



3

La atención al paciente externo y el abordaje de la cronicidad

Ramón Morillo Verdugo, Inés Montes Escalante,
Rocío Jiménez Galán



Ramón Morillo Verdugo

Servicio de Farmacia, Hospital de Valme, Sevilla.



Inés Montes Escalante

Servicio de Farmacia, Hospital de Valme, Sevilla.

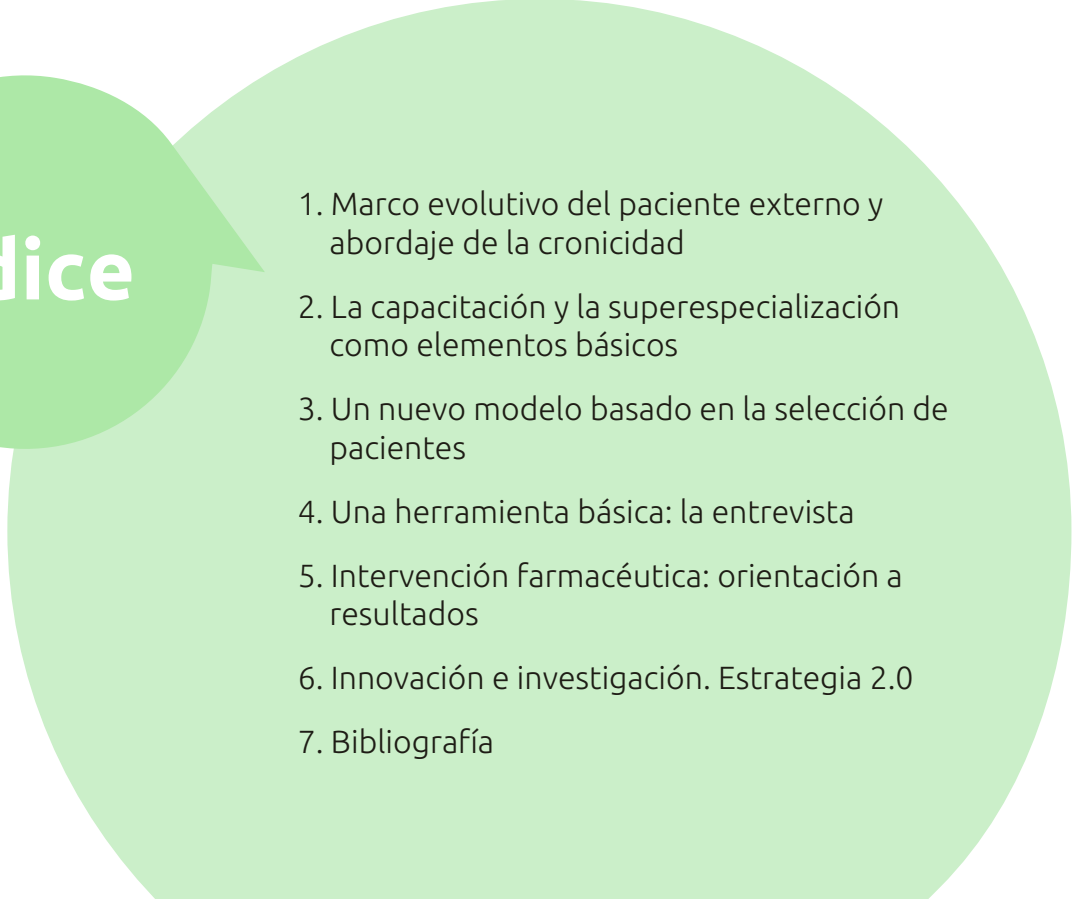


Rocío Jiménez Galán

Servicio de Farmacia, Hospital de Valme, Sevilla.



Índice

- 
1. Marco evolutivo del paciente externo y abordaje de la cronicidad
 2. La capacitación y la superespecialización como elementos básicos
 3. Un nuevo modelo basado en la selección de pacientes
 4. Una herramienta básica: la entrevista
 5. Intervención farmacéutica: orientación a resultados
 6. Innovación e investigación. Estrategia 2.0
 7. Bibliografía

1. Marco evolutivo del paciente externo y abordaje de la cronicidad

En los últimos años, la atención farmacéutica (AF) a los pacientes no hospitalizados ha sufrido un cambio radical. El comienzo de la dispensación de medicamentos en el ámbito hospitalario para pacientes no ingresados inició su andadura con la Ley General de Sanidad de 1986, la Circular 8/91 del Insalud de 23 de abril de 1991 (donde adjudicaba a los Servicios de Farmacia Hospitalaria (FH) la dispensación de medicamentos a los pacientes hemofílicos con marcadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivos y a los pacientes de fibrosis quística) y la Circular 12/91 de 17 de abril de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (en la que se recogía la aplicación práctica del conocido PROSEREME V [fase V del Programa Selectivo de Seguimiento de Medicamentos])¹.

De esta forma se clasificaron algunas especialidades por primera vez como de uso hospitalario o de diagnóstico hospitalario, y se le-

gisló su dispensación a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Así mismo, se definió el concepto de paciente externo como “pacientes pertenecientes al ámbito poblacional de las zonas básicas de salud asignadas que, no estando hospitalizados, reciben medicación directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital por requerir una especial vigilancia, supervisión y control en el campo de la atención sanitaria especializada”. Y aquí comenzó la andadura y el desarrollo de uno de los ámbitos con mayor repercusión de nuestra profesión.

En aquellos momentos, legislativamente aún no estaban desarrolladas las actividades a realizar por los farmacéuticos de hospital junto al acto de dispensación de medicación a pacientes externos. No fue hasta el año 2001, y circunscrito al ámbito autonómico de la Comunidad Valenciana, cuando apareció la primera norma que regulaba esta actuación:

la Orden de 31 de julio de 2001 de la *Conselleria de Sanitat* de la Generalitat Valenciana por la que se crean las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos². En ésta se definían los puntos básicos, no sólo logísticos sino también referentes a la actividad de atención farmacéutica. Sirva de ejemplo que se detallaba desde el personal mínimo necesario (un farmacéutico, un administrativo, un técnico en farmacia o auxiliar, y un diplomado universitario en enfermería) hasta las visitas obligatorias en que el farmacéutico debía ver al paciente (inicio, cambios de tratamiento o requerimientos del paciente), así como las funciones de los farmacéuticos (informar y asesorar a los pacientes externos y a los facultativos de otras especialidades, establecer procedimientos que garanticen un adecuado seguimiento farmacoterapéutico, promover el uso racional del medicamento, etc.). También se describían los objetivos, las actividades y las necesidades básicas para desarrollar el ejercicio de la atención farmacéutica dirigida al paciente externo. La aparición de esta primera norma legislativa, junto con la clara visión que tenía el colectivo de farmacéuticos de hospital de la importancia, la potencialidad y la repercusión de su área, hicieron que desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se elaborara un documento de recomendaciones para la aplicación y el desarrollo de la atención farmacéutica al paciente externo³. El ámbito de aplicación iba más allá de ésta, pues en el documento se proponía la creación de consultas de atención farmacéutica como un programa de participación activa del Servicio de Farmacia en las consultas externas, presentándose como una plataforma de actuación en este ámbito, aun cuando la dispensación de los medicamentos no se realizase a través del Servicio de Farmacia del hospital.

