tratamiento antirretroviral (TAR) y a la llegada posterior de fármacos más potentes y con mejores pautas posológicas. En lo que llevamos del siglo XXI, se han salvado 13.6 millones de personas gracias a su acceso al TAR (OMS, 2019). Esto ha supuesto un aumento en la calidad de vida y un incremento en la esperanza de vida y supervivencia de los pacientes con VIH, lo cual ha contribuido al envejecimiento de la población. Esto unido al factor proinflamatorio que ejerce el VIH en el organismo, está ocasionando la aparición de un mayor número de patologías en personas de edad avanzada y, como consecuencia, mayor frecuencia de polimedicación (Morillo-Verdugo et al, 2016).

La población VIH+ se vuelve cada vez más compleja y sus necesidades ya no son las mismas. Por ello, se consideró el avance de la atención farmacéutica hacia un abordaje multidisciplinar, el cual proporcionaría una perspectiva centrada en todas las necesidades del paciente, además de en la consecución de sus objetivos farmacoterapéuticos.

1.1. Atención farmacéutica orientada al modelo CMO

La atención farmacéutica fue consolidada en los años 90 por Linda Strand y Charles D. Hepler. Esta debía garantizar la provisión responsable de la terapia farmacológica con el propósito de obtener resultados exitosos que mejorasen la calidad de vida de los pacientes (Hepler y Strand, 1990). Posteriormente, Bonal et al. (2002) propusieron que los farmacéuticos debían centrarse en todas aquellas áreas relacionadas con el medicamento, seleccionando los fármacos más adecuados, aconsejando a los pacientes sobre su uso y administración e identificando posibles reacciones adversas y problemas relacionados con el medicamento (PRM). A lo largo de estos últimos años, la sociedad ha evolucionado rápidamente. Sin embargo, la atención farmacéutica se ha mantenido estática en el tiempo, centrándose en el medicamento y usando la misma metodología basada en la detección de PRM.

Resulta evidente que la atención farmacéutica necesita reorientarse hacia una nueva perspectiva, adaptada al paciente actual. Ante esta necesidad de cambio, se plantea un nuevo modelo que responde a las siglas CMO (Capacidad-Motivación-Oportunidad). Este modelo aborda una transformación del concepto de atención farmacéutica tradicional, adaptándose a las necesidades de los pacientes de hoy en día y centrado en proporcionar mayor atención a aquellos que más lo necesitan, para así poder optimizar los recursos sanitarios disponibles. Con este nuevo modelo, la relación con los pacientes deja de ser episódica y transversal, centrada en el medicamento, para convertirse en continua y longitudinal, centrada en el paciente y en sus objetivos farmacoterapéuticos. Esto conlleva que el seguimiento de los pacientes pueda realizarse en “tiempo útil”, es decir, incluso cuando este no se encuentre en la consulta, bien por vía telemática o telefónica, lo cual permite garantizar una atención personalizada de los pacientes en cada momento (Morillo-Verdugo et al, 2019).

El modelo CMO viene definido por tres pilares fundamentales:

- **Capacidad**, provisión de atención farmacéutica al paciente teniendo en cuenta sus necesidades individuales.

- **Motivación**, capacidad de alinear los objetivos a corto plazo con objetivos a medio-largo plazo para cada paciente de forma individual y en colaboración con otros profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para su consecución.
- **Oportunidad**, estar cerca del paciente cuando este lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil a través de las nuevas tecnologías.

Estos conceptos se publicaron en el “Documento de Atención Farmacéutica de Barbate” en 2019, lo que supuso el nacimiento de una nueva modalidad de Atención Farmacéutica y un progreso de nuestra profesión.

Este nuevo método de atención farmacéutica ha demostrado mejorar los resultados en salud y las expectativas de progreso de los pacientes con su enfermedad. Un estudio llevado a cabo por Cantillana-Suárez et al. (2018), en el que se pretendía evaluar la experiencia de pacientes VIH con la atención farmacéutica basada en el CMO, demostró que la gran mayoría de estos pacientes mostraban gran satisfacción con la atención recibida por el facultativo y su equipo asistencial.

1.2. Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de pacientes VIH+ de 2017

Uno de los pasos que contribuyó a la transformación de la atención farmacéutica y a la consolidación del modelo CMO fue la publicación en 2017 del primer Modelo de Estratificación en Atención Farmacéutica destinado al paciente VIH (Morillo-Verdugo et al., 2017). Fue desarrollado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) a través del denominado proyecto MAPEX (“Mapa estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo”), el cual se creó para aportar un nuevo enfoque farmacológico, asistencial y social en las consultas externas de la farmacia hospitalaria (Morillo-Verdugo et al., 2015), y desde 2012, con la creación del “Plan Estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico” se han ido diseñando modelos de estratificación para diversas patologías crónicas (Marcos-Rodríguez et al, 2020).

Este modelo se engloba dentro del pilar de Capacidad. Fue creado en 2017 por Morillo-Verdugo et al. en un estudio multicéntrico cuyo objetivo era el desarrollo de una herramienta útil que permitiese identificar subgrupos de pacientes con diferentes necesidades y niveles de riesgo y clasificarlos en función de su necesidad de atención farmacéutica, lo cual se conoce como Estratificación. Para ello, definieron un conjunto de variables destinadas a conocer el estado de salud de los pacientes, su entorno y la relación con su medicación, dando lugar al Modelo de Selección y Estratificación.

Variables del Modelo de Selección y Estratificación de Pacientes VIH 1/4			
Tipología de variable	Variable	Definición	Puntuación
Variables demográficas	Edad	Paciente 18-30 años (paciente Naïve)	3
		Paciente > 50 años	4
	Embarazo	Paciente embarazada	Prioridad 1
	Nivel educativo	Sin estudios	3
Puntuación máxima: 11			
Variables del Modelo de Selección y Estratificación de Pacientes VIH 2/4			
Tipología de variable	Variable	Definición	Puntuación
Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Pluripatología/ comorbilidades	El paciente presenta dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad CV - HTA - DM - Síndrome metabólico - Cirrosis hepática - Enfermedad renal crónica - Deterioro neurocognitivo - Osteoporosis y fracturas óseas - Bronquitis crónica - Tumores no definitorios de SIDA - Fragilidad 	3
	Coinfección	VHC SIN tratamiento	2
		VHC CON tratamiento	4
	Situación analítica/VACS	CD4 < 200/ μ L	2
		Paciente con TAR de más de 6 meses y carga viral plasmática > 1000 copias en la última analítica.	4
		Índice VACS \geq 25	2
	Riesgo de mortalidad CV aterosclerótica	Riesgo estimado de mortalidad CV aterosclerótica en 10 años > 5% o paciente fumador y con colesterol > 200 mg/Dl	2
	Número de hospitalizaciones	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses	2
Puntuación máxima: 19			

Variables del Modelo de Selección y Estratificación de Pacientes VIH 3/4					
Tipología de variable	Variable	Definición	Puntuación		
Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Consumo de drogas y/o alcohol superior a 17 UBE/sem en mujeres y >28 UBE/sem en hombres	2		
	Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional	Puntuación máxima de la variable: 4	El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios, con una puntuación >10 en el cuestionario PHQ-9 (Patients Health Questionnaires)	2	
			El paciente está en tratamiento con algún medicamento de los grupos N05, N06 y N07B que corresponden a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, psicoestimulantes y medicamentos para los desórdenes adictivos	4	
			Deterioro cognitivo: <i>Cuestionario de Pfeiffer</i>	Leve deterioro cognitivo	1
				Deterioro cognitivo moderado	2
				Importante deterioro cognitivo	4
	Dependencia funcional: <i>Índice de Katz</i>	2			
	Factores relacionados con el trato paciente profesional	El paciente ha mostrado en los últimos 6 meses desconfianza, hostilidad, vergüenza, temor e. adv., baja percepción de autoeficacia, insatisfacción con la At. Sanitaria, bajo grado de conocimiento enf/tto, incomprensión del tto o barrera idiomática	2		
	Soporte social y condiciones socioeconómicas	Paciente sin domicilio fijo o sin soporte social o familiar (teniendo o no dependencia funcional) o con condiciones socioeconómicas que pueden provocar que no mantenga o se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables	3		
				Puntuación máxima: 11	

