El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria

Coordinadores:
Miguel Ángel Calleja Hernández · Ramón Morillo Verdugo

GRUPO MENARINI

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Título original:
El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria

Coordinadores:
Miguel Ángel Calleja Hernández
Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Ramón Morillo Verdugo
Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

EUROMEDICE VIVACTIS
Health Care Agency

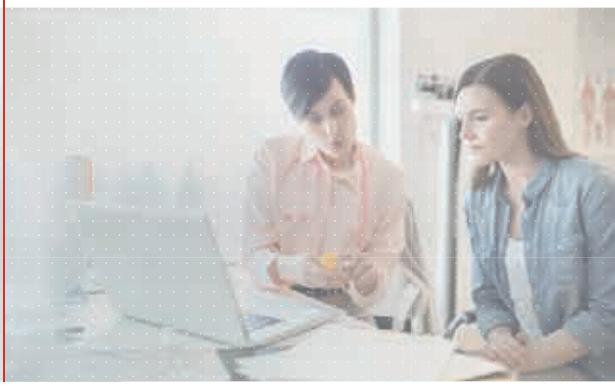
Avda. dels Vents, 9-13, esc. B, 2.º 1.ª
08917 Badalona
euromedice@euromedice.net
www.euromedice.net

Edición patrocinada por Menarini.

Depósito legal: xxxx.
ISBN: 978-84-16269-21-1

© Copyright 2016. EUROMEDICE, Ediciones Médicas, S.L.
Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.



ÍNDICE

PRÓLOGO 3

INTRODUCCIÓN 5

Bibliografía recomendada 12

CAPACIDAD 13

Bibliografía 36

Casos clínicos 40

MOTIVACIÓN 47

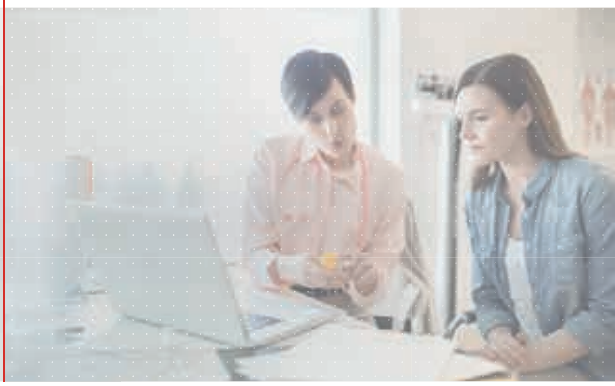
Bibliografía 69

Casos clínicos 71

OPORTUNIDAD 87

Bibliografía 110

Casos clínicos 114



INTRODUCCIÓN

Ramón Morillo Verdugo[1],
Miguel Ángel Calleja Hernández[2]

[1] Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme. Sevilla
[2] Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

El modelo tradicional de atención farmacéutica a pacientes externos ya ha «tocado techo». Los cambios normativos y de regulación sanitaria, los nuevos modelos de trabajo en el entorno sanitario, la relación con los pacientes e incluso la propia sociedad han sufrido una revolución tan importante en lo que llevamos de siglo que los pilares del modelo clásico de trabajo en consultas externas de Farmacia Hospitalaria ya no soportan un edificio que ha ido creciendo de una manera tan rápida y tan grande que, a día de hoy, necesitan ser replanteados.

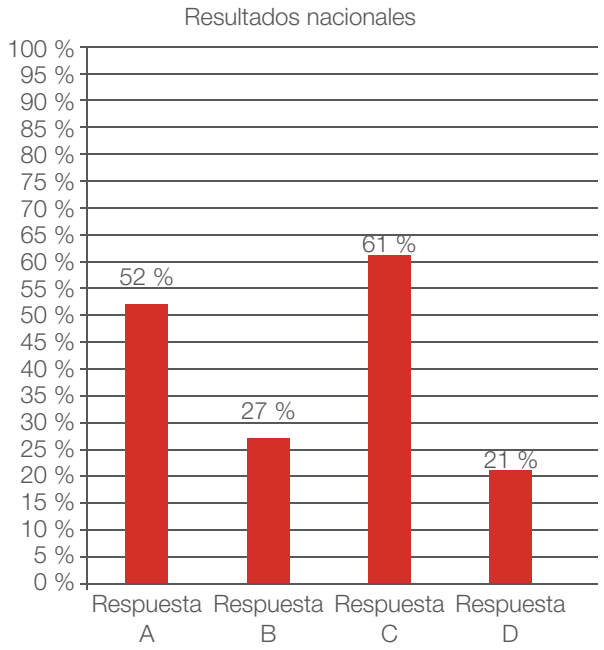
La oportunidad de, por primera vez en nuestra historia profesional, trabajar conjunta y directamente con pacientes en el entorno hospitalario trajo consigo un modelo de trabajo basado en «lograr un adecuado control clínico, a través del uso correcto de los medicamentos». Básicamente, esto debía hacerse tomando en consideración el control económico, la información y el refuerzo de la adherencia y la integración en el equipo multidisciplinar.

La adaptación permanente (en la mayoría de ocasiones sin una planificación previa) que se ha debido llevar a cabo a lo largo de estos últimos años ha tenido como consecuencia un modelo de atención farmacéutica al que podíamos bautizar como el «modelo CMO». Básicamente, porque esa sigla se corresponde con las tres cualidades básicas que definen el modelo:

- **C: control económico.** Los indicadores económicos y la derivación de la actividad farmacéutica hacia la aportación de valor en el ámbito del gasto en medicamentos ha sido una característica «diferencial» de nuestro gremio (figura 1).
- **M: medicamento.** El eje principal de nuestra actuación ha sido el medicamento. Dada la gran cantidad de pacientes a los que hay que atender en consultas externas de Farmacia Hospitalaria, se priorizó el inicio y los cambios de tratamiento como el criterio fundamental a la hora de determinar sobre qué pacientes se iba a llevar a cabo con más énfasis nuestra actividad (figuras 2 y 3).
  A esto hay que añadir que no todos los hospitales disponen de un sistema de citación de pacientes en consultas externas, elemento que permite la planificación de la actividad diaria (figura 4).
- **O: organización.** Los datos disponibles del estudio Origen, llevado a cabo sobre la atención al paciente con virus de la inmunodeficiencia humana,

Figura 1 Resultados de la encuesta MAPEX para la recogida de indicadores de actuación farmacéutica

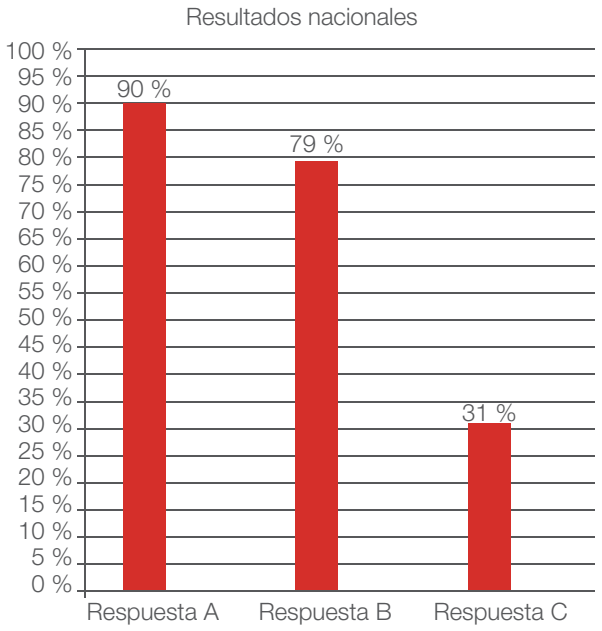
¿Qué tipo de indicadores se recogen en el servicio para evaluar la actuación del farmacéutico especialista y su impacto en términos de salud y eficiencia?



A. Indicadores de tipo organizativo
B. Indicadores de tipo clínico
C. Indicadores de tipo económico
D. No se recogen indicadores

Figura 2 Resultados de la encuesta MAPEX para el tipo de atención farmacéutica realizada a pacientes externos

¿Qué tipo de atención farmacéutica realiza a sus pacientes externos? Seleccione todas las opciones que correspondan



A. Atención farmacéutica en inicios y cambios de tratamiento
B. Atención farmacéutica a demanda
C. Atención farmacéutica continuada

pero que podrían ser perfectamente extrapolables al resto de pacientes externos, demuestran que la dispensación de medicamentos se realiza con una periodicidad acorde con la disponibilidad de las presentaciones comerciales de los medicamentos dispensados (mensual, bimensual, trimestral, etc.) y no acorde con las necesidades de los pacientes ni con la potenciación del acto único asistencial y la coordinación con el resto del equipo multidisciplinar (figura 5). Ni qué decir tiene que la atención farmacéutica se realiza, casi en exclusiva, con el paciente presente en el ámbito hospitalario (figura 6).

La inquietud y la permanente necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada ha llevado a la proyección y desarrollo del proyecto MAPEX (Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo) dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), a cuya encuesta de situación, llevada a cabo en el primer trimestre de 2016, corresponden las imágenes que aparecen en el presente capítulo. Este proyecto, colaborativo y con una visión anticipatoria y de planificación, ha generado ya una visión diferente de la actividad del farmacéutico en consultas externas: ser el puente que une al paciente con sus resultados farmacoterapéuticos y al sistema sanitario con la mayor eficiencia posible.

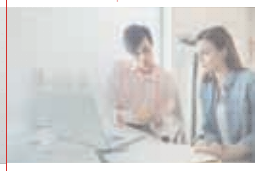
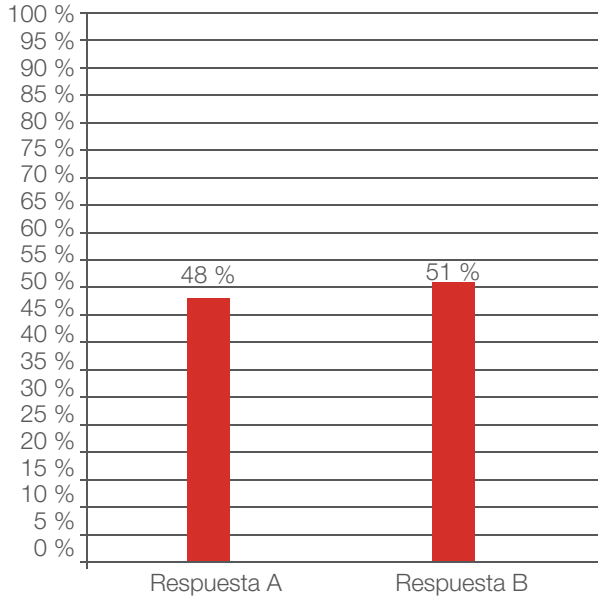


Figura 3 Resultados de la encuesta MAPEX para el conocimiento de los criterios para la distribución de tiempo y carga asistencial

¿Existe algún mecanismo o criterios definidos para distribuir el tiempo y la carga asistencial del área de pacientes externos?

Resultados nacionales

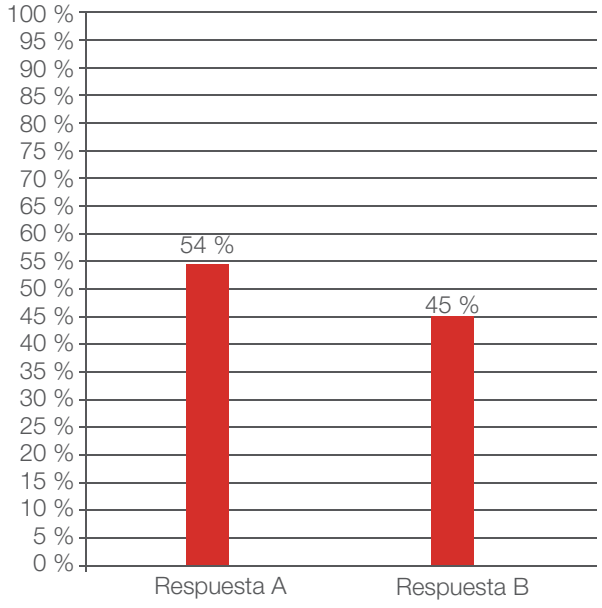


A. Sí
B. No

Figura 4 Resultados de la encuesta MAPEX para la citación de pacientes

¿Se utilizan sistemas de citación de pacientes integrados en las rutinas del servicio para pacientes externos?

Resultados nacionales



A. Sí
B. No

El consenso al que se ha llegado, a día de hoy, muestra tres pilares diferentes a nivel asistencial: atención multidisciplinar y centrada en el paciente, excelencia en el conocimiento y evaluación de resultados. Evidentemente, en esta línea los resultados identificados van más allá de los meramente económicos: resultados en salud y calidad de vida, liderazgo, visibilidad y reconocimiento y eficiencia y coordinación, aspectos todos ellos en los que aún tenemos amplio margen de mejora, como se muestra en las figuras 7-10.

Una profunda reflexión y análisis sobre las evidencias disponibles en otros entornos de la profesión farmacéutica en el mundo y la idea fundamental de aportar valor desde nuestra actividad profesional

Figura 5 Resultados del proyecto Origen para la recogida de medicación por hospitales en España

La dispensación se realiza generalmente con una periodicidad…

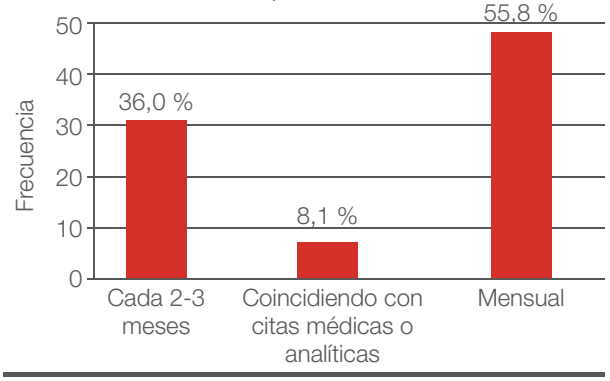
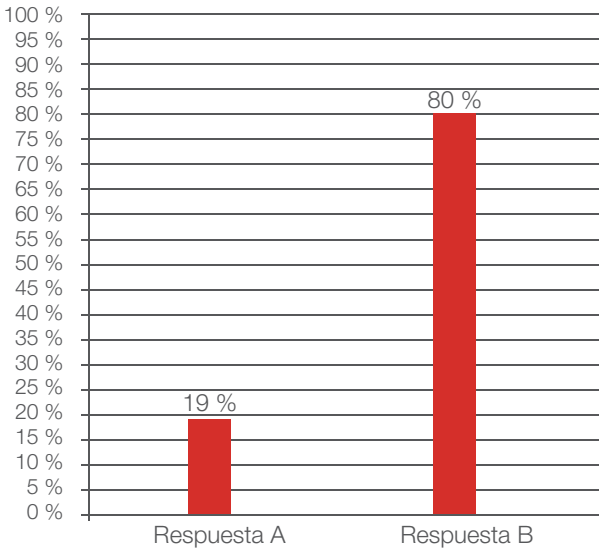


Figura 6 Resultados de la encuesta MAPEX para la atención farmacéutica no presencial

¿Realiza el área de pacientes externos atención farmacéutica no presencial?
En caso afirmativo, ¿dispone el área de pacientes externos de herramientas de teleasistencia (excluyendo el teléfono) para realizar atención farmacéutica no presencial?

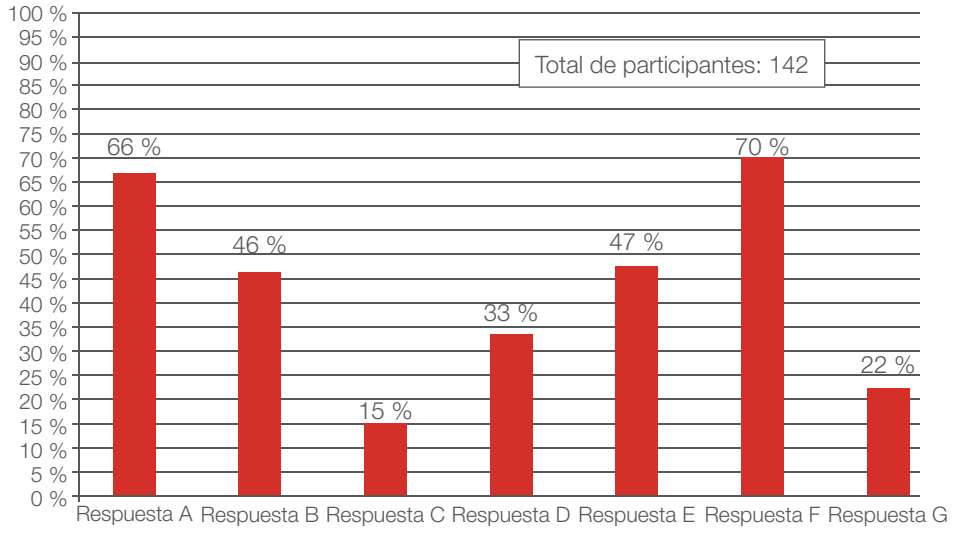


Resultados nacionales

A. Sí
B. No

Figura 7 Resultados de la encuesta MAPEX para la integración de los farmacéuticos en el equipo multidisciplinar

¿Qué actuaciones llevan a cabo los farmacéuticos especialistas dentro del equipo asistencial?
Seleccione todas las opciones que correspondan



Resultados nacionales

A. Participan en la elaboración de protocolos, guías clínicas
B. Participan en sesiones clínicas
C. Participan en sesiones bibliográficas
D. Participan en proyectos de investigación
E. Participan en la definición de indicadores y evaluación de resultados
F. Consenso de información al paciente: folletos, hojas de medicación
G. Otras

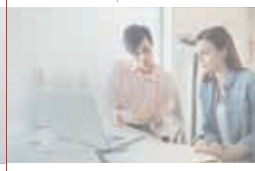
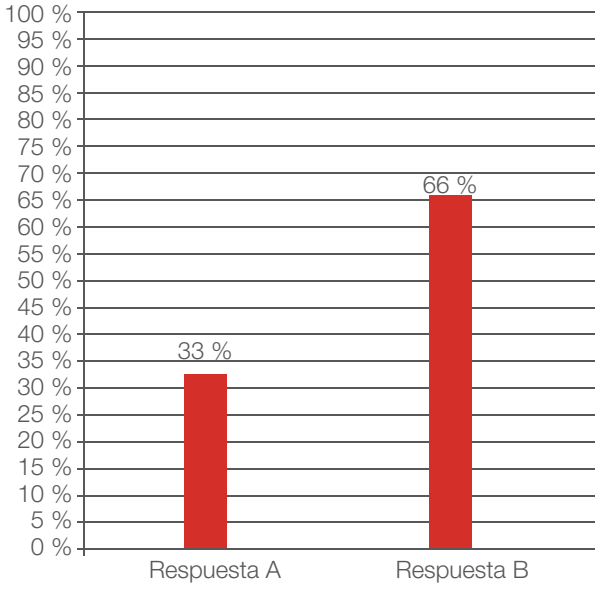


Figura 8 Resultados de la encuesta MAPEX para las herramientas de integración de la historia farmacoterapéutica

¿Dispone el hospital de una herramienta que integre la historia farmacoterapéutica del paciente con la prescripción de medicamentos de dispensación hospitalaria?

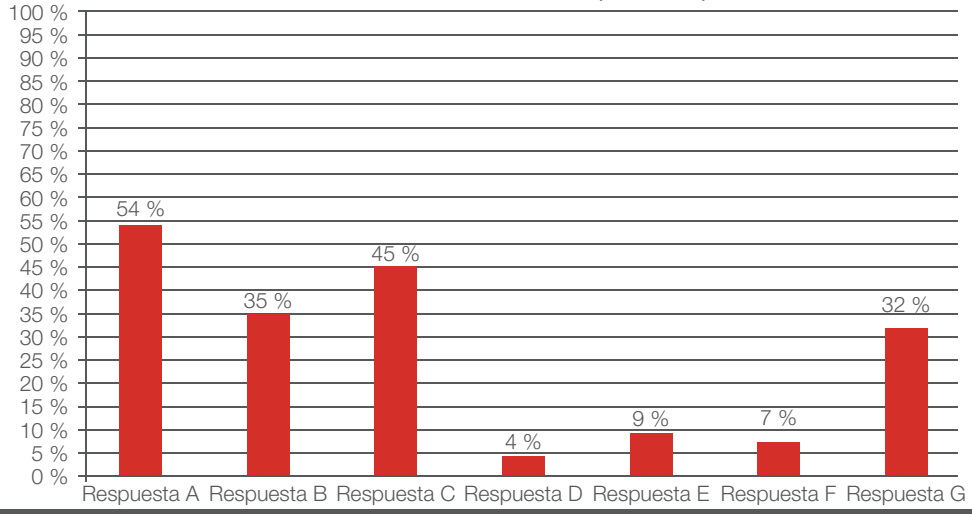


Resultados nacionales

A. Sí
B. No

Figura 9 Resultados de la encuesta MAPEX para el registro y sistematización de intervenciones farmacéuticas

¿Se ha estandarizado en el servicio el registro de las intervenciones farmacéuticas para su evaluación y análisis posterior (sin incluir los registros de dispensación)? En caso afirmativo, indique además si se ha realizado su análisis/evaluación posterior para tal actuación farmacéutica

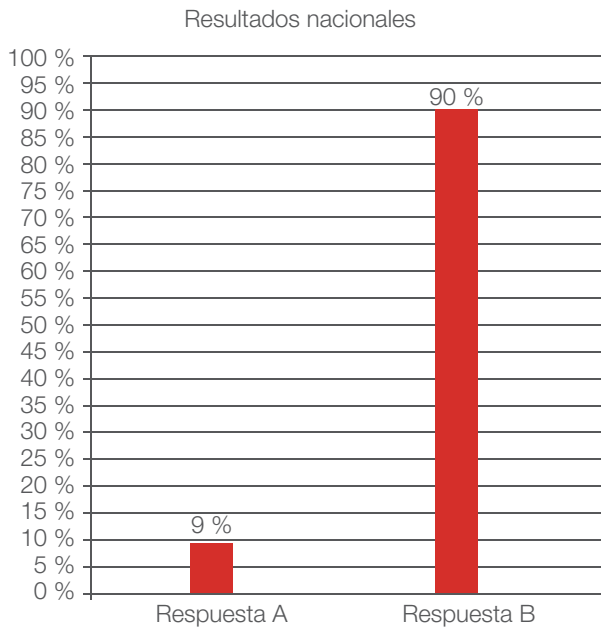


Resultados nacionales

A. Intervenciones farmacoterapéuticas
B. Revisión del tratamiento farmacológico integral
C. Adherencia
D. Calidad de vida
E. Otros resultados en salud
F. Otros
G. No se registran las intervenciones farmacéuticas

Figura 10 Resultados de la encuesta MAPEX para el conocimiento de estudios sobre *patient-reported outcomes*

¿Participa el servicio en estudios que incorporan *patient-reported outcomes* (resultados en salud percibidos y comunicados por los pacientes)?



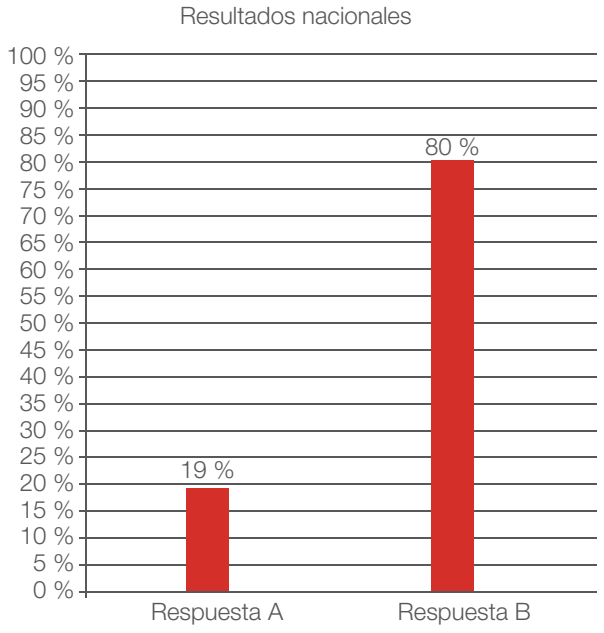
A. Sí
B. No

tanto a los pacientes, en función de sus necesidades, como al sistema sanitario para el que trabajamos y a la sociedad, en general, en la que estamos inmersos, han dado como resultado el planteamiento de un nuevo modelo asistencial que es el que da sentido a este manuscrito: el nuevo «modelo CMO». Ahora sí, las tres grandes ideas fuerza de este modelo son:

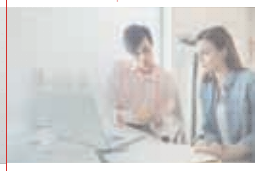
- **C: capacidad.** Entendida como la posibilidad de atender a los pacientes y proveer de atención farmacéutica a todos los pacientes, siempre en función de sus necesidades. Obviamente, estas irán mucho más allá de las meramente farmacoterapéuticas. Todas ellas se deberán entender y atender para establecer con los pacientes una relación integral y de una manera continuada en el tiempo. Como veremos en el primer capítulo del libro, la herramienta fundamental será el uso de modelos de estratificación (figura 11).
  ¿Se utilizan en el área de pacientes externos criterios para estratificar a sus pacientes?
- **M: motivación.** La capacidad que tenemos de alinear objetivos a corto plazo con objetivos a largo plazo, en relación con la farmacoterapia, es el motor fundamental de nuestra relación con los pacientes. Se está presentando al lector un planteamiento diferente al clásico de identificación, prevención y manejo de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. Entendemos que el alineamiento con el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente

Figura 11 Resultados de la encuesta MAPEX sobre los criterios de estratificación de pacientes

¿Se utilizan en el área de pacientes externos criterios para estratificar a sus pacientes?



A. Sí
B. No



y la ayuda en la consecución de estos objetivos (planteando, diseñando y llevando a cabo todas aquellas intervenciones sanitarias necesarias para que el paciente logre su situación clínica ideal, acorde con sus circunstancias) son la principal fuerza de trabajo en este nuevo modelo.

Esta nueva relación con los pacientes sobrepasa con creces el clásico abordaje de refuerzo y estímulo en la adherencia que clásicamente se había planteado. Por un lado, porque analiza la adherencia desde una perspectiva más abierta, al considerar no solo la consecuencia de no tomar la medicación, sino también todos los condicionantes que la afectan negativamente (creencias, percepciones, etc). Por otro, al ir un paso antes, analizando incluso la propia posesión de los fármacos (no adherencia primaria), y otro después, estableciendo las medidas adaptadas, individualizadas y coordinadas en el tiempo para poder alcanzar este objetivo.

Si el paciente y su motivación van a ser el pilar fundamental de actuación en el nuevo modelo, la herramienta básica de trabajo en la interacción con los pacientes debe ser una que ponga el énfasis claramente en este aspecto. Entendemos que la entrevista clínica se debe sobrepasar para alcanzar el uso de la entrevista motivacional. Por tanto, su aprendizaje y utilización se detallarán en el segundo capítulo.

- **O: oportunidad.** Llevar a cabo atención farmacéutica más allá de la presencia física de los pacientes en las consultas externas de los hospitales. O, dicho de otra manera, poder tomar decisiones en tiempo real o en tiempo útil que permitan a los pacientes cumplir con sus objetivos farmacoterapéuticos. Esa es la tercera idea fuerza en este modelo. Este replanteamiento conlleva pensar que trabajamos no ya *para* el hospital, sino *desde* el hospital.

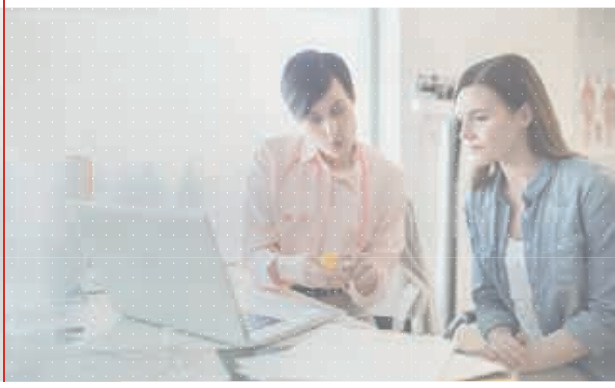
  Partimos de la base de que la clásica relación entre el paciente y el profesional sanitario ha dejado de ser paternalista para pasar a un modelo en el que el paciente quiere participar en la toma de decisiones sobre su salud. La figura del paciente informado o, yendo más allá, la del paciente empoderado o experto (consecuencia del acceso a la abundante información disponible a través de internet) son ya conceptos cada vez más frecuentes. En ese escenario, la clásica aportación de información oral y escrita que complementaba nuestra actuación en consultas externas ya no aporta valor a la mayoría de pacientes. Por tanto, sobre esa base, la información visual y emocional son dos escalones superiores que deben formar parte de nuestra actividad y que se comentarán en el último capítulo del libro. Huelga decir que la telefarmacia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación y las del aprendizaje y el conocimiento nos van a conectar directamente con los pacientes en este nuevo modelo.

Nos encontramos, por tanto, ante un punto de inflexión en la atención farmacéutica. El conocimiento, la implementación, el desarrollo y la profundización en este modelo (estamos convencidos de ello) nos situará en un entorno profesional al que, hasta ahora, no nos habíamos ni imaginado llegar. Por un lado, porque nos permitirá ser referentes en la optimización de la farmacoterapia de los pacientes y, por otro, porque se plantea un modelo dinámico, adaptable a diferentes ámbitos y entornos sanitarios, y en permanente mejora, que nos hará trabajar en mayor profundidad con otros profesionales sanitarios, tanto en la atención especializada como en el ámbito de la atención primaría.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Baldominos G, Castillo I. Recomendaciones para el desarrollo de Atención Farmacéutica a pacientes externos. Comisión de normas y procedimientos de la SEFH, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2002. Disponible en: URL: www.sefh.es [último acceso: 1 de julio de 2106].
- Codina C, Delgado O. Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH. Disponible en: URL: http://www.sefh.es/sefhdescargas/archivos/Paciente_VIH.pdf [último acceso: 1 de julio de 2016].
- David F, Blackburn DF, Yakiwchuk E, Jorgenson D, Mansell KD. Proposing a redefinition of pharmaceutical care. Ann Pharmacother 2012;46:447-9.
- Ibarra Barrueta O, Ortega Valín L; en representación del Grupo VIH de la SEFH. Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España. Farm Hosp 2008;32(3):170-7.
- Morillo Verdugo R, Jiménez-Galán R, Ibarra Barrueta O, Martín Conde M, Margusino Framinan L, Illaro Uranga A. Situación actual de la estructura, procesos y resultados de la Atención Farmacéutica al paciente VIH en España. Proyecto Origen. Farm Hosp 2014;38(2):89-99.
- Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MA. MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. Farm Hosp 2015;39(4):189-91.
- Morillo Verdugo R, Serrano López de las Hazas J; en representación del Grupo de Atención Farmacéutica al paciente VIH de la SEFH. Una década del grupo VIH-SEFH: evaluando el progreso, identificando obstáculos y renovando el compromiso. Farm Hosp 2010;34(5):215-7.
- Orden de 31 de julio de 2001 de la Conselleria de Sanitat de creación de las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE). DOGV-4.064 de 14 de agosto de 2001.
- Ortega Valin L. Atención farmacéutica al paciente VIH: papel del grupo VIH-SEFH. Farm Hosp 2004;28:80-4.
- Resultados de la encuesta del proyecto MAPEX. Disponible en: URL: http://sefh.es/mapex/index.php/documentacion [último acceso: 12 de julio de 2016].
- The consensus of the pharmacy practice model summit. Am J Health Syst Pharm 2011;68:1148-52.

CAPACIDAD



José Manuel Martínez Sesmero[1],
Alicia Lázaro López[2]

[1] Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo
[2] Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Guadalajara

LA SELECCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN COMO HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Necesidad de cambio en el manejo de las enfermedades crónicas

España es el cuarto país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor esperanza de vida al nacer (solo superado por Suiza, Japón e Italia), y las prospecciones señalan que en el año 2030 se doblará la incidencia actual de las enfermedades crónicas[1].

Se define como enfermedad crónica aquella enfermedad que presenta una serie de factores diferenciales: es de larga duración, de progresión lenta y continua, disminuye la calidad de vida de los enfermos afectados y, frecuentemente, presenta un nivel significativo de comorbilidad. Además, es motivo de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en las familias y en la sociedad en general[2].

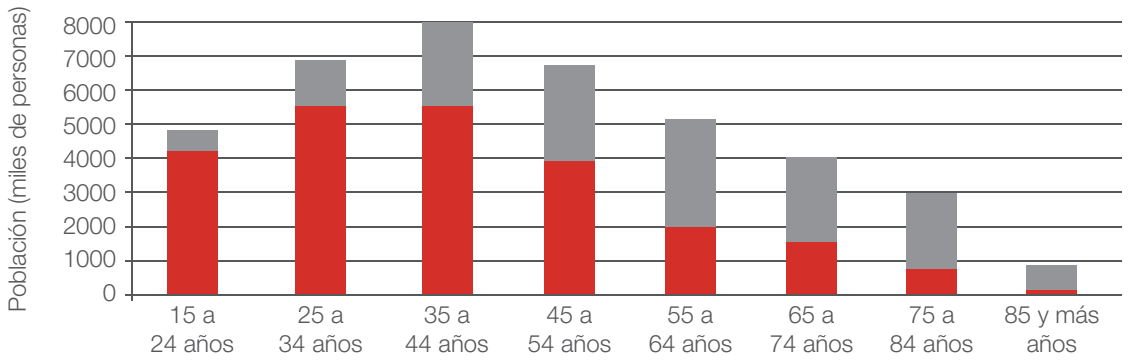
Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima que el 58 % de la población española entre 55 y 64 años presenta alguna enfermedad o problema de salud de carácter crónico, cifra que se eleva hasta el 81 % en el grupo de población con edad igual o superior a 85 años[3] (figura 1). En los mayores de 65 años la media de patologías por persona es de 4.

Se estima que en el año 2050 las personas mayores de 65 años superarán a las de entre 15 y 64 años en un 50 %.

Las enfermedades crónicas son la mayor causa de morbimortalidad en los países desarrollados, con una importancia creciente en las últimas décadas. En muchas ocasiones es el propio paciente el responsable de gestionar de manera autónoma su medicación durante largos períodos de tiempo, aunque existe un elevado riesgo de aparición de problemas relacionados con la medicación. El abordaje de comorbilidades de pacientes crónicos requiere equipos multidisciplinares que garanticen la continuidad de los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno.

A esto hay que añadir que el 80 % del gasto sanitario en España está dedicado a los pacientes crónicos. Sin embargo, la mitad de estos pacientes no completa el tratamiento, más del 40 % autorregula

Figura 1 Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos según la edad. Fuente: Instituto Nacional de Estadística



su medicación y el 14 % de los ingresos hospitalarios de personas mayores se debe a consecuencias negativas por la ingesta de algún medicamento por automedicación[1].

El incremento en las expectativas de consumo de los servicios sanitarios y el aumento del uso de la tecnología en la prestación de estos servicios obliga a que los modelos no ofrezcan la misma prestación a todos los pacientes, sino a tender hacia la prestación de medicina personalizada que cubra sus elevadas expectativas. En el caso de los pacientes crónicos esto cobra aún más importancia. La gestión de la cronicidad es el mayor reto al que se enfrenta el sistema sanitario español.

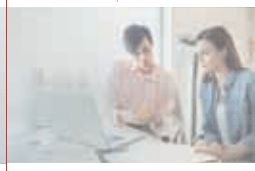
Abordar la cronicidad exige rediseñar el sistema sanitario con un modelo de actuación que parta de la identificación y estratificación del riesgo, con implicación de profesionales sanitarios y pacientes, consideración de la carga de la comorbilidad y explotación de los beneficios de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

La **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**[4] fue aprobada en el Pleno del Consejo Interterritorial el 27 de junio de 2012, al considera que las personas, tanto individual como socialmente, son el centro del Sistema Nacional de Salud (SNS). La estrategia prima la continuidad asistencial y la corresponsabilidad o empoderamiento del paciente en la gestión de la enfermedad y cuenta con 20 objetivos y 101 recomendaciones.

La estratificación como modelo de abordaje de las enfermedades crónicas

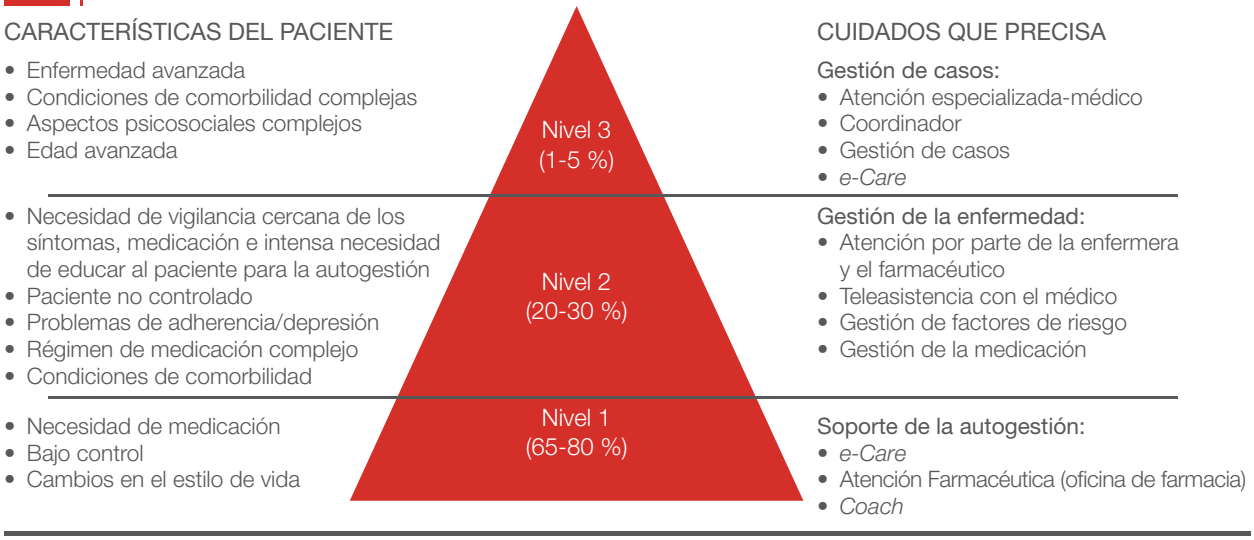
Dentro de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, existe una línea estratégica de reorientación de la asistencia sanitaria en la cual se recomienda llevar a cabo modelos de estratificación y predicción. Para ello se establece como estrategia de implantación el desarrollo del **Proyecto de Estratificación de la población en el Sistema Nacional de Salud**. Los objetivos de este proyecto son establecer una herramienta de estratificación de la población que permita la identificación de subgrupos con diferentes niveles de necesidad de atención y definir recomendaciones para la integración de los resultados de dicha estratificación en la historia clínica electrónica.

Este proyecto de estratificación promueve un cambio de enfoque en el SNS: pasar de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular.



CAPACIDAD

Figura 2 Modelo adaptado de Kaiser Permanente



Avanzar hacia este modelo de estratificación permite identificar de forma concreta quién sufre más riesgo en una población y, consecuentemente, se pueden diseñar mejor las intervenciones para mejorar la gestión de los enfermos crónicos, las actuaciones preventivas y las de promoción de la salud.

Estratificar sirve para seleccionar subpoblaciones con diferentes niveles de riesgo y con perfiles de necesidad diferenciados. Supone un cambio de paradigma en el que se introduce una tecnología que permite reconocer poblaciones con un nivel de necesidad determinado y que se pueden beneficiar de programas específicos.

El modelo más extendido para estratificar a los pacientes es el de Kaiser Permanente[5] (figura 2). El enfoque principal del modelo se basa en una mejora de la salud poblacional, minimizando la utilización de recursos por parte del paciente y prestando servicios en el nivel de atención más coste-efectivo.

Previamente al Proyecto de Estratificación de la Población en el Sistema Nacional de Salud, algunas comunidades autónomas han desarrollado estrategias y planes relativos a la cronicidad que mencionan la estratificación poblacional[6]:

- En Euskadi, el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco publicó en julio de 2010 la Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi[7]. Contiene una serie de políticas y proyectos orientados a reinventar el modelo de prestación sanitaria. Plantea, entre otros programas, el desarrollo de un sistema de estratificación poblacional. Según este modelo, la estratificación permitirá cambiar la mentalidad de un enfoque «paciente» a un enfoque «poblacional», considerando al ciudadano más allá de episodios agudos, incluyendo la prevención, la rehabilitación y los cuidados a medio plazo.
- Cataluña impulsó en marzo de 2013 un Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC)[8], para llevar a cabo políticas y proyectos orientados a la mejora de la atención a pacientes crónicos. Además, el 23 de abril de 2014 la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) firmaron un convenio para que CatSalut se hiciera cargo hasta finales del año 2015 del desarrollo del

proyecto de Estratificación de la Población en el SNS. CatSalut se comprometió a facilitar los medios técnicos necesarios para, partiendo de sus desarrollos propios en un aplicativo de estratificación, colaborar en la elaboración de una herramienta de estratificación y predicción de riesgo, con la proyección de aplicarla a la totalidad del SNS.

- En la Comunidad Valenciana se han desarrollado varias iniciativas[9] basadas en tecnologías de la información y la comunicación en el domicilio de los pacientes, previamente seleccionados, con el objetivo de controlar a distancia variables relevantes para sus procesos crónicos, combinando control a distancia con visitas programadas:
  - ValCrònic: selecciona a pacientes en atención primaria según el nivel de riesgo con la herramienta *Community Assessment Risk Screen* (CARS).
  - GeCHRONIC: modelo predictivo que identifica y asigna riesgo a aquellos pacientes con alta probabilidad de episodios de descompensación a corto o medio plazo.
  - Segmentación de la población según sus necesidades utilizando el agrupado *Clinical Risk Groups* (CRG), que clasifica a la población en categorías mutuamente excluyentes en función de la morbilidad y el riesgo clínico y permite visualizar el gasto «esperado» y observado de cada paciente. El resultado de esta clasificación se ha utilizado como herramienta de estratificación de la población.