Desde entonces, la actividad asistencial de los farmacéuticos con pacientes externos ha experimentado un crecimiento exponencial, impulsada por la capacidad de nuestro colectivo de asumir nuevos retos y por el aumento en el número de medicamentos de dispensación hospitalaria (Figura 1).

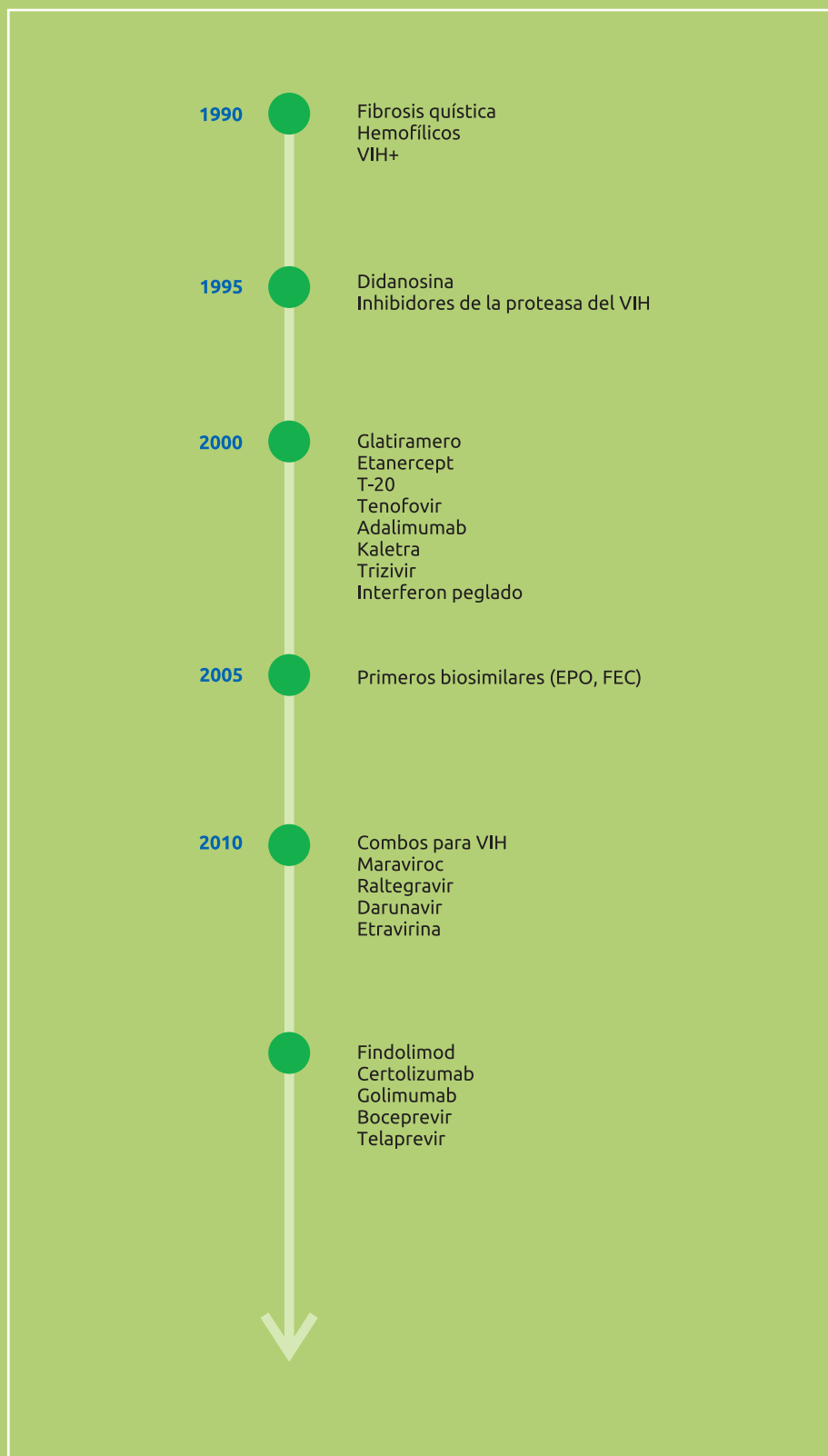
Respecto a este último punto cabe destacar la variabilidad de medicamentos dispensados según las comunidades autónomas: basándose fundamentalmente en criterios de seguridad y eficiencia, cada comunidad ha determinado qué medicamentos que se dispensaban en las oficinas de farmacia han pasado a ser de dispensación hospitalaria; como ejemplo, la resolución SC/0403 del Servicio Andaluz de Salud de 22 de diciembre de 2010 (“Resolución por la que se incluyen determinados medicamentos para tratamientos extrahospitalarios en la dispensación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria por requerir una particular vigilancia, supervisión y control”), con la que se regula la dispensación hospitalaria de citostáticos orales y tratamientos hormonales de la infertilidad. En esta resolución se argumenta que estas medidas de dispensación son necesarias para optimizar la efectividad, la seguridad y la adecuación de los medicamentos a las necesidades individuales de los pacientes, y para mejorar la calidad de su prescripción.

Desde abril de 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios) ha regulado, emitiendo diversas resoluciones, las condiciones de prescripción y dispensación de determinados medicamentos, que pasaron a ser dispensados en los Servicios de Farmacia de los hospitales, en un intento de unificar esta variabilidad que venimos comentado. De esta forma

F01

Figura 1.

Algunos hitos históricos en la incorporación de medicamentos



pasaron a dispensación hospitalaria todos los medicamentos con los siguientes principios activos: temozolamida, dasatinib, sorafenib, bexaroteno, lapatinib, capecitabina, erlotinib, ribavirina, gefinitib, ustekinumab, imatinib, nilotinib, etanercept y omalizumab. Aun así, la variabilidad entre comunidades autónomas, aunque menor, aún sigue existiendo; es decir, la “cartera de servicios” de las farmacias de los hospitales españoles es muy diversa, por lo que la unificación de actividades a realizar y sistematizar es compleja.

1.1. Situación actual

A lo largo de su desarrollo, la actividad realizada por los farmacéuticos en la consulta de pacientes externos ha ido evolucionando. Partimos de un inicio en el que nuestra actividad se centraba en el medicamento y el uso racional de éste; si bien es cierto que siempre teníamos en mente al paciente, la visión de nuestra actividad se parecía más bien a que nuestro centro de actuación era el medicamento y el paciente era un “efecto colateral”. Nuestro objetivo fundamental de trabajo siempre se ha basado en el uso de los medicamentos de la forma más eficiente posible, y sin perder de vista este objetivo, la práctica asistencial de nuestra profesión va mucho más allá.