Variables del Modelo de Selección y Estratificación de Pacientes VIH 4/4				
Tipología de variable	Variable	Definición	Puntuación	
Variables relacionadas con la medicación	Polimedición	El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo el TAR)	4	
	Riesgo de la medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamento de alto riesgo en pacientes crónicos	2	
	Interacciones del tratamiento	Puntuación máxima de la variable: 4	1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (TA, niveles plasmáticos del fármaco) o modificación de la dosis	2
			≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización (TA, niveles plasmáticos del fármaco) o modificación de la dosis	4
			Coadministraciones no recomendadas	4
			Interacción no documentada en las bases de datos	2
	Cambios en el régimen regular de la medicación	El paciente ha sufrido cambios en el régimen de la medicación en los últimos 4-6 meses	3	
	Inicio de tratamiento	El paciente ha comenzado TAR hace menos de 6 meses	3	
	Sospecha de PRM	Existe evidencia de que el paciente padece o puede padecer PRM mediante la utilización de la aplicación <i>PREDICTOR</i> (resultado: riesgo elevado)	4	
	Adherencia	<90% según las dispensaciones realizadas en los últimos 6 meses o abandono previo de un TAR	4	
	Índice de complejidad	5 según el http://indicedecomplejidad.com/	4	
	Satisfacción al TAR	<7, mediante el empleo de una escala EVA de 0-10 (no satisfecho-muy satisfecho)	2	
Puntuación máxima: 30				
Máxima puntuación del Modelo			71 puntos	

Figura 1. Variables y puntuación relativa del Modelo de Estratificación en Atención Farmacéutica de 2017.

Según la puntuación obtenida, un paciente se situaría en el nivel de prioridad correspondiente. Así, se establecen tres niveles de prioridad (Figura 2), de modo que aquellos pacientes con un mayor riesgo, ya sea de exclusión social, de nuevo ingreso hospitalario, de falta de adherencia, una mayor complejidad, entre otras, se situarán en el nivel de prioridad más alto. Esto permite que a este tipo de pacientes se les

proporcione un seguimiento más exhaustivo y continuado, garantizando una mejor atención y un aumento en los resultados en salud. Sin embargo, a determinados pacientes, como son pacientes pediátricos, embarazadas y pacientes con condiciones económicas que no les permite llevar a cabo su tratamiento, se les sitúa directamente en el nivel de prioridad 1, sea cual sea la puntuación obtenida (Marcos-Rodríguez et al, 2020).

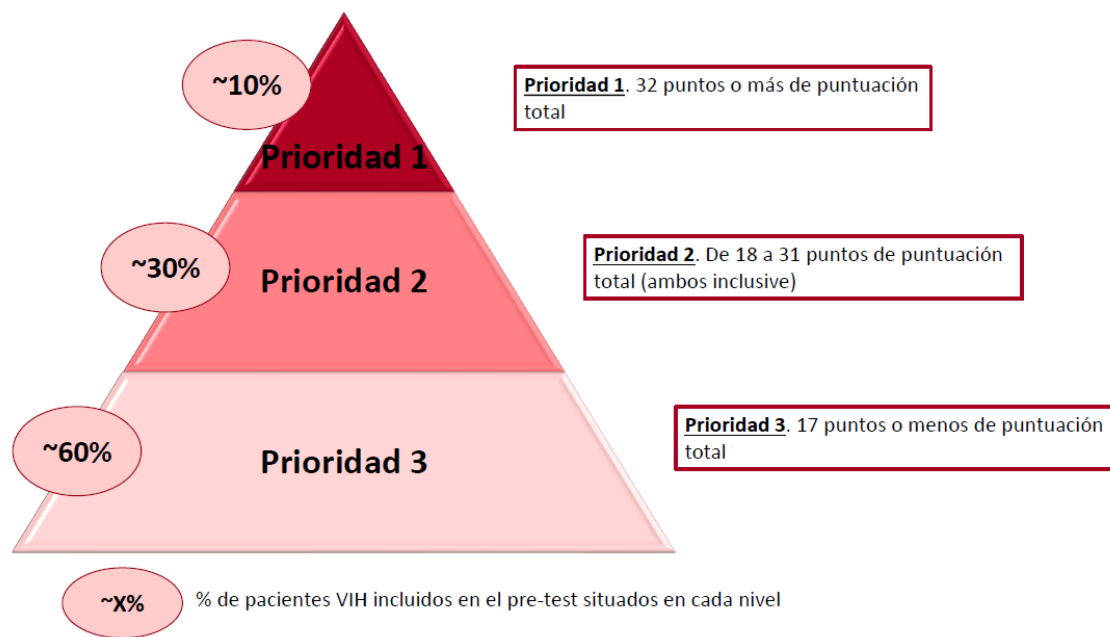


Figura 2. Niveles de prioridad y puntos de corte establecidos en el Modelo de Estratificación en Atención Farmacéutica de 2017.

La puesta en marcha y utilización de la herramienta y el modelo han demostrado ya su utilidad en diferentes proyectos de investigación. Sin embargo, el primer modelo publicado resulta excesivamente laborioso y, además, conlleva dedicarle bastante tiempo y recursos en su cumplimentación inicial. Este podría ser uno de los motivos que han llevado a que el modelo anterior no se haya expandido como se esperaba. Por ello, se ha decidido simplificar el modelo anterior y avanzar hacia un abordaje multidimensional y no multidisciplinar. Esta modificación se está llevando a cabo en diferentes fases:

Fase 1: Desarrollo del modelo de estratificación. En ella se pretende, a partir de un consenso llevado a cabo con la metodología Delphi, elaborar el nuevo modelo

con las variables a incluir, la periodicidad con la que se estratificará y evaluará a los pacientes y las intervenciones que se van a llevar a cabo en el seguimiento farmacoterapéutico. Una vez conseguido esto, se diseñará el modelo definitivo de estratificación de pacientes VIH+, con el cual se creará un cuestionario fácil de realizar a los pacientes.

Fase 2: Validación del modelo. En la segunda fase, una vez obtenidas las variables y las puntuaciones otorgadas, se llevará a cabo un estudio práctico con pacientes reales. De esta forma, se determinarán los umbrales de puntuación y se crearán los 3 niveles de atención definidos en el modelo (básico-intermedio-avanzado).

Fase 3: Desarrollo tecnológico. Una vez superada la segunda fase, se desarrollarán los recursos tecnológicos necesarios (páginas webs, apps, etc.) y todas aquellas herramientas que permitan, de una forma sencilla, incorporar el modelo a la práctica habitual en los Servicios de Farmacia.

El presente trabajo de fin de estudios sólo abarcará la primera fase del proyecto, elaborando el nuevo Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de pacientes VIH+.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto consiste en realizar una simplificación y adaptación multidimensional del Modelo de Selección y Estratificación en la Atención Farmacéutica de pacientes VIH+, publicado en 2017 dentro del grupo de trabajo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Además, se fijarán aquellas intervenciones de atención farmacéutica más orientadas a características específicas de cada paciente; así como, la periodicidad de seguimiento farmacoterapéutico en función de la prioridad de los individuos.

3. METODOLOGÍA

Este nuevo Modelo de Selección y Estratificación de pacientes VIH se crea a partir del modelo anterior de 2017, del cual se han rescatado algunas variables que se consideraban imprescindibles para la estratificación en atención farmacéutica (comorbilidad, polifarmacia, adherencia, índice de complejidad y hospitalizaciones).