Mención especial merece IEMAC/ARCHO[10], instrumento para la autoevaluación de organizaciones sanitarias y sociales en relación con su grado de implantación de modelos de gestión de la cronicidad. IEMAC/ARCHO está basado en el *Chronic Care Model* (CCM) y se ha diseñado especialmente para un entorno de SNS. Permite la evaluación de organizaciones a niveles macro (formulación de políticas y estrategias y asignación de recursos), meso (gestión de organizaciones, centros y programas asistenciales) y micro (actividad clínica entre profesionales y pacientes). Este instrumento contiene referencias a la estratificación poblacional en sus ítems:

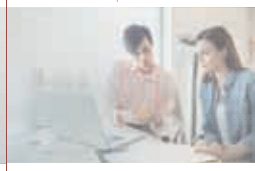
- 1.3.2: «Se han desarrollado e implantado sistemas de estratificación de la población, que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión».
- 6.1.1: «Está disponible en la historia clínica del paciente su clasificación predictiva en función de la previsión de sus necesidades asistenciales.

La estratificación dentro del trabajo del farmacéutico hospitalario

El farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria, como uno de los agentes clave del sistema sanitario, debe adoptar una aproximación orientada a este nuevo entorno sanitario y asistencial. En este marco, y alineados con las necesidades del sistema sanitario, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) elaboró en el 2012 un **Plan Estratégico sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico**[11]. Este plan se sustenta sobre seis ejes estratégicos que abarcan desde la formación de los profesionales, orientación del trabajo de la farmacia hospitalaria y colaboración con otros equipos hasta herramientas, investigación y comunicación. Dentro del eje 2 («Orientación centrada en el paciente»), se recoge la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención, lo que constituye un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos desde la posición del farmacéutico hospitalario.

La línea de actuación que se propuso en este eje estratégico fue 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 comunidades autónomas.

En este plan estratégico se consideró prioritario establecer un modelo de selección de pacientes, con el objetivo de identificar a aquellos pacientes que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de atención farmacéutica. Asimismo, se identificó la necesidad de normalizar y homogenizar las intervenciones de atención farmacéutica, necesarias para garantizar los mejores resultados de salud en el paciente.



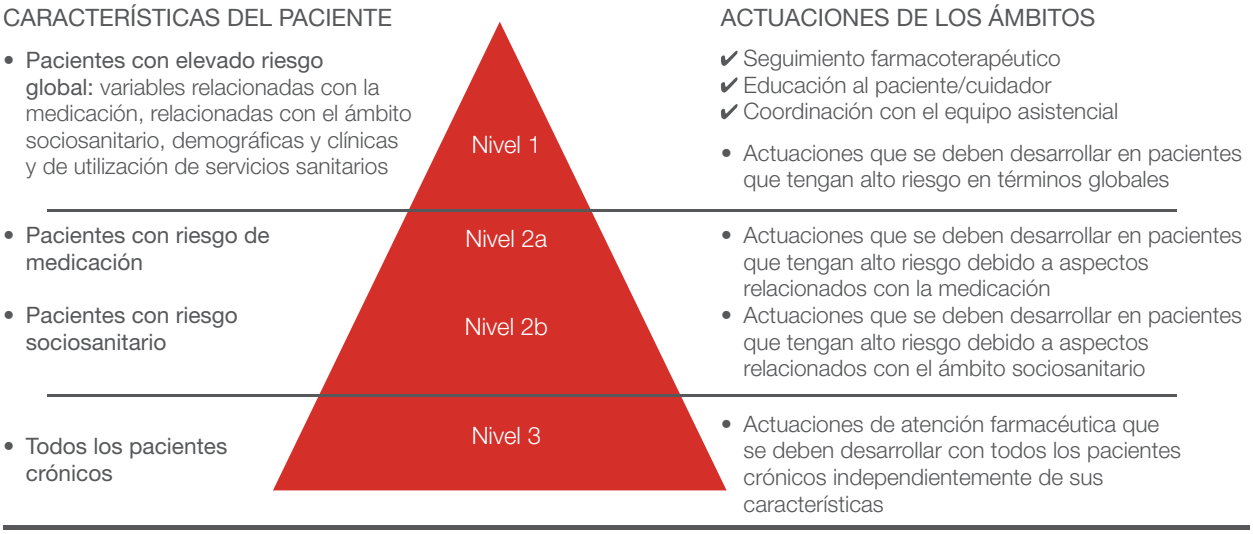
En el año 2013 la SEFH elaboró el **Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria**[12]. Este modelo incluye 13 variables, cada una asociada a un peso relativo que varía entre 1 y 4, en función de su importancia para la medición del riesgo de cada paciente en relación con aspectos demográficos, sociosanitarios y del estado cognitivo, funcional y clínico, relacionados con la utilización de servicios sanitarios y relacionados con la medicación. En función de la puntuación obtenida en el modelo, a los pacientes se los clasifica en uno de los cuatro niveles definidos (figura 3).

De acuerdo con este proceso de selección y estratificación de pacientes, el modelo presenta las intervenciones de atención farmacéutica que se estiman pueden ser más efectivas para el paciente, agrupadas en tres grandes ámbitos de actuación: seguimiento farmacoterapéutico, formación y educación al paciente y coordinación con el equipo asistencial.

Se estableció la aplicación del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria a aquellos que padezcan alguna de estas patologías:

- Enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, etc.).
- Enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, etc.), diabetes mellitus o cáncer.
- Enfermedades autoinmunes sistémicas (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, algunas dermatitis, psoriasis, fibromialgia, lupus eritematoso, etc.).
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, demencia, etc.).
- Enfermedades mentales (psicosis, depresión, etc.).
- Fibrosis quística.
- Enfermedad renal crónica.
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Enfermedades raras.
- Virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C (VHC) crónica.
- Déficit de la hormona de crecimiento.
- Trasplantes.

Figura 3 | Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



Internacionalmente, la American Society of Healthsistem Pharmacist (ASH) identificó en marzo de 2014 los nuevos retos a los que se tenía que enfrentar la farmacia hospitalaria en el ámbito ambulatorio (*Ambulatory Care Summit Proceedings*)[13] y señaló como uno de los objetivos identificar métodos para determinar qué pacientes en la atención ambulatoria se encuentran más necesitados de atención farmacéutica. Esto conlleva, ineludiblemente, la estratificación de pacientes.

Necesidad de herramientas de estratificación en las unidades de pacientes externos de los servicios de Farmacia Hospitalaria

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de pacientes atendidos en las unidades de Atención Farmacéutica al paciente externo/ambulante, motivado fundamentalmente por el aumento del número de medicamentos de dispensación hospitalaria y del número de procesos ambulatorios y desarrollo de unidades ambulatorias.

Además, esta elevación en el volumen de pacientes externos atendidos se traduce en un incremento en el presupuesto, que ya supone más de un 50 % del presupuesto de farmacia frente a menos del 20 % del gasto generado en el paciente hospitalizado.

Se hace necesaria una mayor eficiencia de las unidades de pacientes externos para gestionar el crecimiento del número de pacientes con unos recursos limitados que no se han incrementado de manera proporcional al aumento de pacientes.

El modelo tradicional de atención farmacéutica en las unidades de pacientes externos se caracteriza por varios aspectos:

- Se basa en una atención episódica de los problemas de salud que valora muy poco los aspectos preventivos de las enfermedades y la responsabilidad de las personas.
- Está orientado al tratamiento aislado de las enfermedades.
- Presenta una falta de integración y coordinación con otros profesionales o niveles asistenciales en el manejo de los pacientes.
- No está orientado a la participación activa del paciente en su autocuidado.

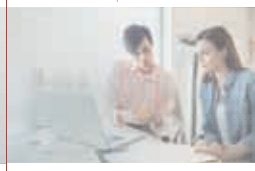
A esto hay que unir la enorme variabilidad en la actuación de los diferentes profesionales sanitarios en pacientes con características clínicas similares y la realización de intervenciones que aportan muy poco en términos de mejora de resultados en salud.

La utilización de sistemas de estratificación o clasificación en el área de pacientes externos facilita la optimización de los recursos y el desarrollo de las estrategias de intervención más adecuadas para cada uno de los niveles establecidos y, por tanto, más adecuada a cada paciente. Asimismo, debido a que permite al farmacéutico hospitalario hacerse partícipe del abordaje del paciente en cada uno de los estratos identificados, se consigue su integración en equipos multidisciplinares que valoran a estos pacientes.

Según el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, el proceso de trabajo en los pacientes externos debe ser el siguiente:

- Identificar si el paciente es crónico.
- En caso de que se trate de un paciente crónico, aplicar el modelo. Se ha de tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
- Compartir la información sobre el resultado de la selección del paciente con el equipo médico y se consensuará y trabajará de manera conjunta en la realización de las actividades de atención farmacéutica definida por el modelo dependiendo del resultado de la estratificación.
- Reflejar todas las actuaciones de atención farmacéutica en la historia clínica/farmacoterapéutica.

Debido a las particularidades que presentan algunos grupos de pacientes atendidos en las unidades de



pacientes externos de los servicios de Farmacia, tras el desarrollo del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la SEFH se fijó como objetivo adaptar y validar este modelo en dos grupos de pacientes con patologías con importante atención asistencial dentro del sistema sanitario[14]: los pacientes con infección por VIH y los pacientes con infección por el VHC. Los **modelos de selección y atención farmacéutica a pacientes con VIH o VHC**[15] de la SEFH fueron elaborados en el año 2015 por un grupo de farmacéuticos especialistas pertenecientes al Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica a Pacientes con Hepatopatías Virales (GHEVI) y al Grupo de Trabajo de Atención Farmacéutica al Paciente con VIH de la SEFH.

Estos modelos, al igual que el Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, agrupan las diferentes variables en cuatro tipos (demográficas, sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional, clínicas y de utilización de servicios sanitarios y variables relacionadas con la medicación). Todas las variables se asocian a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

El modelo de selección de pacientes con VHC de la SEFH se desarrolla en torno a 16 variables (tablas 1-4).

El modelo de VIH o coinfección por VHC se desarrolla en torno a 21 variables (tablas 5-7).

En el modelo de paciente con VHC, los pacientes con ≤ 16 puntos están en el nivel 3, los que presentan 17-25 puntos en el nivel 2 y los que presentan ≥ 26 puntos están en el nivel 1 (nivel de máximo riesgo). En el modelo de paciente con VIH o VHC, los pacientes con ≤ 17 puntos están en el nivel 3, los que presentan 18-31 puntos en el nivel 2 y los que presentan ≥ 32 puntos están en el nivel 1.

Para cada nivel de prioridad se especifican las diferentes actividades farmacéuticas 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.

Se aconseja valorar el riesgo del paciente según el modelo de VHC en el inicio del tratamiento y, posteriormente, en las semanas 4, 8, 12 y 24 (tiempos sujetos a la decisión del profesional teniendo en cuenta el tipo y duración del tratamiento).

La valoración del paciente con VIH según el modelo específico de VIH o VHC se debe realizar al inicio del tratamiento y después con una periodicidad semestral en los pacientes de prioridad 1 y anual en los de prioridad 2 y 3 (salvo decisión del profesional o puntuación del modelo cercana a rangos de cambio de

Tabla 1 Variables demográficas incluidas en el modelo de selección y estratificación de pacientes con el virus de la hepatitis C (VHC)

Variables y pesos relativos del modelo de selección de pacientes con VHC de la SEFH			
Tipología de la variable	Variable	Definición	Peso
Variables demográficas	Edad	Paciente > 60 años	2
	Nivel educativo	Sin estudios (sin graduado escolar)	2
	Actividad laboral	Activo *A modo informativo se registrará si el paciente: a) está parado; b) está jubilado; c) está de baja; d) tiene carga doméstica*	1
SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.			

Puntuación máxima: 5

Tabla 2 Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del modelo de selección y atención farmacéutica del paciente con el virus de la hepatitis C

Tipología de la variable	Variable	Definición		Peso
Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Consumo de drogas o de alcohol en los 6 meses previos (considerando como consumo de alcohol cualquier cantidad) *A modo informativo se registrará si el paciente: a) consume alcohol; b) consume drogas; c) consume alcohol y drogas*		4
	Trastornos mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional *Puntuación máxima de la variable: 4*	El paciente tiene trastornos mentales y conductuales no transitorios, con una puntuación > 10 en el PHQ-9 (detecta presencia de depresión [ansiedad]) *A modo informativo se registrará la puntuación del PHQ-9*		2
		El paciente está en tratamiento con algún medicamento de los grupos N05, NC6 y N07B, que corresponde a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, psicoestimulantes, antidemencia y medicamentos para los trastornos adictivos *A modo informativo se registrará el medicamento*		4
		Deterioro cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer *A modo informativo se registrará la puntuación del cuestionario de Pfeiffer*	Leve deterioro cognitivo	1
			Deterioro cognitivo moderado	2
			Importante deterioro cognitivo	4
		Dependencia funcional: índice de Katz (categorías C-G y otros) *A modo informativo se registrará el índice de Katz*		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 saludable (por ejemplo, alimentación)		3

PHQ-9: Patients Health Questionnaires.

Puntuación máxima: 11

nivel de prioridad). Si el paciente es coinfectado (VIH/VHC), la valoración del paciente con el modelo se realizará al inicio del tratamiento del VHC y, posteriormente, se aplicará la periodicidad definida para el modelo del VIH.

Es muy importante que la estratificación de este tipo de pacientes esté reflejada en los procedimientos normalizados de trabajo en los servicios de Farmacia Hospitalaria y que las actuaciones farmacéuticas realizadas, tomando como base la estratificación, queden registradas en la historia clínica del paciente.

CRITERIOS DE CALIDAD Y RESULTADOS EN SALUD

Calidad asistencial

La evolución de la asistencia sanitaria en España, como en el resto de países de cultura occidental, ha sido consecuencia del desarrollo socioeconómico, que ha supuesto un rápido adelanto de la tecnología biomédica y del conocimiento científico, con el consiguiente aumento no solo del nivel de vida, sino también de la esperanza de vida y de la calidad de las prestaciones y derechos de los pacientes[16]. Esta

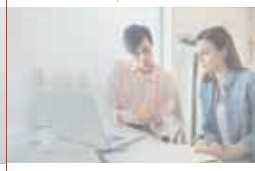


Tabla 3 Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios del modelo de selección y atención farmacéutica del paciente con el virus de la hepatitis C

Tipología de la variable	Variable	Definición		Peso
Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Situación analítica	Plaquetas y albúmina (según el rango de referencia del centro)		3
	Situación clínica	Paciente con descompensación hepática		3
		Presencia de las siguientes manifestaciones extrahepáticas: - Crioglobulinemia sintomática - Enfermedad por inmunocomplejos - Nefropatía - Vasculitis leucocitoclástica - Polineuropatía - Porfiria cutánea - Liquen plano - Trombocitopenia - Trastornos linfoproliferativos - Diabetes mellitus tipo 2 *A modo informativo se registrarán las manifestaciones extrahepáticas, tanto si están incluidas en el listado anterior como si no*		4
		Paciente en peritrasplante		4
	Número de hospitalizaciones	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 5 meses		2
	Pluripatología/ comorbilidades	Índice de comorbilidad de Charlson (ítem sida: considerar infección por VIH) *A modo informativo se registrará el índice de Charlson*	Índice de comorbilidad de Charlson ≥ 6	3

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Puntuación máxima: 16

situación ha despertado nuevas expectativas entre los ciudadanos, que una vez que acceden a la información sanitaria están determinando un cambio en la relación médico-paciente hacia el denominado paciente «competente» o «empoderado», un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas, y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios. Ello implica una actitud activa por parte de los pacientes, cuando su médico o farmacéutico les explica alternativas, riesgos y probabilidades.

En este contexto, la Real Academia Española define *calidad* como la «Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie»[17]. Esta definición nos permite identificar varias de sus características inherentes. La necesidad de entender el concepto de calidad como un término relativo, que implica la idea de mejora continua cuando se habla de calidad, responde a esta idea[18]. No se trata de alcanzar un nivel de calidad, sino de encontrar la fórmula para aumentarla. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que el concepto implica comparar; para ello precisamos medir, y para medir necesitamos identificar qué es importante valorar, basándonos en hechos y datos, a los que denominamos evidencias. Con criterios de qué se considera buena práctica, con datos que permitan evaluarla (indicadores), estableciendo el dintel a partir del que consideramos que es hacerlo bien (estándares de calidad). Todo ello sin olvidar que es el cliente quien realiza la comparación, puesto que

Tabla 4 Variables relacionadas con la medicación del modelo de selección y estratificación de pacientes con el virus de la hepatitis C

Tipología de la variable	Variable	Definición	Peso
Variables relacionadas con la medicación	Polimedicación	El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo TAR)	4
	Riesgo de medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos *A modo informativo se registrarán los medicamentos*	2
	Interacciones del tratamiento *Puntuación máxima de la variable: 4* *A modo informativo se registrarán las interacciones*	1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún f´ármaco) o modificación de la dosis *Potential interaccion: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timming of administration*	2
		≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis *Potencial interaccion: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timming of administration*	4
		Coadministraciones no recomendadas *These drugs should not be coadministered*	4
		Interacciones no documentadas en las bases de datos (Liverpool, Medscape, Lexicomp, Micromedex, ficha técnica, etc.)	2
	Cambios en el régimen regular de la medicación	El paciente ha sufrido cambios en el régimen de 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 PREDICTOR (resultado: riesdo elevado) *A modo informativo se registrará el valor de* Predictor	4
	Adherencia	< 90 % según las dispensaciones realizadas en los últimos 6 meses o abandono previo de un TAR *A modo informativo se registrará el porcentaje de adherencia*	4
	Índice de complejidad	5 según el http://indicedecomplejidad.com/ *A modo informativo se registrará el índice de complejidad*	
	Satisfacción al TAR	< 7, mediante el empleo de una escala EVA de 0-10 (no satisfecho-muy satisfecho) *A modo informativo se registrará el valor de satisfacción con el TAR*	2

PA: presión arterial; PRM: problema relacionado con el medicamento; TAR: tratamiento antirretroviral.

Puntuación máxima: 30

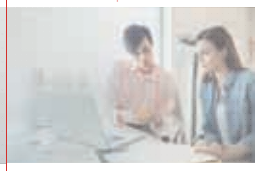


Tabla 5 Variables demográficas y sociosanitarias del modelo de selección y atención farmacéutica al paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus de la hepatitis C (VHC)

Variables y pesos relativos del modelo de selección de pacientes con VIH (coinfectados o no por el VIH) de la SEFH			
Tipología de la variable	**Variable**	**Definición**	**Peso**
Variables demográficas	Edad	Paciente de 18-30 años (paciente *naive*)	3
		Paciente > 50 años	4
	Embarazo	Paciente embarazada	Prioridad 1
	Nivel educativo	Sin estudios	3

Puntuación máxima: 11

Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional	Hábitos de vida no saludables	Consumo de drogas o de alcohol superior a 14 UBE/semana en mujeres y > 28 UBE/semana en hombres *A modo informativo se registrará si el paciente: a) está parado; b) está jubilado; c) está de baja; d) tiene cargas domésticas*		2
	Trastornos mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional *Puntuación máxima de la variable: 4*	El paciente tiene trastornos mentales y conductuales no transitorios, con una puntuación > 10 en el PHQ-9 (detecta presencia de depresión [ansiedad]) *A modo informativo se registrará la puntuación del PHQ-9*		2
		El paciente está en tratamiento con algún medicamento de los grupos N05, NC6 y N07B, que corresponde a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, psicoestimulantes, antidemencia y medicamentos para los trastornos adictivos *A modo informativo se registrará el medicamento*		4
		Deterioro cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer *A modo informativo se registrará la puntuación del Cuestionario de Pfeiffer*	Leve deterioro cognitivo	1
			Deterioro cognitivo moderado	2
			Importante deterioro cognitivo	4
	Factores relacionados con el trato paciente-profesional	El paciente ha mostrado en los último 6 meses desconfianza, hostilidad, vergüenza, temor a los efectos adversos baja percepción de autoeficacia, insatisfacción con la atención sanitaria, bajo grado de conocimiento de la enfermedad/tratamiento, incomprensión del tratamiento o barrera idiomática		2
	Soporte socila 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 saludable (por ejemplo, alimentación)		3

PHQ-9: Patients Health Questionanaires*; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; UBE: unidad de bebida estándar.*

Puntuación máxima: 11

Tabla 6 Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios del modelo de selección y atención farmacéutica al paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana o virus de la hepatitis C (VHC)

Tipología de la variable	Variable	Definición	Peso
Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios	Pluripatología/ comorbilidades	El paciente presenta **dos o más** enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad: - Enfermedad cardiovascular - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Síndrome metabólico - Cirrosis hepática - Deterioro neurocognitivo - Osteoporosis y fracturas óseas - Bronquitis crónica - Tumores no definitorios de sida - Fragilidad *A modo informativo se registrarán las manifestaciones extrahepáticas, tanto si están incluidas en el listado anterior como si no*	3
	Coinfección *A modo informativo se registrará si el paciente tiene coinfección con virus de la hepatitis B*	VHC sin tratamiento	2
		VHC con tratamiento	4
	Situación analítica/ VACS	CD4 < 200/µl	2
		Paciente con tratamiento antirretroviral de más de 6 meses y carga viral plasmática > 1000 copias en la última analítica	4
		Índice VACS ≥ 25 *A modo informativo se registrará el índice VACS*	2
	Riesgo de mortalidad cardiovascular aterosclerótica	Riesgo estimado de mortalidad cardiovascular ateroesclerótica en 10 años > 5 % o paciente fumador y con colesterol > 200 mg/dl *A modo informativo se registrará si el paciente es fumador o si es un paciente con colesterol > 20 mg/dl*	2
	Número de hospitalizaciones	El paciente ha tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses	2

Puntuación máxima: 19

la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes (pacientes en el contexto sanitario) es uno de los objetivos básicos. Por tanto, hablar de calidad en estos momentos implica medir y, consecuentemente, medir la calidad para mejorar.

Sin embargo, la aplicación de un concepto tan intangible en el día a día es más compleja de lo que cabría esperar, ya que implica sucesivas tomas de decisiones y no está exenta de variabilidad[19]. Su objetivo es proveer a los pacientes de los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible. En este contexto se entiende por práctica clínica «el proceso de actuación de un profesional sanitario en relación con la atención de la salud del paciente»[20]. Para su puesta en práctica son indispensables tanto información clínica como percepcio-

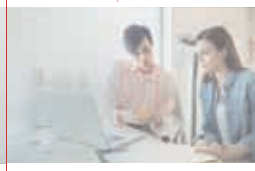


Tabla 7 Variables relacionadas con la medicación del modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana o virus de la hepatitis C (VHC)

Tipología de la variable	Variable	Definición	Peso
Variables relacionadas con la medicación	Polimedicación	El paciente tomas más de 6 fármacos (incluyendo el tratamiento antiviral) *A modo informativo se registrarán los medicamentos*	4
	Riesgo de medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos	2
	Interacciones del tratamiento *Puntuación máxima de la variable: 4* *A modo informativo se registrarán las interacciones*	1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis *Potencial interaccion: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timming of administration*	2
		≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización de algún parámetro (or ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún f´ármaco) o modificación de la dosis *Potencial interaccion: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timming of administration*	4
		Coadministraciones no recomendadas *These drugs should not be coadministered*	4
		Interacciones no documentadas en las bases de datos (Liverpool, Medscape, Lexicomp, Micromedex, ficha técnica, etc.)	2
	Tipo de tratamiento anti-VHC	Terapia con PegIFN + RBV	3
		Terapia sin PegIFN y con RBV	2
	Duración del tratamiento anti-VHC	> 12 semanas	2
	Índice de complejidad	5 según el http://indicedecomplejidad.com/ *A modo informativo se registrará el índice de complejidad*	4

A modo informativo se registrará el tratamiento previo recibido por el paciente, seleccionando una de las siguientes opciones:
No (paciente naive*).*
Sí, paciente pretratado.
ISMP: Institute for Safe Medication Practices; PA: presión arterial; PegINF: peginterferon; RBV: ribavirina.

Puntuación máxima: 19

nes o razonamientos, y juicios clínicos, que derivarán en procedimientos e intervenciones[21].

No obstante, los pacientes requieren una información distinta de la población general. Proveer a los pacientes de información basada en la evidencia obliga a proporcionar datos de contexto y a trasladar los resultados de la investigación a estrategias terapéuticas para cada paciente concreto. Por ello parece conveniente establecer normas de decisión, desarrolladas por los propios profesionales basándose en el conjunto de su experiencia y en los conocimientos actuales. De esta forma se construirá un marco de referencia que permitirá evaluar situaciones similares y actuar de

forma análoga ante casos semejantes. La gestión por procesos parece la herramienta ideal para ello, mediante guías y vías de práctica clínica, protocolos o planes de cuidados, de forma que se consiga reducir la variabilidad innecesaria y eliminar ineficiencias asociadas a la repetición de actividades (pruebas diagnósticas, intervenciones, tratamientos, etc.) o al consumo inapropiado de recursos, al mismo tiempo que facilita a los profesionales asumir responsabilidades en el ámbito de actuación de su proceso y la coordinación entre los diferentes procesos de cualquier organización.

Atributos de la calidad asistencial

Al establecer la analogía de las dimensiones de la calidad asistencial con la de otros servicios no sanitarios, algunos autores estiman que, a excepción de la accesibilidad que, tal vez, sea un atributo específico de los servicios sanitarios, el resto de las dimensiones se pueden aplicar a la calidad de cualquier servicio. Sin embargo, la disponibilidad y la accesibilidad son dos de las características de los servicios condicionantes de su gestión, y entre los principios básicos reguladores de la gestión de los servicios públicos destacan la igualdad de tratamiento para quienes se relacionan con ellos y la continuidad temporal y espacial de la prestación[22].

De las variables propuestas como atributos de calidad de los servicios sanitarios, la satisfacción del cliente, aunque sirve para medir la bondad de la asistencia, no constituye una característica de calidad, sino que es el objetivo de esta. La satisfacción y competencia de los profesionales, así como la competencia de la organización, son condiciones necesarias para ofrecer servicios de calidad y no atributos de esta, aun cuando se utilicen como medida de la calidad asistencial.

A fin de ofertar servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial. La relación de atributos de la calidad asistencial identificados más frecuentemente aparece en la tabla 8.

Resultados en salud

La investigación de resultados en salud (IRS) constituye una fuente importante en el conocimiento de la eficacia (ensayos clínicos) y efectividad (estudios observacionales) de los tratamientos e intervenciones sanitarias que, mediante estudios naturalísticos, evalúa el beneficio en resultados importantes para los pacientes en el contexto de la práctica clínica habitual[23,24].

De forma tradicional, la investigación médica se ha basado, principalmente, en la medida de variables clínicas, centradas en los síntomas y pruebas de laboratorio, como medida de resultado de las intervenciones médicas. Junto con estas medidas, la IRS utiliza otras, como medidas de relevancia clínica (disminución de exacerbaciones, reducción de la morbimortalidad, etc.), la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), las preferencias, la satisfacción (lo que actualmente se engloba dentro del concepto «datos comunicados directamente por el paciente») o el coste-efectividad[25,26]. Los resultados de los estudios de la IRS nos ayudan a conocer mejor las enfermedades y su tratamiento y deben incorporarse en el proceso evaluativo de la efectividad de los servicios sanitarios con el objetivo de mejorar la salud de la población[27-30].

La ausencia de una evaluación sistemática de la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias tiene importantes repercusiones, tanto desde el punto de vista de los objetivos clínicos relevantes como en lo que concierne a la CVRS, la satisfacción y las preferencias del paciente, así como al financiador de los servicios sanitarios.

La inversión de ingentes recursos en nuevos tratamientos está siempre justificada cuando se traduce en un beneficio real en condiciones de práctica clínica habitual, pero seguramente es cuestionable cuando, con independencia de la magnitud de la eficacia descrita en un contexto de ensayo clínico aleatorio y controlado con placebo, el beneficio es nulo o marginal en condiciones habituales de uso en comparación con otras alternativas existentes[31]. La

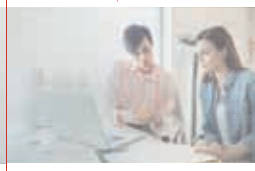


Tabla 8 Principales atributos de la calidad asistencial

Atributo	Definición
Accesibilidad	Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales
Aceptabilidad	Incluye dos dimensiones: satisfacción del paciente. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de esta. Abarca la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria
Adecuación	Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica
Calidad científico técnica	Grado de aplicación de la tecnología y los conocimientos médicos disponibles
Competencia profesional	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional, y tanto al profesional sanitario como a la organización
Continuidad	Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones
Cooperación del paciente	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional
Disponibilidad	Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad
Efectividad	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende, al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada
Eficiencia	Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados
Satisfacción del profesional	Grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo
Seguridad	Balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y trato del personal sanitario

realidad actual es, en la mayoría de los casos, la ausencia de información sistemática y de calidad que nos permita conocer si estamos ante la primera o la segunda situación.

El notable aumento de la cultura sanitaria en la población y la fácil accesibilidad a la información médica y terapéutica a través de la Red está condicionando cambios muy profundos en la tradicional relación de agencia entre el profesional sanitario y el paciente y su entorno. Estos, ejerciendo un derecho incuestionable, exigen cada vez mayor información sobre las ventajas e inconvenientes de las intervenciones médicas y no tan solo sobre los aspectos clínicos relacionados con la morbilidad y la mortalidad, sino también en relación con las implicaciones sobre su calidad de vida, su capacidad de relación, el disfrute de su vida personal, social y profesional y el coste de los tratamientos e intervenciones sanitarias. Sin embargo, da la impresión de que la investigación médica está principalmente encaminada a resolver dudas y comprobar hipótesis que preocupan sobremanera a la comunidad científica, pero no al grueso de la población. Lo importante es el paciente y no la enfermedad, y existen múltiples ejemplos en la bibliografía que demuestran que para las personas lo importante es cómo van a vivir su vida y no solo la cantidad de vida[32,33].

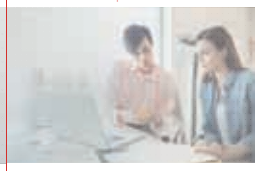
Los resultados de los estudios de IRS constituyen medicina basada en la evidencia. La información de la IRS requiere algo más que la simple recogida de datos de los resultados de la asistencia sanitaria en una historia clínica. Debe ser un sistema que proporcione información de resultados. Por tanto, la recogida de la información debe ser cuidadosa y completa, mediante cuadernos de recogida de datos estandarizados, preferiblemente con apoyos informáticos, para que los resultados, la gravedad y el ajuste por riesgo de la afección puedan combinarse de forma adecuada en el análisis[34-36].

Como los ensayos clínicos, los estudios naturalísticos en condiciones de práctica clínica habitual (aleatorios u observacionales) deben ser rigurosos y cumplir con los requisitos éticos[37]. El diseño debe incluir la definición de la cohorte con respecto al grupo control, el tratamiento estudiado, la especificación de la evaluación inicial, el resultado y la capacidad de ajustarlas posibles desigualdades en relación con el resultado[38]. Los resultados están en función de múltiples factores, que pueden clasificarse como factores de riesgo (estado clínico inicial del paciente, características sociodemográficas y psicosociales) y características del tratamiento (tratamiento y escenario de aplicación).

El objetivo del análisis es aislar la relación entre el resultado de interés y el tratamiento aplicado controlando por los factores que pueden influir sobre el resultado (ajuste por riesgo). Algunos autores comparan los resultados de ensayos clínicos y estudios observacionales sin que se encuentren diferencias significativas entre ambos[39,40]. Esto va en contra de la creencia que afirma que los estudios observacionales sobrestiman el efecto de los tratamientos y no detectan los factores de confusión.

Existen tres medidas principales de resultados en salud: clínicas y naturales (mortalidad y morbilidad, esperanza de vida), calidad de vida y valores monetarios, como la disposición a pagar por las mejoras en la salud de un servicio o de un cambio en el estado de salud[41].

La forma más simple de medir los resultados en un ensayo clínico es utilizando unidades naturales, aunque dificulta las comparaciones entre diferentes condiciones en salud. Esto se soluciona parcialmente cuando incorporamos la mortalidad como medida de resultado (años de vida ganados); no obstante, no deja de ser un recurso insatisfactorio ante intervenciones que afectan, principalmente, a la dimensión de la calidad de vida. Por este motivo, existen las medidas de resultado que incorporan la CVRS, que van más allá de la medida clínica y la mortalidad. En concreto, el año de vida ajustado por calidad, índice cardinal que combina los años de vida con la utilidad o bienestar derivado de la calidad con que estos se disfrutan, es la medida de resultado recomendada en



buena parte de las guías de evaluación económica. También existen las medidas de resultado basadas en el paciente[42], definidas como medidas a corto plazo que comprenden instrumentos como cuestionarios, entrevistas y otros métodos relacionados con la medida de la salud, la enfermedad y los beneficios de las intervenciones en salud desde la perspectiva del paciente.

Resultados percibidos por los pacientes (*patient-reported outcomes*)

Desde hace varias décadas existe un creciente interés tanto en la práctica clínica como en la investigación sobre los *patient-reported outcomes* (PRO, resultados percibidos por los pacientes). La definición de CVRS se ha mostrado elusiva y controvertida, como también lo han sido sus conceptos afines, como el estado de salud, el estado funcional y la salud percibida. Con el objetivo de englobar todos estos conceptos en una única definición, se desarrolló el término PRO, que enfoca el objeto de medición en la fuente de información, que en este caso es la percepción de la propia persona o paciente sobre su estado de salud y sus factores relacionados, su funcionalidad o su satisfacción con el tratamiento y el cuidado recibido. Según la Food and Drug Administration (FDA), los PRO se definen como «Alguna información del estado de salud del paciente que proviene directamente del paciente, sin la interpretación de sus respuestas por parte de un clínico ni de ninguna otra persona»[43]. Sin embargo, existen diversas poblaciones con dificultades para explicar adecuadamente su estado de salud, como son los niños y adolescentes, personas con deterioro cognitivo o aquellas incapaces de comunicarse. En todos estos casos, la FDA recomienda que, en la medida de lo posible, sea el propio paciente el evaluador de su estado de salud y que, cuando no lo sea, el profesional sanitario o el cuidador solo evalúe las conductas que son directamente observadas, ya que de otra forma no se considerarán como PRO, ni tampoco aquellas evaluaciones que se realicen por personas que no sean ni profesional sanitario ni cuidadores.

La importancia de evaluar la propia percepción del paciente radica en la relevancia de la experiencia, que evita sesgos relacionados con la administración por parte del profesional sanitario y mejora la tasa de respuesta de los cuestionarios[44]. Los pacientes tienen la capacidad de informar con exactitud sobre muchos dominios que son importantes para la evaluación de una intervención, o del impacto de la enfermedad. Los PRO son instrumentos que miden la experiencia de los síntomas, el estado funcional, el estado de salud, la CVRS, el bienestar o la satisfacción respecto al cuidado o tratamiento recibido desde la perspectiva del paciente. Las personas con exactamente el mismo estado de salud, diagnóstico o enfermedad pueden tener percepciones distintas sobre cómo se sienten, su capacidad funcional y su capacidad para afrontar las limitaciones, la incapacidad y otros factores que pueden alterar la percepción de su nivel de satisfacción con la vida. La posibilidad de medir el bienestar como resultado es especialmente importante en los casos clínicos en los que el objetivo principal del tratamiento es el bienestar del paciente en lugar de la prolongación de la vida o la reducción de los acontecimientos asociados a la enfermedad.

La investigación con PRO proporciona información valiosa que puede ayudar a la relación profesional sanitario-paciente y a la toma de decisiones clínicas, permite mejorar el diagnóstico, complementa la información respecto a otras medidas más tradicionales como los síntomas, permite reconocer mejor los problemas asociados a la relación profesional sanitario-paciente y mejora su comunicación. La administración de instrumentos PRO en pacientes con enfermedades crónicas y su impacto en la toma de decisiones puede ayudar a la identificación de problemas de adaptación psicosocial a causa del tratamiento o de la enfermedad e identificar a los pacientes que necesitan algún tratamiento adicional[45].

Aunque se ha incrementado el uso de los PRO tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, su generalización en los sistemas sanitarios internacionales es aún poco común y restringida. Recientemente, el National Health Service del Reino Unido

ha iniciado un programa de aplicación sistemática de estos instrumentos con el objetivo de proporcionar una mejor atención y un cuidado más centrado en el paciente, evaluar y comparar la calidad de los profesionales sanitarios y proporcionar datos para evaluar las prácticas y políticas de salud.

Cuando se quiere seleccionar un PRO para un estudio hay que tener en cuenta que existen diversos tipos de instrumentos, que se diferencian por: su carácter genérico o específico, su orientación psicométrica (medidas sobre estados de salud) o econométrica (medidas de utilidad) y la valoración que proporcionan (índice sumario o perfil multidimensional) según el número de dimensiones que midan[46]. Los métodos de medición son muy importantes en el campo de la investigación de los PRO. Una vez identificados y definidos el concepto y los ítems, es necesario tomar una serie de decisiones de forma rigurosa:

- Cómo se van a plantear las preguntas a los pacientes.
- Cuándo se van a plantear las preguntas a los pacientes.
- Cómo se van a registrar las respuestas.
- Cómo se van a interpretar los datos.

Normalmente, los PRO se miden mediante cuestionarios o encuestas, los cuales:

- Son rellenados por los pacientes.
- Son rellenados por el paciente en presencia del investigador.
- Son rellenados por el investigador mediante una entrevista presencial o por teléfono.

Existe una serie de aspectos a favor y en contra de los distintos métodos para recopilar información. Por ejemplo, aunque la participación de entrevistadores con la formación adecuada reduce los errores y garantiza que se rellenen las encuestas, los recursos del ensayo o tratamiento podrían no permitirlo. Es fundamental que las estrategias y los métodos usados permitan analizar las percepciones de los pacientes y los conceptos reales que se van a medir en lugar de centrarse en el entrevistador y en la forma en la que se plantean las preguntas.

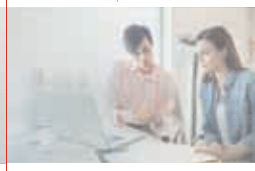
Calidad de vida relacionada con la salud

La salud, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[47], «Es un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad». De esta definición multidimensional de la salud podría derivarse inicialmente el concepto de CVRS. La CVRS agrupa, pues, tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud[48]. Para Patrick y Erickson[49] la CVRS es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política.

A medida que en las sociedades desarrolladas se ha ido reduciendo la mortalidad prematura, los indicadores de «cantidad de vida» (por ejemplo, esperanza de vida) han ido perdiendo sensibilidad para monitorizar la salud de la población. Siempre ha sido controvertida la estimación de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud de la población[4], pero resulta evidente que:

- Una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a la cantidad de vida.
- Dicha ganancia es muy valorada por la población y subyace en las preferencias sociales a favor de un sistema asistencial amplio y de calidad.
- La perspectiva futura (epidemiológica y tecnológica) resaltará el componente de mejora de la CVRS en los avances e innovaciones de los servicios sanitarios.

Por ello, resulta necesario incorporar la CVRS en las decisiones clínicas y de planificación; ello ya lo hacen de forma implícita y velada los médicos y los responsables institucionales, pero debería fundamentarse y se tendrían que incorporar instrumentos de medición; avanzar en la racionalidad de las decisiones en ambos niveles exige «abrir el armario» y hacer explícita buena parte de los juicios y prioridades que existen, lo que a su vez implica un conjunto de nuevos problemas.



Varias guías metodológicas internacionales especifican el método por el cual las estimaciones de las utilidades deberían obtenerse, y sugieren que es preferible un instrumento genérico[50]. El SF-36 es uno de los instrumentos de CVRS más conocidos y utilizados a escala internacional[51] y que ilustra la madurez que ha alcanzado en nuestro entorno la medición y estudio de la CVRS. Grupos de investigación muy activos en España han realizado contribuciones importantes al desarrollo general de este instrumento. Sin embargo, uno de los posibles puntos débiles del uso del SF-36 en España, así como de muchos otros instrumentos de CVRS, es que se trata de una herramienta cuyo contenido se ha sido desarrollado íntegramente en el contexto cultural de Estados Unidos y que no puede utilizarse en evaluaciones económicas, por tratarse de un perfil de salud cuyas dimensiones no pueden combinarse en un único índice si no es mediado por el instrumento SF-6D[52]. Por otro lado, el EQ-5D es un instrumento genérico de CVRS creado para obtener un índice de salud útil para la evaluación económica. Su uso está muy extendido en toda Europa[53,54] y, recientemente, se ha desarrollado en España un conjunto de valores de la nueva versión EQ-5D-5L que, además, se ha sido incorporado a la Encuesta Nacional de Salud.

La finalidad de la IRS es proporcionar la información de resultados que permita evaluar si determinados servicios sanitarios consiguen mantener o aumentar la salud de los individuos a partir de múltiples fuentes de información relevante para la toma de decisiones clínicas, y principalmente de los dos resultados finales de mayor interés para los individuos: la calidad y la cantidad de vida. Por ello, todos los agentes implicados en los cuidados sanitarios deben estar presentes en el proceso: autoridades sanitarias, proveedores de servicios, profesionales sanitarios y pacientes. La atención primaria de salud es el marco principal de desarrollo de los estudios de IRS.

En los últimos 30 años, se ha consolidado el área de investigación en los resultados percibidos por los pacientes, especialmente en el ámbito de la medida de la CVRS[55]. Gran parte de los esfuerzos se ha consagrado a la construcción de instrumentos de medida con propósitos diversos. Los más de 1270 instrumentos de resultados percibidos por los pacientes identificados en el ámbito internacional y los más de 350 concebidos para su uso en población española varían notablemente en cuanto a su contenido, los métodos seguidos para su obtención, sus propiedades métricas, las necesidades para su aplicación y su uso efectivo[56].

Se han realizado numerosas propuestas para sistematizar la evaluación de estos instrumentos tanto por parte de investigadores independientes[57,58] como auspiciadas por sociedades científicas (International Society for Quality of Life Research[59]), agencias gubernamentales (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products[60]), una acción coordinada (proyecto European Regulatory Issues on Quality of Life Assessment Group [ERIQA][61]) o instituciones privadas (Medical Outcomes Trust[62]).

En el ámbito español, destaca la Red de Investigación en Resultados y Servicios Sanitarios (Red IRYSS), una de cuyas líneas de investigación incluye la evaluación sistemática de los instrumentos de medida de CVRS disponibles para su uso en España.