El seguimiento farmacoterapéutico individualizado se define como la práctica profesional en la cual el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, la prevención y la resolución de problemas relacionados con la medicación, de una manera continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del

sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Ésta es la línea de trabajo en que se fundamenta todo el desarrollo de nuestra profesión y que todos conocemos, pero a la hora de ponerla en práctica son varios los obstáculos que pueden dificultar la consecución de sus objetivos finales.

Sin embargo, antes de desarrollar cuáles son las líneas prioritarias, el rumbo que sigue el perfil del farmacéutico de pacientes externos, debemos conocer cuál es nuestra “población diana” y cómo son los pacientes que atendemos.

El patrón de las enfermedades ha evolucionado desde ser fundamentalmente infeccioso a principios del siglo pasado hacia un perfil de enfermedades agudas, sobre las cuales se desarrolló el sistema sanitario actual. Sin embargo, en los últimos años la prevalencia de las enfermedades crónicas se ha disparado por varios motivos, entre otros el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y la atención sanitaria. Todos ellos han hecho que el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas. Sirva de ejemplo la consideración de la infección por el VIH como enfermedad crónica, que quizás haya sido el más relevante en tanto en cuanto afecta al seguimiento de pacientes por parte del farmacéutico de hospital. Pero hay muchos más ejemplos. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS)⁴, las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se estima que supondrán un 75% en 2020. En España se calcula que la prevalencia de enfermedad crónica en la población adulta varía entre un 42% y un 57%⁵.

Nuestro sistema sanitario actual está centrado y diseñado para la atención de las pa-

tologías agudas, enfocado en una atención episódica de problemas de salud. La cada vez mayor relevancia de los pacientes crónicos hace fundamental dar un giro a nuestra visión del sistema sanitario, con el fin de mejorar los resultados en salud de estos pacientes y garantizar la sostenibilidad del sistema.

Otro de los puntos de mejora es la dificultad para ofrecer un seguimiento y una atención continua a los pacientes con enfermedades crónicas, ya que en general todos ellos se ofrecen únicamente en el momento de una reagudización de su enfermedad de base o de descompensaciones (trasladado al ámbito de pacientes externos: ver a los pacientes cuando hay cambios en el tratamiento o requerimientos por parte del paciente). El abordaje de la cronicidad requiere la colaboración y el trabajo de equipos interdisciplinarios implicados en la atención a pacientes crónicos que sepan mantener en el tiempo este seguimiento necesario y fundamental.

Para que todo esto sea viable es necesario establecer una estratificación de la población, de modo que podamos dar a cada paciente lo que necesite en cada momento. En nuestro ámbito particular de la atención farmacéutica, en el año 2011 la *American Society of Health-System Pharmacists*⁶ publicó unas directrices básicas sobre el desarrollo de nuestra profesión, en las cuales se hacía referencia a la necesidad de estratificar a los pacientes, en este caso en función de la complejidad de su medicación. Han sido varias las herramientas publicadas tanto de uso general como para patologías concretas, por ejemplo los índices de complejidad de Martin *et al.*⁷ y de la Universidad de Colorado^{8,9}).

La estratificación de los pacientes en función de sus necesidades no es nueva. Podemos decir que nació con la pirámide de Kaiser, de la cual se han publicado múltiples adaptaciones. Como concepto general, todas siguen el mismo principio básico: adecuar lo ofrecido al paciente a sus necesidades. En nuestro caso esto se traduce en aportar un seguimiento farmacoterapéutico individualizado, de modo que las medidas adoptadas sean más eficientes y optimicemos nuestro tiempo de trabajo.

En la última década, tanto las sociedades científicas como los organismos públicos se han hecho eco de la importancia de los datos hasta ahora reseñados y han sido numerosos los planes de crónicos publicados. Desde nuestro ámbito de trabajo también se ha desarrollado recientemente el *Plan Estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico*¹⁰, en el cual se proponen acciones y líneas de trabajo para dar respuesta a la realidad que nos rodea. El objetivo prioritario del modelo de selección y atención farmacéutica a los pacientes crónicos es identificar aquéllos que más pueden beneficiarse de determinadas actuaciones farmacéuticas para obtener mejores resultados en salud, así como el diseño y la implantación de dichas actuaciones orientadas a las características específicas de cada paciente. El reto, una vez definido, será su implantación generalizada y la demostración de su utilidad para la mejora de los resultados en salud de los pacientes atendidos y también para la mejora del funcionamiento de los servicios de farmacia, en particular, y del sistema sanitario en general.

2. La capacitación y la superespecialización como elementos básicos

La repercusión que actualmente tienen las áreas de consultas externas dentro de los Servicios de Farmacia, junto con la imparable incorporación de nuevas evidencias científicas y nuevas opciones de tratamiento para las patologías habitualmente seguidas desde estas consultas, hacen cada vez más necesaria la permanente actualización de conocimientos y habilidades por parte de los profesionales que realizan su actividad en este entorno asistencial.

En los últimos años, el planteamiento seguido para dar respuesta a este reto pasa por la adquisición de las competencias imprescindibles para hacer frente, de una manera óptima, a estas necesidades. Además, en algunas instituciones se ha optado por la superespecialización del farmacéutico de hospital en determinadas patologías de gran relevancia, e incluso se han creado consultas de atención

farmacéutica monográficas con exitosos resultados, como las de patologías víricas o las de oncología, tal como demuestran las cada vez más frecuentes publicaciones tanto nacionales como internacionales que hacen referencia a este sistema de trabajo. Independientemente de la materia o de la patología sobre la que se demuestran los resultados beneficiosos de un entorno de calidad en la atención farmacéutica al paciente externo, en todos los trabajos publicados subyace la necesaria adquisición de competencias como elemento imprescindible para el éxito asistencial.

El concepto “competencia” alude a una capacidad o característica personal estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en una organización. Un elemento clave que aparece dentro de la gestión por competencias es identificar dichas capacida-

des como elementos que pueden medirse, por lo que la acepción más coherente con el enfoque de competencias es la que considera a éstas como un conjunto de comportamientos observables y medibles de modo fiable y válido, relacionados causalmente con un desempeño bueno o excelente. En el entorno sanitario, y a los efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, las habilidades y las actitudes asociados a las “buenas prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean (Ley de Cohesión y Calidad del SNS, Art. 42).

Este enfoque conceptual se centra en lo que el profesional hace. Para que el profesional desarrolle las buenas prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una competencia (hacer), es necesaria la presencia conjunta de los cinco componentes de la competencia: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades), saber ser (actitudes), querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitud profesional y medios).