A posteriori, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas (PUBMED, MEDLINE, etc.) específicamente orientada a la identificación de otras variables e intervenciones farmacéuticas que mejorasen los resultados en salud y que potencialmente puedan afectar a la consecución de los objetivos en relación a la farmacoterapia de los pacientes VIH+ (calidad de vida, fragilidad, uso de sustancias, entre otras). Para ello, se utilizaron palabras clave como *pharmaceutical care, HIV, adherence, patient compliance, polipharmacy, quality of life, frailty, multimorbidity, pharmaceutical interventions*.

Con la información obtenida en la fase anterior, se diseñó un escenario de clasificación y factibilidad que, posteriormente, fue propuesto para valoración por un panel de expertos según la metodología RAND/UCLA o Técnica DELPHI modificada (Martínez-Sahuquillo y Echevarría, 2001).

La elección del método Delphi como herramienta para el diseño del modelo de estratificación tiene por objeto apoyar la evidencia científica disponible en el criterio de profesionales farmacéuticos relacionados con la asistencia a pacientes VIH+. Dicha metodología consistió en la selección de un grupo de expertos a los que se les preguntó su opinión sobre las variables, intervenciones y periodicidad de seguimiento farmacoterapéutico del nuevo modelo de selección y estratificación. Fue desarrollada en la Corporación Rand en los años cincuenta como herramienta para predecir el futuro, aplicándose inicialmente a temas político-militares, tecnológicos y económicos. Desde entonces, la técnica Delphi se ha utilizado también en una serie de entornos médicos y sanitarios (Buetow y Coster, 2000). Generalmente, el método consta de varias rondas, en las que se envía un cuestionario a un grupo de expertos que responden a las

preguntas de forma anónima. Posteriormente, se tabulan los resultados de la encuesta y se devuelven al grupo. Entonces, se le pide a cada persona que responda de nuevo al cuestionario, con el objeto de tratar de conseguir un consenso, pero procurando la máxima autonomía por parte de los participantes. Este proceso iterativo continúa hasta que haya una convergencia de opinión sobre el tema o hasta que no se produzca ningún cambio sustancial en las respuestas (Santori et al., 2008).

3.1. Variables, periodicidad e intervenciones en el seguimiento farmacoterapéutico propuestos al panel de expertos en el cuestionario DELPHI.

El cuestionario consistía en tres apartados, cada uno orientado a perseguir los objetivos planteados.

El primer apartado expondría las variables del modelo, las cuales nos permitirán clasificar en qué nivel de prioridad de seguimiento se encuentra cada paciente al que se evalúe con el modelo a crear. Se consideró que las variables debían disponerse en varias dimensiones para un mejor manejo del modelo en la práctica clínica. De este modo, se establecieron 16 variables para 10 dimensiones, las cuales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones y variables que se propusieron al panel de expertos para incluir en el modelo de Selección y Estratificación de pacientes VIH.		
DIMENSIÓN	VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Demográfica	Edad > 50 años	Rangos de edad incluidos en el <i>Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por VIH</i> del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2015
	Edad > 65 años	
Clínica	Comorbilidad	Presencia de al menos dos patologías del mismo patrón de multimorbilidad (Prados-Torres et al., 2012)
Nutricional	Nivel nutricional	Valoración del estado nutricional mediante herramientas disponibles por el facultativo.

Farmacoterapéutica	Polifarmacia	Uso de 6 o más principios activos, incluido el TAR (Morillo-Verdugo et al., 2017)	
	Índice de complejidad	Se considera un paciente de complejidad elevada cuando su índice de complejidad (IC) es mayor a 11.25 (Morillo-Verdugo et al., 2019)	
	Adherencia	Al tratamiento antirretroviral	Se valora el grado de adherencia al tratamiento para VIH. La medida de esta variable se realiza mediante el registro de dispensación y el cuestionario SMAQ (<i>Anexo I</i>) (Mendoza-Aguilera et al, 2018; Ortega-Suárez et al., 2011)
		A la medicación concomitante	Se valora el grado de adherencia a la medicación que toma el paciente para otras patologías. Para la medida de esta variable se propusieron dos métodos al panel de expertos: por registro de dispensación y el cuestionario de Morisky-Green (<i>Anexo II</i>) (Morisky et al., 1986) o por registro de dispensación y cuestionario ARMS (<i>Anexo III</i>) (González-Bueno et al., 2017)
Utilización de recursos sanitarios	Hospitalizaciones	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses (Morillo-Verdugo et al. 2017)	
Psicosocial	Calidad de vida	Conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales que contribuyen al bienestar de las personas (Cooper et al. 2017)	
	Depresión	Trastorno del estado anímico que cursa con tristeza, melancolía, frustración, ira o derrumbamiento (Medline, 2018)	
	Movilidad	Estudio de la movilidad del paciente y su desempeño en la realización de las actividades de su vida cotidiana, y de la presencia o no de dependencia funcional.	

	Uso de sustancias	Consumo de sustancias activas tales como drogas y/o alcohol (considerando cualquier cantidad de alcohol consumida)
Neurocognitiva-sensorial	Deterioro neurocognitivo-sensorial	Presencia de deterioro cognitivo-sensorial, que puede ser leve, moderado o grave, con o sin presencia de desórdenes mentales. Esta variable será medida con el test de Pfeiffer (<i>Anexo V</i>) (Martínez de la Iglesia et al., 2001)
Fragilidad	Fragilidad	Vulnerabilidad incrementada debido a la reducción de las reservas homeostáticas, exponiendo al individuo a un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud, como trastornos biológicos, psicológicos y sociales (Guaraldi y Milic, 2019; Clegg et al. 2013)
Socioeconómica	Aspectos socioeconómicos	Pacientes sin hogar, en aislamiento social, sin apoyo familiar (con o sin dependencia funcional), inestabilidad financiera, etc.
Resultados en salud	Carga viral	Se evaluará como detectable o indetectable.
	Objetivo farmacológico para la comorbilidad	Paciente que alcanza sus objetivos farmacológicos definidos para cada una de sus comorbilidades.

Cada variable fue detallada y descrita para un mejor entendimiento por parte del panel de expertos. Así, se plantearon dos preguntas, que fueron las mismas para cada variable (con algunas excepciones que se explicarán más adelante): 1. *Según su criterio, ¿está de acuerdo en incluir esta variable en el modelo?*, a la cual se debía responder *Sí* o *No*, y 2. *Si su respuesta es Sí, indique la puntuación que le otorgaría a dicha variable, siendo 1 la de menor peso y 10 la de mayor peso.*

Variable		ÍNDICE DE COMPLEJIDAD							
Índice de complejidad*	Descripción de la variable								
IC > 11.25	Pacientes con elevada complejidad								
IC < 11.25	Pacientes con menor complejidad								
*IC a partir del MRCI, según el estudio de Morillo-Verdugo et al. (Anexo 1)									
Según su criterio, ¿está de acuerdo en incluir esta variable en el modelo?									
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Si su respuesta es SI , indique la puntuación que le otorgaría a dicha variable, siendo 1 la de menor peso y 10 la de mayor peso.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 3. Ejemplo de una variable incluida en el cuestionario de la primera ronda.

En algunas dimensiones o variables se incluyeron otras cuestiones, fundamentalmente dirigidas a saber cómo evaluarlas en la práctica clínica.

- En la variable *Adherencia a la medicación concomitante*, se propusieron dos métodos de medida de dicha variable (por *registro de dispensación y cuestionario de Morisky-Green* (Anexo II) o por *registro de dispensación y cuestionario de ARMS* (Anexo III) y se les preguntaba cuál de ellos les parecía más adecuado.