Satisfacción del paciente

La utilización intensiva de medidas de percepción de la satisfacción del cliente con los diferentes servicios recibidos y sus dimensiones mediante encuestas validadas y representativas constituye una guía imprescindible para la gestión y mejora de la oferta de servicios[63]. Las primeras referencias que destacan la relevancia de la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria son de finales de los años cincuenta[64], aunque fuera Donabedian[65], unos años más tarde, quien más insistiría en la necesidad y utilidad de este tipo de medidas, abogando por su sistematización. En los siguientes años se produjo un notable desarrollo en el número de instrumentos, escalas y estudios centrados en la satisfacción del paciente, lo que provocó, a finales de los ochenta, que se llamara la atención sobre qué y

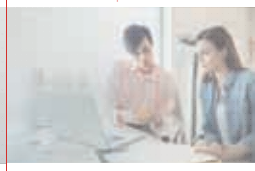
cómo se medía la satisfacción del paciente[66]. Actualmente, la satisfacción del paciente es una medida que no extraña a nadie, si bien hay que reconocer que, aunque debería ser obvio que los resultados de estas evaluaciones tendrían que servir para mejorar la atención a los pacientes, no siempre es así en la práctica. Por un lado, porque se comparte la idea de que estas escalas ofrecen una información subjetiva y a veces poco aprovechable; porque se tiende a restarles valor y a confiar más en la intuición que en los datos a la hora de decidir qué hacer; porque se les achaca problemas metodológicos en las evaluaciones que hace que se las considere poco útiles y, sencillamente, por la resistencia al cambio de los procedimientos de trabajo en cualquier organización.

Aunque inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico, rápidamente se comprobó que se trataba de un concepto multidimensional. De este modo, cuando se habla de satisfacción nos referimos, normalmente, al conjunto de elementos de la atención en los que los pacientes más se fijan y más valoran. Entre estos se encuentran: el resultado de la intervención médica, la accesibilidad al sistema, el centro y los profesionales, la rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención, preferencias y expectativas, la competencia percibida de los profesionales, la cortesía en el trato, la información que se le facilita, la coordinación y continuidad de las atenciones sanitarias y el grado de confort de las instalaciones.

En los años setenta, Hulka et al.[67] creyeron que la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los inconvenientes de los cuidados que prescribía eran las dimensiones que decidían la satisfacción del paciente. Por su parte, Ware y Snyder[68] pensaron que la satisfacción dependía de la accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultado de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información; competencia profesional y ambiente favorecedor de los cuidados. Wolf (otro autor de gran influencia de la misma época) et al.[69] consideraban tres dimensiones de la satisfacción del paciente: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra) y comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del médico). Unos años más tarde, en el ámbito específico de la atención primaria, Feletti et al.[70] señalaron de forma empírica como dimensiones más influyentes en la satisfacción: comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales) y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

La investigación de tipo cualitativo ha sido el enfoque con el que normalmente nos hemos aproximado a los pacientes para identificar qué esperan del sistema y de sus profesionales y para conocer qué aspectos son los más importantes para ellos. Linder-Pelz[71] fue, en el ámbito sanitario, quien tras poner a prueba diferentes modelos sugirió que la satisfacción era, probablemente, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera y lo que cree haber recibido.

En el concepto de satisfacción del paciente intervienen, en primer lugar, la importancia relativa que el paciente asigna a cada elemento de la atención y, en segundo lugar, tanto el resultado de la atención sanitaria (tal y como la percibe) como las expectativas que tenía de cómo le iban a prestar esa atención[72]. De este modo, si para el paciente es muy importante la información, cuando esta no responda a su expectativa se mostrará insatisfecho pese a que todo lo demás haya funcionado perfectamente. Normalmente, se define una «zona de tolerancia» o rango en el que la atención es aceptable para el paciente y se intenta identificar el valor relativo que cada dimensión de la atención sanitaria tiene para el paciente. Así, por ejemplo, se ha comprobado que la información previa a una intervención quirúrgica multiplica por tres la probabilidad de que un paciente se declare



satisfecho o que, en atención primaria, ser atendido siempre por el mismo médico multiplica esa probabilidad por dos.

En los estudios realizados en España[73] se concluye que la satisfacción se asocia a: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información (cantidad y cualidad) que reciben de los profesionales, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. Específicamente, una atención sanitaria «ideal» para los pacientes incluye, sobre todo: información suficiente y comprensible, amabilidad y cortesía en el trato, que los profesionales sanitarios y no sanitarios le demuestren al paciente interés por su problema, que se ofrezca un trato personalizado y que den muestras de una alta competencia profesional.

En la práctica distinguimos entre[74]:

- Elementos de la atención sanitaria que resultan indiferentes para los pacientes y que, por consiguiente, aportan bien poco a su satisfacción.
- Elementos de la atención que los pacientes valoran y que les gusta recibir. Son aquellos que si no están presentes hacen que el paciente se considere inadecuadamente tratado.
- Elementos inesperados para el paciente cuya presencia incrementa notoriamente la satisfacción; es lo que llamamos el «detalle de lo inesperado».
- Finalmente, existen elementos de la atención claramente negativos para la satisfacción (por ejemplo, recibir un tratamiento inadecuado) y otros que son completamente indiferentes.

Cuando se ha diferenciado entre pacientes satisfechos e insatisfechos con la atención sanitaria[75] recibida, se ha comprobado que la insatisfacción de los pacientes aparece relacionada con carencias de información, tecnología considerada obsoleta, demoras en la atención o con un escaso confort. Por el contrario, la satisfacción se relacionó con la capacidad para comprender las necesidades del paciente, la amabilidad en el trato, el interés que cree que tienen los profesionales (especialmente enfermería) por él, cumplir con lo que se le dice al paciente (citas, revisiones, pruebas, etc.) y tener con él tiempos de espera reducidos.

También se ha relacionado con el resultado asistencial, con una más pronta recuperación tras intervención quirúrgica y con la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas[76].

No cabe duda de que las encuestas de satisfacción de pacientes se han hecho populares y, hoy día, es raro hallar algún centro que no lleve a cabo con una cierta periodicidad este tipo de consultas. La mayoría de estas encuestas incluye escalas tipo Likert, habitualmente con entre 5 y 7 posibilidades de respuesta, que oscilan en un continuo de «muy favorable a muy desfavorable». En estas encuestas se suele evaluar la satisfacción mediante: trato/amabilidad, información, calidad del resultado, competencia técnica, accesibilidad y una medida global de satisfacción con el conjunto de las atenciones. Entre los instrumentos más utilizados cabe citar: *Patient Judgements of Hospital Quality*[77], encuesta de experiencias del paciente[78], *Consumer Assessment of Health Plan*[79], *Picker Patient Experience Questionnaire*[80] y, en España, la escala SERVQHOS[81]. El tipo de preguntas que incluyen han evolucionado, y de recurrir únicamente a escalas de evaluación de marcado carácter subjetivo se ha pasado a preguntas que buscan una mayor objetividad y que solicitan al paciente que informe de si ha recibido determinadas buenas prácticas asistenciales[82].

En los últimos años han proliferado los instrumentos para medir la satisfacción de los pacientes, impulsados especialmente por la utilización de modelos de mejora continua como el EFQM o la incorporación de estándares a este respecto en contratos programa o modelos de acreditación. En las organizaciones sanitarias existe cierta consolidación en la utilización de encuestas de satisfacción de cliente en el área de hospitalización, algo menor en atención pri-

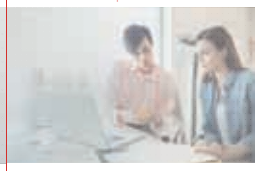
maria, urgencias y consultas, y una utilización puntual y esporádica en el resto de prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofertadas al cliente. El abanico de metodologías, cuestionarios y dimensiones exploradas es diferente en las distintas comunidades autónomas, así como su fiabilidad y sensibilidad, lo que dificulta en gran medida la utilización del *benchmarking* entre organizaciones para comparar resultados e identificar mejores prácticas[63]. No obstante, cantidad no implica calidad. En muchos casos, no se efectúan análisis de consistencia, fiabilidad o validez de las medidas[83], lo que parece inadecuado. Incluso se aprecian sesgos de medición para mejorar el resultado final (escalas de tres respuestas positivas, eliminación de las respuestas nulas en el porcentaje final, etc.). No hemos de olvidar que en muchas organizaciones los resultados no conllevan medidas que tengan repercusiones prácticas en la mejora del servicio y la forma en la que se organizan y prestan los cuidados y atenciones médicas a los pacientes[84]. Por lo que sabemos, entre un 70 y un 80 % de los pacientes están satisfechos con las atenciones recibidas en el sistema público de salud. Los dos aspectos que se destacan como positivos en la mayoría de los estudios son competencia profesional y trato. Los pacientes de mayor edad se manifiestan más satisfechos que los jóvenes, el nivel socioeconómico se relaciona también con la satisfacción y parece que las mujeres se declaran algo más satisfechas que los varones.

Cuando se ha recurrido a técnicas de investigación cualitativa los resultados del análisis de las causas de insatisfacción de los pacientes arrojan resultados muy similares. En estos estudios las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, una deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, las carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información generan insatisfacción en atención primaria[85]. Condiciones de confort inadecuadas, una reducida capacidad de respuesta, escasa accesibilidad y problemas de índole organizativa se citan como causas de insatisfacción en hospitales[86].

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en su momento, Osakidetza, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia Valenciana de Salud, a los que se les sumaron otros servicios de salud como los de Aragón o Cataluña y, recientemente, la práctica totalidad del resto de servicios de salud autonómicos vienen realizando encuestas de satisfacción de pacientes de forma sistemática y estructurada, aunque es el Barómetro Sanitario, que desde 1997 publica anualmente el Ministerio de Sanidad, el único termómetro de ámbito nacional. Los datos de este barómetro destacan que, de forma mayoritaria, los puntos fuertes de nuestro sistema sanitario son[87]: cercanía (accesibilidad física), trato y confianza en el médico en el caso de la atención primaria pública, y atenciones, trato y cuidados del personal de enfermería y médico, medios técnicos y número de especialidades a las que se accede en los hospitales. Como áreas de mejora más urgentes se señalan: la dificultad con los trámites para acceder al especialista, en el caso de atención primaria, y demoras y confort en la atención especializada.

La interpretación de los resultados debe ser cuidadosa en función de la metodología utilizada, y se debe hacer siempre una reflexión crítica de la representatividad y validez de los resultados. Se abren, asimismo, diversas vías de investigación necesarias para profundizar en esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación de la percepción a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de patologías (expectativas muy distintas en atención primaria, partos o pacientes terminales), ampliación de la captación en parientes, acompañantes y cuidadores y en la búsqueda de un conjunto mínimo de resultados que permitan establecer un *benchmarking* creativo entre las organizaciones. Es importante también evitar el peligro de la autocomplacencia de los responsables e instituciones con los resultados positivos, ya que los resultados no deben entenderse como un fin en sí mismos sino constituirse en una guía para la mejora.

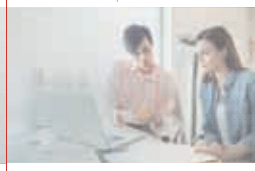
El mayor rigor en la metodología, el interés por una cada vez más sofisticada explotación de los datos y



la creciente preocupación por contar con los pacientes no solo ha hecho que este tipo de medidas sea cada vez más frecuente, sino que además está propiciando un cambio en la actitud de los profesionales hacia estas evaluaciones. No obstante, es cierto que la información aún no se aprovecha a plena potencialidad. Este es, probablemente, uno de sus mayores retos. Difundir y analizar los resultados obtenidos con los profesionales, especificar objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas o de otras fuentes de información de pacientes, realizar un seguimiento del nivel de cumplimiento de estos objetivos o mejoras asistenciales, relacionarlo con contratos programa o sistemas de incentivos y definir el resultado final de la intervención sanitaria contando con la percepción que los pacientes tienen de cómo es la atención sanitaria puede suponer un paso decisivo para propiciar una mayor calidad asistencial.

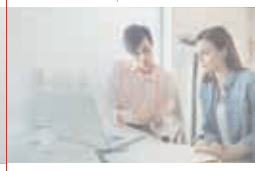
BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Soluciones para la gestión de la cronicidad [citado 12 julio de 2016]. Disponible en: www.sedisa.net/documentos.php?id=1#content
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [citado 13 julio de 2016]. Disponible en: www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
3. Instituto Nacional de Estadística [citado 13 julio de 2016]. Disponible en: www.ine.es.
4. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [monografía en CD-ROM]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
5. Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit 2007;5(2):283-92.
6. Nuño Solinís R, Carlos Contel J, Orueta Mendía J, García Álvarez A. Guía para el desarrollo e implementación de herramientas de estratificación de riesgos. Aplicación práctica en pacientes crónicos complejos. Monografía IEMAC 1.0 [citado 19 julio de 2016]. Disponible en: www.iemac.org
7. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi. Julio 2010 [citado 27 julio de 2016]. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_ cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
8. Plan de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) [citado 27 julio de 2016]. Disponible en: salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/linies_dactuacio/ model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic
9. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana. Estrategia para la atención a enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana [citado 18 julio de 2016]. Disponible en: www.san.gva.es/documents/156344/5074523/anexo1.pdf
10. Nuño-Solinis R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un instrumento para la evaluación de modelos de atención ante la cronicidad. Gac Sanit 2013;27(2):128-34.
11. Plan estratégico sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico [citado 26 julio de 2016]. Disponible en: www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_ af_paciente_cronico2012.pdf
12. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH [citado 26 julio de 2016]. Disponible en: www.sefh.es/bibliotecavirtual/ Cronicos/
13. American Society of Health-System Pharmacists and the ASHP Research and Education Foundation. Proceedings of the ASHP Ambulatory Care Summit. Am J Health-Syst Pharm 2014;71:1345-7.
14. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Identificación de tendencias de impacto en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria [citado 27 de julio de 2017]. Disponible en: http://sefh.es/mapex/index.php/documentacion.
15. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Diseño y adaptación del Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [citado 3 agosto de 2016]. Disponible en: http://www.farmaciavalmecpv.com/ profesionales/vih/
16. Gaminde Inda I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS 2002. Sevilla: SESPAS; 2002.
17. http://buscon.rae.es/drael/SrvltGUIBusUsual [última consulta: 2 de agosto de 2016].
18. Lorenzo Martínez S. Sistemas de gestión de la calidad. En: Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI, editores. Gestión clínica en cirugía. Madrid: Arán Ediciones; 2005.



19. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000;114:460-3.
20. Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Aspectos controvertidos. FMC 1998;5: 185-96.
21. Guyatt GH. Evidence based medicine. ACP J Club 1991;112(Suppl 2):S1-16.
22. Reason JT. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ; 2001. p. 9-30.
23. American Medical Association. Principles of outcomes research. Outcomes research resource guide, 1996/97. New York: American Medical Association; 1997.
24. Badía X, Del Llano J. La investigación de resultados en salud. Med Clin (Barc) 2000;114:1-7.
25. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac; 1999.
26. Badía X, Rovira J. Introducción a la evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Madrid: Luzán 5 de Ediciones; 1995.
27. Bailit H, Federico J, McGivney W; for AEAT health plans. Use of outcomes studies by a managed care organization: valuing measured treatment effects. Med Care 1995;33:216-25.
28. Clancy CM, Eisenberg JM. Outcomes research: measuring the end results of health care. Science 1998;282:245-6.
29. Freund D, Lave J, Clancy C, Hawker G, Hasselblad V, Keller R, et al. Patient outcomes research teams: contribution to outcomes and effectiveness research. Annu Rev Public Health 1999;20:337-59.
30. Horwitz RI, Viscoli CM, Clemens JD, Sadock RT. Developing improved methods for evaluating therapeutic effectiveness. Am J Med 1990;89:630-8.
31. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. BMJ 1996;312:1215-8.
32. Hallan S, Asberg A, Indredawick B, Wideroe TE. Quality of life after cerebrovascular stroke: a systematic study of patients' preferences for different functional outcomes. J Intern Med 1999;246:309-14.
33. Pearlman RA, Uhlman RF. Quality of life in chronic diseases: perception of elderly patients. J Gerontol 1988;43:25-30.
34. Chassin MR, Kosecoff J, Park RE, Winslow CM, Kahn KL. Does appropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures. J Am Med Assoc 1987;258:2533-7.
35. D'Agostino RB, Kwan H. Measuring effectiveness. What to expect without a randomized control group. Med Care 1995;33:AS95-105.
36. Sacristán JA, Soto J, Galende I. Evaluación de la efectividad mediante asignación aleatoria utilizando bases de datos: ¿evidencia basada en la medicina? Med Clin (Barc) 1998;111:623-7.
37. Roland M, Torgerson DJ. Understanding controlled trials: what are pragmatic trials? BMJ 1998;316:285.
38. Gum PA, Thamilarasan M, Watanabe J, Blackstone EH, Lauer MS. Aspirin use and all-cause mortality among patients being evaluated for known or suspected coronary artery disease. JAMA 2001;286:1187-94.
39. Concato J, Shah N, Horwitz RI. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. N Engl J Med 2000;342:1887-92.
40. Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. N Engl J Med 2000;342:1878-86.

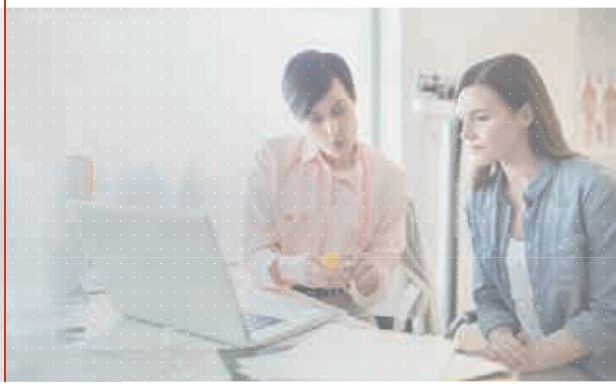
41. Torgerson D, Raftery J. Measuring outcomes in economic evaluations. BMJ 1999;318:1413.
42. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol Assess 1998;2:1-74.
43. Food and Drug Administration (FDA). Guidance for Industry. Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Rockville. New Hampshire: FDA; 2009. Disponible en: URL: http://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/UCM193282.pdf [último acceso: 30 de junio de 2016].
44. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. BMJ 2013;346:f167.
45. Kiebert GM, Curran D, Aaronson NK. Quality of life as an endpoint in EORTC clinical trials. European Organization for Research and Treatment for Cancer. Stat Med 1998;17:561-9.
46. Gelber RD, Gelber S. Quality-of-life assessment in clinical trials. Cancer Treat Res 1995;75:225-46.
47. World Health Organization. Basic documents. Genève: WHO; 1948.
48. Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos S.A.; 1995. p. 51-76.
49. Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. Clin Nutr 1988;7:53-63.
50. Barbieri M, Drummond M, Willke R, Cahncellor J, Jolain B, Towse A. Variability in cost-effectiveness estimates for pharmaceuticals in Western Europe: lessons for inferring generalizability. Value Health 2005;8:10-23.
51. Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en España. Gac Sanit 2005;19:91-2.
52. Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. J Health Econ 2002;21:271-92.
53. Devlin NJ, Krabbe PFM. The development of new research methods for the valuation of EQ-5D-5L. Eur J Health Econ 2013;14(Suppl1):S1-3.
54. Ramos-Goñi JM, Rivero-Arias O, Serrano-Aguilar P, López Bastida J, Pinto Prades JL, Cabasés Hita JM, et al. Estimación de la tarifa española para evaluar los estados de salud del EQ-5D-5L basados en las preferencias de los individuos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Canaria de Investigación y Salud FUNCIS; 2010.
55. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Gac Sanit 2000;14:163-7.
56. BiblioPRO. Biblioteca virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos de Red IRYSS (Investigación sobre Resultados de Salud y Servicios Sanitarios). Disponible en: URL: http://www.rediryss.net [último acceso: 30 de junio de 2016].
57. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.
58. Tully MP, Cantrill JA. Subjective outcome measurement: a primer. Pharm World Sci 1999;21:101-9.
59. Acquadro C, Berzon R, Dubois D, Leidy NK, Marquis P, Revicki D, et al; PRO Harmonization Group. Incorporating the patient's perspective into drug development and communication: an ad hoc task force report of the Patient-Reported Outcomes (PRO) Harmonization Group meeting at the Food and Drug Administration, February 16, 2001. Value Health 2003;6(5):522-31.
60. Apolone G, De Carli G, Brunetti M, Garattini S. Health-related quality of life (HR-QOL) and regulatory issues. An assessment of the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA)



recommendations on the use of HR-QOL measures in drug approval. Pharmacoeconomics 2001;19: 187-95.

61. Chassany O, Sagnier P, Marquis P, Fulleton S, Aaronson N. Patient reported outcomes and regulatory issues: the example of Health-related Quality of Life. A European guidance document for the improved integration of HRQL assessment in the drug regulatory process. Drug Information Journal 2002;36:209-38.
62. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review Criteria. Qual Life Res 2002;11:193-205.
63. Moracho del Río O. Modelo e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Editorial Ariel; 2005. p. 301-332.
64. Koos E. The health of Regionsville. New York: Columbia University Press; 1954.
65. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966 Jul;44(3 Suppl):S166-206.
66. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 1988;27:935-9.
67. Hulka B, Zyzanski S. Cassel J, Thompson S. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. Med Care 1970;8:429-35.
68. Ware J, Snyder M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care 1975;13:669-82.
69. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. J Behav Med 1978;1:391-401.
70. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. J Behav Med 1986;9:389-99.
71. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med 1982;16:577-82.
72. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. J Marketing Research 1980;42:460-9.
73. Mira JJ, Galdón M, Ignacio García E, Velasco MV, García S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. Revista Calidad Asistencial 1999;14:165-78.
74. Kano N. A Perspective on quality activities in American firms. California Management Review 1993;35:12-31.
75. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho. Rev Clin Esp 2006;206:209.
76. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. Med Clin (Barc) 2001;116:104-10.
77. Meterko M, Nelson E, Rubin H, Batalden P, Berwick D, Hays R. Patient judgements of hospital quality. Report of a pilot study. Med Care 1990;28(9 Suppl):S1-56.
78. Zastowny TR, Stratmann WC, Adams EH, Fox ML. Patient satisfaction and experience with health services and quality of care. Qual Manag Health Care 1995;3:50-61.
79. Hays RD, Shaul JA, Williams VSL, Lubalin JS, Harris-Kojetin LD, Sweeny SF, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. Med Care 1999;37(Suppl):MS22-31.
80. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. Int J Qual Health Care 2002;14:353-8.

81. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina Preventiva 1998;IV:12-8.
82. Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. Todo Hospital 2006;224:90-7.
83. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. Int J Qual Health Care 1999;11:319-28.
84. Barrasa JI, Aibar C. ¿Se utiliza la satisfacción de los pacientes para mejorar el sistema nacional de salud español? Una revisión sistemática. Revista Calidad Asistencial 2003;18:414-24.
85. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un estudio Delphi. Aten Primaria 1996;31:348-52.
86. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Revista Calidad Asistencial 2002;17:273-83.
87. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Madrid: Ergon; 2006.



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON VIRUS DE LA HEPATITIS C EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTIVIRAL DE ACCIÓN DIRECTA

José Manuel Martínez Sesmero, Alicia Lázaro López

ANTECEDENTES

Paciente mujer de 30 años de edad con diagnóstico reciente de infección por VHC de genotipo 1a, fibrosis de grado 1, *naive* al tratamiento antiviral. Se contagió en una cirugía previa.

Fumadora (10 cigarrillos al día). Seguimiento por Psiquiatría por dependencia de alcohol y cocaína. No consume alcohol desde octubre de 2015. Buen nivel sociocultural y económico, sin presentar ingresos en los últimos seis meses.

En tratamiento habitual para sus problemas psiquiátricos y de dependencias con fluoxetina, aripiprazol, mirtazapina, lormetazepam, lorazepam y olanzapina.

Acude a la Consulta de Atención Farmacéutica (CAF) para iniciar tratamiento para el VHC por deseos futuros de gestación. Se decide inicio con 400/90 mg de sofosbuvir/ledipasvir cada 24 horas durante 12 semanas. Presenta una carga viral plasmática basal (RNA-VHC) de 23 800 UI/ml.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

En la primera visita a la CAF se le proporciona información oral y escrita de la medicación, se le pregunta sobre medicación concomitante, se comprueban interacciones (no existe ninguna) y se le dispensa un bote de tratamiento (28 días).

La paciente acude a la CAF para recoger la medicación. Aún no ha acudido a la consulta del hepatólogo (la tiene en 7 días) y la analítica se la hace mañana. Se dispensa un nuevo bote de medicación.

La paciente acude a recoger el último bote de medicación; se observa un RNA-VHC a la semana 8 de tratamiento de 300 000 UI/ml. Tras contactar con el médico, este comenta que la paciente empezó a tomar oxcarbazepina por prescripción del psiquiatra y no informó a su hepatólogo ni al Servicio de Farmacia. A pesar de que le quedan 28 días de tratamiento, se insiste en informar de cualquier cambio de medicación y tomar correctamente la medicación.

En la analítica de final del tratamiento se observa un RNA-VHC de 200 000 UI/ml.

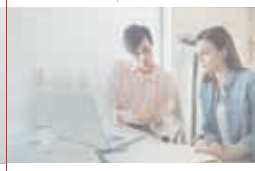
RESOLUCIÓN CMO

La paciente acude a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. En la primera visita a la CAF se revisa en profundidad su historia y se estratifica según modelo VHC; resulta que está en un nivel de estratificación 3 (16 puntos [límite entre el 3 y el 2]). Tomando esto en consideración, se realizan las siguientes actividades farmacéuticas:

- Se revisa y valida el tratamiento antiviral. En la prescripción médica está recogido que la paciente llevará 1 comprimido/día de sofosbuvir/ledipasvir durante 12 semanas. Debido a que la paciente cumple criterios para acortar el tratamiento a ocho semanas (paciente *naive*, genotipo 1, bajo grado de fibrosis y RNA-VHC < 6 000 000 UI/ml), se habla con el médico prescriptor y se acepta una duración total del tratamiento de ocho semanas.
- Se revisa la medicación concomitante que toma la paciente teniendo en cuenta el informe médico, el historial farmacoterapéutico de atención primaria y la entrevista con la paciente. La paciente nos informa de que la fluoxetina indicada en el informe médico se ha modificado por duloxetina por leve interacción de fluoxetina/ledipasvir. El resto de la medicación recogida en el informe médico se mantiene. Se comprueban interacciones farmacológicas teniendo en cuenta este cambio, pero no existe ninguna. Se recalca la importancia de informar de cualquier cambio en su tratamiento psiquiátrico.

OBJETIVOS

1. Respuesta viral sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento
2. Optimización del tratamiento frente a la hepatitis C
3. Hábitos de vida saludable y buen control farmacológico de las comorbilidades



- Se detectan como factores de falta de adherencia la presencia de polimedicación y el rechazo de la paciente a tomar gran cantidad de fármacos. A pesar de ello, parece estar muy concienciada con el tratamiento por ser cómodo y corto.
- Se le pregunta a la paciente sobre el grado de conocimiento del tratamiento prescrito (tratamiento, vías de transmisión, etc.), y se le proporciona información oral y escrita del tratamiento prescrito.
- Debido a que es una paciente joven y polimedicada, se le informa sobre aplicaciones recordatorias de la toma de toda su medicación.
- Se recalca la importancia de la toma correcta de la medicación para conseguir resultados óptimos y se fomentan hábitos saludables (evitar el consumo de alcohol o drogas).
- Se dispensa medicación hasta la siguiente consulta con el hepatólogo (35 días).

En las sucesivas visitas a la CAF, coincidiendo con la consulta del hepatólogo:

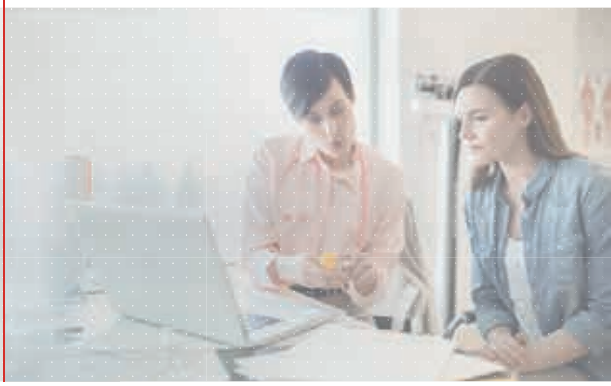
- Se monitoriza la adherencia al tratamiento: la paciente refiere haber omitido una sola dosis.
- Se pregunta sobre posibles efectos adversos: la paciente refiere buena tolerancia.
- Se pregunta sobre posibles cambios en su medicación concomitante. Inicialmente no refiere ningún cambio, pero al contrastar con el historial de atención primaria se observa la prescripción de oxcarbazepina. La paciente confirma llevar dos semanas con dicho fármaco. Se comprueban interacciones farmacológicas y se encuentra que dicho tratamiento está contraindicado con sofosbuvir/ledipasvir por disminución de los niveles plasmáticos del antiviral, con posible fracaso virológico. Se contacta telefónicamente con su hepatólogo, quien desconoce esta información, y se decide hacer una nota al psiquiatra para cambiar oxcarbazepina por otro fármaco que no interaccione. Es importante informar de dicho tratamiento. Se prolonga el tratamiento a 12 semanas por posible afectación en la respuesta viral.
- Se vuelve a realizar el modelo de estratificación y, debido a la contraindicación detectada, la paciente ha pasado a un nivel 2 (18 puntos).
- Se dispensa medicación hasta la próxima consulta médica (28 días).
- Al día siguiente llama la paciente por teléfono para informar de que le han cambiado la oxcarbazepina por zonisamida. Se comprueban interacciones con su medicación antiviral y, aunque puede existir un leve incremento de las concentraciones plasmáticas de ledipasvir y de zonisamida, la interacción es leve y solo se recomienda monitorizar. Se informa de ello al hepatólogo.
- En la última visita al Servicio de Farmacia (coincidiendo con la visita al hepatólogo), la paciente refiere buena adherencia y tolerancia al tratamiento (ningún olvido de dosis). No comunica ningún cambio nuevo en su tratamiento concomitante. Se dispensa medicación hasta la finalización del tratamiento (21 días).
- RNA-VHC a las 8 semanas: negativo.
- RNA-VHC a las 12 semanas: negativo.

CAPACIDAD	Nivel de estratificación modelo VHC 2-3 Revisión del nivel
MOTIVACIÓN	Revisión de interacciones y consideración de la farmacoterapia global de la paciente Refuerzo de la adherencia y los hábitos de vida saludable
OPORTUNIDAD	Integración en el equipo multidisciplinar Rápida comunicación con otros profesionales y con la paciente, lo que permite un entorno de confianza

CASO CLÍNICO

PACIENTE COINFECTADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ VIRUS DE LA HEPATITIS C QUE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

José Manuel Martínez Sesmero, Alicia Lázaro López



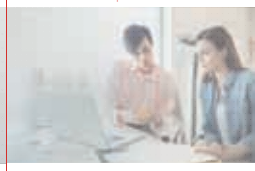
ANTECEDENTES

Paciente varón de 51 años de edad con coinfección por el VIH/VHC. Exadicto a drogas por vía parenteral sin consumo activo desde hace muchos años. Fumador (20 cigarrillos al día). Bebedor de fin de semana (hasta 6 cervezas cada día del fin de semana).

VIH en estadio A2 (CD4: 450 cel/µl; 26,5 %; RNA-VIH < 20 copias/ml) en tratamiento con emtricitabina/tenofovir y raltegravir desde el 14 de enero de 2016; previamente había recibido emtricitabina/tenofovir y efavirenz.

VHC de genotipo 1a, fibrosis de grado 2, *naive* al tratamiento antiviral. Sin ingresos previos en los últimos seis meses.

Acude a la CAF para iniciar tratamiento para el VHC con 400/90 mg de sofosbuvir/ledipasvir cada 24 horas durante 12 semanas. Presenta una carga viral plasmática (RNA-VHC) basal de 6 500 000 UI/ml.



RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

En la primera visita a la CAF se le proporciona información oral y escrita de la medicación, se pregunta sobre medicación concomitante, se comprueban interacciones con su medicación antirretroviral (se aconseja monitorizar la función renal por interacción de tenofovir/ledipasvir) y se le dispensa un bote de tratamiento (28 días). No se le dispensa medicación antirretroviral porque tiene en casa para 10 días.

A los 28 días acude a la consulta a recoger la medicación antiviral para el VHC. Reconoce haber olvidado tomar varios días el tratamiento antirretroviral para el VIH porque ahora estaba más centrado en el tratamiento de la hepatitits. Aún no ha acudido a la consulta del hepatólogo (la tiene en 3 días) y la analítica se la ha hecho esta mañana. Refiere buena tolerancia y adherencia al tratamiento del VHC. Se dispensa un nuevo bote de sofosbuvir/ledipasvir (28 días), un bote de emtricitabina/tenofovir y otro de raltegravir (30 días).

El paciente acude a recoger el último bote de medicación y se observa un RNA-VHC negativo en la semana 4 de tratamiento y un RNA-VIH de 550 copias/ml. Se le dispensa el último bote de sofosbuvir/ledipasvir.

En la analítica de final del tratamiento se observa un RNA-VHC negativo.

RESOLUCIÓN CMO

En la primera visita a la CAF se revisa en profundidad su historia y se estratifica según el modelo VHC. El paciente resulta estar en un nivel de estratificación 3 (16 puntos). Basándonos en ello, se realizan las siguientes actividades farmacéuticas:

- Se revisa y valida el tratamiento antiviral. En la prescripción médica está recogido que el paciente llevará 1 comprimido/día de sofosbuvir/ledipasvir durante 12 semanas. Se valida como correcto.
- Se revisa la medicación concomitante que toma el paciente teniendo en cuenta el informe médico, el historial farmacoterapéutico de atención primaria y la entrevista con el paciente. El paciente nos informa de que solo toma la medicación antirretroviral. Se comprueban interacciones farmacológicas y se aconseja monitorizar la función renal por interacción de ledipasvir/tenofovir (en ese momento, filtrado glomerular = 88 ml/min/1,73 m^2). Se recalca la importancia de que informe en todo momento de cualquier tipo de medicación concomitante que le prescriba algún médico o que le recomienden en la oficina de farmacia.
- Se insiste además en la importancia de no dejar de tomar la medicación antirretroviral.
- Se detectan como factores de falta de adherencia de su tratamiento global la toma de dos veces al día de raltegravir, insistiendo en que no debe omitir

OBJETIVOS

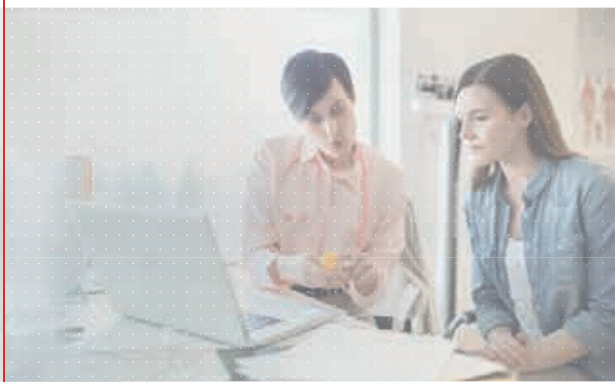
1. Respuesta viral sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento
2. Optimización del tratamiento frente a la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana
3. Hábitos de vida saludable

ninguna toma. Como es un paciente que no suele utilizar las nuevas tecnologías (internet, móvil), no se le informa sobre aplicaciones recordatorias de la toma de toda su medicación. Sin embargo, la mujer del paciente estará pendiente de recordar la toma de toda la medicación de su marido.
- Se pregunta sobre el grado de conocimiento del tratamiento prescrito (tratamiento, vías de transmisión, etc.) y se proporciona información oral y escrita del tratamiento prescrito.
- Se fomentan hábitos saludables (evitar el consumo de alcohol y dejar el hábito tabáquico).
- Se dispensa medicación antiviral y antirretroviral hasta la siguiente consulta con el Servicio de Medicina Interna (33 días) (sabiendo que el paciente tiene en casa 15 días de medicación antirretroviral).

En las sucesivas visitas a la CAF, coincidiendo con la consulta al Servicio de Medicina Interna:
- Se monitoriza la adherencia al tratamiento: el paciente refiere no haber omitido ninguna dosis de la medicación para el VHC y del VIH.
- Se pregunta sobre posibles efectos adversos: buena tolerancia.
- Se pregunta sobre posibles cambios en su medicación concomitante. Inicialmente el paciente no refiere cambios, pero después desea saber si puede tomar omeprazol si tiene «ardores gástricos». Se le informa de que si toma omeprazol lo deberá tomar simultáneamente con el sofosbuvir/ledipasvir, pero nunca antes de este fármaco.
- El paciente refiere haber disminuido mucho el consumo de alcohol (solo ha tomado 2 cervezas en el último mes), aunque mantiene el hábito tabáquico. Se insiste en la importancia de no tomar nada de alcohol para no dañar más al hígado.
- Se dispensa medicación para el VIH y el VHC hasta la próxima consulta médica (35 días).
- Refiere muy buena adherencia y tolerancia al tratamiento (ningún olvido de dosis). No manifiesta ningún cambio nuevo en su tratamiento concomitante. Se dispensa medicación hasta la finalización del tratamiento (21 días).
- RNA-VHC a las 8 semanas: negativo.
- RNA-VHC a las 12 semanas: negativo.

En la última visita al Servicio de Farmacia (coincidiendo con la visita al Servicio de Medicina Interna), el paciente, refiere muy buena adherencia y tolerancia al tratamiento (ningún olvido de dosis). Dice haber tomado varios días omeprazol, siguiendo las instrucciones dadas en la anterior visita a la CAF. No señala ningún cambio nuevo en su tratamiento concomitante. Se dispensa sofosbuvir/ledipasvir hasta la finalización del tratamiento (16 días) y se dispensa medicación antirretroviral hasta la próxima visita con el Servicio Medicina Interna (30 días):
- RNA-VHC a las 12 semanas: negativo.
- RNA-VIH < 20 copias/ml.

CAPACIDAD	Nivel de estratificación modelo VHC 3
MOTIVACIÓN	Refuerzo de la adherencia y los hábitos de vida saludable Detección de posibles interacciones y su posterior consejo
OPORTUNIDAD	Establecer vías rápidas de comunicación



MOTIVACIÓN

Ramón Morillo Verdugo, Aguas Robustillo Cortés

Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Introducción

La relación con el paciente ha cambiado. El tradicional enfoque de entrevista sanitaria basada (en nuestro caso como farmacéuticos) en la identificación, prevención y manejo de problemas relacionados con los medicamentos ya no es suficiente para satisfacer las necesidades de un paciente que cada día está más y mejor formado en aspectos sanitarios. Esto es así, por una parte, gracias al uso (que en algunas ocasiones llega al mal uso y abuso) de las tecnologías de la información y la comunicación y del aprendizaje y el conocimiento y, por otra, gracias al replanteamiento de que la interacción con el paciente ya no se produce en exclusiva en los entornos propiamente sanitarios, sino que estas mismas tecnologías a las que acabamos de referirnos nos obligan a satisfacer sus necesidades en tiempo útil o, inclusive, en tiempo real.

No cabe duda del aporte que para nuestra profesión ha supuesto profundizar y mejorar la clásica entrevista clínica, basada en sus dos grandes apartados: la parte inicial o exploratoria y la parte final o resolutoria[1]. Sin embargo, virar el eje de actuaciones desde el centro que suponía el medicamento hacia el propio paciente implica poner los objetivos de los propios pacientes y su experiencia sanitaria por delante en este nuevo modelo asistencial[2]. Los esfuerzos se centran, por tanto, en la alineación y planificación de objetivos en relación con la farmacoterapia, tanto a corto como a largo plazo o, dicho de otro modo, en generar y mantener una motivación sanitaria, en la que hasta ahora no se había profundizado. Por tanto, es hora de dar un paso más para avanzar de la clásica entrevista clínica a la nueva entrevista motivacional.

La comunicación entre el farmacéutico y el paciente es un requisito necesario para lograr con éxito los objetivos farmacoterapéuticos propuestos. Podemos pensar que la comunicación es un aspecto tan básico del ser humano que no es necesario el aprendizaje de competencias comunicativas. Sin embargo, a pesar de que haya personas con mejor o peor predisposición para la comunicación, las habilidades comunicativas se aprenden y desarrollan al igual que cualquier otra área del conocimiento[3].

En el mundo actual ser un comunicador competente es garantía de éxito. En el ámbito farmacéutico, poder

establecer una adecuada comunicación con el paciente nos permitirá aportar un valor añadido al proceso asistencial. La relación que establezcamos con el paciente permitirá un trabajo en común con objeto de alinear y planificar sobre los objetivos en relación con la farmacoterapia que el paciente necesite durante el tratamiento farmacológico. Para ello es necesario establecer un modelo de comunicación basado en una corresponsabilidad con los resultados individuales del paciente derivados de la farmacoterapia[4].

Este último hecho determina la entrevista motivacional como el mejor marco para establecer una comunicación con el paciente. Pero, como hemos dicho anteriormente, partimos de la base de la clásica entrevista clínica. Para llevar a cabo con éxito la entrevista motivacional es necesario no cometer los clásicos errores de la entrevista clínica, los cuales detallamos a continuación.

Barreras para la comunicación efectiva

Las principales barreras que, clásicamente, se han identificado para conseguir una comunicación efectiva son:

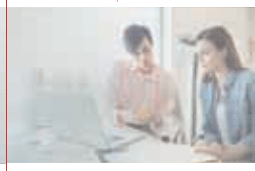
- **Falta de formación específica.** El farmacéutico es el profesional sanitario mejor posicionado para implementar el modelo de atención farmacéutica. No solo por su amplio conocimiento y formación específica en farmacología y farmacoterapia, sino también por su posibilidad de estar en contacto directo y continuado con el paciente. Sin embargo, la falta de formación en las herramientas y habilidades prácticas en el proceso de comunicación constituye una de las mayores limitaciones en el desarrollo del nuevo modelo de práctica clínica de atención farmacéutica.
- **Falta de recursos humanos y materiales.** El insuficiente número de profesionales farmacéuticos, la estructura inadecuada de los servicios de Farmacia, la alta carga asistencial del farmacéutico y la necesidad de sistemas y herramientas informáticas y de fuentes de información son algunas de las principales causas que explican por qué el modelo de atención farmacéutica no se ha extendido y generalizado más rápidamente.
- **Expectativas del paciente.** Muchos de los pacientes que acuden al servicio de Farmacia identifican al farmacéutico como el profesional sanitario responsable únicamente de la dispensación de la medicación debido a un desconocimiento del potencial del farmacéutico. Por ello, es necesario ganarnos la confianza del paciente y transmitirle nuestra intención de colaborar con él en la mejora de la farmacoterapia.
- **Ideas preconcebidas del profesional sanitario.** La entrevista motivacional debe ser un proceso dinámico en el cual el paciente tenga un rol activo. Debemos reconocer el derecho del paciente a participar y opinar sobre su proceso asistencial. La creación de una imagen previa del paciente supone una gran limitación a la hora de abordar los posibles problemas relacionados con la medicación que el paciente pueda tener.