En la actualidad no existe ningún manual de competencias para el farmacéutico de hospi-

tal específico para el área de consultas externas, pero sí hay algunos proyectos nacionales (ACSA en Andalucía¹¹) e internacionales (PHARMINE y ASHP¹²⁻¹⁴) que identifican una serie de competencias ineludibles y troncales para todos los farmacéuticos que realicen su actividad en esta área. En tal sentido, las competencias en atención farmacéutica se encuadrarían dentro de las propias de la farmacia hospitalaria, y además tendríamos las genéricas, como liderazgo, gestión, educación y evaluación-innovación, y las avanzadas para una práctica profesional experta, que consisten en conocimientos, responsabilidades, comunicación, razonamiento, autonomía y trabajo en equipo.

Las competencias generales relacionadas con la atención farmacéutica se representan en la Figura 2. No se han definido competencias específicas por materias o patologías concretas dentro de las que actualmente se abordan desde las consultas externas. No obstante, se recomienda la lectura, la puesta en marcha y la superación de aspectos específicos como los reflejados en la obra de DiPiro *et al.*¹⁵. A modo de ejemplo, en la Tabla 1 se representan las relacionadas con la esclerosis múltiple.

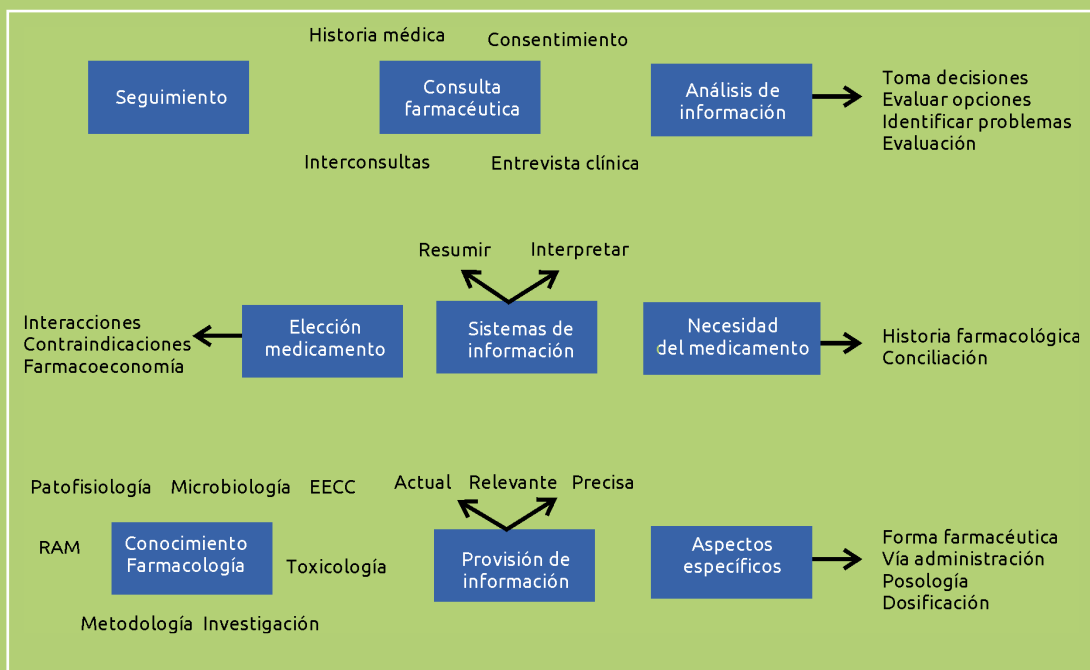


Figura 2.

Competencias en Atención Primaria.



Tabla 1.

Conocimientos imprescindibles para la AF al paciente con esclerosis (DiPro J. 8ª edición).

1. Enumere cuatro factores de riesgo para la esclerosis múltiple (EM).
2. Describir la etiología y la fisiología de la EM.
3. Explicar el concepto de la diferenciación de células T y la plasticidad en la EM.
4. Aconsejar a un paciente con EM sobre los objetivos de la terapia con medicamentos.
5. Recomendar el mejor tratamiento para un paciente con una exacerbación aguda de la EM.
6. Definir cuándo es adecuado iniciar la terapia con medicamentos en un paciente con EM remitente-recurrente.
7. Similitudes y diferencias entre todos los agentes utilizados para tratar la EM remitente-recurrente con respecto al mecanismo de acción, efectos secundarios, eficacia, impacto en la progresión de la enfermedad, la administración y el coste.
8. Diseñar un plan de monitorización del tratamiento para un paciente con EM recién comenzado el tratamiento con interferón.
9. Diferenciar la presentación y la importancia de la leucoencefalopatía multifocal progresiva asociada a natalizumab.
10. Explicar la importancia de la monitorización cardiaca en los pacientes con EM y mitoxantrone.
11. Recomendar el tratamiento, incluyendo los regímenes de dosificación, la supervisión y asesoramiento de medicamentos para un paciente con empeoramiento de la EM secundaria progresiva con recaídas y remisiones.
12. Recomendar el tratamiento inicial y alternativa de la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple.
13. Proponer un plan de tratamiento para un paciente con EM complicado con disfunción del tracto urinario.
14. Revisar curso del tratamiento de un paciente basado en sintomatología secundaria como la depresión.
15. Recomendar el tratamiento de la fatiga en los pacientes con EM.
16. Formular un plan de monitorización para un paciente que está tomando tratamientos para la EM, que incluya la eficacia, la seguridad y la vigilancia de la discapacidad a largo plazo a lo largo de la progresión de la enfermedad.

3. Un nuevo modelo basado en la selección de pacientes

El incesante incremento del número de patologías, y en consecuencia del número de pacientes atendidos en las consultas externas de atención farmacéutica, hace necesario un abordaje global del modelo de seguimiento a este tipo de pacientes que haga que las intervenciones farmacéuticas se enfoquen hacia aquellos pacientes que más van a beneficiarse de ellas, o dicho de otro modo, que se desarrollen programas de intervención farmacéutica acordes al grado de complejidad de cada tipo de paciente.

Clásicamente, el modelo de atención farmacéutica desarrollado en consultas externas incluía un abordaje episódico, teniendo como eje central de la intervención el de los medicamentos dispensados desde los Servicios de Farmacia hospitalaria, esto es, los esfuerzos se han centrado principalmente en el inicio de los tratamientos y en los cambios de éstos, independientemente de su causa. Pero este modelo ha tocado techo, porque cada vez son más los pacientes que necesitan un

seguimiento más estrecho y global, con un enfoque integral y no exclusivamente medicamentoso.

Para dar respuesta a esta cuestión, la SEFH ha desarrollado en los últimos tiempos el “Modelo de selección y atención farmacéutica a pacientes crónicos”¹⁰, que debe ser la base principal sobre la cual desarrollar el modelo de atención farmacéutica en general, y en consultas externas en particular, en los próximos años. Este modelo nace con una orientación centrada en el paciente, utilizando la estratificación como herramienta básica para la optimización de la actividad farmacéutica. La reorientación de la actividad asistencial basada en este modelo permitirá una optimización de los recursos sanitarios y el desarrollo de estrategias de intervención más adecuadas para cada uno de los niveles establecidos.