Para la medida de esta variable se proponen dos métodos: por registro de dispensación y el cuestionario de Morisky-Green (Anexo 2) o por registro de dispensación y el cuestionario ARMS (Anexo 2). ¿Cuál de estos le parece más adecuado?

Registro/Cuestionario de Morisky-Green	Registro/Cuestionario ARMS

Figura 4. Métodos de medida de la variable *Adherencia a la medicación concomitante*: *Cuestionario de Morisky-Green o Cuestionario de ARMS.*

- En la dimensión *Psicosocial*, se preguntaba a los expertos si preferían evaluar todas las variables que conformaban la dimensión en su conjunto con el *Cuestionario EQ5D* (Anexo IV) o, por lo contrario, que esta fuese de forma individual. En caso de marcar la segunda opción, debían indicar algún método de medida para cada variable individualmente.

En función de sus respuestas en esta dimensión, si considera que todas estas variables deben ser incluidas en el modelo, se le formula la siguiente cuestión: **¿prefiere que se evalúen en su conjunto con el Cuestionario EQ5D (se adjunta en el Anexo 1) o, por el contrario, sugiere que ésta sea individual?**

Cuestionario EQ5D	Valoración individual

En caso de que su respuesta sea "valoración individual", ¿cómo mediría cada una de las variables?

CALIDAD DE VIDA	
DEPRESIÓN	
MOVILIDAD	

Figura 5. *Métodos de medida de la dimensión Psicosocial: Cuestionario EQ-5D o medida individual de cada variable.*

El segundo apartado iba referido a la periodicidad de seguimiento terapéutico, es decir, cada cuánto tiempo estimaba cada experto colaborador que era necesario valorar al paciente en función de su prioridad, establecida anteriormente mediante una puntuación otorgada en la evaluación de las variables. Se dio a elegir entre tres opciones posibles formulando la cuestión: *¿Cuál de estas opciones, según su criterio, le parece la más adecuada?*, a la cual debían marcar con una X la opción preferida.

OPCIÓN A	
Prioridad 1	Cada 1- 2 meses
Prioridad 2	Cada 3- 4 meses
Prioridad 3	Cada 6- 8 meses

OPCIÓN B	
Prioridad 1	Cada 3 meses
Prioridad 2	Cada 6 meses
Prioridad 3	Cada 12 meses

OPCIÓN C	
Prioridad 1	Cada 6 meses
Prioridad 2	Cada 9 meses
Prioridad 3	Cada 12 meses

Figura 6. Opciones de periodicidad de seguimiento del paciente en función de su prioridad planteadas al panel de expertos.

En el último apartado, se indicaron todas aquellas intervenciones que se consideraron adecuadas y factibles a realizar en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes VIH. La mayoría de las actuaciones se escogieron del estudio “Desarrollo de una taxonomía de las intervenciones farmacéuticas en pacientes VIH+ basados en el modelo CMO” de Morillo-Verdugo et al. (2016), aunque fueron adaptadas específicamente a las nuevas variables propuestas. También, se incluyeron otras destinadas a abarcar aspectos importantes sobre el estado de salud y el entorno del paciente, resultando un total de 24 intervenciones propuestas. Estas se dividieron en tres secciones: 1. *Seguimiento farmacoterapéutico*, 2. *Formación, educación y seguimiento al paciente*, y 3. *Coordinación con el equipo asistencial*.

Tabla 2. Listado de intervenciones en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente propuestas al panel de expertos

SECCIÓN 1. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (1/3)	
1.1	Revisión y validación del tratamiento antirretroviral
1.2	Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla.
1.3	Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
1.4	Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas
1.5	Cálculo del riesgo de reingreso mediante el modelo matemático de Montes-Escalante et al. (2016)
1.6	Valoración del nivel nutricional del paciente con derivación al especialista si fuese necesario.
1.7	Revisión periódica de parámetros indicadores de fragilidad
1.8	Seguimiento de la seguridad del tratamiento
1.9	Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores.
1.10	Valorar la derivación a otros profesionales

SECCIÓN 2. FORMACIÓN, EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PACIENTE (2/3)	
2.1	Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de transmisión, etc.
2.2	Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas.
2.3	Conseguir un nivel de información y activación del paciente elevado en relación con su farmacoterapia.
2.4	Fomento de la corresponsabilidad en cuanto a los objetivos farmacoterapéuticos marcados para cada momento.
2.5	Fomento de estilos de vida saludables

2.6	Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos.
2.7	Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.
2.8	Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas webs, etc.
2.9	Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y webs para un mejor entendimiento de su patología.

SECCIÓN 3. COORDINACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL (3/3)

3.1	Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.
3.2	Coordinación con asociaciones de pacientes para garantizar un cuidado asistencial integral y adaptado a las necesidades de los pacientes.
3.3	Establecer un circuito para la gestión y abordaje de los objetivos en relación con la farmacoterapia.
3.4	Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario.
3.5	Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citaciones.

En cada intervención se formularon dos preguntas: 1. *En base a su criterio, ¿cree que esta intervención debe realizarse? Responda según esta escala del 1 al 10, donde 1 significa muy inadecuado y 10 muy adecuado*, en la cual se debía marcar con una X la puntuación otorgada a dicha intervención, y 2. *Si está de acuerdo en incluir la intervención (puntuación 7 al 10), ¿en qué nivel de prioridad la situaría? (marcar una, dos o las tres opciones propuestas)*. En este caso debían marcar con X si consideraban que la intervención planteada debía llevarse a cabo en los pacientes de prioridad 1, 2 y/o 3, con la posibilidad de marcar una o varias.

INTERVENCIÓN	
1.1	<ul style="list-style-type: none"> Revisión y validación del tratamiento antiviral

En base a su criterio, ¿cree que esta intervención debe realizarse? Responda según esta escala del 1 al 10, donde 1 significa *muy inadecuado* y 10 *muy adecuado*.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Si está de acuerdo en incluir la intervención (puntuación 7 al 10), ¿en qué nivel de prioridad la situaría? (marcar una, dos o las tres opciones propuestas)

Prioridad 3	Prioridad 2	Prioridad 1

Figura 7. Ejemplo de una intervención incluida en el cuestionario de la primera ronda.

Finalmente, se proponía al panel de expertos la posibilidad de incluir alguna otra dimensión/variable o intervención que consideraran de extrema importancia en la evaluación de los pacientes VIH.

3.2. Panel de expertos: Diseño de la nueva herramienta de selección y estratificación de pacientes VIH+ mediante la metodología Delphi.

Se seleccionó un panel de 42 expertos farmacéuticos hospitalarios a nivel nacional que estuviesen implicados en la atención farmacéutica al paciente VIH+. Se estimó un porcentaje de pérdidas durante el proceso del 20%.

La selección de expertos se realizó de forma explícita y siguiendo un protocolo previamente establecido con el fin de limitar posibles sesgos. Los criterios fundamentales de selección fueron:

- Criterios objetivos: sexo (al menos un 50% de mujeres/hombres), diversidad geográfica y disponibilidad real de tiempo tras conocer la metodología de trabajo y el cumplimiento de plazos.

- Criterios subjetivos: liderazgo reconocido, amplitud de conocimiento e interés en el tema, actitud y aptitud científica, capacidad de trabajo en equipo, ausencia de visiones rígidas y nivel de motivación intensa.

Para conocer la calificación de los expertos en cada uno de los escenarios se utilizó la técnica Delphi de uso apropiado en dos rondas.

3.2.1. Primera ronda

Cada uno de los expertos que conformaban el panel debían responder a todas las cuestiones sobre dimensiones/variables, periodicidad e intervenciones individualmente y a distancia. Para ello, se les facilitó un resumen de la evidencia disponible obtenida en la fase anterior. Las respuestas fueron tabuladas y procesadas por el equipo investigador y se proporcionó feed-back a los expertos. De esta forma se persigue que las puntuaciones dependan del juicio de cada experto, evitando así la influencia de factores ajenos.