Todas estas barreras condicionan la necesidad de aplicar en la práctica asistencial diaria un cambio de actitud y de organización que permita la implementación de un nuevo modelo de atención farmacéutica. De todas las modificaciones necesarias, el desarrollo o mejora de nuestras habilidades de comunicación constituye uno de los principales pilares.

Los siete pecados capitales del mal entrevistador

La falta de formación específica y los condicionantes sobre el tiempo que se ha de dedicar a cada paciente dificultan claramente la comunicación con los pacientes. Fruto de la experiencia y el análisis del modelo tradicional, se han identificado siete grandes áreas de mejora que se deben corregir para afrontar con garantías la entrevista motivacional:

- Descuidar la comunicación no verbal.
- No saber empezar ni terminar.
- La improvisación.
- Déficit o exceso de emoción.
- El descontrol del tiempo.
- La falta de escucha.
- La arrogancia.



A continuación, analizaremos las principales claves para conseguir una comunicación eficaz con el paciente.

Descuidar la comunicación no verbal

La comunicación se define como un proceso de transmisión de información entre un receptor y un emisor. Consta de dos elementos: un componente verbal y otro no verbal. Es fundamental que durante la entrevista motivacional ambos mensajes estén coordinados.

Comunicación verbal

La comunicación verbal es el medio a través del cual los profesionales sanitarios y los pacientes crean un marco de comprensión y entendimiento. En una primera fase de la entrevista motivacional, la habilidad para comunicarse con el paciente por medio de un lenguaje técnico y preciso es imprescindible. Este tipo de lenguaje nos permite captar la atención del paciente y establecer nuestra posición como profesionales sanitarios. Sin embargo, en una fase posterior el mensaje transmitido debe complementarse con términos más comprensibles en función del nivel sociocultural del paciente. La capacidad de comprensión y entendimiento del paciente es un factor clave en el éxito de la interacción verbal.

Para facilitar el proceso de la comunicación verbal, no se debe confundir la entrevista con una conversación, sino que la entrevista debe ser un proceso estructurado en los siguientes elementos:

- Apertura con un saludo cordial.
- Orientación del propósito.
- Realización de las medidas necesarias para llevar a cabo el propósito propuesto.
- Preparación para el cierre.
- Cierre.

Comunicación no verbal

Importa no solo lo que se dice (comunicación verbal), sino también cómo se dice (comunicación no verbal). La comunicación no verbal es el vehículo principal de expresión de los sentimientos y emociones.

El componente no verbal supone un apoyo fundamental a la comunicación verbal. Entre sus principales funciones destacan: regular el flujo de la comunicación, iniciar o concluir la transmisión de mensajes, captar la atención del paciente, conocer su estado emocional y complementar o reforzar el mensaje verbal.

Muy a menudo la comunicación no verbal es involuntaria y difícil de controlar. Por lo tanto, es de suma importancia que aprendamos a manejar y reconocer los distintos componentes de este tipo de comunicación. Los componentes de la comunicación no verbal son los que se detallan a continuación.

Movimiento cinésico

Se corresponde con el movimiento y posturas corporales. Destacamos las siguientes categorías:

- **Gestos.** Hay multitud de gestos que se pueden utilizar para conferir mayor riqueza a la entrevista con el paciente.
  Cuando nuestros gestos son genuinos, naturales y están sintonizados con nuestras palabras, amplifican el mensaje y aumentan la conexión con el paciente. Algunos de los principales gestos a los que podemos recurrir son:
  - *Emblemas:* gestos estereotipados cuyo significado está determinado por el uso social (por ejemplo, levantar el pulgar en señal de aceptación).
  - *Ilustradores:* actos no verbales que aparecen directamente unidos al habla o acompañándola y que sirven para ilustrar lo que se dice. Estos movimientos pueden enfatizar una palabra, señalar un objeto presente, representar una acción corporal, etc. (por ejemplo, señalar al paciente la medicación que debe tomarse).
  - *Reguladores:* actos no verbales que mantienen y regulan el intercambio comunicativo. Indican al hablante que continúe, repita, se apresure, termine, etc. Están basados fundamentalmente en movimientos de cabeza y comunicación visual.
  - *Adaptadores:* gestos del receptor asociados a su incomodidad frente a una situación y con los que pretende recuperar la autoconfianza o satisfacción (por ejemplo, rascarse a sí mismo).

Expresiones faciales

Quizá el contacto visual directo sea uno de los componentes más poderosos de una buena entrevista. Cuando se mira fijamente al paciente se le está haciendo formar parte de la entrevista y, de esta manera, se concentrará más en lo que se le tiene que contar.

El contacto visual sirve también para generar confianza en los pacientes. Otra ventaja importante de conectar con la mirada reside en la posibilidad de supervisar la reacción del paciente. Su rostro nos permite evaluar su interés y compresión acerca de nuestro discurso. De acuerdo con lo que veamos reflejado, nuestra actitud puede ir modificándose durante la entrevista según las necesidades del paciente.

Postura corporal

Si durante la entrevista con el paciente estamos inseguros e incómodos, nuestra primera reacción será utilizar el cuerpo como escudo para proteger nuestro espacio personal. Sin embargo, debemos aprender a evitar algunos gestos y ser capaces de reflejar una posición conciliadora. Para ello el farmacéutico debe estar sentado cómodamente, inclinado hacia delante, próximo al paciente y con los brazos y manos abiertos. Por el contrario, cruzar las piernas o los brazos refleja una actitud defensiva y de recelo.

Respecto a los gestos y posición de las manos, algunos de los mensajes transmitidos son los siguientes:

- Palmas vueltas hacia arriba: honestidad, lealtad y deferencia al paciente.
- Frotarse las manos: intención de iniciar una acción.
- Dedos entrelazados: frustración y actitud negativa.
- Tocarse la barbilla: toma de decisiones.

Características físicas

Es frecuente que durante un encuentro con un paciente generemos una primera impresión. Las primeras impresiones consisten en desarrollar percepciones interpersonales a partir de unos pocos rasgos iniciales. Cuando el farmacéutico detecta en un paciente unos determinados rasgos de personalidad, otorga instintivamente otro conjunto de rasgos que considera vinculados a los primeros. Sin embargo, cometemos el riesgo de inferir rasgos que no pertenezcan en realidad a esa persona. En ninguna de nuestras entrevistas con el paciente debemos permitir que nuestros juicios constituyan una barrera en la comunicación con el paciente.

Paralenguaje

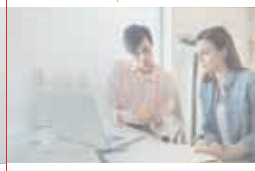
Componente vocal del discurso. Comprende el timbre, el ritmo, la entonación, las pausas y la intensidad. Según el paralenguaje empleado es posible transmitir mensajes distintos para un mismo contenido verbal. El farmacéutico debe emplear en su pronunciación un volumen normal y variar el tono de su voz para conceder un mayor efecto al sentido de lo que dice. Las frases se deben articular con claridad y se debe cambiar el ritmo de las palabras para dar un mayor interés al contenido del discurso. Otro elemento fundamental es el silencio funcional. Pulsar el botón de pausa durante la entrevista tiene por objeto reforzar el mensaje, proporcionar un tiempo de reflexión al paciente y actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista. Aunque dominar la pausa es un proceso difícil, permitirá reordenar los pensamientos durante la entrevista y empezar a explicar la siguiente idea con mayor energía.

Proxémica

Es el estudio del territorio y las distancias que mantenemos con nuestro interlocutor durante el proceso de la comunicación. Para evitar una sensación de invasión del espacio personal debemos respetar una distancia entre 1,20 y 3,50 metros.

No saber empezar ni terminar

La entrevista motivacional llega como una herramienta imprescindible para optimizar la calidad de las actividades sanitarias. Nos permite comunicarnos, educar, establecer hipótesis, llevar a cabo planes de actuación y controlar la evolución del paciente. En



función de su estructura se definen tres tipos de entrevista clínica:

- **Libre.** El sujeto entrevistado desarrollará los contenidos según estos le vayan surgiendo, mientras que el entrevistador solo facilita la narración mediante preguntas abiertas. Este modelo es más usado en el campo de la psicología.
- **Estructurada o dirigida.** No hay comunicación bidireccional. El entrevistador realiza preguntas concretas a las que el paciente se limita a contestar. La principal desventaja es que el usuario puede no tener la oportunidad de expresar aquello que más le preocupa.
- **Semiestructurada o semidirigida.** Permite el diálogo abierto entre entrevistado y entrevistador. El contenido fundamental es establecido por el entrevistador, pero deja que el entrevistado elabore sus propias respuestas, lo que permite incluso el alejamiento de la línea de trabajo establecida.

El formato más adecuado en la consulta de pacientes externos es la entrevista semiestructurada o semidirigida. Como veremos más adelante, se compone de dos fases. La primera es la de construcción basándose en la generación de «discrepancias internas» y la visualización de los objetivos que se han de cumplir, y la segunda es la fase del fortalecimiento de compromiso con el cambio.

La improvisación

La elaboración de una historia farmacoterapéutica en la que se incluyan y planifiquen tanto los objetivos que se han de conseguir para cada tipo de paciente como las intervenciones llevadas a cabo para conseguirlos es la mejor forma de evitar la improvisación de nuestras actuaciones sobre un paciente. La historia farmacoterapéutica es el resultado de fusionar la información obtenida en la entrevista con la información aportada por otros profesionales sanitarios. Debe ser un documento funcional que contenga la información más relevante del paciente, estructurada de tal forma que su consulta sea rápida y sencilla. En función del tipo de estructura distinguimos dos tipos de historia farmacoterapéutica.

Historia orientada según las fuentes de información

Es el modelo más clásico de historia farmacoterapéutica. En ella los datos se registran de manera cronológica y en distintos apartados según quién sea el profesional sanitario que aporta la información.

Historia orientada por objetivos

Presenta un formato más acorde a las necesidades que se nos plantean en la consulta de atención al paciente externo. Hay que subrayar que hablamos de objetivos que se han de alcanzar, no de problemas (relacionados con los medicamentos). Este tipo de documento permite al farmacéutico identificar los objetivos propuestos en relación con la farmacoterapia, definir la intervención farmacéutica y realizar un seguimiento de los resultados.

Por otra parte, el tipo de estructura que presenta favorece una mayor comunicación entre el equipo multidisciplinar que tiene contacto con el paciente.

Si analizamos con más detalle el formato de historia farmacoterapéutica orientada por objetivos, observamos tres partes diferenciadas:

- **Base de datos del paciente:**
  - Variables demográficas y antropométricas.
  - Historia de la enfermedad anterior y actual.
  - Alergias.
  - Hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio) y dieta.
  - Pruebas de laboratorio.
  - Farmacoterapia previa y actual, incluyendo reacciones adversas y cumplimiento terapéutico.
- **Listado de objetivos.** Constituye el elemento clave del documento. Consiste en elaborar un listado de objetivos que se han de conseguir y que requieran nuestra atención y seguimiento. En este sentido, cualquier síndrome, síntoma, situación social o familiar, resultado anómalo de laboratorio o limitación física que pueda influir en la consecución del objetivo terapéutico marcado puede resultar valioso. El listado de objetivos debe ser un documento dinámico, pero, a su vez, estandarizado, en el que

dichos objetivos deben estar clasificados según un orden de prioridad y en activos o inactivos. Es fundamental que estos objetivos estén, en su mayoría, alineados con los del resto del equipo asistencial que atiende a los pacientes de nuestra área de trabajo y que, lógicamente, los frutos de nuestra actuación también sean conocidos por el equipo.

- **Notas de evolución.** Las notas de evolución son un registro cronológico de la información obtenida de cada entrevista que nos permite conocer la evolución del paciente. Existen muchas maneras de llevar a cabo este seguimiento. Clásicamente, se ha utilizado mucho la metodología SOAP. SOAP constituye un acrónimo que hace referencia a un modo de clasificar la evolución del paciente:
  - S: *subjectiv*e (datos subjetivos). Problemas y síntomas del paciente y del equipo sanitario
  - O: *objective* (datos objetivos). Signos clínicos, resultados de analíticas, pruebas diagnósticas, signos vitales, etc.
  - A: *assessment* (valoración). Evaluación e interpretación de datos objetivos y subjetivos.
  - P: *plan* (plan). Desarrollo de un plan de actuación para los problemas detectados.

  En relación con la comunicación con el equipo asistencial, el método ISBAR podría ser el más adecuado:
  - I: *introduction.*
  - S: *situation.*
  - B: *background.*
  - A: *assessment.*
  - R: re*commendation.*

Déficit o exceso de emoción

Distinguimos tres estilos o formas fundamentales de comunicación en el contexto de la entrevista más clásica:

- **Estilo pasivo.** Suele corresponderse con personas tímidas y sin el valor suficiente para contradecir los argumentos de otra persona. Son individuos que se dejan convencer sin oponer apenas resistencia.
- **Estilo agresivo.** Se trata de personas que tratan de forzar a los demás para que acepten sus ideas como propias. Se caracterizan por un tono elevado y actitud desafiante.
- **Estilo asertivo.** Supone la posición intermedia de los dos anteriores y se corresponde con el formato que debe predominar en el desarrollo de la entrevista clínica. Las personas asertivas son capaces de escuchar a los demás y respetar sus ideas a la vez que expresan las propias.

Si analizamos el perfil del comunicador los estilos son:

- **Estilo técnico puro.** Está basado únicamente en una concepción científica. Es frío e impersonal.
- **Estilo paternalista.** Se caracteriza por aconsejar, ser autoritario e imponer acciones.
- **Camarada.** El paciente es tratado con la confianza de un «colega». Puede resultar poco profesional.
- **Estilo cooperativo.** Es el que debe prevalecer en la entrevista clínica. Este formato permite integrar la información científica con los sentimientos y emociones del paciente.

El descontrol del tiempo

Una de las principales limitaciones en la implementación de programas de atención farmacéutica al paciente con patologías víricas es la alta carga asistencial a la que están sometidos los farmacéuticos implicados en esta área.

La nueva propuesta de mejora basada en establecer un modelo de estratificación, de acuerdo con un conjunto de variables relacionadas con la obtención o no de los objetivos farmacoterapéuticos y la mejora de los resultados en salud de los pacientes, nos permite clasificar a los pacientes en tres grandes categorías: paciente complejo, paciente intermedio y paciente base. En función del nivel de clasificación del paciente deberemos utilizar unas determinadas herramientas para la optimización de la farmacoterapia. La figura 1 representa la necesidad de atención farmacéutica que requiere cada paciente en función de su nivel de estratificación.

La falta de escucha

Para que la comunicación sea efectiva debemos eliminar las barreras que pueden impedir la creación de

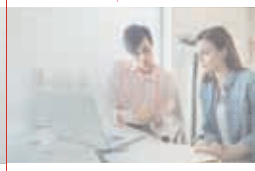
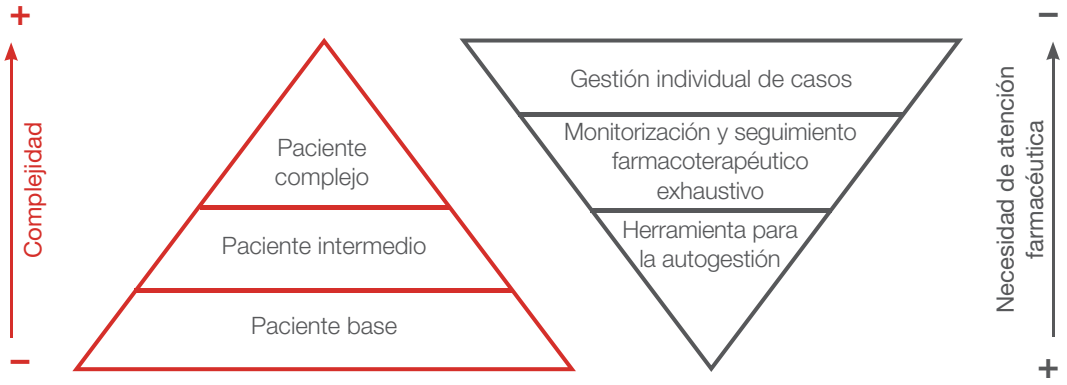


Figura 1 Valoración de la atención farmacéutica en función del nivel de complejidad del paciente atendido



un clima de confianza entre el paciente y el profesional sanitario.

No solo el entorno (distracciones, ruido, falta de confidencialidad, etc.) y el propio paciente (edad, nivel sociocultural, falsas creencias, etc.) pueden influir negativamente en el proceso de comunicación, sino que también el farmacéutico puede ser el elemento responsable de una comunicación fallida. Son distintos los motivos que conllevan una falta de escucha activa. El cansancio, el desinterés, los prejuicios acerca del paciente, la escasez de tiempo o la falta de habilidades comunicativas son las principales causas.

El farmacéutico debe aprender a identificar y corregir cada uno de estos elementos. Todas las estrategias y herramientas comentadas con anterioridad pueden ser útiles para combatir estas barreras, principalmente las relacionadas con la carencia de habilidades en el proceso de comunicación.

La arrogancia

El rol del paciente ha evolucionado en los últimos años pasando de ser un sujeto pasivo, bajo las órdenes del profesional sanitario, a ser un paciente que solicita y exige información por parte del farmacéutico. Este nuevo tipo de relación entre ambos tiene como base el denominado *counseling*. El *counseling* es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmosfera de entendimiento.

En este contexto el papel del farmacéutico es el de consultor y asesor, quien además de motivar debe ofrece la información necesaria al paciente para la toma de decisiones.

Sin embargo, para llevar a cabo este nuevo modelo de comunicación debemos comprender que, al igual que un arquitecto no es más importante que ninguna de sus obras, nosotros no somos más importantes que ninguno de nuestros pacientes. Este cambio de creencias implica también un cambio en la forma de trabajo realizada por los farmacéuticos hasta la fecha.

Si somos críticos con nosotros mismos y con nuestra labor como profesionales, probablemente nos demos cuenta de una serie de barreras propias que nos van a dificultar alcanzar los objetivos del *counseling*. Por ejemplo:

- Falta de empatía hacia el paciente. Sentir empatía hacia el paciente y hacerle ver que comprendemos cómo se siente es fundamental. Por el contrario, etiquetar al paciente nos dificultará mucho crear una relación farmacéutico-paciente adecuada.

- No respetar las decisiones que adopten los pacientes respecto a sus estilos o hábitos de vida cuando no estemos de acuerdo con ellas (comportamientos como la drogodependencia o ciertas prácticas sexuales).
- Sentimientos de indiferencia, desmotivación, impotencia, rabia o frustración nos harán no ser eficientes en las intervenciones que realicemos. Los pensamientos del tipo «¡Qué voy a hacer yo!, si todo lo que le digo no lo tiene en cuenta...», «A este no le importa la medicación, solo está pensando en salir ya de la consulta...», etc., no nos facilitarán nuestro trabajo; al contrario, lo dificultarán, por lo que debemos ser capaces de evitar pensarlos y reconducir las situaciones para encontrar soluciones efectivas.
- Falta de confidencialidad. Debemos asegurar la confidencialidad de nuestros pacientes y conseguir que se sientan seguros durante la entrevista.

Algunas de las recomendaciones para llevar a cabo esta nueva forma de comunicación son:

- Mostrar empatía y respeto hacia las decisiones del paciente.
- Escucha activa.
- Asegurar la confidencialidad.
- Nuestra mirada al paciente debe ser directa y comprensiva. No mirar a la cara supone no solo una despersonalización del paciente, sino también una interrupción de la comunicación bidireccional.

El *counseling*, además, tiene una especial importancia en la relación que establecemos con los pacientes externos debido a que están continuamente sometidos a grandes emociones (esperanza del desarrollo de una vacuna, desarrollo de efectos adversos, cambios en parámetros analíticos, estigmatización social, etc.). Estas situaciones generan un estado de ansiedad y angustia en el paciente sobre el que es necesario actuar.

¿Cómo puede un farmacéutico colaborar en la toma de decisiones de un paciente? El profesional sanitario debe enseñar al paciente a identificar los hechos que le provocan una mayor alteración funcional, eliminar pensamientos improductivos, determinar objetivos y enseñar técnicas de relajación. Sin embargo, para ello primero es necesario que eliminemos los prejuicios y barreras que nos alejan del concepto de comunicación efectiva no juzgando ni etiquetando a los pacientes.

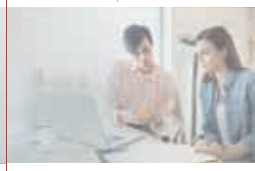
Las siete virtudes capitales del buen entrevistador

La propuesta que este nuevo modelo de atención farmacéutica propone es la integración del correcto manejo de dos aspectos inseparables: un componente puramente científico y otro de tipo emocional. Los aspectos desarrollados en el presente trabajo están dirigidos, fundamentalmente, a la mejora del segundo. De esta manera podemos afirmar que las siete virtudes capitales del buen comunicador serían:

- **Cuidar la comunicación no verbal.** Si las palabras y el cuerpo están en desacuerdo, uno tiende a creer al cuerpo.
- **Saber empezar y terminar.** Entrevistarnos con un paciente es seleccionar y ordenar ideas.
- **Planificar.** Organiza las ideas.
- **Actitud de asertividad.** La asertividad es un comportamiento, no un carácter.
- **Control del tiempo.** Si alguien tuviera todo el tiempo del mundo para decir algo, no tendría oyentes.
- **Escucha activa.** A los pacientes no les importa cuánto sabemos hasta que no saben cuánto nos importan.
- **Empatía.** Para ponerse en los zapatos de otro, primero hay que quitarse los propios.

Entrevista motivacional

Una vez sentadas las bases de la mejora del modelo de entrevista clásico, llegamos al nuevo formato de interacción con los pacientes. En realidad, la entrevista motivacional no es un concepto nuevo; William Miller[5] y Stephen Rollnick[6] la definieron como una herramienta para ayudar a los pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar. En nuestro caso, adquirir el compromiso con el objetivo en relación con la farmacoterapia por alcanzar y el deseo de situarse en la situación clínica ideal que



vamos buscando como sanitarios en función de sus variables.

La elección del paciente basada en la presentación de alternativas es uno de elementos clave sobre los que debemos trabajar. Se sabe que la motivación aumenta con la percepción de que uno ha elegido con libertad en un curso de acción. Sin duda, eso disminuye la resistencia y el abandono y mejora el cumplimiento y los resultados.

Otro factor sobre el que debemos indagar y profundizar en los pacientes durante la entrevista motivacional es el de disminuir la deseabilidad. Hemos de ser conscientes de que si en el curso de las sucesivas entrevistas un objetivo no se alcanza por perseverar determinada conducta no deseable se debe a que se mantiene por incentivos positivos. El hallazgo de esos incentivos es esencial, así como profundizar con el paciente (y, si se puede, también con su entorno) las consecuencias adversas del no cumplimiento de ese objetivo.

Sin duda alguna, debe prevalecer siempre durante la entrevista motivacional una premisa básica: los objetivos que se van a planificar en nuestros pacientes deben ser siempre, claros, realistas y alcanzables.

La entrevista motivacional, tal y como la contemplamos, respecto al alineamiento de los objetivos a corto plazo con los objetivos a largo plazo en relación con la farmacoterapia de los pacientes tiene dos partes fundamentales.

Fase de la entrevista motivacional 1: «generar discrepancias internas»

En primer lugar, la fase de «generación de discrepancias internas». Esta fase es la de identificación, planificación y valoración de los objetivos en relación con la farmacoterapia. Durante esta primera fase, debemos:

- Buscar datos específicos para tomar decisiones y efectuar la anamnesis y exploración física suficiente para elaborar una historia farmacoterapéutica completa.
- Sentar las bases para detectar objetivos no cumplidos en relación con la farmacoterapia, percepciones o creencias que puedan estar interfiriendo en la consecución de esos objetivos.
- Asimismo, detectar conductas o actitudes que contribuyan a incrementar la diferencia existente entre lo planificado y lo conseguido.
- Hacer ver al paciente el estado de salud en el que se encuentra y aquel al que aspiramos llegar.

Para conseguirlo, esta fase puede subdividirse en varias tareas por realizar: establecer la relación farmacéutico-paciente, obtención de datos, síntesis de la información y delimitar, clarificar y planificar los objetivos.

Establecer la relación farmacéutico-paciente

Una adecuada relación con el paciente es el primer paso necesario para lograr aportar valor a nuestros pacientes mediante la entrevista motivacional. Debemos establecer un clima de confianza con el paciente que nos facilite la posibilidad de llegar a un acuerdo sobre las metas propuestas. Se recomienda seguir los siguientes consejos:

- Iniciar la entrevista con un saludo cordial mientras nos levantamos del asiento para que el paciente se sienta acogido y no piense que molesta.
- Dirigirnos al paciente mediante su nombre de pila.
- Mantener el entorno de la entrevista limpio y ordenado. Evitará que el paciente crea que interrumpe otras tareas del farmacéutico.
- Procurar un ambiente privado y confidencial.
- Permitir la libre expresión de sentimientos y emociones del paciente.

Obtención de datos

Además de la información necesaria para establecer la naturaleza del problema, se deben conocer cuáles son las creencias y expectativas del paciente.

Para explorar la idea del paciente acerca de los problemas derivados de la farmacoterapia se pueden emplear las siguientes cuestiones:

- «¿A qué lo atribuye?».

- «¿A qué cree usted que puede deberse?».
- «¿Hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza sobre lo que le puede estar ocasionando todos estos síntomas?».

En la mayor parte de las ocasiones, estos problemas van acompañados de sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad o miedo a las consecuencias. Para explorar las emociones del paciente hay que prestar especial atención a la comunicación no verbal. También podemos indagar formulando los siguientes comentarios:

- «Lo veo preocupado».
- «¿Qué es lo que más le preocupa de todo este problema?».

Es importante en esta fase no mezclar la exploración de los problemas con recomendaciones o instrucciones propias del final de la entrevista.

Síntesis de la información

Sintetizar la información obtenida priorizando los problemas detectados para ir resolviéndolos en las sucesivas consultas. En ocasiones por falta de tiempo será imposible abordar en una primera entrevista todos los problemas relacionados; deberemos priorizar y abordar lo más urgente, y en las siguientes consultas trabajaremos sobre otros factores menos cruciales.

Durante el desarrollo de la fase exploratoria es de especial utilidad la aplicación de técnicas de apoyo narrativo. Estas técnicas son una herramienta para que los profesionales sanitarios obtengan los datos, percepciones y emociones del paciente. Información que, posteriormente, nos va a servir para valorar la situación, orientar, informar y asesorar al paciente.

Entre las distintas técnicas de apoyo narrativo destacamos las más importantes en la tabla 1.

El clásico tono de amenaza que se traslucía en frases como «Si no se toma las pastillas creará resistencias al virus», bastante repetido en el enfoque clásico, debe dejar paso a una comunicación basada en poner de manifiesto lo que ahora mismo no está conseguido y, de esa manera, situar al paciente como protagonista de la creación de la solución basada en realidades. Por eso, el paciente debe reconocer dónde se encuentra y dónde le gustaría encontrarse. «¿Qué cree que ocurriría si el objetivo X no se consiguiera en el período de tiempo hasta nuestra próxima consulta?» o «La toma correcta de sus fármacos hipolipemiantes en los próximos tres meses evitaría el riesgo de aparición de infarto».

En este sentido, el enfoque que el farmacéutico lleve a cabo durante la entrevista motivacional puede marcar la diferencia. Algunos ejemplos diferenciales en el enfoque a la hora de comunicarnos con los pacientes en esta fase se muestran en la tabla 2.

Otro valor clave en la entrevista motivacional es el de promover la autoeficacia. Se trataría, por tanto, de instalar en el paciente la percepción de que él mismo puede cambiar, poniendo de relieve las situaciones de autocontrol, como una herramienta que el propio paciente dispone para alcanzar sus objetivos. Un ejemplo claro sería: «¿Ha podido mantener, alguna vez, la toma correcta de su farmacoterapia al completo?».

Así, es fundamental utilizar preguntas que animen al paciente a explicar y aumentar su percepción del problema. En este sentido, la denominada «escucha reflexiva» es una de las herramientas básicas. A este respecto podemos ir desde la forma más sencilla, «la repetición de un elemento», hasta la más compleja, «la devolución con una propuesta», afirmando y destacando los aspectos beneficiosos y apoyando el crecimiento de conductas positivas, pasando por la repetición de una frase o parafrasear. Veamos un ejemplo práctico:

- Ante la situación en la que un paciente afirma: «Estoy aburrido de tanta medicación»:
  - Repetir elemento: «¿Está usted aburrido? De tanta medicación, ¿verdad?».
  - Repetir frase: «Está diciendo que está usted desanimado por tomar tanta medicación de forma seguida».
  - Parafrasear: «Cuando dice que está aburrido, ¿quiere decir que no está motivado?».

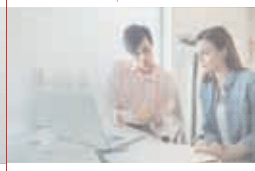


Tabla 1 Técnicas clásicas de apoyo narrativo durante la entrevista

Baja reactividad	Consiste en dejar pasar un breve intervalo de tiempo (2-3 segundos) entre la contestación del entrevistado y la siguiente pregunta del entrevistador. Entendemos por reactividad el tiempo que tarda en intervenir el farmacéutico una vez que haya hablado el paciente. Una mayor reactividad supone un mayor número de interrupciones, lo cual resulta desfavorable para el proceso de comunicación que pretendemos establecer
Silencio funcional	Ausencia de comunicación verbal que ayuda a la concentración del paciente o actúa como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista
Facilitación	Es una conducta verbal o no verbal para que el paciente inicie o continúe la entrevista, tras un período de silencio y sin que se le insinúen sugerencias, indicaciones o sin que se le influya en cuanto a los contenidos que el entrevistado ha de verbalizar. Podemos utilizar frases como las siguientes: • «Continúe, por favor» • «Lo escucho. Siga» • «Estaba diciendo...» Estas frases pueden ir acompañadas de comunicación no verbal (por ejemplo, inclinar la cabeza, arquear las cejas, indicar proseguir con las manos, mover el cuerpo hacia delante, etc.)
Empatía	Es una conducta verbal o no verbal consistente en solidarizarse emocionalmente con el entrevistado y demostrarle que lo apoyamos, entendemos su situación y no la juzgamos. Debemos utilizar expresiones que indiquen que nos ponemos en su lugar: • «Creo entender cómo se siente» • «Comprendo por lo que debe estar pasando» La comunicación no verbal es similar a la aplicada en la técnica anterior (por ejemplo, inclinación hacia delante, mirada intensa u orientación del cuerpo)
Señalamiento	Se basa en reflejar emociones o conductas del paciente con el objetivo de ayudarle a clarificar sus ideas o emociones. Se pueden emplear las siguientes expresiones: • «Lo veo preocupado» • «Parece como si estuviera inquieto» • «Desde hace un tiempo parece que no está del todo conforme con la medicación»
Clarificación	Conducta que le indica al paciente que explique el sentido de un término o idea: • «¿Qué ha querido decir con eso?» • «¿Puede explicarme que ha querido decir?»

– Devolver con una propuesta: «¿Qué tal si nos planteamos juntos objetivos a corto plazo con respecto a su medicación? Verá como con un pequeño esfuerzo diario los resultados se alcanzan y usted mismo se notará mejor. Nosotros estaremos siempre dispuestos a ayudarle cuando lo necesite».

No podemos dejar terminar la entrevista motivacional sin que el paciente plantee ninguna afirmación automotivadora. Por tanto, nuestro papel deberá insistir en crear situaciones en la que estas afirmaciones se favorezcan y así provocarlas.

Provocar afirmaciones de este tipo supone tener en cuenta cuatro grandes niveles: reconocimiento del problema, expresión de la preocupación, intención de cambio y optimismo sobre el cambio. Se corresponden, por tanto, con las dimensiones cognitivas, afectivas, emocionales y conductuales del compromiso con el cambio.

Tabla 2 Enfoque comparativo en las técnicas de entrevista tradicional y la motivacional

Enfoque tradicional	Enfoque de la entrevista motivacional
«¿En un día típico, cuantas veces olvida la medicación?» (*se culpabiliza y da por sentado que el paciente no realiza correctamente su tratamiento*)	«Por favor, háblele de cómo toma la medicación en un día normal»
«¿Cuándo va a tomarse las pastillas correctamente?» (*damos por sentado que el paciente no está llevando a cabo el tratamiento o no es capaz de lograrlo por sí solo*)	«Entonces, ¿qué cree que le gustaría hacer en relación con la mejora de la toma de su medicación?»
«¿Cree que el tabaco afecta a su vida?» (*la respuesta es obvia para la mayoría de pacientes*)	«¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?»
«¿Le preocupa su analítica?» (*la respuesta es obvia para la mayoría de pacientes*)	«Entonces, ¿qué es lo que más le preocupa de los resultados de sus últimos análisis?»

Un ejemplo práctico puede ser: «Agradezco la sinceridad con la que está respondiendo, reconozco que no tiene que ser fácil. He trabajado con otros pacientes y soy consciente de lo difícil que es plantear y alcanzar objetivos con respecto a su medicación. Sin embargo, me alegra que abra un escenario nuevo, ya que las posibilidades de mejorar su estado de salud son muy amplias. Estoy seguro de que, con su esfuerzo, lo vamos a conseguir».

Generar afirmaciones automotivadoras lleva implícito llevar a cabo las denominadas preguntas evocadoras. Algunos ejemplos de ellas podrían ser:

- «¿Cómo le dificulta esta situación hacer lo que a usted le gustaría?».
- «¿Cómo cree que otras personas en su misma situación han afrontado este problema?».
- «¿Cómo le gustaría que fuera su estado de salud dentro de 1 año?».
- «¿Cuáles serían las ventajas de llevar a cabo el cambio que le estoy proponiendo?».
- «¿Qué aspectos son los que más le pueden dificultar llevar alcanzar el objetivo que perseguimos y cómo podemos vencer esas dificultades?».

Evidentemente, nos vamos a encontrar resistencias en algunos pacientes. Debemos ser conscientes de ello e intentar utilizar las estrategias que más nos ayuden para contrarrestar esas situaciones. Entre ellas están la «devolución simple» (reconocer el desacuerdo), la «devolución amplificada» (devolver lo que el paciente plantea, sin sarcasmos ni condicionantes) y la reorientación propia del problema.

En este ámbito surgen grandes trampas a la hora de conseguir manejar esas resistencias para el cambio. Algunas de las más importantes se describen en la tabla 3.

Llegados a este punto, resultará fundamental lograr acuerdos con los pacientes a través de un giro en la situación (la que tenemos y la que buscamos), enfatizando y profundizando en la elección personal. Para ello debemos utilizar los resultados de la evaluación previa, identificando los objetivos no cumplidos, llevando a cabo un diagnóstico educacional, conociendo si el paciente está preparado para el cambio que le proponemos y entendiendo todas las situaciones personales para determinar (y esta es la clave del éxito) el enfoque global más acertado.

Los tres pasos que se deben seguir a partir de este momento son:

- Negociar un plan de acción, a corto y medio plazo.
- Provocar y mantener el compromiso y la determinación.
- Plantear la transición al cambio y ejecutar, conjuntamente con los pacientes, los planes de acción.

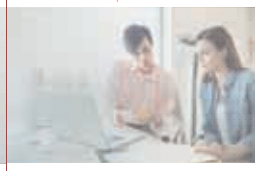


Tabla 3 Ejemplos de trampas o errores cometidos durante la entrevista tradicional

Convertir la entrevista en un «partido de tenis»: con idas y venidas en la conversación sin encontrar soluciones al problema ni objetivos que se han de conseguir
Convertir la entrevista en un «debate» donde el paciente al final no colabora y acaba por negar el problema
Convertir la entrevista en una «relación desigual», porque al final nosotros somos los expertos en el problema y los únicos encargados de buscar soluciones, por la sabiduría y experiencia que nos avalan
Convertir la entrevista en un ejercicio de «categorización» o etiquetaje: porque el paciente se «parezca» a otros con los que ya hemos trabajado. La profecía autocumplida puede salir a la luz en este tipo de situaciones
Convertir la entrevista en un «juicio rápido»: buscando rápidamente un primer problema, que puede no ser el más importante, y centrándonos en él en lugar de seguir profundizando y explorando sobre otros posibles

Fase de la entrevista motivacional 2: «afrontar las resistencias-mantener las fortalezas»

Para alcanzar con éxito esta fase debemos entrar en el segundo de los apartados de la entrevista motivacional, la de «afrontar las resistencias-mantener las fortalezas».

Esta fase es la continuación lógica de la de «generar discrepancias internas», y su línea de actuación se fundamenta en la información obtenida a partir de la cual determinaremos los objetivos que se han de conseguir y las intervenciones que se llevarán a cabo.

De forma global, en la fase resolutiva identificamos los siguientes elementos de ayuda:
- Enunciar los problemas hallados.
- Informar del plan de actuación.
- Negociar y persuadir.
- Lograr mantener los cambios.

Lograr objetivos de forma duradera obliga no solo a informar con efectividad, sino que también exige negociar con el paciente desde el respeto por sus creencias y escala de valores. La calidad de la información proporcionada y la capacidad negociadora que tengamos en esta fase serán cruciales para determinar el éxito de la intervención farmacéutica.

Se detallan a continuación los aspectos clave de esta fase.

Información al paciente

Los objetivos principales de proporcionar información al paciente son su educación sanitaria, la modificación de conductas negativas y la promoción de las positivas. Hay que concebir la información como un primer paso en el proceso resolutivo; hacerlo de manera que el impacto emocional sea lo más bajo posible y asumir que el efecto esperado no tendrá por qué producirse con solo emitir esa información. En este contexto, debemos concebir la información como una herramienta para la obtención de objetivos.

Para que la transmisión del mensaje sea exitosa se deben cumplir los siguientes requisitos:
- Capacidad de captar la atención del paciente. Para ello debemos identificar las inquietudes y necesidades del paciente.
- Fácil comprensión.
- Información relevante para el receptor.
- Credibilidad de la fuente.
- Contenido no ofensivo.

Las técnicas que podemos emplear para optimizar la información son:
- Comprobación mediante retroalimentación de que el paciente ha comprendido la información.
- Asumir la bidireccionalidad de la comunicación.
- Emplear frases cortas.
- Usar un vocabulario neutral.

- Dicción clara y entonación adecuada.
- Utilizar la racionalidad para la comprensión de la información. Para ello podemos valernos de material de soporte o ejemplificación con metáforas.

Es importante que durante la entrevista no mostremos todas nuestras ideas, sino solo las más potentes. La información que demos al paciente debe ser previamente seleccionada y ordenada por nosotros. Seleccionar lo más relevante contribuye a mejorar la comunicación de nuestro mensaje. Toda aquella información que no contribuya a producir el cambio esperado en el paciente debe eliminarse.

Negociación con el paciente

Aunque se diferencien por apartados, la negociación y la etapa de información se entremezclan a lo largo de toda la fase resolutiva. Existen tres principios básicos sobre los que construir la negociación:

- La negociación es, básicamente, una interacción orientada al intercambio, más que una lucha de voluntades para obtener la victoria.
- Solo existe beneficio real cuando las partes implicadas impulsan el acuerdo.
- Solo se impulsa un acuerdo si las partes implicadas están logrando atender sus necesidades reales.

Por lo tanto, el papel del entrevistador debe ser persuadir, convencer y motivar al paciente para conseguir los cambios propuestos. Con el objeto de optimizar la negociación, es conveniente conocer el entorno del paciente (estado sociofamiliar, nivel de preparación, características demográficas, etc.), conocer sus necesidades y sus creencias en salud sobre el problema que se va a negociar. La credibilidad del farmacéutico dependerá de encontrar un equilibrio entre razón y emoción.

Si durante el proceso de negociación detectamos una actitud contraria a nuestras propuestas, la estrategia que debemos seguir se basa en suscitar la duda con información que contradiga al paciente, mostrarle sus incoherencias y contradicciones.

Sin embargo, existen unos principios básicos que se deben respetar en el proceso de la negociación:

- Evitar la evidencia falsa.
- Argumentar siempre con ejemplificaciones.
- No aparentar ser un experto si no se es.
- Dejar que prevalezcan los hechos sobre las emociones.
- No omitir los efectos negativos de una recomendación.
- No disimular la complejidad de una situación.

Para favorecer, finalmente, el proceso de acuerdo puede emplearse alguna de las siguientes técnicas:

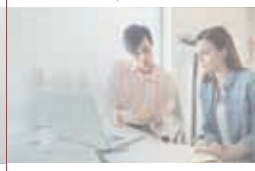
- Doble pacto: ofrecemos ceder en un punto a cambio de otra cesión por parte del paciente.
- Paréntesis: posponer la resolución de la demanda.
- Transferencia de la responsabilidad: derivar la demanda del paciente a otros profesionales sanitarios.
- Disco rayado: el entrevistador repite su posición sin modificaciones en el tono haciendo entender que es el punto final de la negociación.
- Propuesta de nueva relación: indicar una condición necesaria para continuar con la negociación.

Lograr mantener los cambios

Debemos comprender que el paciente es una persona con unos determinados deseos e intereses, con capacidad de decisión y responsable en última instancia de sus actos. Por lo tanto, nuestro papel debe ser el de persuadir, convencer y motivar al paciente para lograr los cambios propuestos. La calidad de la entrevista, en todas sus fases, va a determinar que las actitudes de cambio negociadas perduren en el tiempo.