Ni qué decir tiene que este nuevo enfoque supondrá un importante esfuerzo estructural y personal en las organizaciones que

lo implanten. Sin embargo, las ventajas son muchas, puesto que diferentes sociedades científicas y numerosas instituciones sanitarias, entre ellas, en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ya han puesto en marcha sus propias líneas estratégicas para el abordaje y el reenfoque asistencial para la mejora de esta cuestión. Por tanto, trabajar con esta metodología permitirá estar alineado con el enfoque asistencial de los sistemas sanitarios en los años venideros.

La aplicación de este modelo es válida para pacientes con las patologías que se muestran en la Figura 3, enfermedades todas ellas que consumen un elevadísimo montante de recursos económicos y de personal en los Servicios de Farmacia hospitalaria.

El objetivo general de la reorientación del modelo asistencial tiene que ser la mejora misma del proceso y, en consecuencia, la obtención de los mejores resultados en salud en la población atendida, estableciendo las intervenciones adecuadas en cada momento. Sin embargo, también existe una serie de objetivos intermedios y finales que no deben ser olvidados, ya que se identifican como las piezas del engranaje asistencial con las que poner en marcha las medidas prácticas de mejora y que, además, van a servir de orientación para la medición temporal de esa optimización asistencial.

Entre los objetivos intermedios encontramos:

- Optimización de la farmacoterapia y del uso de los medicamentos.
- Corresponsabilidad del paciente en su propio tratamiento a través de la información y la educación para el autocuidado.

- Prevención, identificación y manejo de los problemas relacionados con la medicación.
- Aumento de la adherencia a los tratamientos.

Y como objetivos finales:

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

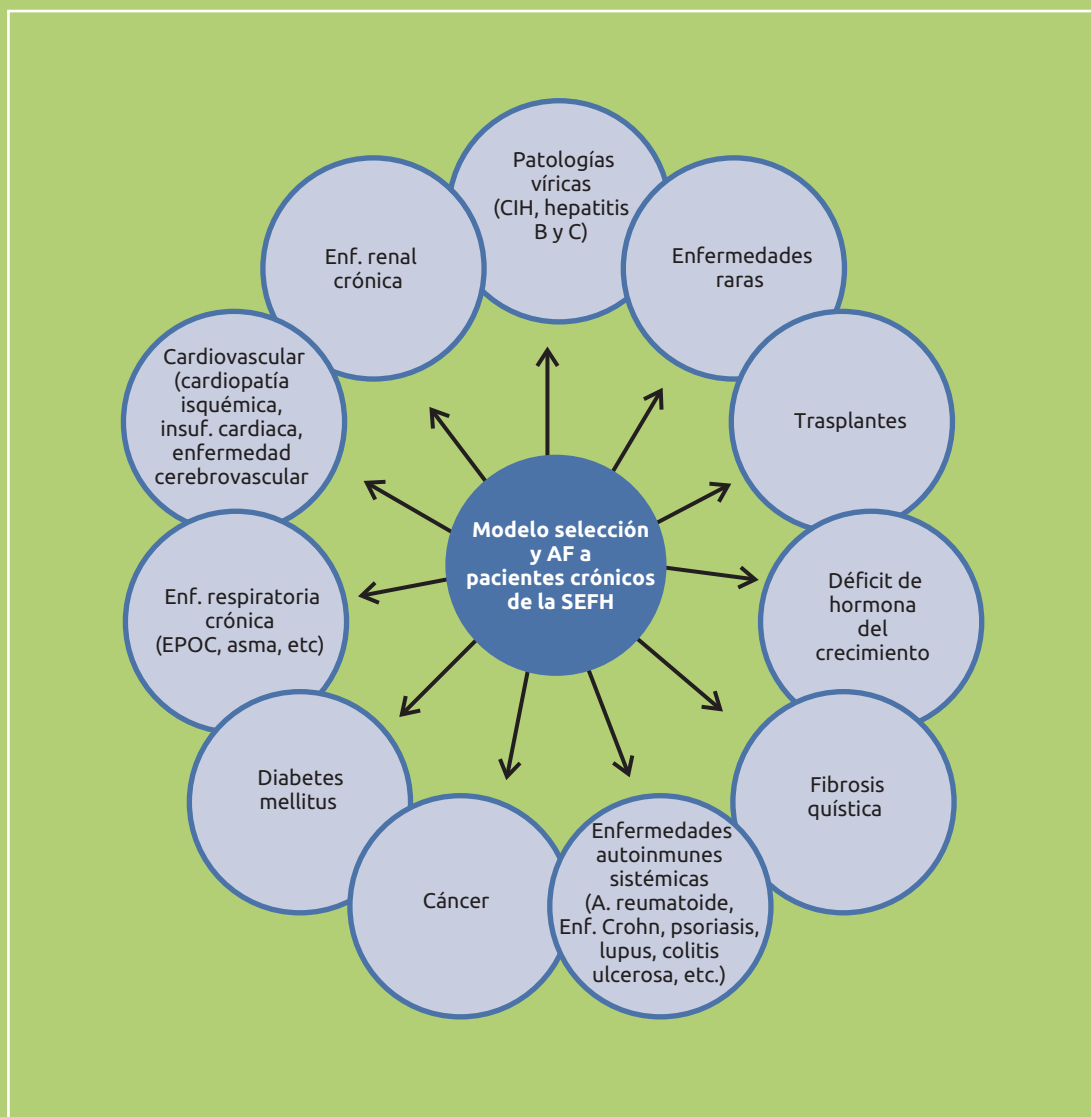
El planteamiento de la consecución de estos objetivos implica, por sí solo, la necesidad intrínseca de reorientar la labor asistencial para centrar los esfuerzos no tanto en el momento previo a la prescripción y la utilización de fármacos (aspecto que también se considera fundamental) sino en la medición de resultados en salud y en conocer qué está pasando con la totalidad de la farmacoterapia prescrita para cada paciente atendido, con independencia de la intensidad de las intervenciones realizadas para cada paciente.

Como decíamos antes, la nueva labor asistencial en que se enmarque la atención farmacéutica en consultas externas requerirá el conocimiento, para cada paciente, de todas las características (no sólo de las relacionadas con la medicación) que puedan influir en la necesidad de atención farmacéutica para conseguir resultados en salud. Esto es, será necesario conocer las variables demográficas, sociosanitarias y cognitivo-funcionales, y las de utilización de los servicios sanitarios.

F03

Figura 3.

Modelo selección y AF a pacientes crónicos de la SEFH.





T02

Tabla 2.