Al final de la primera ronda, las dimensiones/variables, periodicidad e intervenciones fueron clasificadas en función del grado de acuerdo que establece la metodología Delphi:

- El criterio de acuerdo o desacuerdo en las variables, periodicidad y en la prioridad en la que se realizaría cada intervención sería cuando el 70% o mayor porcentaje de panelistas votase por una misma opción. Si este porcentaje resulta menor, se establece que no hay consenso.
- El criterio de acuerdo para las intervenciones se basa en la mediana de las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas.
 - ✓ **Adecuado:** mediana del grupo con valores comprendidos entre 8-10.
 - ✓ **Dudoso:** mediana del grupo con valores comprendidos entre de 5-7.
 - ✓ **Inadecuado:** mediana del grupo con valores comprendidos entre 1-4.

En todos aquellos apartados en los que no se alcanzó un consenso, debían volver a evaluarse en la siguiente ronda.

3.2.2. Segunda ronda

En esta ronda se preguntó de nuevo únicamente aquellas indicaciones que no habían conseguido el acuerdo de inclusión o exclusión. Para ello, cada miembro recibió los resultados globales del grupo obtenidos en la primera ronda y una hoja de evaluación personalizada, acompañada de las instrucciones necesarias para su cumplimentación. Este documento individualizado mostraba la frecuencia de respuestas para cada variable, periodicidad o intervención, junto con la respuesta del participante en la ronda anterior, con objeto de darle la oportunidad de modificarla. Así mismo, se mantuvieron los criterios de acuerdo para cada una de las partes evaluadas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A mediados de diciembre de 2019, se enviaron las invitaciones para participar en la primera fase de este proyecto a un centenar de farmacéuticos hospitalarios de todo el territorio nacional, expertos en el tema y de liderazgo conocido. De estos, sólo 42 aceptaron la invitación y a todos ellos se les incluyó en la primera ronda, enviándoles el cuestionario Delphi propiamente elaborado para el diseño del nuevo Modelo de Selección y Estratificación de pacientes VIH.

4.1. Primera ronda

En esta primera ronda se produjo una pérdida del 12% de los participantes, constituyéndose el panel de expertos de 37 personas. Todas ellas enviaron sus respuestas correspondientes al cuestionario en el plazo establecido.

En el apartado A, *“Dimensiones y variables del modelo”*, se obtuvo consenso en la mayoría de las variables propuestas, es decir que el 70% o mayor porcentaje de panelistas votó por la misma opción, y en todas ellas el acuerdo fue de inclusión en el modelo. Únicamente se mostró desacuerdo en los siguientes campos:

- *Dimensión nutricional*, valoración del estado nutricional del paciente. El 62% de los participantes optaron por no incluir esta variable en el modelo, mientras que el 38% restante si consideraron su inclusión. De los participantes a favor, la mayoría otorgó una puntuación de entre 4 y 7.
- *Dimensión farmacoterapéutica*, en la medida de la variable *Adherencia a la medicación concomitante*, la cual podía ser mediante registro de dispensaciones/Cuestionario de Morisky-Green o registro de dispensaciones/Cuestionario de ARMS. La primera opción fue la más votada con un 67%, siendo insuficiente dicho porcentaje para lograr el acuerdo.

Además, la mayoría de expertos consideró que debía incluirse la variable *Embarazo* y con máxima prioridad.

Por el contrario, en el apartado B, *“Periodicidad de seguimiento farmacoterapéutico”*, no se pudo lograr el consenso. De las tres opciones propuestas, la más votada fue la opción B con un 62%, a la cual le siguió la opción A con un 27% y, por último, la C con un 11%. Dado el desacuerdo, este apartado volvió a valorarse en la segunda ronda en su totalidad.

Finalmente, en el apartado C, *“Intervenciones en el seguimiento farmacoterapéutico”*, al igual que en las variables, también se alcanzó acuerdo en la mayoría de ellas. No obstante, se produjo gran disidencia en qué niveles de prioridad incluir cada intervención. El grado de acuerdo propuesto fue adecuado, dudoso e inadecuado. A continuación, procedemos a desglosar cada sección que componen este apartado.

- *Sección 1. Seguimiento farmacoterapéutico*

De las 10 intervenciones propuestas en esta sección, se clasificaron 7 como *Adecuado*, lo cual significa acuerdo de inclusión en el modelo, y 1 como *Inadecuado*, correspondiendo a la intervención 1.5 “Cálculo del riesgo de

reingreso mediante el modelo matemático de Montes-Escalante et al.”, por lo que dicha intervención quedó excluida. Las dos restantes se consideraron como *Dudoso*: intervención 1.6 “Valoración del nivel nutricional del paciente con derivación al especialista si fuese necesario” y la intervención 1.7 “Revisión periódica de parámetros indicadores de fragilidad”, por lo que se valoraron de nuevo en la segunda ronda.

➤ *Sección 2. Formación, educación y seguimiento al paciente*

En esta sección, 8 de las 9 intervenciones planteadas concluyeron en acuerdo, encuadrándose todas ellas como *Adecuado*. La única en discordancia fue la intervención 2.8 “Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas webs, etc.”

➤ *Sección 3. Coordinación con el equipo asistencial*

En esta última sección, también se obtuvo consenso en la mayoría de las intervenciones, logrando acuerdo de inclusión. Sólo se clasificó como *Dudoso* la intervención 3.2 “Coordinación con asociaciones de pacientes para garantizar un cuidado asistencial integral y adaptado a las necesidades de los pacientes”.

En cuanto a encuadrar cada intervención en los niveles de prioridad de actuación hubo una gran variabilidad de opiniones por parte de los profesionales colaboradores. En la mayoría de ellas se obtuvieron porcentajes menores al 70%, destacando que hubo un mayor consenso en la inclusión de intervenciones en la prioridad 1.

En la segunda ronda se sugirió al panel de expertos que puntuasen las intervenciones en las que no hubo acuerdo de forma extrema, es decir, de 1 a 3 si no estaban de acuerdo en incluirlas o de 8 a 10 en caso de que consideraran que debían formar parte del modelo. Esto facilitaría el consenso.

4.2. Segunda ronda

Finalmente, en esta última ronda, el panel de expertos lo formaron 36 personas, suponiendo una pérdida global del 14.3% de participantes. Además, el consenso fue alcanzado en todas las partes evaluadas.

Apartado A. "Dimensiones y variables del modelo"

- *Dimensión nutricional/variable Nivel nutricional*: el 89% de los expertos colaboradores votaron NO a incluir dicha variable. Por esta razón, esta dimensión queda excluida del nuevo Modelo de Selección y Estratificación.

VARIABLE	RONDA	NO	SI
NIVEL NUTRICIONAL	1ª RONDA	62% (23)	38% (14)
	2ª RONDA	89% (32)	11% (4)

Figura 8. Variable Nivel nutricional. Comparativa entre los resultados de la primera y la segunda ronda.

- *Dimensión farmacoterapéutica, en la medida de la variable Adherencia a la medicación concomitante*: la opción más votada en este caso fue Registro de dispensaciones/Cuestionario de Morisky-Green con un 87%, resultando excluida la medida de la adherencia a la medicación concomitante mediante el Cuestionario de ARMS.

VARIABLE	RONDA	REGISTRO/MORISKY	REGISTRO/ARMS
ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN CONCOMITANTE	1ª RONDA	67% (20)	33% (10)
	2ª RONDA	87% (26)	13% (4)

Figura 9. Medida de la variable Adherencia a la medicación concomitante. Comparativa entre los resultados de la primera y la segunda ronda.