Son aspectos fundamentales para manejar en la identificación de objetivos:

- Refuerzo positivo, lo que aumentará su autoestima.
- Enseñarle la conducta que debe seguir sin culpabilizar.
- Mostrar empatía.
- Asumir la corresponsabilidad de las consecuencias del cambio.
- Si el paciente acepta el cambio de conducta, se deben revisar sus consecuencias en un plazo de tiempo.
- Usar el éxito alcanzado previamente.



Conclusión

Para concluir, podemos decir que la entrevista motivacional representa la nueva herramienta de trabajo en consulta externa, donde se ofrecen a los pacientes alternativas sobre su futuro en términos de salud, con un enfoque sobre los objetivos que se deben conseguir y técnicas para lograr el cambio. Persigue como meta explorar y resolver posibles ambivalencias en los pacientes que supongan obstáculos para el cumplimento de objetivos. Está, por tanto, centrada en el paciente y debe servirle de guía. La fuerza hacia el cambio parte de los motivos propios e intrínsecos y metas del paciente, ilustrados por (en este caso) el farmacéutico, que, además, planifica, alinea y orienta las razones para el cambio. Se evita la persuasión directa, la coacción y cualquier control externo exagerado. La relación profesional tiene, pues, un marcado carácter de relación continuada y asociativa, en la que se enfatiza la libertad de elección del paciente. Se resaltan y refuerzan las declaraciones de automotivación mediante la escucha reflexiva y la potenciación selectiva sobre los objetivos que se deben cumplir.

NUEVA ERA EN EL ENTORNO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Adherencia terapéutica

La falta de adherencia es una de las principales causas por las que los pacientes no alcanzan los objetivos farmacoterapéuticos, lo que supone una mayor tasa de fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y un aumento de los costes asociados a la asistencia sanitaria[7]. Por ello es de vital importancia tratar la adherencia desde la perspectiva del paciente con un enfoque preventivo y planificado como un tema prioritario en las consultas de atención farmacéutica.

Se define el término «adherencia terapéutica» como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito[8]. En esta definición se enfatiza tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad de los profesionales farmacéuticos para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas[7].

En el entorno actual, la esperanza de vida de la población de los países desarrollados ha aumentado significativamente, lo que asocia un incremento de las comorbilidades y de las patologías crónicas. El tratamiento de estas patologías, junto con la creciente «medicalización de la vida», ha provocado que los pacientes tomen gran cantidad de fármacos, lo cual ha llevado a que se acuñe el término «polifarmacia». Varios estudios han intentado determinar el punto de corte de fármacos en el que un paciente presenta polifarmacia[9,10], pero en la actualidad más que el número se valora la toma de más fármacos de los que el paciente necesita[11]. Ante esta situación la atención farmacéutica no debe centrarse solo en la patología principal, sino ser capaz también de mirar más allá y entender la farmacoterapia global del paciente. Para realizar una valoración adecuada de la adherencia global de la medicación, es necesario recurrir al concepto más actual de esta, que se divide en adherencia primaria y secundaria[12].

La no adherencia primaria se produce cuando se prescribe una nueva medicación y el paciente no adquiere el fármaco o una alternativa apropiada en la oficina de farmacia en un período de tiempo razonable[13]. La no adherencia secundaria se centra en la medida de las siguientes dispensaciones y es lo que, tradicionalmente, se ha entendido como adherencia y en lo que se han basado los diferentes estudios disponibles[14].

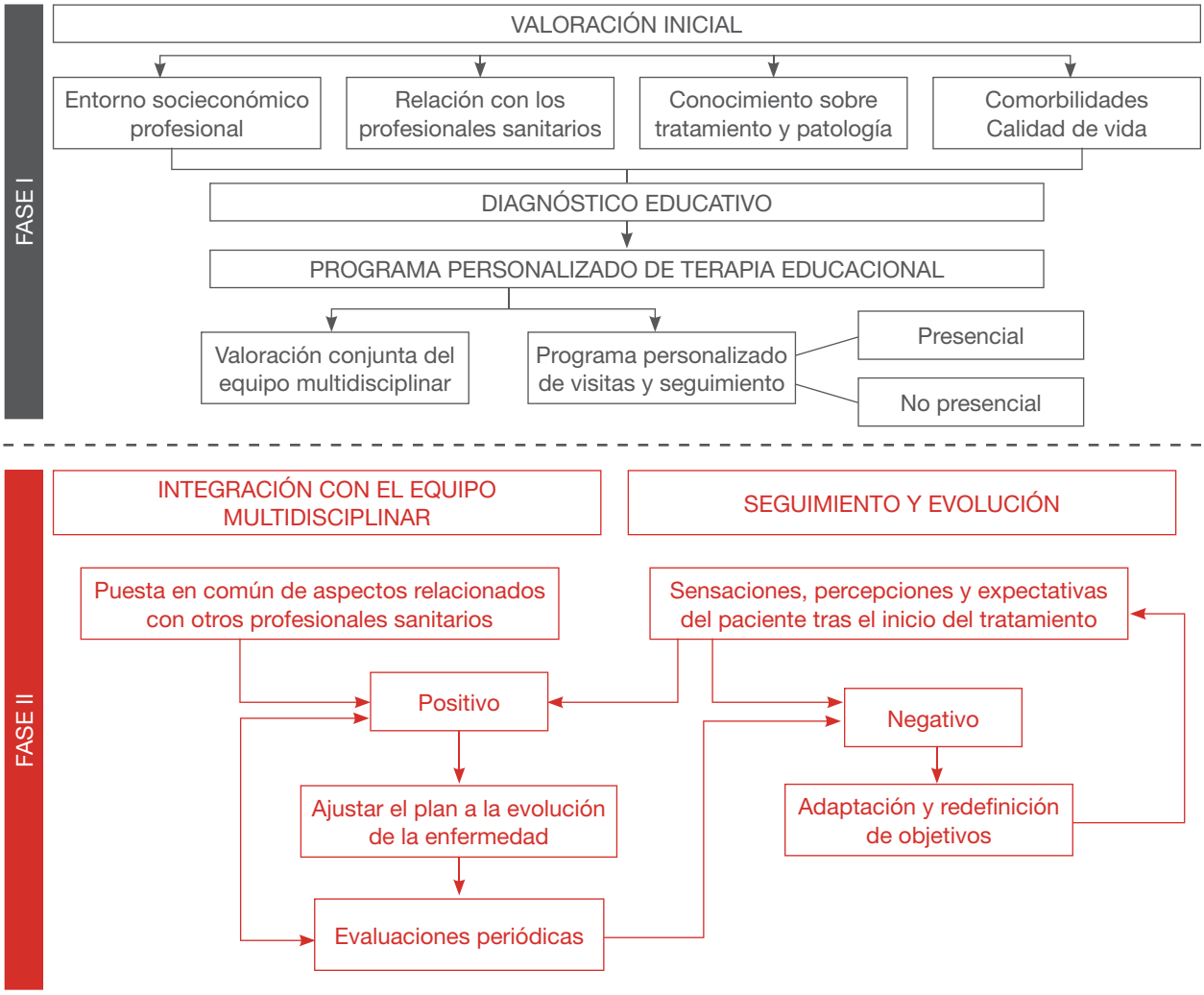
En esta línea, el nuevo modelo de atención farmacéutica CMO (capacidad-motivación-oportunidad), que enfoca la adherencia desde la perspectiva del paciente, aportará valor, estrategias y liderazgo que permitirán un cambio profundo en diversos aspectos, entre los que destaca la adherencia farmacoterapéutica. De forma general, la nueva estrategia para la mejora de la adherencia enmarcada en este nuevo modelo

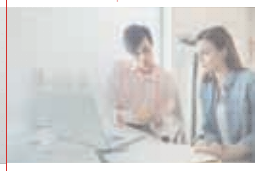
debe poner en el centro de la organización al paciente, para lo que es necesaria la colaboración de un equipo multidisciplinar. El esquema organizativo que se muestra en la figura 2 debe estructurarse en dos fases: la fase de diagnóstico y planificación del tratamiento y la de seguimiento y evolución de este. Finalmente, no debemos olvidar que es necesario tener siempre muy presente el diseño de intervenciones orientadas a la adquisición de habilidades y consecución de los objetivos individuales de cada paciente.

Diagnóstico y planificación del tratamiento

En esta etapa se aborda el momento en que al paciente se le acaba de diagnosticar su patología. Es necesario un análisis detallado del individuo de as-

Figura 2 Algoritmo de actuación para la mejora de la adherencia en el modelo CMO (capacidad-motivación-oportunidad)





pectos que habitualmente no se exploran en una consulta de atención farmacéutica:

- El entorno socioeconómico, profesional y el apoyo familiar.
- Los conocimientos que el paciente presenta sobre su patología, las opciones de tratamiento y las percepciones y creencias sobre este.
- Comorbilidades, comedicación y calidad de vida del paciente.
- Relaciones con los profesionales sanitarios.

Una vez se conozcan todos estos parámetros y necesidades del paciente, se podrá plantear un programa individualizado de intervenciones basadas en la educación terapéutica y planificar las visitas y el seguimiento presencial y no presencial. Es importante detectar qué aspectos pueden influir en la toma de la medicación e intentar minimizarlos para asegurar la consecución de los objetivos farmacoterapéuticos propuestos para cada paciente.

Seguimiento y evolución del tratamiento

En esta parte del proceso existen dos aspectos fundamentales: por un lado, comunicar al equipo multidisciplinar la información relevante que se haya podido obtener en la fase previa y, por otro, asegurarse de que el paciente tiene la educación y formación necesarias para realizar el tratamiento en las mejores condiciones.

La comunicación con el resto del equipo multidisciplinar que no ha participado de forma directa en el diagnóstico es básica para poder abordar los posibles inconvenientes que puedan surgir durante el tratamiento. Para intentar minimizar estos inconvenientes se les debe facilitar a los pacientes información escrita y oral sobre la forma de administración de los fármacos, su conservación, los posibles efectos adversos asociados y las actuaciones que se han de realizar en caso de que aparezcan. El *feedback* con el paciente es un elemento importante, ya que podremos ir adaptando el programa de seguimiento según las necesidades que nos manifiesten los pacientes e incluso reorientar el diagnóstico educativo si los objetivos farmacoterapéuticos y las expectativas del paciente no se están cubriendo.

Finalmente, el calendario de citas tanto presenciales como no presenciales a través del correo electrónico o teléfono debe quedar perfectamente incorporado al resto de consultas de seguimiento intentando potenciar el acto único y las nuevas formas de comunicación que eviten desplazamientos innecesarios y molestias a los pacientes.

Intervenciones

Se han propuesto numerosas intervenciones de diversa índole para paliar la falta de adherencia. Por un lado, se encuentran las intervenciones «clásicas» de seguimiento farmacoterapéutico y detección precoz de mala adherencia. Más recientemente se han incorporado las intervenciones que involucran las nuevas tecnologías, como el envío de mensajes de texto o el uso de aplicaciones móviles, y las encaminadas a producir un cambio en el comportamiento del paciente con un abordaje desde el ámbito psicológico y del *counseling*[15]. En este apartado, para el éxito del modelo CMO destacamos la terapia y el diagnóstico educacional y la valoración de la activación de los pacientes con su tratamiento y enfermedad.

Educación terapéutica

La educación terapéutica se definió por primera vez en 1998 (OMS) como «Un proceso continuo, integrado en los cuidados y centrado sobre el paciente. Comprende actividades organizadas de sensibilización, información, aprendizaje y acompañamiento psicosocial relacionado con la enfermedad y el tratamiento prescrito. Contempla ayudar al paciente y a sus próximos a comprender la enfermedad y el tratamiento, cooperar con los profesionales educadores, vivir lo más sanamente posible y mantener o mejorar la calidad de vida. La educación debería conseguir que el paciente fuera capaz de adquirir y mantener los recursos necesarios para gestionar óptimamente su vida con la enfermedad»[16].

Esta educación terapéutica está específicamente recomendada para pacientes con patologías crónicas, ya que permite ayudar a los pacientes a adquirir o mantener las competencias necesarias para gestionar mejor su vida con una enfermedad de este tipo[17].

Este cambio en el rol del paciente debe acompañarse de una modificación en la relación de los profesionales sanitarios con el paciente, sustituyendo la interacción paternalista o impositiva por una relación de tipo colaborativo. Evidentemente, este cambio en el modelo de interacción no debe implicar una pérdida de responsabilidad por parte de los profesionales sanitarios, sino que se debe intentar hallar el equilibrio entre la educación de los pacientes y su cuidado, entendiéndolo de una manera complementaria[18].

La educación terapéutica se ha adaptado y empleado con éxito en patología cardíaca, asma o diabetes, con obtención de una mejora en resultados en salud, como una disminución de la morbilidad y de las complicaciones asociadas a los eventos cardíacos[19], mejora en el flujo respiratorio y disminución de visitas a urgencias y visitas no programadas en pacientes asmáticos[20] y mejora en la hemoglobina glucosilada, glucosa en sangre, reducción de peso y de presión arterial en pacientes diabéticos[21]. En el ámbito de las patologías víricas, existen múltiples estudios que abordan las intervenciones conductuales y psicológicas para mejorar la adherencia y resultados clínicos, especialmente en el campo del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)[22-25].

Valoración de la activación de los pacientes

En el apartado de la búsqueda de la mejora en la atención farmacéutica, se han valorado conceptos novedosos como la persistencia del tratamiento y los resultados comunicados por los pacientes (*patient-report outcomes*), como la satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida y la valoración del autocuidado. Entre las intervenciones propuestas, es de vital importancia dar cabida al empoderamiento de los pacientes. El éxito radica en adquirir un compromiso con la enfermedad y con el propio tratamiento crónico, es decir, lo que se conoce como «autocuidado».

En patologías crónicas como el VIH, el autocuidado ha demostrado una mejora en la adherencia al tratamiento, un incremento de los CD4, una disminución de la carga viral y una disminución en los comportamientos de riesgo[26-28].

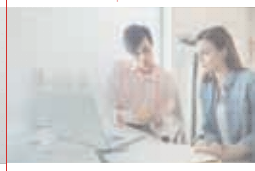
El rol de los pacientes en la toma de decisiones y en el autocuidado ha aumentado considerablemente[29]. Dentro de este ámbito, la activación de los pacientes cobra una especial importancia.

Un paciente activo es aquel que cree que posee un rol importante en su autocuidado, en la colaboración con los profesionales sanitarios y en el adecuado mantenimiento de su salud. Esto implica un conocimiento de su enfermedad, de actividades preventivas para mantener su condición saludable y la adquisición de las habilidades y el comportamiento necesarios para todo ello, manteniendo un nivel de cuidado elevado[30]. El compromiso de los pacientes se refiere a las intervenciones creadas para aumentar la activación y la modificación del comportamiento de los pacientes[31].

El cuestionario *Patient Activation Measure* (PAM) es, actualmente, el único diseñado y validado para la medida del grado de activación de los pacientes con su propia salud[32]. Este cuestionario, que fue desarrollado por Hibbard et al. a través de una escala de Likert, permite obtener información sobre el conocimiento y las habilidades de los pacientes y sus creencias sobre el manejo de su propio cuidado, su grado de colaboración con los profesionales sanitario y la consecución y mantenimiento de comportamientos saludables con intención preventiva[33].

La activación de los pacientes se ha estudiado en diversas enfermedades, entre las que encontramos la enfermedad inflamatoria intestinal[32], la diabetes[34], la esclerosis múltiple[35] o el fallo cardíaco[36].

De manera general, existe evidencia de la relación existente entre la activación de los pacientes y la



obtención de mejoras en los resultados en salud, mejoras en las experiencias de los pacientes con el sistema sanitario y la reducción de costes[29,32,37].

Innovación y adherencia

Uno de los grandes problemas endémicos tanto para el paciente como para el sistema sanitario en general a lo largo de los últimos años ha sido la no adherencia a la medicación prescrita. A pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado, desde diferentes enfoques, con soluciones variadas, es necesario, como en otros ámbitos sanitarios, llevar a cabo una innovación en el enfoque.

La propuesta que se maneja desde el modelo de seguimiento propuesto es que la innovación debe centrarse en la aportación de valor al paciente, invirtiendo los recursos necesarios para ello. Los pilares de esta nueva propuesta son cuatro: el valor diferencial para el paciente y para el sistema sanitario, el uso de tecnologías transformadoras y trabajar con una red de valor disruptivo (no creciente) son los elementos fundamentales necesarios para conseguir abordar la mejora de la adherencia.

Vp + Vs + Tt + Rv disruptivo
= innovación en adherencia terapéutica

El desarrollo de este enfoque vendrá dado por la capacidad que tengamos de incorporar al modelo:

- Recursos facilitados que den a conocer y animen a la población a adoptar o evitar ciertos comportamientos o prácticas para prevenir o controlar la no adherencia a los tratamientos.
- Ayuda a los profesionales sanitarios para identificar las causas de no adherencia. Creación de herramientas para el diagnóstico precoz o señales alertantes.
- Ayuda al paciente de manera individualizada y asegurando la adherencia al régimen de tratamiento o protocolo requerido.
- Monitorización y captura periódica de determinados parámetros de los pacientes que aseguren/comprueben la adherencia.
- Servicios de autoayuda para adoptar o evitar ciertos comportamientos/prácticas para mantener y mejorar los niveles de adherencia.

Tecnologías transformadoras

Ya nadie parece dudar del papel que desempeñan las nuevas tecnologías de la información y comunicación como fuente de productividad, innovación y crecimiento. Entre los múltiples usos que se están desarrollando en el ámbito de la salud, la mejora de la adherencia y el conocimiento sobre el tratamiento se han postulado como elementos clave.

No debemos olvidar que los nuevos canales de comunicación aportan una cantidad de información ingente y que, en ocasiones, la calidad y veracidad de los contenidos allí ofrecidos no es la deseable. Por ello los profesionales sanitarios deben conocer y asesorar a los pacientes sobre los recursos web y móviles disponibles y adaptados a cada individuo.

Salud móvil

La salud móvil (mSalud; en inglés, *mHealth)* consiste en la prestación de servicios sanitarios o información relativa a la salud a través de dispositivos móviles.

Entre los puntos positivos que puede aportar este tipo de comunicación destacamos la posibilidad de personalizar la asistencia sanitaria, la amplia utilización por parte de los usuarios del sistema sanitario y sus familiares y el apoyo para su desarrollo de los financiadores y, en menor medida, de los profesionales sanitarios que vislumbran el potencial de la mSalud.

Su principal reto es demostrar sus resultados con evidencia científica. Para ello es necesario implicarse en la investigación con estos dispositivos y que prime la revisión y calidad científica en los contenidos.

Por un lado, las diferentes aplicaciones disponibles pueden facilitar que los pacientes recolecten información sobre adherencia y la trasmitan a los profesionales sanitarios en tiempo real, lo que permitirá la

toma de decisión *in situ* y el diseño de intervenciones «a la carta» para cada paciente.

Por otro, pueden ser responsables de ciertos problemas asociados al uso de nuevas tecnologías, como son:

- *The over-quantified self,* que se identifica con la frustración y la confusión asociada a la gran variedad de dispositivos portátiles de salud y las aplicaciones actualmente a la disposición de los *e-pacientes*.
- *Digital divide,* que pueden acrecentar las barreras socioeconómicas. Es importante que la información permanezca al alcance de todos.
- *Multicultural misalignment,* que evidencia la falta de participación y diversidad de colectivos como las mujeres, los ancianos o los grupos minoritarios que no suelen estar involucrados en el desarrollo de la mSalud.

Big data

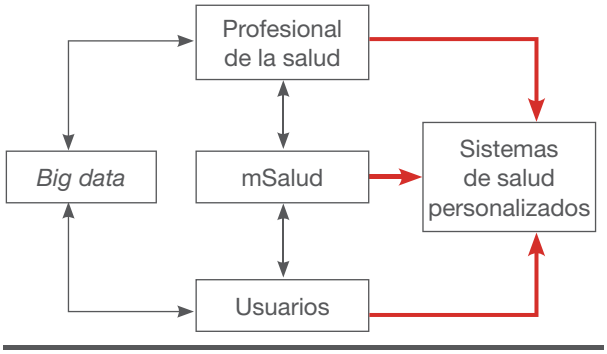
Muy relacionado con la mSalud se encuentra el *big data*. Este concepto, que hace referencia al almacenamiento de grandes cantidades de datos y a los procedimientos usados para encontrar patrones repetitivos dentro de esos datos que con frecuencia se empleaban en ámbitos principalmente comerciales, se ha expandido hasta el campo de la salud.

La historia clínica electrónica, las herramientas de documentación clínica y los dispositivos de telemedicina están cambiado la forma en que los proveedores recogen y utilizan la información de salud respecto a sus pacientes.

La psicohistoria predictiva en la que se incluyen los datos recogidos por estas nuevas herramientas de documentación se están empleando para hacer predicciones a gran escala sobre la salud de los pacientes.

En la figura 3 se muestra cómo el *big data*, junto con la mSalud y la colaboración y el *feedback* de profesionales de la salud y pacientes, está impulsando la creación de sistemas de salud personalizados.

Figura 3 Proceso de creación de sistemas de salud personalizados basados en el *big data* y la salud móvil (mSalud)



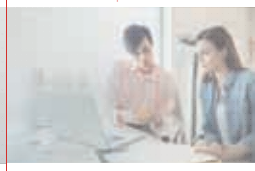
Dispositivos inteligentes

Los rápidos avances en tecnología han permitido que estemos inmersos en una vorágine de dispositivos presentes en todas las facetas de la vida diaria. Los *wearables* nos facilitan la vida a través de dispositivos electrónicos complejos instalados en relojes o pulseras. La salud es uno de los sectores donde más ha crecido su uso: el 60 % de los dispositivos que se vendieron en el último año pertenecen a la categoría de *fitness* o salud.

Estos dispositivos permiten medir las constantes vitales, monitorizar el sueño, avisar de la toma de fármacos o calcular las calorías consumidas en el ejercicio. Esta información puede ser de gran utilidad si se comparte con los profesionales sanitarios, no solo porque podrían diagnosticarse determinadas enfermedades, sino también porque así dotamos al paciente de mayor autonomía y corresponsabilidad con su enfermedad o tratamiento.

En el ámbito de la adherencia existen diferentes tipos de dispositivos:

- **Blísteres inteligentes** que indican las pautas de los medicamentos que el paciente debe tomar registrando cuándo este extrae el medicamento y sabiendo así cuándo y cuántas pastillas ha utilizado.
- **Pulseras inteligentes** que permiten la correcta adherencia al tratamiento, la monitorización de la actividad física, la identificación de pacientes de



riesgo y el acceso a la carpeta de salud personal del Sistema Nacional de Salud. Además, la pulsera realiza una labor identificativa de pacientes de riesgo (diabéticos, alérgicos, etc.) para que, si estos necesitan atención médica, la información sobre su enfermedad y tratamiento prescrito esté disponible desde cualquier centro sanitario.

- **Píldoras inteligentes** que a través de sensores permiten la medición de las constantes vitales y de la adherencia a la medicación.

INTERVENCIONES PARA LA OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

Como se ha comentado anteriormente, la apuesta del modelo CMO radica no en la identificación, prevención y manejo de los llamados problema relacionado con los medicamentos (PRM), sino en la de planificación, alineación y consecución de los objetivos farmacoterapéuticos de los pacientes, tanto a corto como a medio largo plazo. Para ello, es imprescindible conocer las demandas y tipología del paciente al que nos enfrentamos, lo que se ha definido en el libro como «capacidad». A partir de ahí, la actuación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico deben llevarse a cabo siempre de una forma sistematizada y clasificada. En la tabla 4 se proponen 20 intervenciones en total, agrupadas en función de la categoría del modelo sobre la que versa su realización. Sin lugar a dudas, la utilización de forma rutinaria de esta estandarización de las intervenciones supondrá no solo una ayuda en el día a día del seguimiento a los pacientes, sino también la explotación de la información llevada a cabo tanto para el desarrollo básico como para estudios de investigación uni o multicéntricos y uni o multidisciplinares.

Una vez llevadas a cabo las intervenciones, es preciso evaluar los resultados en los pacientes, sobre los que se profundizará en el siguiente capítulo, analizándolos y difundiéndolos en función de su efectividad y utilidad clínica.

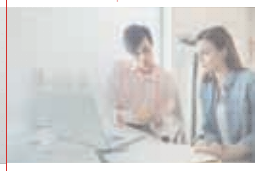
En el momento de la redacción del presente capítulo se está desarrollando la herramienta para la integración, gestión y explotación de la información llevada a cabo a partir de las intervenciones farmacéuticas de este modelo. Su desarrollo y puesta en marcha, sin duda, beneficiará al colectivo profesional a la hora de explotar y profundizar en este modelo de trabajo.

Tabla 4 Propuesta de clasificación de las intervenciones farmacéuticas para la optimización farmacoterapéutica según el modelo CMO (capacidad-motivación-oportunidad)

	Código	Denominación	Subcategoría
CAPACIDAD	1.1	Revisión y validación	Revisión y validación del tratamiento hospitalario
	1.2	Revisión y validación concomitante	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, siempre que sea posible
	1.3	Revisión de objetivos	Establecer un circuito para la gestión y el abordaje de los objetivos no cumplidos con la medicación: • Interacciones • Reacciones adversas • Errores de medicación • Adherencia • Otros
	1.4	Coordinación	Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y los niveles asistenciales

Tabla 4 Propuesta de clasificación de las intervenciones farmacéuticas para la optimización farmacoterapéutica según el modelo CMO (capacidad-motivación-oportunidad) *(continuación)*

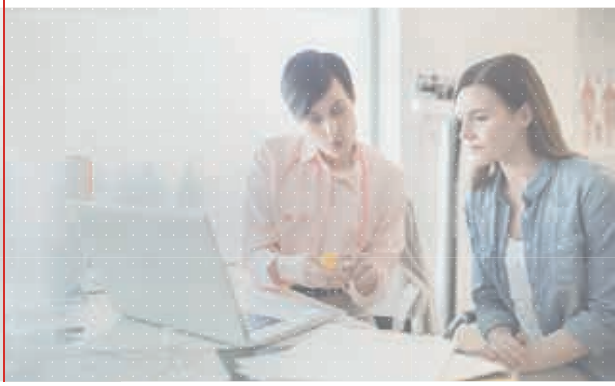
	Código	Denominación	Subcategoría
CAPACIDAD	1.5	Derivación	Valorar la derivación a otros profesionales
	1.6	Planificación	Planificación de la próxima visita a la unidad de pacientes externos en coordinación con su médico de infecciosas o con el departamento de citaciones
	1.7	Conciliación	Conciliación del tratamiento farmacológico en los ingresos/altas
MOTIVACIÓN	2.1	Seguridad	Seguimiento de la seguridad del tratamiento
	2.2	Seguimiento especial	Seguimiento especial de los medicamentos de alto riesgo
	2.3	Adherencia	Seguimiento de la adherencia y establecimiento de la estrategia más eficaz para mejorarla, tanto del tratamiento hospitalario como de la medicación concomitante
	2.4	Motivación	Motivar al paciente y mantenerlo informado
	2.5	Corresponsabilidad	Fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento
	2.6	Compromiso	Averiguar el nivel de conocimiento que el paciente tiene del tratamiento prescrito para, posteriormente, resolver sus dudas acerca de su enfermedad, su tratamiento, vías de trasmisión, etc.
	2.7	Información	Información sobre la importancia de la adherencia y las interacciones actuales o potenciales con otros medicamentos
	2.8	Fomento	Fomentar el estilo de vida saludable (consejos)
OPORTUNIDAD	3.1	Comunicación rápida	Desarrollar vías rápidas de comunicación con el paciente y su entorno familiar y cuidadores
	3.2	Seguimiento transversal	Seguimiento especial del paciente en su contacto con el sistema sanitario (atención primaria, urgencias, hospitalización y oficina de farmacia)
	3.3	Formación transversal	Desarrollar herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento/enfermedad
	3.4	Coordinación social	Coordinación con los servicios sociales o con los servicios psicológicos y psiquiátricos del centro hospitalario
	3.5	Coordinación activa	Coordinación con asociaciones de pacientes



BIBLIOGRAFÍA

1. Guix X. Ni me explico, ni me entiendes. 1.ª ed. Barcelona: Granica; 2004.
2. Morillo Verdugo R, Calvo Cidoncha E. La técnica: la entrevista clínica. Documentación: Historia farmacoterapéutica. Fases exploratoria y resolutiva en la entrevista clínica. Habilidades de comunicación. En: Morillo Verdugo R, Albacete Ramírez A, Carrascosa Rodríguez C, editores. Herramientas y habilidades 2013 para la atención farmacéutica al paciente con patologías víricas. 1.ª ed. España: Bubok; 2013:1-15.
3. Álvarez Marañón G. Cómo planificar, estructurar, diseñar y exponer presentaciones. 1.ª ed. Barcelona: Grupo Planeta; 2012.
4. Poveda Andrés JL. La entrevista clínica en atención farmacéutica. 1.ª ed. España: Schering-Plough; 2002.
5. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2.ª ed. New York: Guilford Press; 2002.
6. Rollnick S, Kinnersley P, Stott N. Methods of helping patients with behaviour change. BMJ 1993;307:188-90.
7. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud 2004;28:113-20.
8. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Treatment compliance in chronic illness: current situation and future perspectives. Rev Clin Esp 2014;214:336-44.
9. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005;294:716-24.
10. Tseng A, Szadkowski L, Walmsley S, Salit I, Raboud J. Association of age with polypharmacy and risk of drug interactions with antiretroviral medications in HIV positive patients. Ann Pharmacother 2013;47:1429-39.
11. Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. Drugs Aging 2013;30:285-307.
12. Raebel MA, Schmittdiel J, Karter AJ, Konieczny JL, Steiner JF. Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. Med Care 2013;51(8 Suppl 3):S11-21.
13. Adams AJ, Stolpe SF. Defining and measuring primary medication nonadherence: development of a quality measure. J Manag Care Spec Pharm 2016;22(5):516-23.
14. Gellad WF, Grenard J, McGlynn EA. A review of barriers to medication adherence. A framework for driving policy options. Santa Monica: RAND Corporation; 2009. Disponible en: URL: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR765.html [último acceso: 8 de junio de 2016].
15. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients - a systematic review. HIV Med 2013;14(10):583-95.
16. Organización Mundial de la Salud. Therapeutic Patient Education. Genève: WHO; 1998. Disponible en: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
17. Román JM. Interés de la educación terapéutica en el manejo del asma. En: Korta Murua J, Grupo de Asma y Educación (SENP), editores. Monografía asma y educación. San Sebastián; 2006. p. 65-73.
18. Larrey D, Ripault MP, Pageaux GP. Patient adherence issues in the treatment of hepatitis C. Patient Prefer Adherence 2014;8:763-73.

19. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. Ann Phys Rehabil Med 2012;55(5):322-41.
20. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children [Cochrane Review]. The Cochrane Library, Issue 4. Chichester: John Wiley & Sons; 2003.
21. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD003417.
22. Mathes T, Pieper D, Antoine SL, Eikermann M. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients. A systematic review. HIV Med 2013;14(10):583-95.
23. Parsons JT, Golub SA, Rosof E, Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. J Acquir Immune Defic Syndr 2007;46:443-50.
24. Bernard-Leclerc J, Conort O, Bacq Y, Antier D. Impact of a therapeutic education program on the knowledge, the adherence and the satisfaction of the patients treated for viral chronic hepatitis C. Ther Patient Educ 2011;3:21-33.
25. Surjadi M, Torruellas C, Ayala C, Yee HF Jr, Khalili M. Formal patient education improves patient knowledge of hepatitis C in vulnerable populations. Dig Dis Sci 2011;56:213-9.
26. Metsch LR, Pereyra M, Messinger S, Del Río C, Strathdee SA, Anderson-Mahoney P, et al; Antiretroviral Treatment and Access Study (ARTAS) Study Group. HIV transmission risk behaviors among HIV-infected persons who are successfully linked to care. Clin Infect Dis 2008;47(4):577-84.
27. Mugavero MJ, Dávila JA, Nevin CR, Giordano TP. From access to engagement: measuring retention in outpatient HIV clinical care. AIDS Patient Care STDS 2010;24(10):607-13.
28. Marshall R, Beach MC, Saha S, Mori T, Loveless MO, Hibbard JH, et al. Patient activation and improved outcomes in HIV-infected patients. J Gen Intern Med 2013;28(5):668-74.
29. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health Aff (Millwood) 2013;32:207-14.
30. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res 2005;40(6 Pt 1):1918-30.
31. Shah SL, Siegel CA. Increasing patient activation could improve outcomes for patients with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2015;21(12):2975-8.
32. Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review. Patient Educ Couns 2015;98(5):545-52.
33. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res 2004;39:1005-26.
34. Lorig K, Ritter PL, Villa FJ, Armas J. Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial. Diabetes Educ 2009;35:641-51.
35. Stepleman L, Rutter MC, Hibbard J, Johns L, Wright D, Hughes M. Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care. Disabil Rehabil 2010;32:1558-67.
36. Shively MJ, Gardetto NJ, Kodiath MF, Kelly A, Smith TL, Stepnowsky C, et al. Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. J Cardiovasc Nurs 2013;28:20-34.
37. Hendriks M, Rademakers J. Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. BMC Health Serv Res 2014;14:393.



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Ramón Morillo Verdugo, Aguas Robustillo Cortés

ANTECEDENTES

Paciente varón de 47 años; contagio por vía sexual. Buen nivel sociocultural y económico. Fumador y bebedor de fin de semana. Cifras tensionales ligeramente elevadas y parámetros lipídicos alterados a pesar de las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico por su médico de atención primaria. Sin tratamiento concomitante.

Diagnóstico reciente; acude a la consulta de atención farmacéutica para iniciar tratamiento con abacavir/lamivudina/dolutegravir (HLA-B*5701 negativo). Carga viral plasmática de 87 500 copias/ml y linfocitos CD4 de 578 cel/µl.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

El paciente acude a la primera visita de la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se le indica cómo debe tomar la medicación (1 comprimido al día) y se le dispensa tratamiento para un mes. El paciente no vuelve a la consulta hasta pasados dos meses después de la revisión con infecciosos. En la revisión trimestral se detectan valores de carga viral de 150 200 copias/ml y CD4 en ligero descenso (502 cel/µl). El paciente, a pesar de tener un nivel cultural medio, no comprendió correctamente las indicaciones del farmacéutico, pensando que la duración del tratamiento era finita (un mes). Se incide en este aspecto y se vuelve a dispensar medicación para un mes con la consigna de que tendrá que tomar el tratamiento de manera crónica.

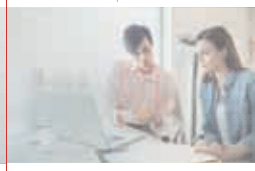
A los seis meses del inicio del tratamiento, el paciente ingresa en la planta de hospitalización por un evento cardíaco: infarto de miocardio con elevación del segmento ST con colocación de 3 *stents*. Ingreso de 10 días.

RESOLUCIÓN CMO

El paciente acude a la primera visita a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se revisa en profundidad su historia clínica (en este caso, sin medicación concomitante) y se estratifica según los modelos disponibles en un nivel 3 (predictor bajo, índice de complejidad < 5). En primer lugar, se le indica cómo debe tomar la medicación, incidiendo especialmente en la importancia de mantener el tratamiento en el tiempo y evitar los olvidos de medicación. Se le facilita la información por escrito, teléfono/correo electrónico de contacto y una aplicación para recordar las citas y la toma de medicación. Además, se le propone la activación del control de salud disponible en su *smartphone*, donde, como se puede observar en el anexo 1, se pueden registrar las constantes vitales, los hábitos alimentarios o las horas de sueño, entre otros muchos parámetros. Se refuerzan las recomendaciones sobre dieta y ejercicio, se considera la posibilidad del abandono del hábito tabáquico (el paciente no está preparado en estos momentos) y se recomienda la medida de la presión arterial en el domicilio. Se cita al paciente en tres meses, coincidiendo con su visita al servicio de infecciosos. El paciente acude a la consulta de Farmacia muy animado. La carga viral se ha hecho indetectable (< 20 copias/ml) y los CD4 han aumentado (650 cel/µL). Su médico de infecciosos le ha prescrito 20 mg/24 h de atorvastatina y 5 mg/24 h de enalapril para controlar los factores de riesgo cardiovascular. Aparte de revisar las interacciones (no se detectaron), se comentó con el paciente la importancia de la toma de todo el tratamiento de forma rigurosa, ya fuera el tratamiento antirretroviral o la medicación concomitante, y la importancia del tabaco como factor de riesgo cardiovascular. Se analizaron conjuntamente

OBJETIVOS

1. Control viroinmunológico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana
2. Instauración de hábitos de vida saludable
3. Control de factores de riesgo cardiovascular y adherencia al tratamiento concomitante



las causas que impedían al paciente dejar de fumar y se detectó la disminución de la ansiedad y el hábito social adquirido, así como un acúmulo de circunstancias personales que le preocupaban y que tenían prioridad sobre dejar de fumar. Asimismo, se comentaron los aspectos negativos que el paciente detecta en el tabaco, como la dificultad respiratoria durante el descanso. Se aborda la necesidad de abandonar el tabaco planteándose los múltiples beneficios que le aportará, como mejorar su capacidad ventilatoria tanto diurna como nocturna, la disminución de la tos y expectoración, mejor capacidad física o una disminución del desembolso económico. Acompañamos la información oral de información escrita y ofertamos consulta de deshabituación tabáquica del Servicio de Neumología.

Durante las consultas sucesivas, intentando favorecer el acto único, se realiza el seguimiento del tratamiento global. Se le facilita la posibilidad de contacto a través de web o teléfono y las citas en horario de tarde.

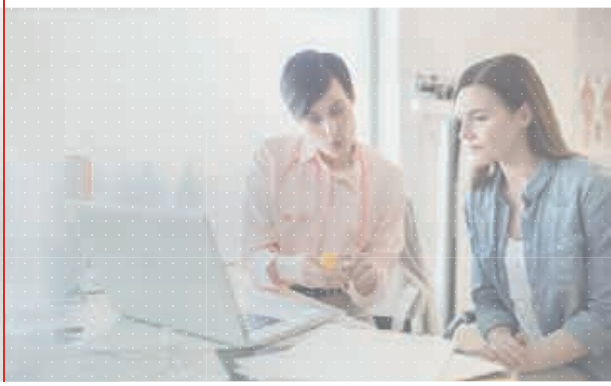
A los seis meses el paciente presentó un buen control viroinmunológico del VIH, y las cifras de colesterol y la presión arterial disminuyeron hasta alcanzar los valores recomendados para la prevención primaria. Además, el paciente está dejando de fumar de forma progresiva (aproximadamente la mitad), hecho que valoramos muy positivamente resaltando los aspectos positivos que el paciente ha notado tras el cambio, como un mejor descanso y la posibilidad de realizar deporte.

CAPACIDAD	Estratificación según el modelo de crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria en paciente de nivel básico
MOTIVACIÓN	Manejo de reacciones adversas medicamentosas y mejora de la experiencia del paciente
OPORTUNIDAD	Vías rápidas de comunicación mediante mensajes de móvil Recomendación de aplicaciones

ANEXO 1

Imagen correspondiente a la aplicación destinada a la mejora del estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables integrados en un *smarthphone*.





CASO CLÍNICO

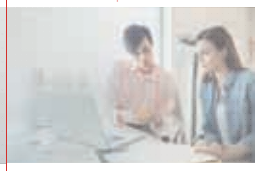
PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Carlos García Collado, Alberto Jiménez Morales

ANTECEDENTES

Paciente mujer de 46 años con diagnóstico de artritis reumatoide hace dos meses. Nivel sociocultural medio. No le gustan mucho las nuevas tecnologías. No fumadora ni bebedora. Analítica normal, excepto niveles de colesterol altos y parámetros relacionados con la artritis reumatoide. Tratamiento habitual: 20 mg/noche de simvastatina.

Diagnóstico reciente. *Disease Activity Score* 28 articulaciones (DAS28) = 4,3; *Simple Disease Activity Index* (SDAI) = 16; *Clinical Disease Activity Index* (CDAI) = 13,8; *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) = 0. Acude a la consulta de atención farmacéutica para iniciar tratamiento con 50 mg/semana de etanercept + 7,5 mg/semana de metotrexato (MTX).



RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

La paciente acude a la consulta de seguimiento farmacoterapéutico para recoger la medicación pautada por el médico. Ese día hay muchos pacientes en la consulta. El farmacéutico revisa el tratamiento y comprueba que la posología es correcta. Le comenta cómo debe administrarse la medicación, los posibles efectos adversos y la forma de conservar los medicamentos dispensados. Tras seis meses de tratamiento, la paciente comenta que le han cambiado el tratamiento porque no le iba bien y que había tenido que abandonarlo por efectos secundarios. Presenta molestias gastrointestinales y toxicidad hepática (aspartato aminotransferasa [AST] y alanina aminotransferasa [ALT] > 3 veces el valor de referencia). Debido a esto se le suspende el tratamiento anterior y se le prescribe otro fármaco biológico (adalimumab).

RESOLUCIÓN CMO

La paciente acude a la Unidad de Seguimiento Farmacoterapéutico (USFT) del hospital. Previamente, su tratamiento había sido consensuado por un equipo multidisciplinar en la Comisión Asesora Local de Artritis Reumatoide. Esta comisión había acordado el tratamiento y lo había enviado a la USFT. En la consulta se había citado a la paciente para que en la primera visita el farmacéutico pudiera dedicarle el tiempo necesario. Como primera medida, para la organización de la consulta y su seguimiento se realizó una valoración global siguiendo el modelo de crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se clasifica a la paciente como de nivel básico. Por tanto, se programa para seguimiento farmacoterapéutico y se la incorpora al programa de seguimiento farmacoterapéutico del paciente con artritis reumatoide. Se informa a la paciente de que puede estar en contacto con nosotros vía *online* utilizando nuestra web, nuestra cuenta de correo o mediante Twitter. La paciente en esta primera visita se mostró reacia, puesto que no le interesaban, según ella, las nuevas tecnologías.

Como la terapia lleva incorporado MTX, se le realiza un test genético para ver si presenta algún polimorfismo relacionado con la tolerancia a este fármaco. Además, se le ofrece un servicio por el cual se le avisa mediante un mensaje al móvil de las siguientes consultas en la USFT. Al cabo del mes, se obtienen los resultados y la paciente presenta el genotipo TT para el polimorfismo C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa. Se comunica el resultado al reumatólogo. De nuevo en nuestra consulta, le explicamos a la paciente los resultados del test genético y en qué consiste la farmacogenética. Le comentamos, a su vez, que puede consultar más información en nuestra web acerca de los perfiles farmacogenéticos que se relacionan con la metabolización del MTX y los efectos adversos que pueden experimentar los pacientes con su perfil. Gracias a esto, la paciente decide entrar en nuestra web y examinar los contenidos disponibles.