Variables y pesos relativos del modelo SEFH.

| Tipología de variable | Variable | Definición | Puntuación |
|---|--|---|--------------------------|
| Variables demográficas | Edad | El paciente tiene 75 años o más | 3 |
| | | El paciente tiene entre 10 y 19 años ¹ | 3 |
| | | El paciente tiene entre 6 y 9 años | 1 |
| | | El paciente tiene 5 años o menos | 3 |
| | | | Máximo: 3 puntos |
| Variables sociosanitarias y del estado cognitivo | Deterioro cognitivo/ dependencia funcional | El paciente tiene deterioro cognitivo/ dependencia funcional severa no solucionada o sin cuidador adecuado. Utilización para su medición de los resultados de cualquier escala validada: escalas para medir la situación (Minimal, Pfeiffer, etc.) y para medir la situación funcional (Índice de Katz, Índice de Barthel, etc.) En ausencia de escala validada, utilizar acción de la información recogida en informe de ingreso / Historia clínica sobre si el paciente es autónomo o no en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y sobre su estado mental. | 4 |
| | | El paciente tiene desórdenes mentales o conductuales no transitorios medido por el diagnóstico y prescripción de medicamentos específicos. | 3 |
| | | El paciente, o el cuidador en su caso, tiene dificultad de lectura o comprensión. | 2 |
| | | El paciente vive solo | 1 |
| | | El paciente tiene condiciones socioeconómicas que pueden provocar que no mantenga / se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas, que tenga dificultad para la adquisición del medicamento o de mantenimiento de condiciones de vida saludable (alimentación, etc.). | 2 |
| | | | Máximo: 12 puntos |
| Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios | Número de hospitalizaciones | El paciente ha tenido 2 o más hospitalizaciones en los 12 meses previos. | 2 |
| | Pluripatología | El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad o comorbilidad | 4 |
| | | | Máximo: 6 puntos |
| Variables relacionadas con la medicación | Polimedicación | El paciente toma más de 5 medicamentos, entendiendo medicamentos como la forma farmacéutica acompañada de la dosis y vía | 4 |
| | | El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo. | 3 |
| | Riesgo de la medicación | El paciente ha sufrido cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses | 2 |
| | | Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento. Utilización de cuestionarios validados Haynes & Sackett, Morinsky-Green-Levine, etc. y/o utilización de registros de dispensación. | 4 |
| | Sospecha de no adherencia | Existe sospecha o evidencia de que el paciente padece o puede padecer PRM ^o | 4 |
| | | | Máximo: 17 puntos |
| Máxima puntuación total en el modelo: 38 puntos | | | |

Todas ellas son imprescindibles para determinar en qué nivel de demanda de atención farmacéutica será encuadrado cada paciente (Tabla 2).

El abordaje de la atención farmacéutica en los próximos años requerirá, imprescindiblemente, del conocimiento de las 13 variables que componen el modelo, lo que obligará a reorientar los sistemas de información que en la actualidad manejan las consultas externas de farmacia hospitalaria para que dicha información pueda obtenerse de la manera más automatizada posible. Aplicar el modelo proporcionará de inmediato la puntuación y, en consecuencia, el estrato en que se encuentra cada paciente que será atendido en consultas externas. A su vez, cada uno de esos niveles identificará una serie de riesgos (Figura 4).

Las puntuaciones que se obtienen son:

- **Relacionadas con la medicación:** sumatorio de la puntuación en variables relacionadas con la medicación, demográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- **Relacionadas con el ámbito sociosanitario:** sumatorio de la puntuación en variables relacionadas con el ámbito sociosanitario, demográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios.
- **Global:** sumatorio de la puntuación en variables relacionadas con la medicación, sociosanitarias, demográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios.

Nótese que las variables demográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios son variables moduladoras de la puntuación de

los pacientes en las variables sociosanitarias y en las relacionadas con la medicación.

Otro de los puntos relevantes del nuevo modelo es la posibilidad de identificar qué actuaciones de atención farmacéutica deben realizarse en función de las necesidades de cada tipo de paciente crónico atendido. Estas actuaciones básicamente se han agrupado en tres ámbitos:

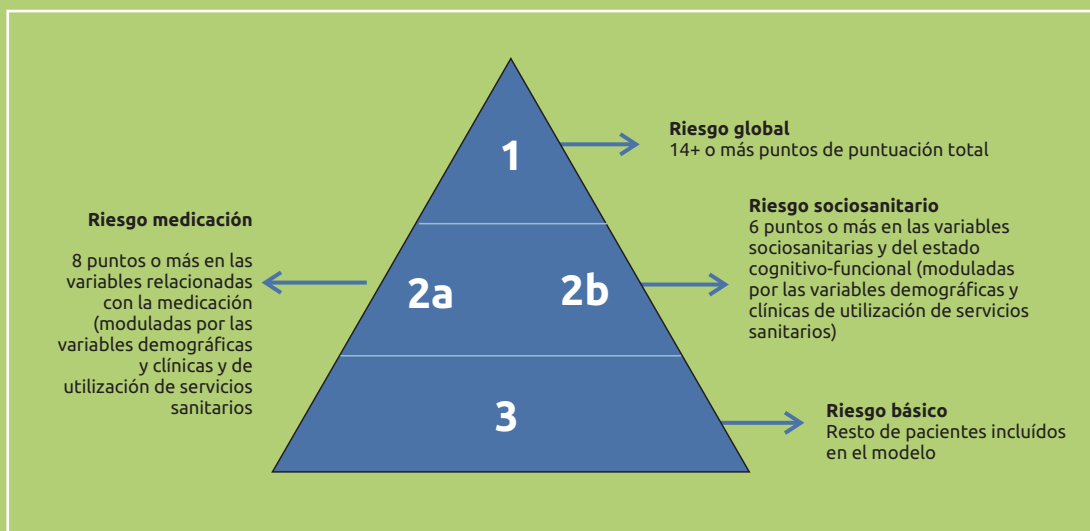
- **Seguimiento farmacoterapéutico:** revisando la adecuación, la efectividad y la seguridad de los tratamientos.
- **Formación y educación al paciente:** informando sobre la medicación, apoyando la tramitación administrativa y fomentando la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- **Coordinación con el equipo asistencial:** elaborando protocolos, guías y procedimientos normalizados de trabajo, impartiendo docencia, unificando criterios entre profesionales sanitarios y niveles asistenciales, etc.

Por tanto, este modelo establece las actuaciones de atención farmacéutica a desarrollar en cada uno de los niveles de riesgo identificados (Tablas 3 a 6).

3.1. Herramientas, formación y procedimientos de trabajo

Para llevar a cabo las actuaciones de atención farmacéutica hay que contar con herramientas validadas y estandarizadas que apoyen la realización de esta labor. En cuanto a herramientas y procedimientos, es necesario:

- Contar con un sistema estandarizado para la adecuación y la validación de los tratamientos.