Apartado B. "Periodicidad de seguimiento farmacoterapéutico"

Finalmente, se alcanzó un acuerdo en cuanto a la periodicidad de seguimiento de los pacientes VIH+. Los expertos, con un 89% de los votos, se decidieron por la opción B. De

esta manera queda establecido que aquellos pacientes de menor prioridad serán visitados cada año, los de prioridad 2 cada 6 meses y, por último, aquellos de máxima prioridad serán seguidos cada 3 meses.

OPCIONES			1ª RONDA	2ª RONDA
OPCIÓN A	PRIORIDAD 1	Cada 1-2 meses	27% (10)	11% (4)
	PRIORIDAD 2	Cada 3-4 meses		
	PRIORIDAD 3	Cada 6-8 meses		
OPCIÓN B	PRIORIDAD 1	Cada 3 meses	62% (23)	89% (32)
	PRIORIDAD 2	Cada 6 meses		
	PRIORIDAD 3	Cada 12 meses		
OPCIÓN C	PRIORIDAD 1	Cada 6 meses	11% (4)	0% (0)
	PRIORIDAD 2	Cada 9 meses		
	PRIORIDAD 3	Cada 12 meses		

Figura 10. Periodicidad de seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Comparativa entre los resultados de la primera y la segunda ronda.

Apartado C. "Intervenciones en el seguimiento farmacoterapéutico"

En esta segunda ronda, cuatro eran las intervenciones en desacuerdo que volvieron a preguntarse. De ellas, sólo la intervención 1.6 "Valoración del nivel nutricional del paciente con derivación al especialista si fuese necesario" quedó excluida del modelo por obtener una mediana inferior a 7 (mediana de dicha intervención = 3). Las intervenciones 1.7, 2.8 y 3.2 consiguieron una mediana de 8 cada una, por lo que hay acuerdo de inclusión como actuaciones de atención farmacéutica en el modelo.

INTERVENCIÓN	RONDA	PUNTUACIÓN										MEDIANA	RANGO
1.6 Valoración del nivel nutricional del paciente con derivación al especialista si fuese necesario.	1ª RONDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	2-10
	2ª RONDA	0	1	5	2	7	9	8	3	0	2	3	1-10
1.7 Revisión periódica de parámetros indicadores de fragilidad.	1ª RONDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7	2-10
	2ª RONDA	0	1	0	2	7	6	9	7	4	1	8	6-10
2.8 Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas webs, etc.	1ª RONDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7	4-10
	2ª RONDA	2	1	4	0	0	1	6	14	7	1	8	7-10
3.2 Coordinación con asociaciones de pacientes para garantizar un cuidado asistencial integral y adaptado a las necesidades de los pacientes.	1ª RONDA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7	4-10
	2ª RONDA	0	0	0	2	2	10	9	8	3	3	8	6-10

Figura 11. Intervenciones reevaluadas en la segunda ronda. Comparativa entre los resultados de la primera y la segunda ronda.

Por último, en cuanto a establecer en qué niveles de prioridad adecuar cada actuación de atención farmacéutica, se obtuvo en su mayoría un consenso factible y adecuado a la práctica clínica. Únicamente se identificaron dos intervenciones (1.7 y 3.2) en acuerdo de inclusión, pero que no se habían encuadrado en ningún nivel de prioridad de seguimiento con un porcentaje mayor o igual al 70%. Por ello, por unanimidad del equipo investigador se decidió incluirlas en el nivel de prioridad máximo.

Además, la inclusión de una intervención en los niveles de prioridad basal (prioridad 3) y/o medio (prioridad 2) supone, por progresión, su inclusión en la prioridad 1. Por este motivo, las actuaciones 2.8 y 2.9, que sólo estaban integradas en la prioridad 3, y la 3.5, que se encuadraba en las prioridades 3 y 2, fueron también añadidas a los niveles de prioridad sucesivos.

2.8	Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas webs, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	75%	47%	42%
		2	1	2	0	0	0	9	13	7	2			
		Mediana: 8					Rango: 7-10							
2.9	Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento (contemplado en el punto 2.8)) sobre el uso de aplicaciones y webs para un mejor entendimiento de su patología.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	81%	50%	47%
		0	0	0	1	3	6	8	9	7	3			
		Mediana: 8					Rango: 4-10							

Figura 12. Ejemplo de intervenciones incluidas en todos los niveles de prioridad por progresión.

4.3. Nuevo Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de Pacientes VIH+

Para finalizar la fase 1 del proyecto, se estableció qué puntuación se otorgaría a cada variable para que, en las fases posteriores, se aplicara el modelo a pacientes reales en las consultas farmacéuticas. Esto se realizó en base a la mediana de puntuaciones dadas por el panel de expertos en ambas rondas. El rango de puntuación oscila entre 1 y 4, siendo 1 aquellas variables que obtuvieron una mediana de 7 y 4 las que consiguieron una mediana de 10. De este modo, el nuevo Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica para pacientes VIH+ resultante se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Dimensiones y variables del Modelo de Selección y Estratificación en Atención Farmacéutica de pacientes VIH+

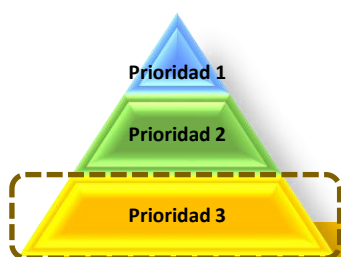
DIMENSIÓN	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	PUNTOS	
DEMOGRÁFICA	Embarazo	Paciente embarazada	Prioridad 1	
	Edad	Paciente > 50 años	1	
		Paciente > 65 años	3	
CLÍNICA	Comorbilidad	<p>Presencia de al menos dos patologías del mismo patrón de multimorbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardio-Metabólico • Depresivo-Geriátrico • Mecánico-Tiroideo <p><i>*Patrones de multimorbilidad descritos por Prados-Torres et al., 2013.</i></p>	2	
FARMACOTERAPÉUTICA	Polifarmacia	Uso de 6 o más principios activos, incluido el TAR.	3	
	Índice de complejidad	<p>Se considera un paciente de complejidad elevada cuando su índice de complejidad (IC) es mayor a 11.25.</p> <p><i>*IC a partir del MRCI según el estudio de Morillo-Verdugo et al., 2019.</i></p>	3	
	Adherencia	Al TAR	<p>La medida de esta variable se realizará mediante el registro de dispensaciones y el cuestionario SMAQ.</p> <p><i>*Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)</i></p>	3
		A la medicación concomitante	La medida de esta variable se realizará mediante registro de dispensaciones y cuestionario de Morisky-Green.	2
RECURSOS SANITARIOS	Hospitalizaciones	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses	2	
PSICOSOCIAL	Calidad de vida	Conjunto de condiciones físicas, psicológicas y sociales que contribuyen al bienestar de las personas.	1	
	Depresión	Trastorno del estado anímico como tristeza, melancolía, frustración, ira o derrumbamiento.	2	
	Movilidad	Estudio de la movilidad del paciente y su desempeño en la realización de las actividades de su vida cotidiana, y de la presencia o no de dependencia funcional.	1	

	Uso de sustancias	Consumo de sustancias activas tales como drogas y/o alcohol (considerando cualquier cantidad de alcohol consumida).	2
NEUROCOGNITIVA- SENSORIAL	Deterioro neurocognitivo- sensorial	Presencia de deterioro cognitivo-sensorial, que puede ser leve, moderado o grave, con o sin presencia de desórdenes mentales. Esta variable será medida con el test de Pfeiffer.	2
FRAGILIDAD	Fragilidad	Vulnerabilidad incrementada con un mayor riesgo de resultados negativos relacionados con la salud, como trastornos biológicos, psicológicos y sociales.	2
SOCIOECONÓMICA	Aspectos socioeconómicos	Pacientes sin hogar, en aislamiento social, sin apoyo familiar (con o sin dependencia funcional), inestabilidad financiera, etc.	2
RESULTADOS EN SALUD	Carga viral	Detectable	4
	Objetivos farmacológicos para la comorbilidad	Paciente que NO alcanzan sus objetivos farmacológicos definidos para cada una de sus comorbilidades.	2
Máxima puntuación			37 puntos

Periodicidad e intervenciones de atención farmacéutica

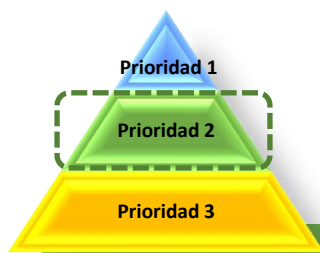
Finalmente, según el acuerdo establecido, el seguimiento del paciente se realizará cada 12 meses para pacientes de *prioridad 3*, cada 6 meses para los de *prioridad 2* y cada 3 meses para los pacientes de *mayor prioridad*.