OBJETIVOS

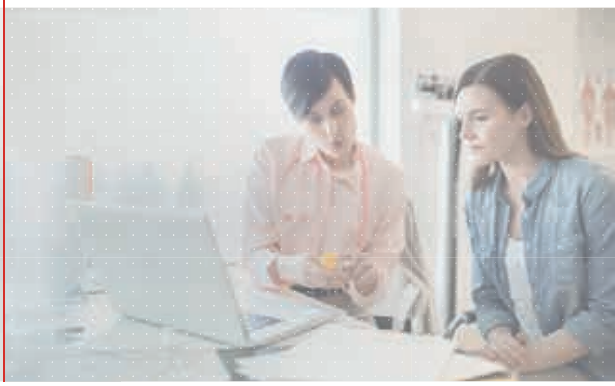
1. Efectividad del tratamiento
2. Seguridad y control de posibles reacciones adversas medicamentosas
3. Adherencia al tratamiento y persistencia

Además, recomendamos la consulta y descarga de la aplicación multiplataforma ANDAR, que está destinada a ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad y su medicación. En las visitas sucesivas comprobamos que la adherencia es del 100 %, y se refuerza este hecho explicándole la concordancia entre la persistencia de estos tratamientos y la buena adherencia al tratamiento. También se hace hincapié en la importancia de mantener la adherencia en el resto de la medicación (estatina).

Tras la obtención del perfil genético, se decide suspender la escalada de MTX y se continúa con la dosis inicial. A los tres meses de tratamiento la paciente presenta los siguientes resultados en relación con su patología reumatológica: DAS28 = 4,1 → 2,6; SDAI = 14 → 3,0; CDAI = 14,8 → 3.3; HAQ = 0; por lo que la evolución es favorable y el tratamiento efectivo. Se pasa el cuestionario validado IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico) para medir la experiencia de los pacientes crónicos, con resultados muy satisfactorios.

La paciente ha cambiado de opinión sobre el uso de la Red y las aplicaciones móviles, ya que le han permitido realizar un seguimiento de su enfermedad y de su tratamiento y alcanzar una adherencia y un control de los síntomas óptimos. En conclusión, gracias al equipo multidisciplinar y al programa de seguimiento farmacoterapéutico, la paciente con artritis reumatoide no ha experimentado una reacción adversa medicamentosa debido al aumento de dosis de MTX y se ha podido controlar su patología con la primera terapia biológica propuesta. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación han facilitado el control de la enfermedad y del tratamiento de manera cómoda y sencilla, de forma que ha mejorado la experiencia de la paciente.

CAPACIDAD	Estratificación según el modelo de crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria en paciente de nivel básico
MOTIVACIÓN	Manejo de reacciones adversas medicamentosas y mejora de la experiencia de la paciente
OPORTUNIDAD	Vías rápidas de comunicación mediante mensajes de móvil Recomendación de aplicaciones



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON VIRUS DE LA HEPATITIS C Y USO DE PLANTAS Y PREPARADOS NO CONTROLADOS

Aguas Robustillo Cortés, Ramón Morillo Verdugo

ANTECEDENTES

Paciente mujer de 62 años originaria de Rusia, con diagnóstico de virus de hepatitis C (VHC) en el año 2011. Probable infección durante una intervención en 1980. Nivel cultural medio-bajo, con escaso conocimiento del idioma.

Cifras tensionales correctas, colesterol controlado con dieta baja en grasas e hipolipemiante. Tiene tratamiento prescrito para la osteoporosis.

En los últimos meses presenta problemas de insomnio y ánimo depresivo por problemas económicos y dificultad para reunir a la familia. Cuidadora de ancianos.

Genotipo 1a ILB28 TC, estadio F4 (FibroScan®: 26,3 kPa) con signos de hepatopatía crónica e hipertensión portal. No respondedora a triple terapia con boceprevir en el año 2014 con mala tolerancia por anemia y cansancio moderado. Se propone inicio con sofosbuvir/ledipasvir + ribavirina (1000 mg durante 12 semanas) junto con la medicación que ya tomaba: 20 mg/cena de simvastatina, vitamina D3/calcio cada 24 h, 1 mg/si precisa de lorazepam.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

La paciente acude a la primera visita de la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se le indica cómo debe tomar la medicación (1 comprimido al día de sofosbuvir/ledipasvir y 3-0-2 de ribavirina) y se le dispensa tratamiento para un mes. Se revisa un informe donde aparece la medicación que tiene prescrita la paciente y se comprueba que no hay interacciones relevantes.

La paciente vuelve a la consulta a recoger la medicación. Hace tres días acudió a la consulta de seguimiento del servicio de digestivo. En la analítica de la semana 4 de tratamiento la carga viral no ha descendido prácticamente. Interrogamos para evaluar la adherencia, que parece ser del 100 % según un familiar. La paciente padece un cansancio intenso, por lo que su médico le ha disminuido la dosis a 800 mg/día de ribavirina. Ante la buena adherencia dispensamos el segundo mes de tratamiento.

La paciente acude a la semana a consultar con su médico de digestivo. Le ha aparecido un *rash* en la piel tras estar trabajando bajo el sol. Parece ser una reacción de fotosensibilidad debido a la ribavirina. Continúa el cansancio, por lo que se decide eliminar la ribavirina del tratamiento y continuar con sofosbuvir/ledipasvir más tratamiento para el *rash*. Se dispensa lo que resta de tratamiento hasta las 12 semanas.

La siguiente semana vuelve a acudir a urgencias por la misma sintomatología. Se descubre que la paciente toma un preparado de hierba de San Juan que le recomendó una vecina a su hija para mejorar del ánimo.

Acaba el tratamiento antiviral sin conseguir respuesta viral al finalizar el tratamiento.

RESOLUCIÓN CMO

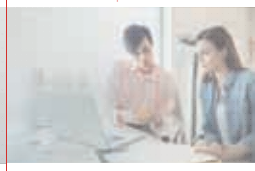
La paciente acude a la primera visita de la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se revisa en profundidad su historia clínica y se estratifica según el modelo de selección y atención farmacéutica para pacientes con VHC con una puntuación de 16, prioridad 3, pero en el límite con el nivel 2 de prioridad, por lo que se recomienda estar atentos a posibles cambios.

En primer lugar, se le indica cómo debe tomar la medicación, incidiendo especialmente en la importancia de llevarlo a cabo de manera adecuada durante los tres meses que dura y estableciendo las diferencias con el tratamiento anterior, especialmente con los efectos adversos que tenían muy angustiada a la paciente. Se facilita la información por escrito y teléfono/correo electrónico de contacto. La paciente no entiende bien el idioma, por lo que se lo explicamos al familiar para que le trasmita la información.

Se revisa la medicación prescrita y se confirman los fármacos que la paciente toma. Detectamos que el tratamiento para la osteoporosis no lo recoge de la

OBJETIVOS

1. Respuesta viral sostenida a las 12 semanas de finalizar el tratamiento
2. Adherencia al tratamiento global
3. Mejora en el aspecto emocional



farmacia. La paciente afirma que «no le hace nada». Interrogamos acerca de productos de herboristería y homeopatía. No compra ninguno de estos productos, pero sí que toma un preparado de plantas que le proporciona su vecina para estar más animada. La paciente no sabe el nombre en ese momento, pero le aconsejamos que **no** tome el preparado y que en la próxima visita nos proporcione el nombre o una foto para poder identificar la planta.

Se refuerzan las recomendaciones sobre dieta y ejercicio y se refuerza la adherencia a la medicación global; se le da cita en dos semanas coincidiendo con la consulta de digestivo y se escriben en la historia clínica todas las actuaciones realizadas para el conocimiento del resto de profesionales sanitarios implicados en su cuidado.

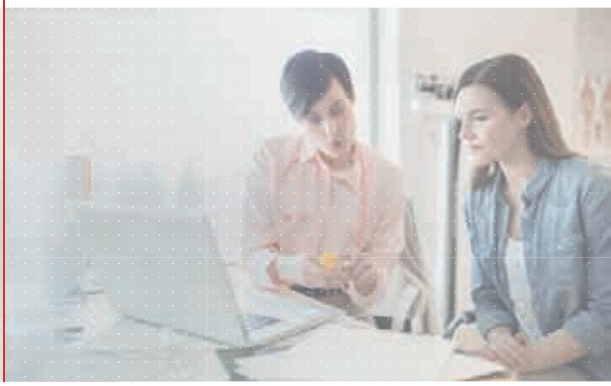
En la segunda visita la paciente nos trae la planta; resulta ser hipérico o hierba de San Juan, que está contraindicada durante el tratamiento con sofosbuvir/ledipasvir, ya que disminuye las concentraciones plasmáticas de este fármaco. La paciente está cansada y le recomendamos que se mantenga activa e intente realizar su actividad normal, ya que el tratamiento solo dura tres meses y los resultados pueden ser muy buenos.

Se cita en la semana 4 de tratamiento (coincide con digestivo) y se comprueba la correcta adherencia y tolerancia al tratamiento. La paciente está esperanzada con el tratamiento y tolera mejor el cansancio, aunque sigue baja de ánimo. Recordamos a la paciente la necesidad de informar de cualquier fármaco que inicie, ya sea por prescripción de su médico de atención primaria o por iniciativa propia, aunque desaconsejamos la automedicación.

Se le da tratamiento para los dos meses que restan y se le recuerda que estamos disponibles en el teléfono. La semana 6 un familiar nos hace una consulta a través de la web. Una conocida de Rusia le ha traído a su madre un preparado energizante y con propiedades inmunoestimuladoras. Pregunta si puede tomarlo durante el tratamiento, ya que va muy bien para el hígado. Le pedimos que nos facilite el nombre por escrito y que de momento no tome el preparado. El preparado de venta en Rusia se emplea para fortalecer el sistema digestivo y hepático. Además, se vende como «hepatoprotector, con efectos antivirales y antibacterianos y especializado para enfermedades crónicas». Su composición no está clara, ya que informa de que contiene ácidos grasos, proteínas y otros compuestos necesarios para la nutrición. Al no poder corroborar la composición exacta recomendamos a la paciente que no tome el preparado. Se registra en la historia digital de la paciente.

La paciente finaliza el tratamiento con carga viral de VHC indetectable, mejor tolerancia al tratamiento y mejor estado de ánimo. La paciente acude a la consulta para agradecer el trabajo realizado y los pequeños consejos que le han facilitado la toma del tratamiento. Recordamos la importancia de continuar con su tratamiento habitual, incluyendo el tratamiento osteoporótico.

CAPACIDAD	Prioridad 3, modelo de estratificación Índice de complejidad < 5
MOTIVACIÓN	Nivel cultural medio-bajo Detección de interacciones Prevención y resolución de reacciones adversas
OPORTUNIDAD	Comunicación estrecha con los miembros del equipo multidisciplinar a través de la historia digital Vía de comunicación rápida con la paciente



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA E INTERACCIONES MEDICAMENTO-ALIMENTO

José Antonio Marcos Rodríguez

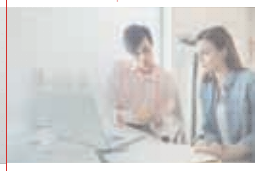
ANTECEDENTES

Mujer de 31 años con diagnóstico en diciembre de 2010 de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, estadio cT2N1M0, receptor estrógenos positivo, receptor progestágenos positivo y receptor HER-2 (receptor 2 de factor de crecimiento epidérmico humano) positivo. Recibió seis ciclos de docetaxel- trastuzumab en neoadyuvancia, completando un año de tratamiento con trastuzumab, seguido de hormonoterapia. En el año 2013 se le diagnosticó metástasis ósea y hepática, por lo que recibió seis ciclos de doxorrubicina liposomal no pegilada-paclitaxel-trastuzumab y continuó con trastuzumab en mantenimiento y maniobra hormonal.

Tras una crisis epiléptica nocturna la paciente acude a urgencias, donde se pauta tratamiento antiepiléptico consistente en 500 mg/8 h de ácido valproico y 1000 mg/12 h de levetiracetam. Se observan lesiones compatibles con metástasis cerebrales.

Posteriormente, inicia tratamiento con 1250 mg/día de lapatinib interrumpido junto con capecitabina en dosis de 1000 mg/m^2 dos veces al día los días 1-14 del ciclo.

Tras el primer ciclo, presenta toxicidad digestiva que precisa ajuste de dosis de capecitabina.



RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

La paciente acude a la consulta de pacientes externos para iniciar el tratamiento con lapatinib y capecitabina. Se le explican las reacciones adversas esperadas y cómo tomar la medicación: lapatinib en ayunas (5 comprimidos) y capecitabina en los primeros 30 minutos tras el desayuno y cena (3 comprimidos/12 horas). Se le dispensa el primer ciclo.

En la segunda visita, se le dispensa lapatinib y capecitabina tras ajustar la dosis por toxicidad digestiva.

Después del segundo ciclo, el análisis bioquímico revela alteraciones hepáticas: AST, 95 UI/l; ALT, 134 UI/l; y bilirrubina total de 3,1 mg/dl y directa de 2,2 mg/dl. Se revisa si hay interacciones con el tratamiento antiepiléptico que tiene la paciente sin que haya evidencia de ser causante de estas alteraciones.

Posteriormente, y tras varios ajustes de dosis en ambos fármacos sin conseguir normalizar los niveles analíticos, se decide finalmente suspender el tratamiento y solicitar a la Comisión de Farmacia y Terapéutica una nueva línea de tratamiento.

RESOLUCIÓN CMO

La paciente acude a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia para iniciar una nueva línea terapéutica tras la progresión de su enfermedad. Se estratifica en función del modelo de atención farmacéutica al paciente crónico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (y se proyecta una futura estratificación cuando se desarrolle el modelo de paciente oncológico). Tras revisar el nuevo episodio en su historia clínica y la última analítica de la paciente, se valida la prescripción y se le plantean a la paciente los objetivos farmacoterapéuticos que perseguimos con el nuevo tratamiento. Asimismo, le explicamos las reacciones adversas potencialmente esperadas y qué hacer en caso de presentarlas, y cómo debe tomar la medicación: lapatinib en ayunas (5 comprimidos) y capecitabina en los primeros 30 minutos tras el desayuno y cena (3 comprimidos/12 h). Se comprueba la ausencia de interacciones potenciales con su medicación antiepiléptica. Se insiste en la importancia de comunicar cualquier fármaco, suplementos o plantas medicinales que quiera empezar a tomar. La paciente presenta cierto desánimo ante el fracaso de las líneas de tratamiento anteriores, por lo que se le refuerza el aspecto motivacional identificando las discrepancias internas que presenta respecto al nuevo tratamiento y manteniendo las fortalezas identificadas sobre su comportamiento farmacoterapéutico en las anteriores visitas a consultas. Por esta misma situación, se le recomienda la visita (y, si lo considera, la inscripción) a webs como patientslikeme.com y personasque.com, y la descarga de aplicaciones móviles como la de la

OBJETIVOS

1. Estratificación y planificación de las intervenciones en función de la tipología de la paciente
2. Control de efectos adversos, interacciones y adherencia
3. Reforzar la información y los comportamientos positivos

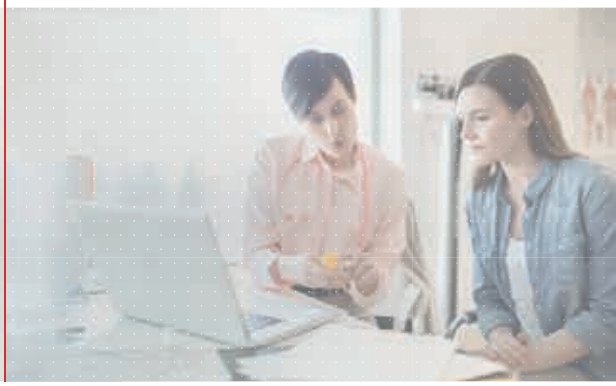
Escuela de Pacientes andaluza y su aula de Cáncer de Mama, o la aplicación Contigo, que narra las historias de otras pacientes que han padecido cáncer de mama. Se le da información por escrito y se le proporciona correo electrónico y teléfono para cualquier consulta. Se dispensa el primer ciclo.

La paciente acude a la consulta para su segundo ciclo. Se revisa la historia clínica, donde se observa una modificación de dosis de capecitabina por abundante diarrea. En la analítica se aprecian valores alterados: AST, 75 UI/l; ALT, 104 UI/l; y bilirrubina total de 2,1 mg/dl y directa de 1,1 mg/dl. Aunque la mujer es joven y con buen nivel sociocultural, en la anterior visita su estado emocional tras notificarle la progresión de su enfermedad no era el más adecuado para asimilar toda la información. Se repasa con ella, una tras otra, toda la información y recomendaciones aportadas. Se detecta que la paciente ha estado tomando lapatinib con el desayuno (debe ser en ayunas), lo que puede aumentar la biodisponibilidad del fármaco cuatro veces y, por lo tanto, incrementa su toxicidad (compatible con las alteraciones analíticas que presenta). Se insiste en la importancia de tomar los medicamentos tal y como se indican. Acepta modificar la administración de lapatinib y se muestra sorprendida por las consecuencias que puede tener tomar de manera errónea la medicación. Aunque más tranquila que en la anterior visita, la paciente muestra signos depresivos, por lo que se la invita a contactar con el psicooncólogo del equipo multidisciplinar.

Durante las visitas posteriores se normalizan los parámetros bioquímicos, ha realizado consultas telefónicas para preguntar por posibles interacciones medicamentosas con nuevos fármacos que han sido iniciados por el médico de atención primaria y, tras contactar con el psicólogo, refiere encontrarse más animada. Asimismo, visitar las webs recomendadas y la aplicación descargada en su *smartphone* le ayuda a llevar mejor la farmacoterapia y su enfermedad.

La paciente alcanza objetivos farmacoterapéuticos a partir de la visita 3 y continúa con el tratamiento sin presentar toxicidad relevante ni progresión de la enfermedad.

CAPACIDAD	Estratificación según el modelo de crónicos general Nivel básico
MOTIVACIÓN	Generar las discrepancias internas y afrontar y mantener las fortalezas alcanzadas
OPORTUNIDAD	Facilitar el contacto con otros profesionales y con otros pacientes en su misma situación Recomendar aplicaciones y webs de interés



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

Raúl Ferrando Piqueres, Teresa García Martínez

ANTECEDENTES

Paciente mujer de 39 años. Casada y con dos hijos de 12 y 14 años. Buen nivel educacional y social. Administrativa, con trabajo en oficina con jornada intensiva en horario de mañana. Con diagnóstico de enfermedad de Crohn hace tres años. Inicio de tratamiento biológico con infliximab cada ocho semanas, con un año y medio de duración.

Tras la decisión clínica del cambio de tratamiento biológico, por falta de respuesta y mal estado (5-8 deposiciones líquidas diarias, pérdida de peso y estrés laboral y familiar), acude a la consulta de atención farmacéutica para iniciar terapia con adalimumab.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

La paciente acude a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia para el inicio del tratamiento con adalimumab subcutáneo. Se le explica cómo debe administrarse la medicación con la pluma de demostración y se le informa de las pautas de dosis de inicio que debe seguir: la dosis de carga (dos plumas en la semana 0) y la dosis de mantenimiento (una pluma cada dos semanas), así como las precauciones en relación con procesos infecciosos que puedan surgir durante el tratamiento con fármacos biológicos. Se le dispensan cinco plumas, por lo que se la cita nuevamente en el Servicio de Farmacia ocho semanas después.

Tras más de dos meses, la paciente acude a la consulta de pacientes externos a por más medicación. Al entrar en la consulta, le comunica al farmacéutico su descontento con el tratamiento, ya que no refiere mejoría importante y tiene dolor tras la inyección. También confiesa «no» haber respetado estrictamente los 14 días entre dosis sucesivas.

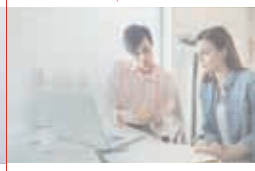
RESOLUCIÓN CMO

La paciente acude a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. El farmacéutico conoce en profundidad su historia clínica, ya que se ha tratado el caso en la Comisión Mensual Interdisciplinar de Tratamientos Biológicos en Enfermedades Digestivas. La paciente ha estado en tratamiento con infliximab desde hace un año con variabilidad en las administraciones en el hospital de día, justificadas por la paciente por incompatibilidad con el horario laboral. Con los resultados de la monitorización farmacocinética de niveles plasmáticos de infliximab, se decide suspender el tratamiento por detección de anticuerpos antiinfliximab en el último control realizado por sospecha de falta de eficacia. Tras el consenso de la comisión, se decide cambiar el tratamiento a otro fármaco antifactor de necrosis tumoral de administración ambulatoria para asegurar la adherencia mediante el control bimensual de la paciente en la consulta externa del Servicio de Farmacia.

El farmacéutico realiza una entrevista con la paciente tratando de averiguar los motivos del cumplimiento irregular de infliximab; asimismo, se la implica en el óptimo resultado de la terapia tomando como base la necesidad de una buena adherencia en los tratamientos futuros que necesitará. A continuación, se le explica cómo debe administrase la medicación, para lo que se visualiza conjuntamente con la paciente el vídeo demostrativo de la administración de la pluma en la web del Servicio de Farmacia, familiarizándose esta con el dispositivo de demostración. Se aportan las fuentes de información escrita y audiovisual para que la paciente pueda consultarlas en cualquier momento. Se refuerza la necesidad de mantener la adherencia para evitar el fracaso del tratamiento y se le informa de que la mejoría se conseguirá de modo progresivo, por lo que no debe esperar que los síntomas desaparezcan tras la primera dosis.

OBJETIVOS

1. Asegurar la correcta administración y formar minuciosamente sobre la terapia iniciada (web)
2. Seguimiento de la eficacia y seguridad del tratamiento (monitorización de niveles)
3. Instaurar hábitos de vida saludables y motivar a la paciente en su tratamiento (web actualizada)



MOTIVACIÓN

Se le recuerdan las recomendaciones sobre hábitos de vida aconsejables en su enfermedad, en relación con la alimentación adecuada, y la necesidad de evitar situaciones de estrés que puedan agravar su patología.

Se informa a la paciente de la necesidad de medir los niveles plasmáticos de adalimumab con el objetivo de mejorar los resultados de su tratamiento y ajustar la posología; para ello se le solicitarán analíticas desde la consulta, acordando con la paciente la fecha de extracción, que deberá ser el día de la administración antes de llevar a cabo esta.

Se le informa de la existencia de una web elaborada por el Servicio de Farmacia en la que podrá encontrar novedades y consejos sobre su enfermedad, lo cual le permitirá estar actualizada e implicada para conseguir los mejores resultados de su tratamiento. Se le facilita la información de contacto teléfono/correo electrónico/web para la consulta rápida y directa con el farmacéutico en caso de cualquier duda o problema con el tratamiento.

La entrevista finaliza definiendo con la paciente los objetivos que debe conseguir en los próximos meses: diseño de una dieta semanal equilibrada y adaptada a su enfermedad, ganancia de 2-3 kilos de peso, reparto de las tareas domésticas con su pareja para reducir el estrés en casa y empezar a formarse en su enfermedad a través de la web del Servicio de Farmacia.

A los dos meses la paciente acude a por medicación al Servicio de Farmacia. Refiere no estar peor, pero presenta dolor intenso durante la inyección. Se le cambia la presentación a jeringas para reducir el dolor provocado por la pluma y se le solicitan niveles plasmáticos para un mes y medio después. Se revisan los objetivos definidos en la entrevista inicial para comprobar que los recuerda y que no presenta ninguna dificultad en el intento de alcanzarlos.

Los resultados de los niveles plasmáticos de adalimumab (10,5 µg/ml) indican que se encuentra por encima de las concentraciones terapéuticas, por lo que se decide ampliar el intervalo posológico a una administración de adalimumab cada tres semanas.

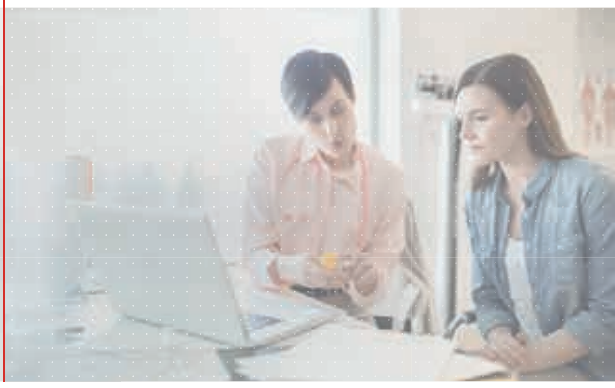
En la siguiente consulta al Servicio de Farmacia la paciente refiere un mejor estado general (aumento de peso, dos deposiciones diarias, sin dolor). Se le informa de los resultados analíticos y de la necesidad de optimización del tratamiento con la reducción de la frecuencia de administraciones, ante lo que manifiesta su entusiasmo. Se programan nuevos controles de niveles plasmáticos para asegurar la eficacia de la nueva pauta posológica y se replantean los objetivos, basados en seguir incrementando el peso (2-3 kilos más) y en el diseño de nuevas dietas con los alimentos con los que la paciente ha observado mejor tolerancia.

CAPACIDAD	Niveles plasmáticos y detección de anticuerpos de fármacos biológicos
MOTIVACIÓN	Formación en administración, adherencia y hábitos de vida saludables Activación de la paciente con tecnologías de la información y la comunicación
OPORTUNIDAD	Optimización objetiva de la posología. Consultas e información rápidamente disponibles

OPORTUNIDAD

Emilio Monte Boquet[1], Luis Carlos Fernández Lisón[2]

[1] Jefe de sección de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
[2] Jefe de sección de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres



TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN, UNA OPORTUNIDAD CLARA PARA PACIENTES Y FARMACÉUTICOS

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son el conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y enviarla de un lugar a otro. En el campo de la salud, las TIC se han posicionado como herramientas clave para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, además de la salud de la ciudadanía. Facilitan el trabajo de los profesionales, agilizan los procesos, aligeran la burocracia y hacen que los centros sanitarios sean más eficientes. Todo ello contribuye a la configuración de un modelo asistencial eficaz y mucho más sostenible.

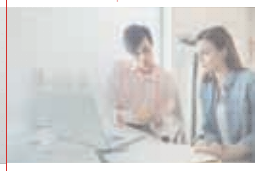
Las TIC pueden transformar el modelo de atención sanitaria y, particularmente, el de atención farmacéutica, de forma que se pueda colocar al paciente en el centro y sea el eje sobre el que se planifiquen y ordenen los servicios sanitarios, formando una red eficiente que contribuya a la implantación de medidas y a la toma decisiones más precisas y eficaces.

En un reciente informe multidisciplinar realizado en España sobre la contribución de las TIC en la optimización del sistema de salud y la atención al paciente emergente (informe ConTIC), se ha establecido una serie de áreas relevantes en las cuales la contribución de estas podría ser notable[1]. Si las adaptamos al campo de la atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, las TIC pueden tener un papel muy destacado y ser una verdadera oportunidad para pacientes y farmacéuticos.

De este modo podemos encontrar diferentes oportunidades que se pueden agrupar en 10 bloques:

- Oportunidad en cuanto al **modelo de atención farmacéutica,** modulando el enfoque de atención sobre el paciente:
  - Las TIC permiten un modelo asistencial más integrado entre pacientes y farmacéuticos y entre estos con el resto de profesionales sanitarios.
  - Mejoras en la asistencia de las patologías crónicas, en aumento en los últimos años y con gran problemática de polimedicación asociada.
  - Promoción de la coordinación de la atención farmacéutica en los diferentes niveles asistenciales.
  - Desarrollo de atención farmacéutica domiciliaria que evite desplazamientos innecesarios a los pacientes.

- Oportunidad en cuanto al **proceso de atención**, optimizando los procesos de interacción entre profesionales y pacientes:
  - Sistematización de la forma de trabajar buscando la eficiencia en el proceso farmacoterapéutico.
  - Soporte seguro e integrado en los procesos asistenciales continuos.
  - Intercambio mayor de información relevante para tomar mejores decisiones en el ámbito farmacoterapéutico.
  - Hilo conductor único del paciente en los niveles asistenciales y continuidad asistencial entre la farmacia hospitalaria, la farmacia de atención primaria y la oficina de farmacia.
  - Prescripción de TIC por parte del farmacéutico al paciente previa certificación.
- Oportunidad en cuanto a las **competencias,** con nuevas formas de incorporar conocimiento, habilidades y aptitudes:
  - Aumento de la proactividad del paciente en todos los temas relacionados con su medicación.
  - Incremento del empoderamiento del paciente a través de sus competencias digitales en el ámbito de su medicación.
  - Avances en la formación del paciente y autocuidado en relación con los medicamentos.
  - Oportunidad en cuanto a la accesibilidad, facilitando el acceso de los recursos tanto al paciente como a los farmacéuticos:
  - Aumento de la accesibilidad por la facilidad de búsqueda.
  - Se traslada la atención farmacéutica a donde y cuando está el paciente.
  - Relación continua y accesibilidad virtual para la resolución de todas las dudas del paciente respecto a su medicación.
- Oportunidad en cuanto a **resultados, en salud y económicos**, por permitir conocer y evaluar resultados de las intervenciones en salud en el ámbito de la farmacoterapia:
  - Mejora de los resultados en salud en el ámbito de la farmacoterapia.
  - Reducción de costes tanto directos como indirectos.
  - Medición de resultados bajo criterios homogéneos.
  - Mejora de la eficiencia interna.
  - Medición y análisis de resultados.
- Oportunidad en cuanto a **visibilidad**, haciendo más visibles a entidades, proyectos y farmacéuticos:
  - Visibilidad del paciente y de sus dolencias.
  - Transparencia en los procesos y la gestión del sistema sanitario.
  - Visibilidad y marca personal para los profesionales farmacéuticos.
- Oportunidad en cuanto a nuevas vías de **comunicación** con el paciente que permitan intercambiar información y conocimiento entre los diferentes farmacéuticos implicados en el proceso:
  - Conectividad y coordinación entre farmacéuticos y equipos sanitarios multidisciplinares.
  - Mayor intercambio de información relevante que mejore la atención farmacéutica y la toma de decisiones en el ámbito del seguimiento farmacoterapéutico.
  - Mejora de la comunicación entre actores: pacientes/cuidadores, farmacéuticos y resto de profesionales sanitarios.
- Oportunidad en cuanto a **integración**:
  - Implantación de la atención centrada en la persona.
  - Coordinación e integración de los distintos agentes de salud.
- Oportunidad en cuanto a **conocimiento** en el ámbito farmacoterapéutico:
  - Formación implícita y garantizada desde las organizaciones.
  - Transformación de los datos en conocimiento.
  - Mejora de la calidad de la información.
  - Interoperabilidad de bases de datos: información integrada y compartida.
  - Democratización de acceso al sistema (pacientes y profesionales farmacéuticos).
- Oportunidad para los **pacientes**:
  - Información personalizada a pacientes de todo lo relacionado con su medicación.
  - Autocuidado y prevención para el paciente crónico.
  - Mejoras en la toma de decisiones y en el autocuidado.



Salud 2.0: el cambio que estábamos esperando para la mejora de la atención farmacéutica

Dentro de las TIC se incluye todo lo relacionado con la web 2.0 (salud 2.0), que, a diferencia de otros proyectos estratégicos en TIC como la historia electrónica o la receta electrónica, no requiere del liderazgo, impulso e inversión de la administración sanitaria.

Por el término «salud 2.0» se entiende un nuevo concepto que defiende una visión integral e innovadora del modelo de sanidad. Básicamente, consiste en la creación de nuevos sistemas de información diseñados para interactuar de forma ágil, ubicua y sencilla, y pensados para ser usados por los profesionales sanitarios, los gestores y los ciudadanos.

La salud 2.0 incluye numerosas herramientas gratuitas con un amplio abanico de posibilidades de comunicación que se pueden utilizar en la relación entre profesionales sanitarios o de aplicación directa a los pacientes[2].

El escenario actual muestra que cada vez son más los centros de salud, hospitales, servicios clínicos, gerencias de área, consejeros, autoridades y organizaciones sanitarias en general que se encuentran en todo lo relacionado con la web 2.0. Los resultados del uso de la web 2.0 en el ámbito empresarial están constatados. Así, la mayoría de las multinacionales farmacéuticas se hallan ya presentes en redes sociales como Facebook o Twitter, y algunas de ellas también incluyen contenidos audiovisuales a través de YouTube[3].

Las redes sociales se han perfilado como herramientas muy útiles para profesionales sanitarios que desean aumentar su presencia y su visibilidad en internet, pero, sobre todo, que quieren conversar con todos los usuarios que lo deseen en nuevos canales y que deciden acercarse a otros sanitarios, e incluso pacientes, en la Red.

De este modo, las redes sociales constituyen un importante repertorio de posibilidades para el profesional sanitario en general y para el farmacéutico en particular. Algunas de las oportunidades que las redes sociales pueden ofrecer al farmacéutico las encontramos en la figura 1.

Figura 1 Oportunidades que las redes sociales ofrecen al farmacéutico



Oportunidad en cuanto a la comunicación

Es posible habilitar un canal de comunicación directo con otros profesionales sanitarios o con pacientes con los que se puede entablar conversación a través de cualquier red social de una forma directa, aunque también asíncrona, desde cualquier dispositivo con una conexión a internet. De cara a la atención sanitaria privada, ha cobrado mucha importancia el hecho de poder «fidelizar» a pacientes y potenciales pacientes a través de las redes sociales.

Oportunidad en cuanto a generar reputación *online*

La salud 2.0 es un buen escenario para ganar reputación profesional y sirve como un gran escaparate de actividades y conocimientos. Tener el prestigio de un nombre o marca asegurado en internet es clave, y precisamente las redes sociales, bien utilizadas, son ideales para conseguir este objetivo. Esa buena reputación puede acercar al profesional farmacéutico a muchas oportunidades, tanto desde la perspectiva de *networking* profesional como desde la perspectiva del servicio al paciente.

En este sentido, son importantes los conceptos de identidad e imagen digital. La creación y el tratamiento de los contenidos son fundamentales para entender la importancia de crear material a través del cual llegar al usuario final. Enseñar al profesional farmacéutico a ofrecer contenidos interesantes para pacientes o el resto de profesionales sanitarios, eligiendo en cada caso el lenguaje y tema adecuados, puede ser una gran oportunidad de generar reputación *online*.

En cuanto a qué red social elegir, esto va a depender del objetivo por parte del profesional sanitario. LinkedIn se utiliza como un gran escaparate curricular y de relación con el resto de profesionales sanitarios. Twitter es una buena red para el objetivo de comunicación y Google+ para posicionamiento (figura 2).

Figura 2 Las mejores redes sociales para difundir la marca personal



Twitter (profesional) | Linkedin (curriculum) | Google + (posicionamiento)

Oportunidad de posicionamiento en la Red (*search engine optimization*)

El *search engine optimization* (SEO) es el posicionamiento natural de un sitio web para obtener más visibilidad. Ese sitio web puede ser el propio del profesional sanitario que realice la formación, el de una organización sanitaria, etc. Sin aparecer en las primeras pestañas de los buscadores, ese sitio web no existirá a los ojos de los usuarios que realizan las búsquedas. Entender el SEO es básico para cualquier profesional sanitario que quiera trabajar su identidad digital.

Un punto que se debe considerar en este apartado es que disponemos de herramientas analíticas que nos permiten monitorizar el posicionamiento en la Red. La analítica web es clave para extraer conclusiones que nos digan si lo que estamos haciendo lo estamos haciendo bien o mal. El volumen de datos digitales que se genera es cada vez más amplio y necesita ser traducido a información útil, que el profesional sanitario debe saber interpretar para conocer si ha llegado bien a su público, cómo está llegando y cómo debería llegar. Aunque no se le suele dar mucho protagonismo, la analítica web es esencial para que un profesional sanitario sepa si el desarrollo de su imagen digital va hacia buen puerto o no.

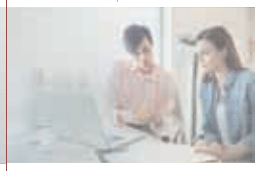
Oportunidad de formación (*e-learning*), docencia e investigación[4]

La irrupción de las nuevas tecnologías de la comunicación ha permitido que el *e-learning* (formación o educación mediante canales electrónicos) se haya convertido en una realidad plenamente asentada que en muchos casos puede ser una vía docente fácil y cómoda de utilizar. El *e-learning* permite una formación integral y a distancia, rentabilizando tiempos y recursos para el profesional sanitario.

Del mismo modo, la salud 2.0 puede ser un nuevo escenario de investigación para profesionales sanitarios debido a la gran cantidad de datos que podemos derivar de su empleo. Aunque son pocas las experiencias en este sentido, es un campo por explorar. Algunos ejemplos hasta la fecha son la predicción de brotes de gripe en una determinada zona, el estudio de la incidencia de los ataques de migraña o la identificación de factores de riesgo de la enfermedad coronaria utilizando Twitter[5]. En el campo de la farmacoterapia también se empiezan a tener algunas experiencias, sobre todo en la farmacovigilancia[6].

En 2014 se publicó una serie de recomendaciones y consejos para farmacéuticos de hospital que son de gran importancia antes de introducirse en el mundo de la salud 2.0 de manera profesional[7]:

- Es fundamental respetar las normas de privacidad de los pacientes y la confidencialidad. En todo momento se tiene que tener en cuenta la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.



- Sobre el uso de internet y las redes sociales, los profesionales tienen que utilizar la configuración de privacidad para proteger la información personal y el contenido dentro de lo posible. Los profesionales tienen que controlar su propia presencia en internet.
- En el caso de compartir información farmacoterapéutica con los pacientes a través de las redes, se deben mantener los límites adecuados de la relación profesional sanitario-paciente, en conformidad con las normas éticas profesionales.
- Para mantener los límites profesionales apropiados se tendría que considerar la posibilidad de la separación explícita de lo que se publica de manera personal o profesional.
- Cuando se detecte contenido farmacoterapéutico o biomédico publicado por algún otro profesional que parece poco contrastado o evidenciado, se tiene la responsabilidad de notificarlo al autor, de forma que lo pueda eliminar o tomar medidas adecuadas.
- Debe recordarse que las acciones realizadas en la Red y el contenido inadecuado publicado puede afectar negativamente a la reputación entre los pacientes y los compañeros de profesión. Esta situación puede generar consecuencias negativas en cuanto a la carrera profesional y generar desconfianza pública de la profesión.
- La difusión de la información de carácter farmacoterapéutica se basará siempre en la metodología de la medicina basada en pruebas (dando prioridad a la difusión de la basada en el ensayo clínico aleatorizado, el metaanálisis y la revisión sistemática), procurando siempre citar la fuente primaria original.
- Cuando se promocione la información farmacoterapéutica publicada por otro profesional, siempre es recomendable consultar la fuente original. Si la información es relevante y de calidad, se considera adecuado citar al profesional que difunde por primera vez la información.
- Siempre se debe asegurar que el contenido y la forma de expresión de la información que se difunde son apropiados para la audiencia a la cual se dirige.
- Mantener siempre una actividad periódica mínima en la cuenta, para posicionar la presencia en la red social. Hay que considerar que se tiene que evitar escribir más de una vez el mismo comentario.
- Se recomienda que el seguimiento a otros usuarios se realice de forma racional, basado en cuentas de organizaciones sanitarias y profesionales de prestigio.

Se recomienda que todo el material científico que se publique en abierto en la Red se haga bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0, permitiendo así la difusión de este, pero sin perder el crédito de la autoría.

En cuanto a las oportunidades que la salud 2.0 ofrece al paciente y su relación con el profesional farmacéutico, este tema se abordará en el apartado dedicado al paciente experto.

Telemedicina: otra gran oportunidad en la nueva relación paciente-farmacéutico

La **telesalud** corresponde a un concepto amplio que incluiría los sistemas que hacen uso de las TIC para transferir información del cuidado de la salud con el fin de brindar servicios clínicos, administrativos y educativos. La telesalud utiliza teléfonos, *smartphones* y dispositivos móviles inalámbricos con o sin conexión de vídeo y se está desarrollando rápidamente con un gran potencial de transformación en la atención sanitaria de millones de personas[8].

Dentro de la telesalud podemos incluir otras definiciones que hacen alusión más específicamente a la utilización de esta en un área concreta de la atención sanitaria. Por un lado, encontramos el término «**telemedicina**», más ampliamente utilizado, que podríamos definir como el intercambio de la información médica desde un punto/sitio hacia otro, por medio de las comunicaciones electrónicas, con el objeto de mejorar el estado de salud de un individuo. Por otro lado, está el concepto «**telefarmacia**», definido por la National Association of Boards of Pharmacy como la provisión de atención farmacéutica a pacientes a distancia a través del uso de las telecomunicaciones y las TIC. Se podría decir que la telefarmacia se incluiría dentro de la telemedicina.

Las aplicaciones de la telemedicina pueden ser asincrónicas (por ejemplo, las realizadas a través del uso del correo electrónico para el envío de imágenes o consultas de los pacientes vía web) o bien sincrónicas, como la utilización de videoconferencias para realizar interconsultas o examinar a pacientes en tiempo real.