F04

Figura 4. Niveles para la selección de pacientes.

| | |
|--------------------------------|--|
| Seguimiento farmacoperapéutico | Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede de la farmacogenética, farmacocinética, etc. individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos. |
| Educación al paciente | <p>Información básica sobre los tratamientos relacionados con patologías crónicas, en especial con refuerzo al cumplimiento e identificación y manejo de PRM, a través de medios de comunicación masiva (i.e. internet: página web del servicio de farmacia, página web de la SEFH, etc.).</p> <p>Educación sanitaria general no relacionada con el medicamento (vida saludable, dieta, cumplimiento, responsabilidad) a través de medios de comunicación masivos (i.e. internet: página web del servicio de farmacia, página web de la SEFH. etc.).</p> |
| Riesgo sociosanitario | Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica, etc.). |

T03

Tabla 4. Actuaciones de AF en el nivel 3: nivel básico.

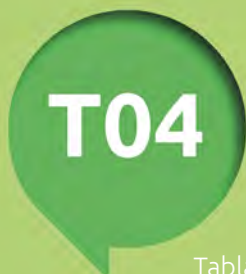


Tabla 4.
Actuaciones
de AF en el
nivel 2a: riesgo
medicación.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Seguimiento farmacoperapéutico | <p>Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.</p> <p>Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta urgencias, ingreso en centro sociosanitario). Seguimiento de los pacientes a través de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión, e-health, mHealth, etc.).</p> <p>Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos de los pacientes, incluyendo entre otras acciones a realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto interniveles (farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, nivel sociosanitario, etc.). - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc. - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación. |
| Educación al paciente | <p>Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).</p> |
| Riesgo sociosanitario | <p>Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción, simplificación, etc.</p> <p>Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería.</p> <p>Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes</p> |



Tabla 5.

Actuaciones de AF en el nivel 2b: riesgo sociosanitario.

| | |
|--|--|
| <p>Seguimiento farmacoterapéutico</p> | <p>Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.</p> <p>Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta urgencias, ingreso en centro sociosanitario).</p> <p>Seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión e-Health, mHealth, etc.).</p> <p>Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar adecuación y adherencia a los tratamientos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación sobre todo en caso de deterioro cognitivo, funcional, etc. - Contacto interniveles en los pacientes institucionalizados, trabajo conjunto con el equipo asistencial de centros de asistencia social. <p>En el resto de pacientes trabajo conjunto con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc. - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de medicación. |
| <p>Educación al paciente</p> | <p>Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).</p> <p>Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario).</p> |
| <p>Riesgo sociosanitario</p> | <p>Cordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.</p> <p>Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.</p> <p>Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.</p> <p>Integración de la información e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.</p> |

T06

Tabla 6.

Actuaciones de AF en el nivel 1: riesgo global.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Seguimiento farmacoperapéutico | <p>Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, etc., individualizando la farmacoterapia de los pacientes crónicos.</p> <p>Conciliación del tratamiento en las transiciones asistenciales (ingreso, alta, urgencias, ingreso en centro sociosanitario).</p> <p>Seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión, e-Health, mHealth, etc.).</p> <p>Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar adecuación y adherencia a los tratamientos, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación sobre todo en caso de deterioro cognitivo, funcional, etc. - Contacto interniveles en los pacientes institucionalizados, trabajo conjunto con el equipo asistencial de centros de asistencia social. <p>En el resto de pacientes: trabajo conjunto con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación) planificaciones horarias al alta, etc. - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación. |
| Educación al paciente | <p>Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).</p> <p>Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que ssea necesario.</p> |
| Riesgo sociosanitario | <p>Desarrollo Programs de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con unidades clínicas (estrategias, desprescripción, simplificación, etc.).</p> <p>Participación del FH en los equipos de gestión de casos para la discusión y abordaje específico de determinados pacientes.</p> <p>Integración con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud.</p> <p>Coordinación con las oficinas de farmacia y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.</p> <p>Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.</p> <p>Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.</p> <p>Integración de la información e inconvenientes den la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.</p> |

- Contar con sistemas de información que permitan visualizar la totalidad de la farmacoterapia de los pacientes.
- Consensuar guías para la mejora de la farmacoterapia teniendo en cuenta las características específicas de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Definir el listado de medicamentos o los criterios para identificar medicamentos de alta complejidad en pacientes crónicos.

En cuanto a la formación, hay que:

- Contar con una herramienta básica para formar al personal sanitario sobre la atención farmacéutica al paciente crónico.
- Desarrollar formación en conceptos y forma de trabajo de gestión de casos.
- Incorporar una formación básica para el FIR en este ámbito.

Y en la relación con otros profesionales deben:

- Definirse procedimientos de trabajo conjunto con otros profesionales, intrahospitalarios o extrahospitalarios, orientados a la mejora de la farmacoterapia.
- Establecerse alianzas con el ámbito sociosanitario.
- Establecerse alianzas con la farmacia comunitaria y de atención primaria.

La homogeneización del proceso de atención farmacéutica al paciente externo, y al crónico en particular, en las consultas de atención

farmacéutica es vital para la obtención de resultados en salud fiables y para obtener el respaldo sanitario a nuestra actuación. Para ello, se propone la siguiente dinámica de trabajo:

1. Identificar si el paciente es crónico (si tiene alguna de las enfermedades que se enumeran en el punto "Patologías crónicas").
2. En caso de que se trate de un paciente crónico, aplicar el modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH. Para ello se deberá tener acceso a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente.
3. Se compartirá 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 definidas por el modelo, dependiendo del resultado de la selección.
4. Todas las actuaciones de atención farmacéutica se reflejarán en la historia clínica y farmacoterapéutica.
5. En caso de que se haya identificado la necesidad aplicando el modelo de selección, se mantendrá una entrevista con el paciente para informarle de su tratamiento, sobre todo si lo inicia en ese momento (bien en la farmacia hospitalaria directamente o bien mediante la colaboración de otros profesionales sanitarios). Uno de los aspectos fundamentales de esta entrevista será el fomento activo de la adherencia al tratamiento, explicando al paciente la importancia de ésta y buscando su compromiso para cumplirla.

6. Se deberá registrar la actuación farmacéutica realizada para el posterior análisis conjunto y agregado, en el hospital y por la SEFH. Se registrarán al menos los indicadores recogidos en el punto "Registro y medición de la atención farmacéutica".

El modelo debe ser aplicado sobre los pacientes con una cierta periodicidad, idealmente una vez al año, ya que las variables que lo contemplan pueden modificarse con el tiempo.

Por último, las actuaciones deben registrarse y medirse con el objetivo, por un lado, de mejorar continuamente la atención a los pacientes, y por otro de poner en valor el papel de la farmacia hospitalaria en la mejora de los resultados en salud y calidad de vida en los pacientes atendidos.

Es recomendable utilizar como mínimo los siguientes indicadores para la medición de la actividad:

- **Selección:** número y porcentaje de pacientes en cada nivel de prioridad tras la aplicación del modelo.

- **Tipos de actuaciones farmacéuticas realizadas:**

- Actuaciones que supongan un cambio en la prescripción médica.
- Actuaciones de educación al paciente.
- Establecimiento de alianzas y procesos de trabajo internivel.
- Detección y actuación en incidencias relacionadas con la medicación.
- Otras actuaciones.