En cuanto a las intervenciones de atención farmacéutica, han sido distribuidas en función de la prioridad del paciente, aumentando el grado de actuación a medida que se incrementa el nivel de prioridad, es decir, en aquellos pacientes de mayor riesgo se ejercerá un mejor y más complejo seguimiento farmacoterapéutico. A continuación, se muestran las actuaciones en función del nivel de prioridad.



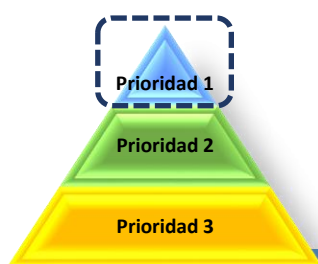
Actuaciones de Atención Farmacéutica en Pacientes de Prioridad 3

<p>Seguimiento farmacoterapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▪ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▪ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante.
<p>Formación, educación y seguimiento del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▪ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▪ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▪ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas webs para un mejor entendimiento de su patología.
<p>Coordinación con el equipo asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas.



Actuaciones de Atención Farmacéutica en Pacientes de Prioridad 2

<p>Seguimiento farmacoterapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▪ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▪ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. ▪ Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas ▪ Seguimiento de la seguridad del tratamiento.
<p>Formación, educación y seguimiento del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▪ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▪ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▪ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas webs para un mejor entendimiento de su patología. ▪ Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, tratamiento, vías de transmisión... ▪ Conseguir un nivel de información y activación del paciente elevado en relación con su farmacoterapia. ▪ Fomento de la corresponsabilidad en cuanto a los objetivos farmacoterapéuticos marcados para cada momento. ▪ Fomento de estilos de vida saludables.
<p>Coordinación con el equipo asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas. ▪ Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales.



Actuaciones de Atención Farmacéutica en Pacientes de Prioridad 1

<p>Seguimiento farmacoterapéutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión y validación del tratamiento antirretroviral. ▪ Seguimiento integral (TAR y medicación concomitante) de la adherencia y establecer la mejor estrategia para mejorarla. ▪ Revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al clínico una alternativa terapéutica para la medicación concomitante. ▪ Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas ▪ Seguimiento de la seguridad del tratamiento. ▪ Revisión periódica de parámetros de fragilidad. ▪ Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores. ▪ Valorar la derivación a otros profesionales.
<p>Formación, educación y seguimiento del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre su tratamiento (olvido de tomas...), prevención y minimización de reacciones adversas. ▪ Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales y/o potenciales con otros medicamentos. ▪ Indagar sobre el grado de conocimiento del paciente sobre competencias digitales y electrónicas, para el posterior uso de aplicaciones, páginas web, etc. ▪ Recomendaciones al paciente (en función de su grado de conocimiento) sobre el uso de aplicaciones y páginas webs para un mejor entendimiento de su patología. ▪ Conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento prescrito, para posteriormente resolver dudas acerca de su enfermedad, tratamiento, vías de transmisión... ▪ Conseguir un nivel de información y activación del paciente elevado en relación con su farmacoterapia. ▪ Fomento de la corresponsabilidad en cuanto a los objetivos farmacoterapéuticos marcados para cada momento. ▪ Fomento de estilos de vida saludables. ▪ Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad.
<p>Coordinación con el equipo asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de la próxima visita a la Unidad de Pacientes Externos en coordinación con su médico de digestivo o infecciosas o con el departamento de citas. ▪ Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales. ▪ Establecer un circuito para la gestión y abordaje de los objetivos en relación con la farmacoterapia.

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinación con asociaciones de pacientes para garantizar un cuidado asistencial integral y adaptado a las necesidades de los pacientes.▪ Coordinación con los Servicios Sociales o con los Servicios de Psicología y Psiquiatría del centro hospitalario. |
|--|--|

Figura 13. *Intervenciones de seguimiento farmacoterapéutico incluidas en el nuevo Modelo de Selección y Estratificación de pacientes VIH+.*

5. CONCLUSIÓN

En este trabajo se ha cumplido con el objetivo principal de simplificar el Modelo de Selección y Estratificación de 2017 y adaptarlo hacia un enfoque multidimensional, con un manejo más fácil y práctico. También, se ha establecido la periodicidad de seguimiento de los pacientes VIH+ y qué intervenciones de atención farmacéutica llevar a cabo en función de sus niveles de prioridad.

Este trabajo de fin de grado muestra solo el principio de un extenso proyecto planteado por el grupo de trabajo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

A continuación, se llevará a cabo la segunda fase del proyecto, la cual consistirá en valorar la aplicabilidad del modelo en la práctica clínica en pacientes reales. Así, se definirá la nueva pirámide de umbrales de puntuación, la cual asigna a los pacientes en tres niveles: prioridad 1 o basal, prioridad 2 o intermedio y prioridad 1 o de máxima prioridad, con un criterio distributivo del 60, 30 y 10%, respectivamente. También, se consolidarán las bases del nuevo modelo.

Y, por último, una vez establecida su utilidad y factibilidad, se procederá a la creación de aplicaciones móviles o páginas web con acceso a todos los profesionales farmacéuticos que deseen aplicar el método en sus consultas. En estas se facilitaría la forma de medir todas las variables para poder estratificar a los pacientes en función de su prioridad y una vez que se estableciese este nivel de prioridad, automáticamente indicaría al farmacéutico cada cuanto tiempo debe visitar a dicho paciente y qué intervenciones

debe llevar a cabo, para así conseguir un mejor manejo de los problemas relacionados con la salud de sus pacientes.

Esta podría ser una herramienta muy útil que permitiría a los profesionales farmacéuticos ayudar a sus pacientes y a resolver de forma rápida y sencilla todos los problemas en relación a su farmacoterapia, pero no solo de pacientes VIH, sino que podría ampliarse a todas las consultas farmacéuticas hospitalarias.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia clínica y atención farmacéutica. Servicio Español de Farmacia Hospitalaria (SEFH). 2002 [en línea]. [Consultado en abril de 2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>

Buetow SA, Coster GD. New Zealand and United Kingdom experiences with the RAND modified Delphi approach to producing angina and heart failure criteria for quality assessment in general practice. *Quality in Health Care*. 2000; 9: 222-31.

Cantillana Suárez MG, Manzano García M, Robustillo Cortés MA, Morillo Verdugo R. Evaluación de la experiencia del paciente VIH+ con la atención farmacéutica basada en la metodología CMO. *Farm Hosp*. 2018; 42(5): 200-3.

CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades). Acerca del VIH/Sida. 2019 [en línea]. [Consultado en marzo 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381(9868): 752-62.

Cooper V, Clatworthy J, Harding R, Whetham J, Emerge Consortium. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1): 220.

González Bueno J, Calvo Cidoncha E, Sevilla Sánchez D, Espauella Panicot J, Codina Jané C, Santos Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario

ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2017; 49(8): 459-64.

Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2015 [en línea]. [Consultado en octubre 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docEdadAvanzadaVIH.pdf>

Guaraldi G, Milic J. The interplay between frailty and intrinsic capacity in aging and HIV infection. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2019; 35(11-12): 1013-22.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3): 533-43.