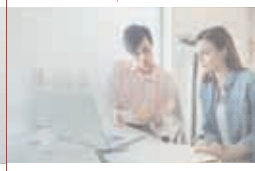
Podemos identificar tres **oportunidades** importantes en el desarrollo de la telemedicina para pacientes y farmacéuticos:

- El **mejor acceso** a la atención sanitaria con **reducción de costes.** Desde el punto de vista del paciente, el elemento más destacable de la telemedicina es el incremento en cuanto al acceso de su atención sanitaria. Facilita el acceso a zonas de gran dispersión geográfica o donde resulta difícil de llegar la atención sanitaria y puede facilitar una mayor monitorización del estado de salud o seguimiento farmacoterapéutico. Cada vez hay más experiencias que empiezan a reflejar una reducción de costes, fácilmente previsible si evitamos a los pacientes esperas y viajes a centros sanitarios[9].
- **Hacer frente a la gran demanda sanitaria** fruto del aumento de la cronicidad de muchas patologías. Las aplicaciones más tempranas en la telemedicina fueron sobre todo en el ámbito del paciente agudo, como politraumatizados o pacientes con ictus[10]. En cuanto al paciente crónico, las experiencias son más derivadas de la monitorización asincrónica o con soporte telefónico. Evitar desplazamientos, instaurar programas remotos para controlar enfermedades como la diabetes, la hipertensión o el colesterol y enviar los resultados de forma *online* son cuestiones que, en pocos años, se pretenden implantar. Por ejemplo, una revisión realizada en 2012 mostraba que, de 141 ensayos clínicos aleatorizados llevados a cabo con telemedicina en pacientes crónicos, solo 10 de ellos incorporaban videoconferencia con el facultativo[11]. Sin embargo, las iniciativas de telemedicina aplicada a la gestión de enfermedades crónicas empiezan a aumentar, tanto en Estados Unidos como en la Unión Europea, aunque la mayoría está en período de evaluación. En nuestro país, un ejemplo ya validado y publicado es el programa de Hospital Virtual para pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desarrollado por el Hospital Clínic de Barcelona[12].
  Desde el punto de vista farmacéutico, la elevada polifarmacia y sus complicaciones añadidas (como interacciones o falta de adherencia), la cada vez más necesaria monitorización de los resultados de los medicamentos y evitar los múltiples errores de medicación pueden tener en la telemedicina un aliado muy potente en cada uno de los niveles asistenciales. En este sentido, empiezan a aparecer experiencias sobre todo en el seguimiento farmacoterapéutico y conciliación de los tratamientos con buenos resultados[13,14].
- Posibilidad de **migración de datos** de todo tipo desde hospitales y centros sanitarios de atención primaria a domicilios y dispositivos móviles. Esto estaría en sintonía con el concepto de *big data*, que se aborda en otro apartado.

Una categoría especial dentro de la telemedicina y una de sus múltiples aplicaciones sería la **telemonitorización** o **seguimiento *online* de pacientes.** Muy interesante para el farmacéutico desde el punto de vista del seguimiento farmacoterapéutico y la atención farmacéutica, ya sea por la rentabilización del tiempo que supone para el profesional como por la constante demanda de los pacientes de los servicios sanitarios para que ciertas gestiones, dudas y consultas no se lleven a cabo presencialmente.

La telemonitorización puede ser diferida cuando se refiere al almacenamiento y posterior envío de los datos clínicos del paciente al profesional sanitario situado en otro lugar, a través del correo electrónico, internet u otras formas de transmisión, para que el profesional los revise cuando lo desee. Asimismo, puede ser telemonitorización a tiempo real, que se refiere al empleo de las TIC que permiten la comunicación a tiempo real entre el paciente y el profesional sanitario. Dentro de esta última modalidad se incluyen las audioconferencias y las videoconferencias.

La telemonitorización se da si hay una transmisión digital de banda ancha, satélite, conexión inalámbrica

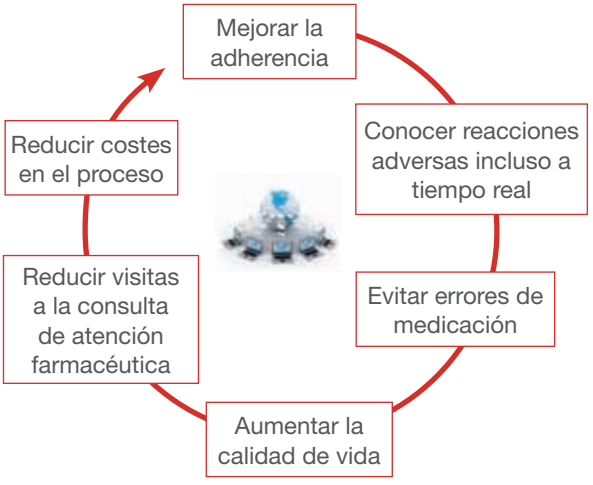


o *bluetooth*. Estas intervenciones se han de estructurar para ofrecer seguimiento telefónico a demanda del paciente o el profesional. Las ha de iniciar un profesional de la salud (farmacéutico, médico, enfermera o trabajador social) y se han de ofrecer a personas con patologías crónicas que viven en la comunidad. Las intervenciones de telemonitorización han de estar centradas en el paciente y planificadas para solucionar sus inquietudes y problemas.

Algunos estudios para patologías concretas como la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ya han demostrado que la telemonitorización en el hogar puede ofrecer mejores resultados clínicos para pacientes en comparación con el tratamiento habitual. Entre los beneficios encontrados se halló una disminucción en las tasas de hospitalización. También se observó una reducción en el número de visitas a urgencias y en los días de estancia en el hospital, y se asoció, además, con un descenso en las tasas de mortalidad[15-17].

Algunas oportunidades que el farmacéutico puede encontrar en la telemonitorización o seguimiento *online* de pacientes son las que se determinan en la figura 3.

Figura 3 Oportunidades para el farmacéutico de la telemonitorización a pacientes



Salud móvil

Si hay una práctica que permite una atención farmacéutica continuada y no necesariamente ligada al proceso de dispensación, esa es la salud móvil (mSalud; en inglés *mHealth*). Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mSalud es la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles (como teléfonos móviles), dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes personales digitales y otros dispositivos inalámbricos[18]. Si bien la mSalud engloba mucho más que las aplicaciones para dispositivos móviles (*apps*), la disponibilidad de estas *apps* aumenta de forma imparable en el área de la salud debido a, fundamentalmente, dos factores:

- Incremento de la disponibilidad y utilización de dispositivos móviles (principalmente *smartphones*) por parte de la población. Se estima que en la actualidad ya hay más teléfonos móviles activos que personas en el mundo y que el 85 % de los usuarios accede a internet desde el móvil[19]. En el caso de España, el 87 % de las líneas móviles son *smartphones* y se estima que 7 de cada 10 españoles que poseen un *smartphone* se conectan todos los días a internet a través de este dispositivo[2]. Por otra parte, según una reciente encuesta de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC), el 93,9 % de las personas que se conectan a internet en España lo hace a través del teléfono móvil. Este es el dispositivo más utilizado[20].
- Importancia del empoderamiento del paciente. Cada vez es más reconocido el papel del paciente activo e informado, dado que de él se esperan mejores resultados en salud y mayores beneficios tanto individual como colectivamente. Sin duda, la mSalud (incluidas las *apps*) puede contribuir a conseguir un mayor empoderamiento en salud de la población.

En la actualidad la mSalud está suponiendo una revolución en los sistemas sanitarios y en la forma de proveer prestaciones sanitarias a la población. En la figura 4 se resumen algunas de las áreas o procesos en los que la mSalud impacta de forma positiva[21-24].

Figura 4 Áreas de impacto de la mSalud en los sistemas sanitarios

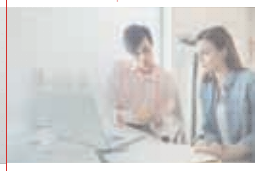


La mSalud puede contribuir al empoderamiento del paciente, puesto que puede ayudarle a implicarse de forma activa en el seguimiento de su enfermedad y su tratamiento y hacerle consciente de la importancia que el autocuidado puede desempeñar en su salud. Además, puede ayudar a modificar hábitos y comportamientos del paciente que redunden en beneficios para su salud. Así, existen numerosas *apps* destinadas a controlar la actividad física, la dieta o el tabaco consumido por el usuario para incentivar unos hábitos de vida más saludables.

Por otra parte, la mSalud permite llevar a cabo importantes cambios en múltiples relaciones y procesos dentro del sistema sanitario. Por ejemplo, las *apps* tienen muchas utilidades en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, ya que facilitan la comunicación entre ellos y el manejo y tratamiento de las enfermedades, especialmente en el caso de enfermedades crónicas. Así, el paciente puede ir incorporando síntomas o parámetros clínicos o fisiológicos (presión arterial, glucosa, etc.) de forma periódica y en cualquier momento y lugar, de modo que los puede poner a disposición de los profesionales sanitarios, lo que facilita un mejor seguimiento por parte de estos. Otro ejemplo de modificación de procesos es cómo las *apps* pueden contribuir a mejorar aspectos relacionados con la gestión sanitaria (petición de citas, consultas entre especialistas, acceso al historial médico, etc.) que pueden repercutir positivamente en ahorros en costes y optimización de dichos procesos.

En cuanto al registro de datos por parte de los pacientes, gracias al desarrollo tecnológico del sector móvil y a la incorporación de sensores en distintos tipos de dispositivos o prendas de uso habitual (*wearables*), cada vez es más sencilla la monitorización y registro de parámetros que se transfieren a *apps* capaces de almacenar los datos y hacer un seguimiento continuado y a tiempo real del nivel de actividad y el estado de salud de cada usuario. Además, la incorporación de sensores tiene la ventaja de que registra los datos sin la necesidad de que el usuario tenga que hacerlo y de un modo más fiable que si este los tuviera que registrar. Una consecuencia muy positiva en relación con este tema es que permite un almacenamiento «inteligente» de los datos. En efecto, las *apps* tienen la capacidad de registrar gran cantidad de datos fisiológicos y clínicos que, si se recogen de forma estandarizada y se tratan de forma adecuada, contribuyen a alimentar el denominado *big data*, que, en el caso de la salud, trata precisamente de cómo integrar la ingente cantidad de datos provenientes de dispositivos, redes sociales, aparatos médicos, registros en papel, etc., y estructurarlos de forma eficaz para predecir, prevenir y personalizar el abordaje de las enfermedades.

Otro claro beneficio de la mSalud es que facilita el acceso a poblaciones difíciles de alcanzar por los medios habituales. Gracias a la reducción de costes y a la expansión de la tecnología móvil, la presencia de las *apps* crece en lugares del mundo donde la tecnología tradicional tiene muy difícil acceso. Así, en las zonas más desoladas, los dispositivos móviles permiten el acceso a la información sanitaria y facilitan el diagnóstico a distancia o presencial de una gran variedad de patologías. Asimismo, facilitan la aten-



ción remota, la telemedicina y la intervención en casos de emergencias.

Finalmente, otro beneficio de la mSalud es su potencial contribución a la reducción de costes sanitarios. Este es un aspecto muy citado al hablar de mSalud; no obstante, en realidad no existen apenas evidencias que lo demuestren. Sí es una ventaja potencial muy reconocida, pero será necesario disponer en el futuro de estudios bien realizados que lo demuestren.

A pesar de las ventajas comentadas, también existen algunas barreras y limitaciones que dificultan la adopción de herramientas de mSalud o que impiden un mayor aprovechamiento de estas[21-33]. Entre ellas se encuentran las escasas evidencias de su efectividad sobre resultados en salud; las dudas que existen acerca de su seguridad, confidencialidad y privacidad (en la actualidad la Comisión Europea ha constituido un grupo de trabajo, en el que participa la European Association of Hospital Pharmacists, para desarrollar guías que sirvan de base para evaluar la validez y fiabilidad de los datos que se recogen y se procesan a través de *apps* de salud); la escasa conexión con sistemas de información sanitarios (que hace que gran parte de los datos recogidos no se incorporen a los sistemas de información de salud); problemas de usabilidad debido a diseños poco amigables o dificultad de manejo (especialmente para personas mayores y en la población pediátrica) o las dudas existentes acerca de la formación médica de los desarrolladores de *apps* (no siempre se cuenta con desarrolladores lo suficientemente familiarizados y conocedores del mundo sanitario ni con el asesoramiento de profesionales sanitarios). Otra limitación reconocida de la mSalud es la derivada de la brecha digital que existe entre diferentes sectores de la población, puesto que hay personas que tienen mayor dificultad para acceder a la tecnología o que les resulta más dificultosa su implementación, lo que puede marcar diferencias en cuanto a los servicios de salud prestados a diferentes colectivos. Finalmente, existe el riesgo de una excesiva utilización de recursos sanitarios por parte de personas que utilicen la mSalud como consecuencia de la mayor facilidad para contactar con el sistema.

En cuanto a la utilidad de la mSalud en el ámbito de la atención farmacéutica a pacientes externos, caben pocas dudas de que puede impactar muy positivamente en prácticamente todas las áreas de actividad, como son el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes (validación de tratamientos, adherencia, efectos adversos, interacciones, conciliación, etc.), información y educación sanitaria (información de medicamentos, concienciación de la importancia del tratamiento, dieta, estilo de vida saludable, etc.), coordinación multidisciplinar (gestión farmacoterapéutica, consultoría, investigación, docencia, etc.) y dispensación de medicamentos. Resulta sencillo encontrar *apps* de utilidad para todas estas áreas, tanto para los pacientes como para el farmacéutico. Así, existen *apps* destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento, para la autogestión y empoderamiento del paciente, de contenido formativo e informativo (bases de datos, manuales, guías, recomendaciones, vademécums, etc.), para comprobar interacciones medicamentosas, calculadoras médicas, para la comunicación del paciente con el sistema sanitario (registros de datos clínicos, gestión de citas, etc.), de gamificación en salud, etc. De hecho, el problema con el que nos podemos encontrar en la práctica no es de disponibilidad de *apps*, sino más bien al contrario, ya que existe un número excesivamente elevado que crece exponencialmente y puede resultar difícil determinar cuáles son verdaderamente de utilidad.

Como consecuencia de lo anterior, no es posible hacer un listado exhaustivo de *apps* de utilidad en atención farmacéutica a pacientes externos. Lo que sí es importante es saber dónde y cómo localizarlas. En este sentido, además de los repositorios tipo App Store o Google Play, existen diferentes fuentes donde se recopilan, clasifican y, en algunos casos, se describen y evalúan *apps* de salud, de modo que resulta más sencilla y eficiente su localización. En la tabla 1 se recogen algunas de ellas.

Evidentemente, aparte del tema específico en el que se centre una *app*, existen importantes diferencias

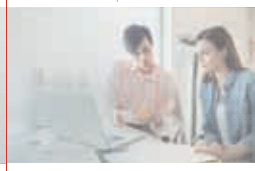
Tabla 1 Recursos para encontrar aplicaciones (*apps*) de salud

- Catálogo de *apps* móviles de salud de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo)
  Recopilación de las *apps* que han obtenido el distintivo AppSaludable. Informa acerca del contenido de la *app*, a quién va dirigida, plataformas e idiomas disponibles, información del desarrollador y cuáles son sus características más destacables
- *Apps* y Proyectos de Movilidad. Oficina mHealth.cat. Fundació TicSalut. Generalitat de Catalunya (http://www.ticsalut.cat/observatori/es_apps/)
  Apps clasificadas por especialidad. Se informa acerca de a quién se dirige, desarrollador, certificaciones, sistemas operativos, idiomas, coste, etc.
- Informe *50 mejores apps de salud en español* (http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf)
  Recopilación de las *apps* consideradas como mejores en salud en español (búsqueda realizada durante el segundo semestre de 2013) en función de un análisis realizado por el equipo de The App Date (www.theappdate.com) con asesoramiento de expertos en *e-salud* (tanto del ámbito tecnológico y de la comunicación como del sanitario). De cada *app* se detalla nombre, plataformas, categoría, número de descargas, precio, idioma, desarrollador, fecha de publicación y número de actualizaciones
- Biblioteca de Aplicaciones de Salud de la Fundación Internet, Salud y Sociedad (iSYS) (http://www.fundacionisys.org/es/apps-de-salud/biblioteca-2014-2015)
  Apps clasificadas por profesionales, según un método riguroso que tiene en cuenta también las preferencias de los usuarios. Cada *app* recibe una puntuación según su popularidad, confianza y utilidad
- AppScript (https://www.appscript.net/)
  Solución de IMS Health para la evaluación y, en algunos casos, certificación de *apps* de salud. Las *apps* se puntúan y clasifican con un índice numérico obtenido de acuerdo con evaluaciones realizadas por profesionales, pacientes y desarrolladores y a certificaciones y reconocimientos recibidos, aspectos funcionales y evidencia disponible de su efectividad
- iMedicalApps (http://www.imedicalapps.com/)
  Plataforma online independiente constituida por profesionales sanitarios, pacientes, analistas y desarrolladores que investigan, revisan y comentan todo tipo de iniciativas en el campo de la mSalud, especialmente las *apps* de salud
- Myhealthapps (http://myhealthapps.net/)
  Iniciativa desarrollada por Patient View (http://www.patient-view.com/), una organización británica de pacientes. *Apps* recomendadas por asociaciones de pacientes, organizaciones sanitarias y otras entidades reconocidas. No dispone de sistema de evaluación de la calidad de las *apps* recogidas
- APPs Medicina (http://appsmedicina.com/)
  Iniciativa de la compañía farmacéutica Bayer España en la que se recopilan *apps* de salud analizadas y comentadas por colaboradores expertos en mSalud

entre ellas en cuanto a sus funcionalidades y a su calidad. En lo que respecta a las funcionalidades, una *app* puede tener una o varias, y esto, en sí mismo, no está relacionado con la calidad de la *app*, sino más bien con los objetivos que persiga. De hecho, hay un elevado número de *apps* de salud que tienen solamente una funcionalidad.

En un informe emitido por la Comisión Europea sobre evaluación de *apps* de salud, se propone que se clasifiquen en nueve categorías[21]:

- Ayuda en la toma de decisiones al paciente y herramientas de autogestión.
- Herramientas de soporte de decisiones clínicas para el diagnóstico o tratamiento.



- *Apps* de cambio de estilo de vida-herramientas simples de autocuidado.
- Punto de atención de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.
- *Apps* que controlan dispositivos médicos.
- *Apps* de comunicación.
- *Apps* para el registro de documentación.
- *Apps* que facilitan cálculos sencillos.
- Calculadoras médicas genéricas.

Algunas de las funcionalidades más extendidas en las *apps* de salud se recogen en la tabla 2.

Por supuesto, el objetivo que pretenda alcanzar la *app* marcará las funcionalidades que deba incluir y, además, existen importantes diferencias en cada una de las funcionalidades entre diferentes *apps*. Todos estos aspectos se deben considerar a la hora de seleccionar o recomendar una *app*.

En cuanto a las *apps* de salud dirigidas a pacientes, hay poca información acerca de cuáles serían aquellas funcionalidades más valoradas por ellos. En un estudio realizado sobre pacientes con VIH[34], los potenciales usuarios finales identificaron nueve funcionalidades que debería incorporar una *app* ideal para el manejo de sus necesidades de salud:

- **Comunicación.** El paciente valora muy positivamente la posibilidad de comunicarse tanto con profesionales sanitarios (foros de discusión, línea 24 h/7 días a la semana, chat, etc.) como con otros pacientes con una situación clínica similar (foros de discusión y blogs interactivos).
- **Recordatorios.** No solo en lo que se refiere a la toma de medicación (algo muy habitual en muchas *apps*), sino también para las citas médicas y pruebas diagnósticas. Los pacientes también señalan como importante que la *app* disponga de una grabadora de audio.
- **Registro de medicación.** Debería incluir identificación de la forma farmacéutica con nombres y fotografías. Además, no solo debería registrar los medicamentos activos, sino también los ya suspendidos (resaltando los suspendidos en los tres meses anteriores).
- **Informes de datos de laboratorio.** Los pacientes valoran que la *app* pueda mostrar gráficos con la evolución de parámetros como CD4, carga viral, resultados sobre enfermedades de transmisión sexual, glucosa y recuento de células sanguíneas.
- **Información sobre farmacias.** Posibilidad de registrar información de contacto y localización de farmacias.

Tabla 2 Funcionalidades de las aplicaciones (*apps*) de salud

Información	La *app* provee al usuario de información en distintos tipos de formato (texto, foto, vídeo)
Instrucciones	La *app* provee de algún tipo de instrucciones (por ejemplo, sobre cómo utilizar un determinado dispositivo de administración de medicamentos) al usuario
Registro de datos	La *app* permite el registro de datos, que pueden ser incorporados por el usuario de forma manual o automática a través de *wearables*
Visualización	La *app* permite visualizar gráficamente los datos registrados por el usuario
Guías	La *app* es capaz de proponer recomendaciones específicas adaptadas al usuario en función de la información registrada por este. Incluso, la *app* podría realizar un diagnóstico o recomendar una consulta con el médico o un determinado tratamiento
Alertas y recordatorios	La *app* dispone de algún tipo de sistema de alertas y recordatorios que pueden servir de ayuda al paciente en el manejo de su enfermedad o tratamiento (toma de medicamentos, necesidad de reposición del medicamento, consulta con el especialista, etc.)
Comunicación	La *app* permite algún tipo de comunicación entre el paciente y el profesional sanitario

- **Nutrición y estado físico.** Según los pacientes, la *app* debería incluir información sobre nutrición y alimentación, así como sobre ejercicio físico. También debería incorporar la posibilidad de monitorizar la evolución del peso corporal.
- **Recursos de interés.** Se identificó un amplio abanico de recursos que son de interés para los pacientes, como recursos médicos, sociales, legales, sobre sustancias de abuso, calculadora de riesgo sexual, instrucciones sobre el uso de preservativos, diccionarios médicos, vídeos tutoriales y testimoniales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de pacientes, grupos de soporte, instituciones sanitarias, etc. En definitiva, cualquier recurso que pueda ser de interés para el paciente con VIH debería ser accesible desde la *app*.
- **Configuración.** Opciones de configuración para que el paciente pueda personalizar la *app* (clave de acceso, fotografía del paciente, configuración de alertas, información que se va a mostrar, etc.).
- **Búsqueda.** Se identifica un motor de búsqueda dentro de la *app* como una funcionalidad importante para navegar por la *app* y localizar con facilidad las opciones disponibles.

Respecto a la calidad, existen muchas dudas acerca de la fiabilidad, seguridad, usabilidad y efectividad de las *apps* de salud, lo que motiva una creciente preocupación por parte de las autoridades sanitarias para garantizar la protección de pacientes y profesionales sanitarios[35,36]. Todavía no existen normativas específicas sobre este tema, si bien se han puesto en marcha iniciativas para ello tanto en Estados Unidos como en la Unión Europea[21,37]. En España también se han puesto en marcha iniciativas para la evaluación de la calidad y seguridad de las *apps* de salud, entre las que destaca la de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, que publicó en 2012 la *Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de aplicaciones móviles de salud*[21] y en 2013 creó el denominado «distintivo AppSaludable»[38], primera iniciativa de regulación en español para reconocer la calidad y la seguridad de *apps* de salud. En Cataluña se creó la Oficina mHealth.cat[39], cuya finalidad es aproximar al ciudadano a los servicios sanitarios y sociales a través de tecnologías de movilidad. Otra iniciativa interesante es la de la Fundación Internet, Salud y Sociedad (iSYS), que ha desarrollado un método de evaluación de las *apps* de salud (iSYScore) a partir de variables objetivas relacionadas con su popularidad, confianza y utilidad[40].

Sin entrar en detalles, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía considera cuatro apartados a la hora de evaluar una *app* de salud[41]:
- Diseño y pertinencia.
- Calidad y seguridad de la información.
- Prestación de servicios.
- Confidencialidad y privacidad.

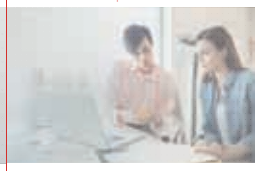
Llegados a este punto, resulta sencillo adivinar que el farmacéutico de hospital puede (y, sin duda, debe) implicarse en el mundo de la mSalud de muy diversas formas, algunas de las cuales se muestran en la figura 5.

Existen ya ejemplos de participación del farmacéutico de hospital en el campo de la mSalud en algunas

Figura 5 Áreas de participación del farmacéutico de hospital en mSalud



apps: *aplicaciones; mSalud: salud móvil.*



de las áreas que se muestran en la figura 5. Sin ánimo de hacer una exhaustiva revisión, a continuación se comentan algunas de estas experiencias.

En un estudio realizado por Cantudo-Cuenca et al., publicado en 2014, se describieron las características y el contenido de 23 *apps* disponibles sobre hepatitis víricas, así como el nivel de participación de los profesionales médicos en su desarrollo, lo que evidenció que casi en la mitad de ellas no había ningún profesional sanitario involucrado en su desarrollo y que la mayor parte de la información contenida en ellas a menudo no está validada. Los autores ya apuntan la necesidad de certificación de las *apps* de salud para garantizar su utilidad tanto para pacientes como para profesionales sanitarios[29].

Por otra parte, en un reciente estudio publicado por Collado-Borrell et al. se analizaron las características de 116 *apps* destinadas a pacientes con cáncer para conocer la fiabilidad de su información. Los autores detectaron una falta de actualización de los datos, así como falta de validez de la información contenida, ya que solo el 50,6 % de las *apps* analizadas presentaba una evidencia científica suficiente. Los autores también inciden en la necesidad de la regulación de estas *apps*[27].

En el ámbito de la atención farmacéutica a pacientes externos, existen dos iniciativas de mSalud muy consolidadas centradas en la información y educación sanitaria y en la comunicación con los pacientes (figura 6): la Consulta de Atención Farmacéutica al Paciente con Patologías Víricas del Hospital de Valme (http://www.farmaciavalmecpv.com/), que dispone de una *app*, y la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Hospital La Fe (http://ufpelafe.wix.com/ufpelafe), que, aunque no dispone de *app*, tiene todas sus plataformas digitales adaptadas y optimizadas para dispositivos móviles.

Además, algunos servicios de Farmacia han desarrollado *apps* de salud o han colaborado en su desarrollo. Algunos ejemplos se recogen en la tabla 3.

Figura 6 Iniciativas de salud móvil (mSalud) en atención farmacéutica a pacientes externos



BARRERAS DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Aunque cada tecnología tiene sus características propias y, por lo tanto, sus barreras específicas, de manera general podemos identificar seis tipos de barreras asociadas a la asistencia sanitaria que podemos aplicar al ámbito farmacéutico y que se referencian a su vez en la figura 7:

- **Barreras humanas.** Se refieren a la forma de ser y actuar de las personas:
  - *Resistencia al cambio.* Suele ser la barrera humana más relevante y hace referencia concreta a la resistencia al cambio por parte de los profesionales.
  - *Actitud de los profesionales.* Podemos encontrar falta de predisposición de los profesionales, así como la ausencia de motivación y la diversidad de opiniones, la existencia de una cultura pasivo-agresiva y el choque de egos en el sector sanitario.
  - *Falta de información y formación* a la hora de usar correctamente las TIC.
  - *Otras barreras humanas* son los conflictos de intereses o el hecho de que el usuario se sienta excesivamente controlado, así como la dificultad para entablar un diálogo cara a cara.

Tabla 3 Ejemplos de participación de farmacéuticos hospitalarios en aplicaciones (*apps*) de salud

Adheptor	*App* promovida por la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos para realizar el seguimiento del cumplimiento de los tratamientos de enfermedades; en particular, los tratamientos de la hepatitis C. En estos momentos tienen en marcha un proyecto de evaluación y validación en el que colabora la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Hospital La Fe
AdhPlus	*App* desarrollada por el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. La *app* ayuda al paciente, utilizando su terminal móvil, para recordarle la toma de la medicación. Mediante el seguimiento diario de las tomas los pacientes podrán conocer su nivel de adherencia al tratamiento
Antídotos	Esta *app* incluye la *Guía de antídotos en intoxicaciones agudas*, editada por el Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario de Ciudad-Real
Conciliación de Medicamentos	*App* creada por el grupo FASTER de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para servir de ayuda a los farmacéuticos especialistas que trabajan en los servicios de Urgencias de los hospitales
EmbaMed	*App* que proporciona información sobre el uso de medicamentos durante el embarazo, al poner al alcance del usuario la categoría de riesgo teratogénico de estos y recomendaciones de uso. Desarrollada por farmacéuticos del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe
expertSalud	*App* que ayuda a realizar un correcto seguimiento del tratamiento utilizando el teléfono móvil. Permite gestionar la toma de medicamentos, establecer recordatorios o realizar el seguimiento de variables como el peso y la glucosa. Incluso permite personalizar los controles del paciente. Incorpora también un servicio de chat experto-paciente, plataforma de chat privado entre profesionales sanitarios y pacientes en tiempo real. En su desarrollo han colaborado facultativos del Servicio de Farmacia del Hospital Germans Trias i Pujol
GlutenMed	*App* que permite conocer los excipientes de las diferentes especialidades farmacéuticas de manera que podemos seleccionar aquella que no produzca intolerancia a los pacientes celíacos. Desarrollada por farmacéuticos del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Guia Interacciones Farmacológicas	*App* desarrollada por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para comprobar posibles interacciones farmacológicas
Medicamentos vía parenteral	Guía dirigida al personal sanitario que quiera complementar los conocimientos relacionados con la administración de medicamentos por vía parenteral. La información ha sido recopilada y revisada por farmacéuticos del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Son Espases
SolMed	*App* que proporciona información sobre los problemas que puede producir tomar el sol o exponerse a fuentes artificiales de rayos ultravioleta cuando se está en tratamiento con medicamentos, al indicar al usuario qué medicamentos y que principios activos pueden producir fotosensibilidad. Desarrollada por farmacéuticos del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe

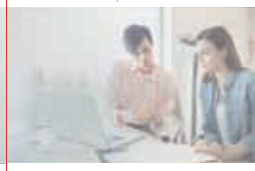
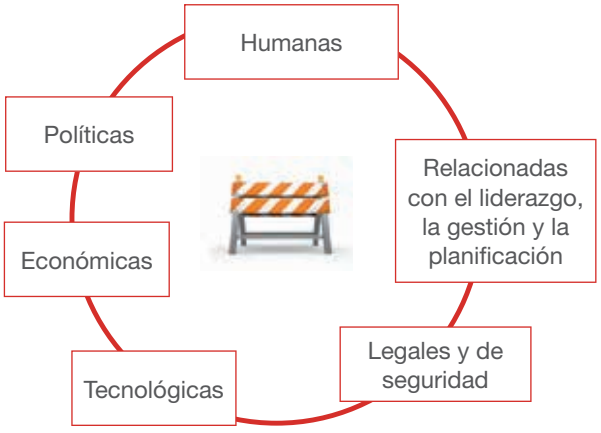


Figura 7 Barreras en la utilización de tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito farmacéutico



- **Barreras relacionadas con el liderazgo, la gestión y la planificación:**
  - *Gestión del cambio.* Es necesario adoptar medidas organizativas que integren la atención sanitaria y den respuesta a necesidades o problemas concretos.
  - *Definición y comunicación de objetivos.* Puede existir falta de planificación, de definición de objetivos y falta de flujo en la comunicación, de manera que los profesionales y ciudadanos desconocen por qué y para qué se hacen las cosas.
  - *Falta de evidencia.* Los datos sobre el uso de las TIC en salud son contradictorios y no permiten basarse en ellos para planificar y gestionar el sistema de salud. A su vez, esta falta de evaluación supone una dificultad añadida a la hora de valorar el coste efectividad de las TIC en salud.
  - *Planificación en parcelas y a corto plazo.* La gestión y planificación del sistema sanitario se hace de manera segmentada y con una visión de recorrido corto. Así, se pierde de vista el conjunto y la valoración global de los procesos.
  - *Otras barreras* son la falta de liderazgo de profesionales y usuarios, la rigidez de las estructuras sanitarias, la falta de planteamientos colaborativos entre los diversos agentes del sistema de salud, los fallos organizativos, el exceso de burocracia, la falta de reconocimiento de las actividades no presenciales o la ausencia de gestión de las TIC.
- **Barreras legales y de seguridad:**
  - *Seguridad.* Existen incertidumbres relacionadas con el mantenimiento de la privacidad, tanto de pacientes como de profesionales, así como con las debilidades de los sistemas y flujos de comunicación e información.
  - *Desconfianza.* A pesar de aportar ventajas como el ahorro de tiempo y de recursos, algunas TIC también comportan la pérdida de contacto personal entre el farmacéutico y el paciente, lo que provoca una desconfianza mutua. En este sentido, el profesional sanitario duda de estar recibiendo toda la información necesaria para la toma de decisiones y el paciente no tiene la certeza de estar interpretando correctamente la información recibida.
- **Barreras tecnológicas:**
  - *Integración e interoperabilidad.* La falta de integración e interoperabilidad entre las diferentes herramientas tecnológicas dificulta la compatibilidad de sistemas.
  - *Usabilidad.* El usuario final encuentra muchas dificultades para manejar las TIC, que, además, están marcadas por una constante renovación de estas.
  - *Falta de accesibilidad.* Se trata de una barrera tanto desde el punto de vista de los pacientes como de los centros asistenciales.
  - *La brecha tecnológica en pacientes.* Algunos de los colectivos que más pueden beneficiarse de la implantación de las TIC en salud (pacientes de edad avanzada con patologías crónicas) son los que más dificultades tienen para aprender el uso de las nuevas tecnologías.
- **Barreras económicas:**
  - *Inversión inicial.* La capacidad de inversión inicial por parte de las organizaciones se ve limitada cuando no se sabe si se obtendrá un retorno rápido. La implantación de las TIC requiere dotación de recursos humanos, necesidades materiales, infraestructura informática y otros elementos que en conjunto representan un coste.

– *Coyuntura económica.* Aunque la barrera económica no está en primera línea, es innegable que la situación económica actual del país dificulta la inversión en proyectos relacionados con la implantación de las TIC.

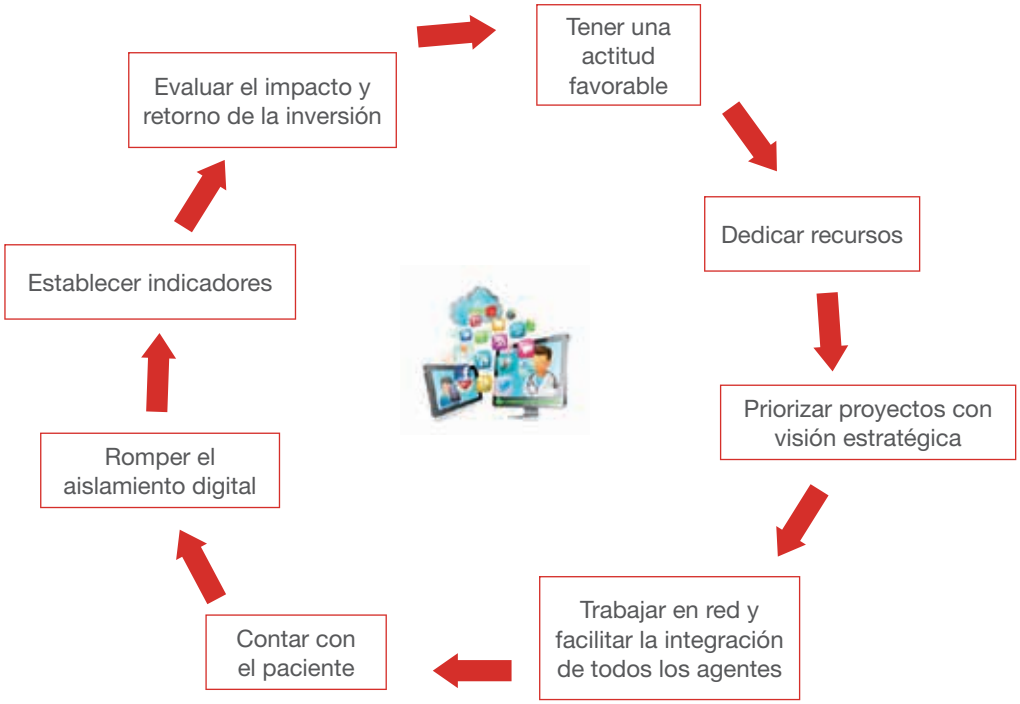
- **Barreras políticas:**
  – *Plazos.* La gestión cortoplacista de los representantes políticos ralentiza considerablemente cualquier proyecto, especialmente si está relacionado con las TIC, herramientas en constante evolución.
  – *Voluntad.* Tradicionalmente, el sector salud ha reivindicado una mayor implicación e interés del sector político en la gestión del sistema, así como la anteposición de los criterios sanitarios frente a los intereses puramente políticos.
  – *Restricciones.* La legalidad vigente impone muchas restricciones a la implantación y manejo de las TIC que la política no está abordando.

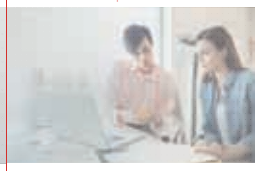
Frente a estas barreras los profesionales farmacéuticos deben desarrollar una serie de actitudes y aptitudes afines a la integración de las TIC como oportunidad de actuación en nuestro quehacer diario. En la figura 8 se detallan acciones que se deben llevar a cabo para la integración de las TIC en la farmacia asistencial.

DISPENSACIÓN DOMICILIARIA

La dispensación de medicamentos a pacientes no ingresados en los servicios de Farmacia de los hospitales es una actividad totalmente consolidada que viene desarrollándose desde finales de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado. Desde sus inicios ha sido una actividad controvertida y sujeta a debate tanto por parte de los profesionales sanitarios (especialmente desde el ámbito de la

Figura 8 Acciones que se deben llevar a cabo para la integración de las tecnologías de la información y la comunicación en la farmacia asistencial





farmacia comunitaria) como por los propios pacientes. Así, si bien presenta algunas ventajas difíciles de cuestionar (mejor seguimiento farmacoterapéutico del paciente al estar el farmacéutico hospitalario plenamente integrado en el equipo asistencial y disponer de acceso completo a la historia clínica o ahorro económico para el sistema sanitario), también tiene inconvenientes derivados de la necesidad de que los pacientes tengan que acudir al hospital, con los trastornos que esto le puede suponer a muchos de ellos, especialmente si viven lejos (incomodidad, rigidez de horarios, inversión de tiempo o gastos de desplazamiento).

Por otra parte, el número de pacientes que acude a los servicios de Farmacia de los hospitales para que se les dispense su tratamiento ha crecido enormemente en los últimos años, como consecuencia de diversas resoluciones administrativas por las que se estableció que un buen número de medicamentos que se dispensaban en las oficinas de farmacia pasaran a dispensarse en los hospitales. Pero además, analizando la innovación que va llegando al mercado en materia de medicamentos en los últimos tiempos, es un hecho que en su mayoría se trata de tratamientos de dispensación hospitalaria, bien en forma de medicamentos de uso hospitalario, bien como medicamentos de diagnóstico hospitalario pero de dispensación hospitalaria.

Esta situación ha dado lugar a la saturación de las consultas de muchos servicios de Farmacia, lo que ha generado situaciones muy incómodas para los pacientes, con largos tiempos de espera hasta ser atendidos, pudiendo comprometer en algunos casos la calidad de la asistencia que se les presta.

Con el objetivo de mejorar esta situación, son múltiples las iniciativas que, de forma directa o indirecta, pueden ponerse en práctica. Entre aquellas que inciden directamente sobre el flujo de pacientes a los servicios de Farmacia se encuentra el aumento de la cantidad de medicación por dispensar para disminuir la frecuentación. Sin embargo, esta opción tiene un efecto limitado por cuanto la cantidad máxima de medicación que se puede dispensar está limitada. Además, presenta algunos inconvenientes, como pueden ser[42]:

- Mayor probabilidad de errores en el domicilio del paciente derivados de la mayor cantidad de medicación almacenada.
- Posible peor monitorización de la adherencia al tratamiento.
- Peor seguimiento farmacoterapéutico (efectos adversos, interacciones) por el menor contacto con el paciente.
- Riesgo de mala conservación del medicamento en el domicilio del paciente.
- Mayor inmovilizado de existencias de medicamento tanto en el domicilio del paciente como en el servicio de Farmacia.

Otras opciones incluyen el acercamiento de la medicación al paciente aprovechando para ello otras estructuras sanitarias, como pueden ser los centros de salud o las oficinas de farmacia. Aun siendo estas opciones son muy prometedoras (pendientes de explorar en un futuro inmediato), la realidad es que existen controversias derivadas de aspectos legales (por ejemplo, la no presencia de farmacéuticos en los centros de salud) o regulatorias que dificultan su implementación a corto plazo.

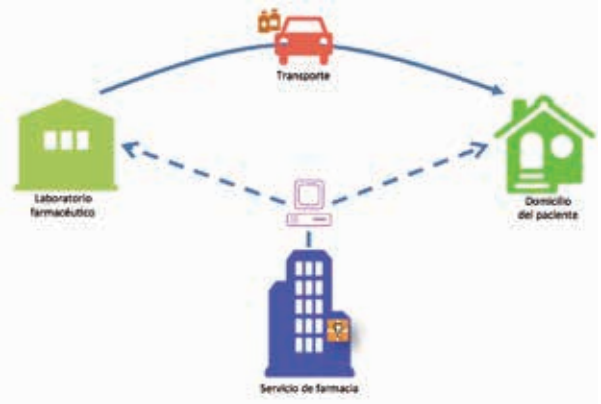
La dispensación domiciliaria es una opción que ya se ha puesto en marcha en diversos ámbitos con buenos resultados. Sin duda, se trata de la opción más cómoda para los pacientes, ya que les evita cualquier desplazamiento para recoger su medicación. Además, disminuye el flujo de pacientes y permite optimizar las existencias de medicamentos en los servicios de Farmacia de los hospitales. Sin embargo, por sí misma la dispensación domiciliaria no evita el peor seguimiento farmacoterapéutico del paciente como consecuencia de ese menor contacto con el farmacéutico.

Afortunadamente, hoy en día las tecnologías de la comunicación nos permiten la comunicación con el paciente sin necesidad de su presencia en la consulta, y de hecho son muchas las experiencias que demuestran la utilidad de la telemedicina. Dado que no

es objeto de este tema, no vamos a hablar aquí de cómo se puede hacer un seguimiento farmacoterapéutico del paciente a distancia; no obstante, queremos dejar claro que cualquier iniciativa de dispensación domiciliaria debe ir acompañada, en nuestra opinión, de un programa de este tipo que garantice el contacto con el paciente y la posibilidad de hacer un adecuado seguimiento de este.

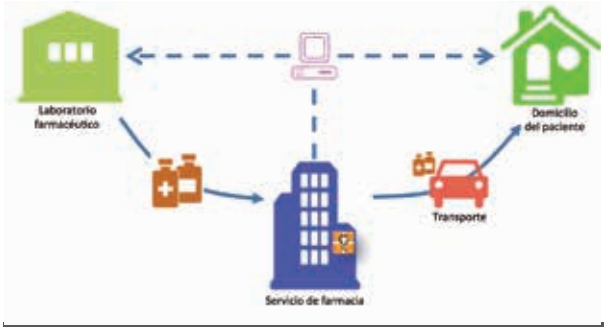
De forma general, hay dos opciones básicas para organizar un programa de dispensación domiciliaria, en función del lugar desde donde se envíe la medicación al domicilio del paciente. Un primera opción sería realizar el envío directamente desde el laboratorio fabricante (o un distribuidor) hasta el domicilio del paciente, llevando un control informático de todo el proceso desde el servicio de Farmacia (figura 9). La ventaja de un sistema de este tipo es que permite prescindir de existencias de medicamentos para los pacientes incluidos en el programa.