Herdman M, Badia X, Berna S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Aten Primaria*. 2001; 28(6): 425-30.

Marcos Rodríguez JA, Moreno Martínez E, Morillo Verdugo R. Adaptación del modelo de Atención Farmacéutica CMO al paciente con Neoplasias Oncológicas y Hematológicas. 1ª ed. 2020. ISBN: 978-84-09-18779-9

Martínez-Sahuquillo Amuedo ME, Echevarría Ruiz de Vargas MC. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». *Rehabilitación (Madr)*. 2001; 35(6): 388-92.

Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, 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; 117: 129-34.

Medlineplus. Depresión. Descripción general [en línea]. [Consultado en noviembre 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

Medlineplus. VIH y sida. Otros nombres: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida [en línea]. [Consultado en marzo 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>

Mendoza-Aguilera M, Ferrando-Píqueres R, Álvarez Martín T, Pascual Marmaneu O, Liñana Granell C, Raga Jiménez C, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. OFIL·ILAPHAR. 2018; 28(3): 203-10.

Montes Escalante I, Monje Agudo P, Calvo Cidoncha E, Almeida González CV, Morillo Verdugo R. Design and validation of a predictive model for 1-year hospital admission in HIV patients on antiretroviral treatment. Eur J Hosp Pharm. 2016; 23: 224-27.

Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MÁ, Robustillo Cortés MA. A new pharmaceutical care concept: more capable, motivated and timely. Hospital Pharmacy. 2019; 54(6): 348-50.

Morillo Verdugo R, Martínez Sesmeo JM, Lázaro López A, Sánchez Rubio J, Navarro Aznárez H, deMiguel Cascón M. Desarrollo de un nuevo modelo de estratificación en Atención Farmacéutica destinado a pacientes VIH+. Farm Hosp. 2017; 41(3): 346-56.

Morillo Verdugo R, Robustillo Cortés MA, Abdel-Kader Martín L, Álvarez de Sotomayor Paz M, Lozano de León Naranjo F, Almeida González CV. Determination of a cutoff value for medication regimen complexity index to predict polypharmacy in HIV+ older patient. Rev Esp Quimioter. 2019; 32(5): 458-64.

Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MÁ. MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. Farm Hosp. 2015; 39(4): 189-91.

Morillo Verdugo R, Villarreal Arévalo AL, Álvarez de Sotomayor Paz M, Robustillo Cortés MA. Desarrollo de una taxonomía de las intervenciones farmacéuticas en pacientes VIH+ basado en el modelo CMO. Farm Hosp. 2016; 40(6): 543-67.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a self-reported Measure of Medication Adherence. Medical care. 1986; 24 (1): 67-74.

OMS (Organización Mundial de la Salud). VIH/sida. Notas descriptivas. 2019 [en línea]. [Consultado en abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguilar D, et al. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología*. 2011; 31(6): 690-6.

Prados Torres A, Poblador Plou B, Calderón Larrañaga A, Gimeno Feliu LA, González Rubio F, Poncel Falcó A, et al. Multimorbidity patterns in primary care: interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS One*. 2012; 7(2).

Santori G, Fontana I, Valente R, Ghirelli R, Valente U. Application of the RAND/UCLA Appropriateness Method to evaluate an information system for kidney/pancreas transplantation in adult recipients. *Transplant Proc*. 2008; 40(6): 2021-3.

SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria). Documento de Atención Farmacéutica de Barbate (31-mayo-2019) [en línea]. [Consultado en abril 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate_VF.pdf

Imagen de portada: <http://www.asociaciont4.org/work/que-es-el-vih/>

7. ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire)

El cuestionario SMAQ fue desarrollado para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con SIDA. Consta de seis preguntas que evalúan diferentes aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento. Fue validado en una muestra de pacientes españoles entre 1998 y 1999 (Ortega-Suarez et al, 2011). Un paciente se clasifica como adherente al tratamiento si responde de forma adecuada a las 4 preguntas cualitativas y si las respuestas a las preguntas 5 y 6 son menores o iguales

a 2 días (Mendoza-Aguilera et al, 2018). En nuestro caso, se medirá la adherencia al tratamiento antirretroviral.

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA DEL PACIENTE CON EL TRATAMIENTO (SMAQ)	
El presente cuestionario se refiere al grado de cumplimiento que usted hace del tratamiento inmunosupresor que le ha prescrito el médico para su trasplante. Por favor, responda a todas las preguntas indicando la opción que crea conveniente en cada caso. Por favor, recuerde que sus respuestas son confidenciales y conteste de la forma más sincera posible. MUCHAS GRACIAS.	
1. ¿Toma siempre la medicación a la hora indicada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. En caso de sentirse mal ¿ha dejado de tomar la medicación alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Durante el fin de semana ¿se ha olvidado de alguna toma de la medicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. En la ÚLTIMA SEMANA, ¿CUÁNTAS VECES no tomó alguna dosis?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1 a 2 veces <input type="checkbox"/> 3 a 5 veces <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces <input type="checkbox"/> Más de 10 veces
6. DESDE LA ÚLTIMA VISITA, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	Días: _____

ANEXO II. Cuestionario Morisky-Green

El cuestionario de Morisky-Green es un formulario muy sencillo y rápido de realizar, con el que se mide la adherencia a toda la medicación que toma el paciente (Morisky et al., 1986). Consta de tan sólo cuatro preguntas sobre cómo el paciente cumple con las tomas de la medicación pautada por el médico. La escala permite clasificar a los pacientes entre cumplidores y no cumplidores. Ha sido adecuadamente validada en nuestro país (Ortega-Suarez et al, 2011).

	Corrected Item-to-total Correlation
1. Do you ever forget to take your medicine?	0.515
2. Are you careless at times about taking your medicine?	0.479
3. When you feel better do you sometimes stop taking your medicine?	0.527
4. Sometimes if you feel worse when you take the medicine, do you stop taking it?	0.561

Scoring: high–low; yes = 0; no = 1.
 Range: 0–4.
 Mean (weighted): n = 290; \bar{x} = 2.31.
 Cronbach alpha: 0.61.

ANEXO III. Cuestionario ARMS (Adherence to Refill and Medication Scale)

El cuestionario ARMS es una herramienta que nos permite evaluar la adherencia en pacientes pluripatológicos. Este consta de 12 preguntas: 8 dirigidas a evaluar la capacidad del paciente para la adecuada administración de la medicación y 4 a la correcta recogida de la misma (González-Bueno et al., 2017)

Tabla 1 Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (ARMS-e)

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?^a
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?^a
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?^b
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?^b
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?^a
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?^a
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?^a
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?^a
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?^a
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?^a
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?^b
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?^b

^a Ítems relacionados con la administración de la medicación.
^b Ítems relacionados con la recogida de la medicación.

ANEXO IV. Cuestionario de salud EQ-5D

El cuestionario EQ-5D es un método de valoración del estado de salud y la calidad de vida de una persona, siendo útil tanto para individuos sanos como para pacientes con diversas patologías. Es el propio paciente el que se evalúa, primero en nivel de gravedad y, posteriormente, en escala visual analógica (EVA) (Herdman et al., 2001)

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado
de salud
hoy**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Peor estado
de salud
imaginable

ANEXO V. Test de Pfeiffer

El test de Pfeiffer, o también conocido como Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), es ampliamente utilizado para la detección de determinadas alteraciones cognitivas en ancianos, debido a que evalúa su capacidad para realizar ciertas actividades cotidianas o un trabajo matemático, así como la orientación y la memoria a corto-largo plazo (Martínez de la Iglesia et al., 2001).

Instrucciones: Haga las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta n.º 4A sólo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que refresque la memoria.

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