Figura 9 Dispensación domiciliaria con envío desde el laboratorio fabricante (o distribuidor)



Otra opción sería organizar los envíos de medicación directamente desde el servicio de Farmacia, evitando la participación de terceros en el programa, tal como se esquematiza en la figura 10. En este caso no es posible prescindir de existencias para estos pacientes, si bien permite reducirlas significativamente al poder realizar una mejor programación y gestión de estas.

Figura 10 Dispensación domiciliaria con envío desde el servicio de Farmacia

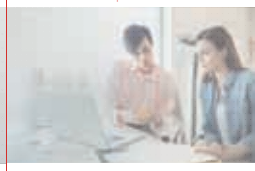


Sea cual sea el sistema elegido, la dispensación directa al domicilio del paciente presenta algunas ventajas, tanto para el propio paciente como para los servicios de Farmacia. Entre las ventajas que percibe el paciente se encuentran:

- Reducción del número de desplazamientos al hospital.
- Menor interferencia del tratamiento con las actividades de la vida diaria.
- Menor dependencia de la familia o pérdidas de horas de trabajo por tener que acudir al hospital.
- Transporte de la medicación en condiciones óptimas.
- Ahorro económico derivado del menor número de desplazamientos.
- Reducción de las existencias de medicamentos en el domicilio.
- Mayor comodidad y tranquilidad al no tener que estar pendiente del día de recogida de medicación en el hospital.

Entre las ventajas que la dispensación domiciliaria presenta para los servicios de Farmacia podemos señalar las siguientes:

- Optimización de cargas de trabajo, ya que al trabajar de forma programada se pueden preparar estas dispensaciones en momentos de menor presión asistencial, incluso fuera del horario de atención a pacientes.
- Mejor validación y preparación de la dispensación, ya que se dispone de más tiempo para ello y con menor presión asistencial.



- Mejor seguimiento de la farmacoterapia del paciente, ya que se dispone de más tiempo para la revisión de la historia clínica del paciente, para contactar con él en caso necesario, para contactar con el médico prescriptor si es preciso o para resolver cualquier tipo de incidencia relacionada con el tratamiento.
- Reducción de las existencias de medicamentos en el servicio de Farmacia, con el consiguiente ahorro económico.
- Trazabilidad completa del proceso de dispensación, ya que se puede tener registro de todas las etapas del proceso, incluso de la recepción del medicamento en condiciones óptimas en el domicilio del paciente.

Evidentemente, no todo son ventajas; también podemos pensar en algunos inconvenientes o riesgos que existen con este tipo de programas:

- Posible despersonalización de la relación farmacéutico-paciente.
- Riesgos relacionados con la seguridad de la comunicación y confidencialidad de los datos.
- Riesgo de inequidad entre pacientes, ya que no todos serían candidatos a entrar en un programa de dispensación domiciliaria.
- Dependencia de terceros para el transporte.
- Necesidad de inversión económica.

En cuanto a la posible despersonalización de la relación farmacéutico-paciente, se trata de un riesgo real, puesto que la relación que se establece a través de una consulta por vía telemática difícilmente puede igualar a la relación personal. Sin embargo, los programas de dispensación domiciliaria y telefarmacia no implican el cese de las consultas de atención farmacéutica presenciales. De hecho, es conveniente establecer un calendario mínimo de visitas presenciales una vez se incorpore al paciente al programa (variable en función de la patología, el tratamiento y las propias características del paciente) o, por ejemplo, cada vez que el paciente acuda a la visita médica. Y, por supuesto, la consulta presencial debe estar disponible siempre que el paciente la requiera.

Las cuestiones relacionadas con la seguridad de las comunicaciones y la confidencialidad de los datos personales del paciente constituyen uno de los puntos que más deben cuidarse a la hora de establecer un programa de dispensación domiciliaria. Evidentemente, se debe garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos de carácter personal (Ley de Protección de Datos y su Reglamento de Desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre)[43] y se deberá tener muy en cuenta a la hora de establecer los correspondientes contratos con cualquier entidad que participe en el programa (por ejemplo, empresa de transporte). Asimismo, cualquier sistema de comunicación telemática y sistema de información que se implemente deberá ser lo suficientemente seguro y cumplir con todos los requisitos legales.

En lo que respecta al riesgo de inequidad entre pacientes por no ser todos candidatos a entrar en un programa de dispensación domiciliaria, no nos referimos al perfil que un paciente debería cumplir para incorporarlo (que comentaremos más adelante), sino a la brecha tecnológica que puede existir entre pacientes o a cuestiones geográficas que dificulten la inclusión de algunos de ellos.

La dependencia de terceros para implementar un programa de dispensación domiciliaria no tiene por qué suponer un problema en sí mismo, pero es un factor crítico para su buen funcionamiento. Por tanto, habrá que ser muy exigentes y cuidadosos en la selección del proveedor y hacer un seguimiento exhaustivo para garantizar que se están cumpliendo con los términos establecidos.

Finalmente, en cuanto a inconvenientes se refiere, la inversión económica que se requiere para implementar un programa de dispensación domiciliaria es un factor que muchas veces condiciona su puesta en marcha. Ciertamente, se trata de un servicio muy costoso debido a los requerimientos especiales que se necesitan para transportar medicamentos de forma adecuada (especialmente los termolábiles, en los que es imprescindible mantener la cadena de frío),

además de los costes de personal o la formalización de un seguro que cubra cualquier incidencia. Asimismo, cuantos más pacientes se incluyan en el programa y mayor área geográfica se cubra, los costes aumentarán de manera significativa. No obstante, si bien es necesaria una inversión, la dispensación domiciliaria puede también generar ahorros importantes de costes directos e indirectos, tanto para el paciente (por desplazamientos, pérdidas de productividad laboral, etc.) como para el sistema sanitario (reducción de existencias inmovilizadas en el servicio de Farmacia y en el domicilio del paciente, reducción de pérdidas derivadas de incidencias en el transporte o por tener que dispensar mayores cantidades de medicación, etc.). Lamentablemente, no existen muchos estudios que arrojen luz sobre esta cuestión; no obstante, se estima que en el Reino Unido (uno de los países donde está más extendida la dispensación domiciliaria institucionalmente) en el ámbito de pacientes con VIH se han obtenido ahorros de unos 12,2 millones de libras entre 2005 y 2010 en el área de la ciudad de Londres[44].

Como ya se ha apuntado, no todos los pacientes externos atendidos en los servicios de Farmacia son candidatos a entrar en un programa de dispensación domiciliaria. Algunas de las características que, en nuestra opinión, deberían cumplir los pacientes son las siguientes:

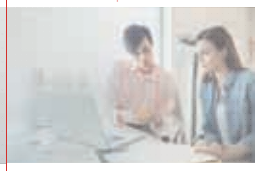
- Pacientes que ya estén en seguimiento por parte del servicio de Farmacia. Nunca se debe incluir a pacientes nuevos.
- Pacientes que lleven un tratamiento crónico en el que se prevean pocos cambios a lo largo del tiempo, ya que en cada cambio de tratamiento sería necesaria una consulta presencial y mantenerla así hasta que se compruebe que no hay problemas relacionados con la medicación o que, en caso de haberlos, se hayan resuelto satisfactoriamente.
- Pacientes que hayan mostrado una correcta adherencia al tratamiento durante un período de seguimiento suficiente (variable en función de la patología y del tratamiento).
- Pacientes que estén familiarizados y sean capaces de utilizar adecuadamente la tecnología implementada para llevar a cabo la comunicación y el seguimiento desde el servicio de Farmacia.

Por último, para poner en marcha un programa de dispensación domiciliaria habrá que tomar decisiones acerca de aspectos prácticos, como cuál es el modelo más adecuado, seleccionar el tipo de transporte que se va a utilizar, la tecnología de comunicación más adecuada, cantidad de medicación que se dispensará, organización de las rutas, etc.

Como ya se ha comentado, no existen muchos estudios publicados en los que se analicen los resultados de este tipo de programas sobre resultados en salud, satisfacción de los pacientes o impacto económico. En un estudio publicado por Harte et al., realizado con pacientes VIH+ en el Reino Unido, los autores concluyeron que aquellos pacientes que cumplían un perfil adecuado para ser incluidos en un programa de dispensación domiciliaria de su tratamiento antirretroviral tenían menor riesgo de fallo virológico y menor necesidad de atención médica, sin aumento de riesgo de sufrir eventos adversos, en comparación con los pacientes que acudían presencialmente a la farmacia a recoger sus medicamentos[45]. En otro estudio realizado en el mismo entorno (pacientes VIH+ del área de Londres), publicado por Castelino et al., se comprobó que la dispensación domiciliaria es un sistema seguro que no afecta negativamente ni a la adherencia del paciente al tratamiento ni a los resultados en salud medidos a través de la determinación de los niveles de linfocitos CD4 y de la carga viral[46].

También en Reino Unido se publicó un estudio en el que se analizó la factibilidad y adherencia a un programa de dispensación domiciliaria de pemetrexed a pacientes afectados de cáncer de pulmón en fases avanzadas, y se concluyó que este programa resultó factible, seguro y preferido por los pacientes, ya que contribuyó a mantener una mejor calidad de vida. También los profesionales sanitarios mostraron satisfacción con el seguimiento a distancia de los pacientes[47].

En un reciente estudio publicado en Estados Unidos (realizado con pacientes beneficiarios del sistema



Medicare en tratamiento para su diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia), se concluye que la dispensación domiciliaria se asocia fuertemente con una mejor adherencia a los tratamientos, y los autores consideran que se trata de una estrategia que se debe considerar en cualquier iniciativa que se plantee para mejorar los resultados en salud de este tipo de pacientes[48].

En España también son escasas las experiencias comunicadas sobre dispensación domiciliaria. Un estudio publicado por San José et al. analizó la puesta en marcha de un modelo de envío domiciliario y atención farmacéutica presencial y no presencial a pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento con inhibidores de tirosina cinasa, y se concluyó que es posible la instauración de un modelo alternativo de atención farmacéutica con envío domiciliario de medicación, manteniendo la relación farmacéutico-paciente, evitando desplazamientos, garantizando la confidencialidad y racionalizando el *stock*[42]. Por su parte, en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe se puso en marcha en 2011 un programa de dispensación domiciliaria de factores de coagulación a pacientes hemofílicos, en colaboración con la Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana. El programa ha mostrado beneficios tanto para el servicio de Farmacia como para los pacientes, con cifras del 100 % en cuanto a satisfacción con el sistema[48-50].

En definitiva, la dispensación domiciliaria, de forma conjunta con otras iniciativas de telemedicina o telefarmacia, mSalud y empoderamiento del paciente, constituye una iniciativa que permite desligar la atención farmacéutica del proceso de dispensación y mantener el seguimiento y la comunicación con el paciente más allá del contacto directo a través de la consulta farmacéutica presencial asociada a la dispensación.

PACIENTE EXPERTO: UN NUEVO RETO PARA EL PROFESIONAL FARMACÉUTICO

El **término** «paciente experto» se utiliza para referirse a un nuevo tipo de consumidor de los servicios sanitarios, que hace uso de internet para recoger información sobre una condición médica en particular. El término agrupa no solo al paciente que busca guía *online*, sino también a sus familiares o amigos que lo hacen para informarse y ayudarle a superar la enfermedad[51].

Uno de los protagonistas de la evolución del sector sanitario es, sin duda, el paciente, en relación con sus nuevas preferencias como usuario de los servicios sanitarios, ya que es la tendencia que determina la aparición de un paciente diferente con un perfil totalmente nuevo que obliga a replantear tanto la relación de los usuarios con todos y cada uno de los agentes implicados en el cuidado de su salud como la gestión global del sistema sanitario. En este sentido el profesional farmacéutico no se queda atrás, y la relación con el nuevo tipo de paciente tiene que cambiar, lo que supone una oportunidad de mejora para los resultados de salud.

El paciente experto es la razón y el eje sobre el que deben girar todas las decisiones que se tomen y las acciones y proyectos que se pongan en marcha en relación con el uso de las TIC en farmacia, desde la perspectiva de la calidad y eficiencia que el sistema sanitario necesita[1].

No hay que caer en el error de creer que el paciente experto responde al estereotipo de joven profesional con una elevada formación técnica y académica. Si hay algo que caracteriza a esta nueva tipología de paciente es su diversidad: a este perfil pueden responder desde enfermos crónicos que han de convivir con su patología durante toda la vida, o al menos buena parte de ella, hasta pacientes protocolizados o de alta complejidad, pasando por afectados de enfermedades raras, enfermos críticos, etc. En definitiva, se trata de un usuario concienciado con su dolencia (o la de los suyos) que sabe lo que quiere y lo dice de forma clara.

Los programas encaminados a formación y creación de pacientes expertos tienen por objetivo[52]:

- Conseguir la implicación de los propios pacientes.
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes.

- Mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes.
- Mejorar los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad.
- Mejorar el grado de autocuidado para adquirir un manejo correcto de su enfermedad.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.

La capacidad que ofrecen las TIC a los pacientes de acceder a más fuentes de una manera muy directa, así como de establecer redes con entidades y otros usuarios, está convirtiendo al paciente experto en un sujeto que interactúa, opina, critica, se responsabiliza de su papel en el sistema sanitario y actúa. En la figura 11 podemos ver algunas de las posibilidades que ofrecen las TIC al nuevo paciente experto.

Figura 11 Posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación al nuevo paciente experto



Esta transformación de paciente reactivo en paciente proactivo (puntualmente informado de las particularidades de su patología, exigente, participativo, comprometido, que conoce sus derechos y demanda al sistema de salud respuestas adaptadas a sus nuevas necesidades) obliga a toda la estructura sanitaria a adaptarse a un nuevo usuario que exige respuestas adecuadas a sus nuevas necesidades.

Esta circunstancia constituye una oportunidad para avanzar en la implicación del paciente en la gestión de su propia salud, ya que gracias a las TIC puede abordar desde los procesos sanitarios más simples y rutinarios hasta los más complejos.

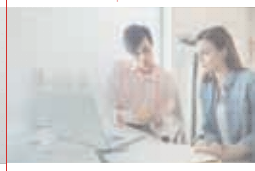
Por otro lado, cabe destacar también la creciente aparición en el mundo de las TIC de las asociaciones de pacientes. La experiencia de aquellas asociaciones que realizan un buen uso de las TIC debería convertirse en conocimiento que sea accesible para el resto de asociaciones a través, por ejemplo, de las grandes plataformas que representan a estas entidades. Este conocimiento compartido permitiría determinar aquellas variables que posibilitan que una iniciativa cumpla con los objetivos establecidos.

El gran paso para activar las asociaciones de pacientes en los nuevos canales se podrá dar con el cambio generacional. Las nuevas tecnologías forman parte de nuestro día a día y se integrarán progresivamente en la actividad cotidiana de las asociaciones.

La forma más idónea de favorecer este camino es a través de la formación y la evaluación de los proyectos digitales dirigidos a pacientes y familiares, sin olvidar reflexionar acerca de los aspectos éticos y legales que acompañan a cualquier proceso de digitalización.

En esta línea, el farmacéutico debería aprovechar estas oportunidades que le brinda el paciente experto para:

- Crear nuevos canales de comunicación con los propios médicos y con todos los agentes sociosanitarios o mejorar algunas herramientas que ya están instaladas.
- Crear puntos de encuentro reales de diálogo como foros entre profesionales o pacientes con el fin de dialogar con ellos y buscar soluciones entre todos.
- Promover la participación social para concienciar, educar y sensibilizar sobre las posibilidades del paciente con las nuevas tecnologías.
- Promover la participación del paciente en el ámbito de la investigación para adecuar las líneas de estudio a las necesidades de las personas.

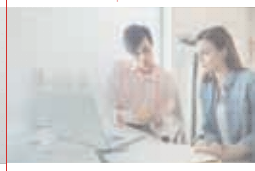


- Actualizar la información respecto a las necesidades de pacientes crónicos. El paciente crónico vive más años y hay que cubrir necesidades que no se cubren actualmente, definiendo ciertos protocolos debido a que hay nuevas necesidades que antes no existían.
- Crear bancos de información más accesible para los pacientes de forma masiva, alejados de la terminología técnica.
- Trabajar de la mano de los pacientes y así contribuir en las decisiones de gestión sanitaria, planes estratégicos e iniciativas que se desarrollen. Trabajar para el paciente con el paciente.
- Implicar al paciente en procesos de gestión y evaluación de la asistencia sanitaria. Es importante conocer su experiencia, propuestas y necesidades para promover una atención efectiva y eficiente.
- Integrar comités de pacientes en las administraciones públicas con el fin de que tengan un papel activo en la elaboración de estrategias, planes de actuación, protocolos, etc.
- Favorecer la participación del paciente en el ámbito docente.

Las experiencias en cuanto a programas de pacientes expertos en nuestro país empiezan a incrementarse con el tiempo. Una de las más destacadas y promovida por farmacéuticos de hospital es el desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes con VIH[53].

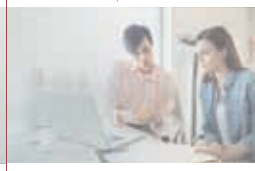
BIBLIOGRAFÍA

1. ConTIC: la contribución de las TIC en la optimización del sistema de salud y la atención al paciente emergente. Badalona: Grupo Menari; 2015. Disponible en: URL: https://www.menarini.es/images/contic/informecontic.pdf [último acceso: 18 de julio de 2016].
2. Fernández Lisón LC, Juárez Giménez JC, Monte Boquet E. Health 2.0: new communication tools for professional practice in a hospital pharmacy. Farm Hosp 2012;36(5):313-4.
3. Celaya J, Herrera P. Comunicación empresarial 2.0. Madrid: Grupo BPMO; 2007.
4. Benedicto Subirá, C, Ávila de Tomás JF. Facebook, LinkedIn, Twitter y aplicaciones de participación de profesionales en la Web 2.0. AMF 2013;9(10):548-52.
5. Jimeno-Yepes A, MacKinlay A, Han B, Chen Q. Identifying diseases, drugs, and symptoms in Twitter. Stud Health Technol Inform 2015;216:643-7.
6. Carbonell P, Mayer MA, Bravo A. Exploring brand-name drug mentions on Twitter for pharmacovigilance. Stud Health Technol Inform 2015;210:55-9.
7. Juárez Giménez JC, Fernández Lisón LC, Monte Boquet E. Recomendaciones para el uso de las redes sociales para farmacéuticos de hospital (12 consejos que deberías tener en cuenta antes de lanzarte a la red). Farm Hosp 2014;38(2):86-8.
8. Dorsey ER, Topol EJ. State of telehealth. N Engl J Med 2016;375(2):154-61.
9. Ray KN, Chari AV, Engberg J, Bertolet M, Mehrotra A disparities in time spent seeking medical care in the United States. JAMA Intern Med 2015;175(12):1983-6.
10. Mutgi SA, Zha AM, Behrouz R. Emerging subspecialties in neurology: telestroke and teleneurology. Neurology 2015 2;84(22):e191-3.
11. Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management: an evidence synthesis. J Telemed Telecare 2012;18(4):211-20.
12. León A, Cáceres C, Fernández E, Chausa P, Martín M, Codina C, et al. A new multidisciplinary home care telemedicine system to monitor stable chronic human immunodeficiency virus-infected patients: a randomized study. PLoS One 2011;6(1):e14515.
13. Sankaranarayanan J, Murante LJ, Moffett LMA. Retrospective evaluation of remote pharmacist interventions in a telepharmacy service model using a conceptual framework. Telemed J E Health 2014;20(10):893-901.
14. Keeys C, Kalejaiye B, Skinner M, Eimen M, Neufer J, Sidbury G. Pharmacist-managed inpatient discharge medication reconciliation: a combined onsite and telepharmacy model. Am J Health Syst Pharm 2014;71(24):2159-66.
15. Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronich eart failure. Cochrane Database Syst Rev 2010;8:CD007228.
16. Polisena J, Tran K, Cimon K, Hutton B, McGill S, Palmer K, et al. Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. J Telemed Telecare 2010;16(2): 68-76.
17. Jaana M, Pare G, Sicotte C. Home telemonitoring for respiratory conditions: a systematic review. Am J Manag Care 2009;15(5):313-20.
18. WHO. mHealth: New horizons for health through mobile technologies. Global observatory for ehealth series. Vol. 3. Genève: WHO; 2011.



19. Informe Ditrendia: Mobile en España y en el mundo 2015. Disponible en: URL: http://www.ditrendia.es/wp-content/uploads/2015/07/Ditrendia-Informe-Mobile-en-Espa %C3 %B1a-y-en-el-Mundo-2015.pdf [último acceso: 31 de agosto de 2016].
20. 18.º Informe Navegantes en la Red. Encuesta a usuarios de internet. Madrid: Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC); 2016. Disponible en: URL: http://download.aimc.es/aimc/ROY76b/macro2015.pdf [último acceso: 31 de agosto de 2016].
21. European Commission. Green paper on mobile Heath (mHealth). 2014. Disponible en: URL: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth [último acceso: 31 de agosto de 2016].
22. Informe 50 mejores apps de salud en español: The App Date. 2014. Disponible en: URL: http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf [último acceso: 6 de abril de 2016].
23. IMS Institute for Healthcare Informatics. 2015. Patient Adoption of mHealth. Use, evidence and remaining barriers to mainstream acceptance. Disponible en: URL: http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/ims-institute/reports/patient-adoption-of-mhealth [último acceso: 6 de abril de 2016].
24. Van Kerkhof LW, Van der Laar CW, De Jong C, Weda M, Hegger I. Characterization of apps and other e-tools for medication use: insights into possible benefits and risks. JMIR Mhealth Uhealth 2016;4(2):e34
25. Davies MJ, Kotadia A, Mughal H, Hannan A, Alqarni H. The attitudes of pharmacists, students and the general public on mHealth applications for medication adherence. Pharm Pract (Granada) 2015;13(4):644.
26. Heffernan KJ, Chang S, Maclean ST, Callegari ET, Garland SM, Reavley NJ, et al. Guidelines and recommendations for developing interactive eHealth apps for complex messaging in health promotion. JMIR Mhealth Uhealth 2016;4(1):e14.
27. Collado-Borrell R, Escudero-Vilaplana V, Ribed-Sánchez A, Ibáñez-García S, Herranz-Alonso A, Sanjurjo-Sáez M. Smartphone applications for cancer patients; what we know about them? Farm Hosp 2016;40(1):25-35.
28. Blenner SR, Köllmer M, Rouse AJ, Daneshvar N, Williams C, Andrews LB. Privacy policies of android diabetes apps and sharing of health information. JAMA 2016;315(10):1051-2.
29. Cantudo-Cuenca MR, Robustillo-Cortés MA, Cantudo-Cuenca MD, Morillo-Verdugo R. A better regulation is required in viral hepatitis smartphone applications. Farm Hosp 2014;38(2):112-7.
30. Rosen RK, Ranney ML, Boyer EW. Formative research for mhealth HIV adherence: the iHAART app. Proc Annu Hawaii Int Conf Syst Sci 2015;2015:2778-85.
31. Mira JJ, Navarro I, Botella F, Borrás F, Nuño-Solinís R, Orozco D, et al. A Spanish pillbox app for elderly patients taking multiple medications: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2014;16(4):e99.
32. Wytiaz RM, Lee HM, Odukoya OK. Smart phone apps: an innovative approach to improving pediatric medication adherence. Inov Pharm 2015;6(4):a222.
33. Blenner SR, Köllmer M, Rouse AJ, Daneshvar N, Williams C, Andrews LB. Privacy policies of android diabetes apps and sharing of health information. JAMA 2016;315(10):1051-2.
34. Schnall R, Mosley JP, Iribarren SJ, Bakken S, Carballo-Diéguez A, Brown III W. Comparison of a user-centered design, self-management app to existing mhealth apps for persons living with HIV. JMIR Mhealth Uhealth 2015;3(3):e91.

35. Petersen C, Adams SA, DeMuro PR. mHealth: Don't forget all the stakeholders in the business case. Med 2 0 2015;4(2):e4.
36. Ricote Lobera I, Moreno Díaz R, Gaspar Carreño M, Jiménez Torres J. Aplicaciones móviles en el ámbito de la salud ¿son productos sanitarios? Revista OFIL 2015;25(3):135-6.
37. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration; Center for Devices and Radiological Health; Center for Biologics Evaluation and Research. Mobile Medical Applications: Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. 2015. Disponible en: http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/.../UCM263366.pdf [último acceso: 31 de agostode 2016].
38. Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de aplicaciones móviles de salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: URL: http://www.calidadappsalud.com/listado-completo-recomendaciones-app-salud/ [último acceso: 7 de abril de 2016].
39. Distintivo AppSaludable. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponibilidad en: URL: http://www.calidadappsalud.com/distintivo-appsaludable/ [último acceso: 7 de abril de 2016].
40. Oficina mHealth.cat. Fundació TicSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: URL: http://www.ticsalut.cat/observatori/mhealth/es_index/ [último acceso: 7 de abril de 2016].
41. Grau I, Kostov B, Gallego JA, Grajales F, Fernández-Luque L, Sisó-Almirall A. Método de valoración de aplicaciones móviles de salud en español: el índice iSYScore. Semergen 2016;42(2).
42. San José Ruiz B, Gil Lemus MA, Figuero Echeverría MP. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. Farm Hosp 2015;39(1):13-22.
43. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado 2008;17:4103-36.
44. Castelino S, Miah H, Auyeung V, Vogt F. Determination of the influence of home delivery of HIV therapy on virological outcomes and adherence. Int J STD AIDS 2015;26(2):93-7.
45. Harte D, Hamill M, Edwards SG, Copas AJ, Minton J, Jones VL, et al. Evaluation of a home-delivery service for HIV-infected patients attending an inner London HIV treatment centre. Int J STD AIDS 2008;19(8):533-5.
46. Lal R, Hillerdal GN, Shah RN, Crosse B, Thompson J, Nicolson M, et al. Feasibility of home delivery of pemetrexed in patients with advanced non-squamous non-small cell lung cancer. Lung Cancer 2015;89(2):154-60.
47. Iyengar RN, LeFrancois AL, Henderson RR, Rabbitt RM. Medication nonadherence among medicare beneficiaries with comorbid chronic conditions: influence of pharmacy dispensing channel. J Manag Care Spec Pharm 2016;22(5):550-60.
48. Monte Boquet E, Lorente Fernández L, Gil Gómez I, Company Albir MJ, López Cumplido C, Poveda Andrés JL. Experiencia de un programa de dispensación domiciliaria a pacientes hemofílicos. En: 19.º Congreso Nacional de Hospitales. Alicante y Elche, España, 10-13 de marzo de 2015.
49. Tarazona Casany MV, Gil Gómez I, Cuellar Monreal MJ, Monte Boquet E, Luna Reina R, Poveda Andrés JL. Programa de dispensación domiciliaria a pacientes crónicos de alto riesgo: pacientes hemofílicos. En: VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Madrid, España, 7-8 de abril de 2016.

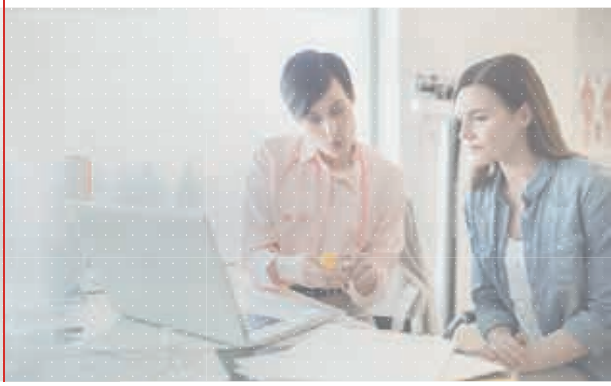


50. Megías JE, Monte-Boquet E, Cuéllar-Monreal M, Gil-Gómez I, Tarazona-Casany M, Martín-Cerezuela M, et al. Home delivery program in haemophilia through an association of patients. In: Pan-EMEA Haematology Exchange Forum. Madrid, España, 2016 April 27-28.

51. Ferguson T; e-Patient Scholars Working Group. e-patients: how they can help us heal healthcare. 2007. Disponible en: URL: http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf [último acceso: 24 de julio de 2016].

52. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. Disponible en: URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH40068016 [último acceso: 25 de julio de 2016].

53. Morillo-Verdugo R. Robustillo-Cortés MA. Desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH. Disponible en: URL: http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wpcontent/uploads/2016/04/desarrollo-de-Monografico-II.pdf [último acceso: 28 de julio de 2016].



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON PROBLEMAS DE FALTA DE ADHERENCIA DEBIDO A PROBLEMAS PERSONALES

Emilio Monte Boquet, Luis Carlos Fernández Lisón

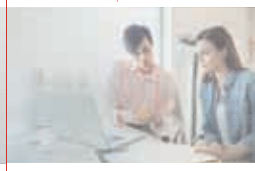
ANTECEDENTES

Paciente mujer de 39 años, con diagnóstico de esclerosis múltiple hace 10 años. Buen nivel sociocultural y económico.

Ha estado en tratamiento con interferón; se ha cambiado a tratamiento oral con dimetilfumarato por efectos adversos del interferón. Tratamiento concomitante con baclofeno, pregabalina y escitalopram.

Presentó recientemente un episodio de diploidía con rápida recuperación.

Lleva dos años sin brotes. Está muy decaída por la situación de su padre, que presenta un cáncer en fase terminal. Acude a la consulta de atención farmacéutica para cambio de tratamiento a dimetilfumarato



RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

La paciente acude a la primera visita de la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se le indica cómo debe tomar la medicación (dosis inicial de un comprimido de 120 mg dos veces al día durante una semana, seguido de un comprimido de 240 mg dos veces al día de mantenimiento) y se le dispensa tratamiento para un mes. La paciente vuelve a la consulta pasado un mes y refiere que ha dejado de tomar la medicación intermitentemente por intolerancia gastrointestinal. Refiere también rubefacción que coincidió con la toma de algunos comprimidos y que asustó a la paciente. Cuando ocurrió esto la paciente dejó de tomar la otra toma del día. Los problemas relacionados con la medicación están aumentando el decaimiento por la situación personal.

La paciente acude al mes a la consulta de atención farmacéutica donde, después de consultarlo por teléfono con el neurólogo, se acuerda reiniciar el tratamiento con dosis bajas (120 mg) durante un mes. Se incide en este aspecto y se vuelve a dispensar medicación para un mes con la consigna de que tendrá que tomar el tratamiento de manera crónica.

La paciente acude al mes y medio a la consulta de atención farmacéutica refiriendo que no ha podido venir antes porque vive lejos y está trabajando, lo que le dificulta acudir a farmacia constantemente. Refiere haber tenido de nuevo episodios de intolerancia gastrointestinal. En uno de ellos, una tarde acudió a urgencias, donde le recomendaron abrir las cápsulas de dimetilfumarato, recomendación que le empeoró el cuadro. Los siguientes días abandonó de nuevo el tratamiento.

RESOLUCIÓN CMO

La paciente acude a la primera visita a la consulta de pacientes externos del Servicio de Farmacia. Se revisa en profundidad su historia clínica y se estratifica según los modelos disponibles en un nivel 3 (predictor bajo, índice de complejidad < 5).

Se dispensa medicación para dos meses por su dificultad para acudir a consulta. Se le indica cómo debe tomar la medicación, incidiendo especialmente en la importancia de mantener el tratamiento en el tiempo y evitar los olvidos de medicación.

Se le facilita la información por escrito y teléfono/correo electrónico de contacto.

Se hace hincapié en que tiene que tomar la medicación con alimentos para disminuir la toxicidad gastrointestinal. Se dan unas recomendaciones al respecto, incluida la posible toma de protectores gástricos. Además, se aconseja

OBJETIVOS

1 Control de la enfermedad sin brotes

2 Optimización del tratamiento anticipándose a los posibles efectos adversos

3 Contacto permanente a través de las nuevas tecnologías
Refuerzo psicológico

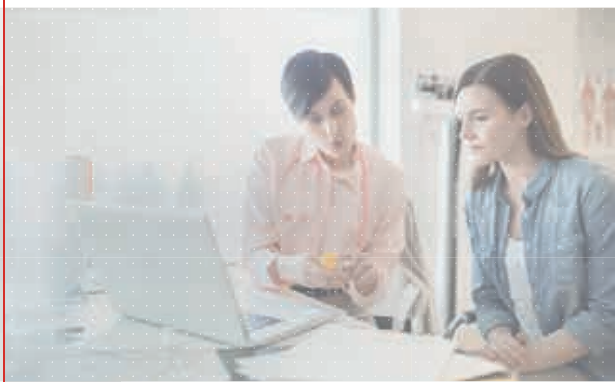
cómo evitar procesos de náuseas que pueden derivar de la toma de la medicación y la toma de ácido acetilsalicílico en caso de rubefacción.

Se anima y motiva a la paciente refiriendo que los efectos adversos desaparecen con el tiempo y se le ofrece que llame por teléfono o mande un correo electrónico para cualquier problema relacionado. Además, se refuerzan las recomendaciones sobre dieta y ejercicio y se habla de la posibilidad de derivación a un neuropsicólogo en caso de necesitarlo.

La paciente acude a los dos meses contenta después de varias consultas resueltas telefónicas y por correo electrónico. Señala, después de dos meses, que tolera bien la medicación con las recomendaciones prescritas.

Se le ofrece programa de telemonitorización y *home delivery*, con lo que disminuyen sus consultas presenciales a una al año, haciéndola coincidir con la de Neurología (también anual).

CAPACIDAD	Nivel de estratificación del modelo de crónicos 3 Predictor bajo Complejidad < 5
MOTIVACIÓN	Consejo sobre aparición de efectos adversos y cómo paliarlos Refuerzo de la adherencia y los hábitos de vida saludable
OPORTUNIDAD	Vías rápidas de comunicación Telemonitorización y *home delivery*



CASO CLÍNICO

PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Emilio Monte Boquet, Luis Carlos Fernández Lisón

ANTECEDENTES

Paciente mujer de 41 años, con diagnóstico de artritis reumatoide desde los 28. Nivel socio-cultural medio, casada y madre de 3 niños de 11, 7 y 5 años. Vive en una localidad situada a unos 50 kilómetros del hospital.

En la actualidad está en tratamiento con 50 mg/semana de etanercept con buena adherencia hasta hace unos seis meses.

Desde ese momento se producen retrasos en las citas de recogida de medicación en el Servicio de Farmacia, lo que indica una clara disminución de la adherencia al tratamiento. En el Servicio de Farmacia se le dispensa medicación para 12 semanas, según el protocolo establecido, al ser una paciente con una correcta adherencia al tratamiento.

Al comentar el caso con la paciente, esta refiere que hace aproximadamente un año que se separó de su marido y desde entonces atraviesa importantes dificultades económicas. Hace unos seis meses fue contratada en una empresa donde le ponen muchas pegas por las ausencias debidas a su enfermedad, tanto por visitas a la consulta médica como al Servicio de Farmacia. Tiene también dificultades para organizarse con sus tres niños.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

Una vez detectado el problema, se habla con la paciente para recordarle la importancia de mantener una buena adherencia para que el tratamiento sea efectivo. Además, se le advierte de que, si no mantiene una correcta adherencia, se pasará a dispensarle la medicación solamente para cuatro semanas, según el protocolo establecido en el Servicio de Farmacia, con objeto de medir y promover la adherencia al tratamiento.

A pesar de reducir la cantidad de medicación dispensada, dado que la paciente sigue teniendo serias dificultades para acudir al hospital, delega en otra persona de confianza para que acuda a recoger su medicación cada cuatro semanas.

RESOLUCIÓN CMO

Una vez detectado el problema, se habla con la paciente para recordarle la importancia de mantener una buena adherencia para que el tratamiento sea efectivo. Tras valorar con ella la situación y entendiendo que su circunstancia socioeconómica y familiar va a seguir dificultando la adherencia al tratamiento, se le propone entrar en un programa de seguimiento por telefarmacia y dispensación domiciliaria.

Se comprueba que la paciente dispone de la infraestructura tecnológica adecuada y la destreza de manejo suficiente de esta y se decide su inclusión en el programa. Se pacta con ella un envío de medicación cada cuatro semanas y un mínimo de una consulta telemática mensual, en el horario que mejor convenga tanto a ella como al Servicio de Farmacia. Además, la paciente se compromete a acudir a la consulta externa del Servicio de Farmacia cada vez que vaya a la visita médica.

Asimismo, se le provee de una *app*, diseñada en el propio Servicio de Farmacia, que le ayudará a recordar la agenda de administración del medicamento, visitas al hospital y consultas telemáticas. A través de esta *app*, la paciente enviará un aviso al Servicio de Farmacia cada vez que se administre una dosis del medicamento.

OBJETIVOS

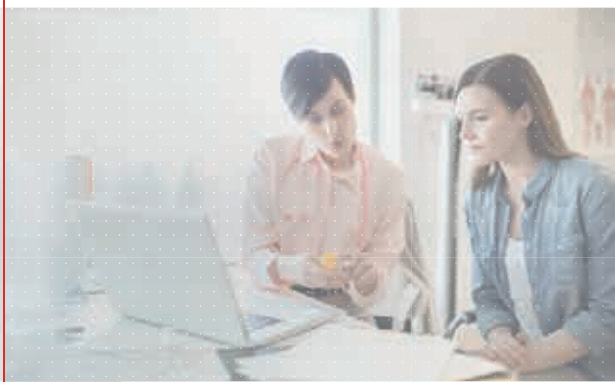
1. Control sintomatológico y radiológico de la enfermedad
2. Mantener la adherencia en una paciente con tratamiento crónico y problemas socieconómicos
3. Adaptar el seguimiento farmacéutico a las necesidades de la paciente

CAPACIDAD	Paciente joven con nivel basal en el modelo de estratificación de crónicos y capacidad de autogestión
MOTIVACIÓN	Refuerzo de la adherencia
OPORTUNIDAD	Integración en el equipo multidisciplinar Rápida comunicación con otros profesionales y con la paciente, lo que permite un entorno de confianza

CASO CLÍNICO

PACIENTE JOVEN CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y PROBLEMAS DE ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Emilio Monte Boquet, Luis Carlos Fernández Lisón



ANTECEDENTES

Paciente varón homosexual de 20 años, con diagnóstico reciente de infección por VIH. El paciente vive en un pequeño pueblo donde tiene dificultades para relacionarse y donde, en la medida de lo posible, oculta su condición de homosexual por temor al estigma social.

En este momento el paciente se encuentra en *shock* por su reciente diagnóstico y por lo que le pueda suponer en su vida personal. Se siente incapaz de iniciar y seguir el tratamiento.

RESOLUCIÓN

MODELO TRADICIONAL

En la visita de inicio en la consulta farmacéutica se detecta un elevado riesgo de mala adherencia al tratamiento, ya que el paciente se encuentra totalmente bloqueado y manifiesta abiertamente sus dudas acerca de la evolución de su infección y de la efectividad del tratamiento, a pesar de todo lo que le ha explicado su médico de forma detallada. Además, indica que tiene mucho miedo a los efectos adversos del tratamiento. Asimismo, nos cuenta que vive con sus padres, quienes desconocen su enfermedad y ante los cuales decide ocultar el tratamiento. En definitiva, el paciente se siente solo ante su enfermedad y su tratamiento.

En la primera consulta se repasan con el paciente todas las cuestiones relacionadas con el tratamiento y se le resuelven sus dudas sobre su efectividad y seguridad. Además, se incide sobre la importancia de la adherencia y se valoran distintas opciones para ocultar su tratamiento y encontrar la mejor forma para poder cumplir con este. Se le recomienda contactar con alguna asociación de pacientes, indicándole que pueden ayudarle a afrontar estos primeros momentos de la enfermedad. El paciente declina la oferta basándose en la confidencialidad que desea por los problemas sociales que puede sufrir si se conoce su situación.

Se le dispensa medicación para cuatro semanas y se le cita de nuevo en la consulta, donde se hará un seguimiento estrecho de su tratamiento y de su adherencia a este.

RESOLUCIÓN CMO

Durante la visita de inicio se hace una intervención similar a la descrita en el manejo tradicional. Al detectar la situación de aislamiento del paciente, se le propone entrar en el programa Paciente Experto VIH 2.0, puesto en marcha desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Se le explica que en dicho programa podrá aprender todo lo que necesita sobre su enfermedad y su manejo, así como cuestiones relacionadas con su tratamiento. Y, además, podrá relacionarse con otros pacientes que están en su misma situación con la ventaja de mantener totalmente su confidencialidad y sin ningún tipo de limitación geográfica.

El paciente se siente motivado por los beneficios que este programa le puede aportar y decide incorporarse. Se comprueba que dispone de la infraestructura tecnológica adecuada y la destreza de manejo suficiente de esta, por lo que se decide su inclusión en el programa.

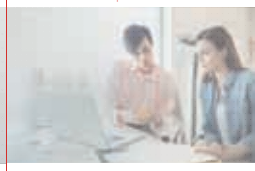
En visitas sucesivas, durante las cuales se lleva a cabo una atención farmacéutica habitual, el paciente muestra su agradecimiento por su inclusión en el

OBJETIVOS

1 Control viroinmunológico de la enfermedad

2 Optimización del tratamiento

3 Aceptación de la enfermedad y apoyo emocional



programa y manifiesta que le ha resultado decisivo en el manejo de su enfermedad y de su tratamiento. Además, valora especialmente los beneficios que le supone desde el punto de vista emocional, lo que repercute positivamente en mantener una buena adherencia al tratamiento.

CAPACIDAD	Paciente joven con un nivel 3 en el modelo de estratificación del paciente VIH Capacidad de autogestión de la enfermedad
MOTIVACIÓN	Información detallada sobre efectos adversos Refuerzo de la adherencia
OPORTUNIDAD	Vías rápidas de comunicación Inclusión en el programa Paciente Experto VIH 2.0

GRUPO MENARINI

ENP-300 SEP' 16