- **Cobertura:** número y porcentaje de pacientes a los que se ha prestado atención farmacéutica en los diferentes niveles.

El reto para los próximos años consistirá en la capacidad de alinear esta actividad con la estrategia nacional y regional de atención farmacéutica en el caso de pacientes crónicos, en ser capaces de trasladar las herramientas a entornos *web* y de dispositivos móviles que hagan más accesible y dinámico el desarrollo del modelo, y por último en trabajar en la mejora continua, la agregación y la explotación de datos conjuntos en el marco de la SEFH.

4. Una herramienta básica: la entrevista

Para poder alcanzar los objetivos, finales o intermedios, que se pretenden cuando afrontamos el reto de optimizar la farmacoterapia en los pacientes atendidos en consultas externas de farmacia, uno de los elementos clave es el establecimiento de una relación entre el farmacéutico y el paciente que permita identificar y dar respuesta a las necesidades de éste.

Aunque la comunicación y la entrevista clínica no son algo novedoso para los farmacéuticos de hospital, en los últimos años, y con la llegada de Internet y la masificación de la información (sanitaria) al alcance de cualquier persona, se hace necesario un nuevo modelo de comunicación con el usuario de las consultas externas, estableciendo una corresponsabilidad en los resultados, no sólo individuales sino también poblaciones de los usuarios, y en el uso de la farmacoterapia.

Esto último hecho determina que la entrevista clínica sea el mejor marco para establecer la comunicación con el usuario; entrevista que debe ser entendida como un proceso de negociación en el cual la comunicación tiene que ser bidireccional y estar diseñada con el

objetivo de ejercer una influencia sobre el paciente y no una actividad impositiva o punitiva.

En los próximos años veremos cómo, además de las consultas clásicas presenciales, existirá una mayor demanda de consultas virtuales, a través de las nuevas tecnologías, y el farmacéutico de hospital también debe estar preparado para este proceso.

Aunque, como decíamos antes, la entrevista clínica no es una actividad novedosa en el área de las consultas externas, sí existe una serie de habilidades o herramientas para su desarrollo que deben conocerse, tanto para ser evitadas como para ser potenciadas¹⁶.

Entre las barreras que podemos identificar y que dificultan esta labor encontramos:

- Falta de formación específica.
- Falta de recursos humanos y materiales.
- Expectativas del usuario.
- Ideas preconcebidas del profesional sanitario.

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

Adicionalmente hay otros aspectos clave que se dan durante la propia entrevista clínica y que debemos identificar para su corrección. Nótese que el nuevo modelo de atención farmacéutica obliga a la identificación de variables que van más allá de las clínicas o farmacoterapéuticas, por lo que la explotación de esta herramienta, presencial o virtual, resulta de vital importancia.

Son elementos que limitan la utilidad de la entrevista clínica:

- 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.

4.1. 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 clínica que 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 clínica, la habilidad para comunicarse con el usuario 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 profesional sanitario. Sin embargo, en una fase posterior el mensaje transmitido debe complementarse con términos más comprensibles en función del nivel sociocultural del usuario. La capacidad de comprensión y de entendimiento del paciente es un factor clave en el éxito de la interacción verbal.

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

1. Apertura con un saludo cordial.
2. Orientación del propósito.
3. Realización de las medidas necesarias para realizar el propósito.
4. Preparación para el cierre.
5. Cierre.

Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es el vehículo principal de expresión de los sentimientos y de las emociones. El componente no verbal supone un apoyo fundamental a la comunicación verbal. Entre sus principales funciones destaca el regular el flujo de la comunicación,

iniciar o concluir la transmisión de mensajes, captar la atención del usuario, 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:

- Movimiento cinésico.
- Características físicas.
- Paralenguaje.
- Proxémica.

4.2. No saber empezar ni terminar

La entrevista clínica es 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, semiestructurada o estructurada. El formato más adecuado en la consulta de pacientes externos es la entrevista semiestructurada o semidirigida, que consta de dos fases. La primera es una fase exploratoria en la cual se pretende obtener información e identificar los problemas del usuario relacionados con la farmacoterapia. En la fase siguiente, la fase resolutoria, se pretende llevar a cabo las intervenciones de mejora en la consecución del objetivo terapéutico mediante técnicas de información y educación del paciente.

Fase exploratoria

Deben seguirse los siguientes pasos:

1. Establecer la relación farmacéutico-usuario, para lo que se aconseja:

- Iniciar la entrevista con un saludo cordial mientras nos levantamos del asiento para que el paciente se sienta acogido y no crea que molesta.
- Dirigirnos al paciente por 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 usuario.

2. Delimitar y clarificar la demanda: no debe darse por sobreentendido el motivo de la consulta y se clarificará con una pregunta abierta, del tipo “¿qué le trae por aquí?”, “¿puedo ayudarle en algo?”, “¿hay algo que quiere comentarme?” o “¿cuál es el motivo de su consulta?”.

3. Obtención de datos. Para explorar la idea del usuario acerca de los problemas derivados de la farmacoterapia pueden emplearse preguntas como “¿a qué lo atribuye?” o “¿a qué cree usted que puede deberse?”. 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 usuario hay que prestar especial atención a la comunicación no

verbal. También podemos indagar con un comentario, como “le veo preocupado, parece que algo le preocupa de todo este problema”.

4. Síntesis de la información.

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.

Entre las distintas técnicas de apoyo narrativo destacan:

- **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.
- **Silencio funcional:** ausencia de comunicación verbal que ayuda a la concentración del paciente o actúa como catalizador de determinadas reacciones emocionales.
- **Facilitación:** conducta verbal o no verbal para que el usuario inicie o continúe la entrevista, tras un período de silencio y sin que se le hagan sugerencias o indicaciones ni se le influya en cuanto a los contenidos que el entrevistado debe verbalizar.
- **Empatía:** conducta consistente en solidarizarse emocionalmente con el entrevistado y demostrarle que lo apoyamos, entendemos su situación y no la juzgamos.
- **Frases de repetición:** consiste en repetir una palabra o frase que el paciente

acaba de decir para orientar su atención hacia un determinado contenido.

- **Señalamiento:** se basa en reflejar emociones o conductas del paciente con el objetivo de ayudarle a clarificar sus ideas o emociones.
- **Clarificación:** conducta que indica al usuario que explique el sentido de un término o idea, como “¿qué ha querido decir con eso?” o “¿puede explicarme qué ha querido decir?”. El mensaje verbal puede ir acompañado de un gesto de extrañeza.

Fase resolutive

Se fundamenta en la información obtenida en la fase exploratoria, según la cual determinaremos nuestra intervención farmacéutica. De una manera global, en la fase resolutive identificamos las siguientes etapas:

1. Enunciar los problemas hallados.
2. Informar del plan de actuación.
3. Negociar y persuadir.
4. Lograr mantener los cambios.

El éxito o fracaso de la intervención farmacéutica vendrá determinado por la calidad de la información proporcionada al usuario y por nuestra capacidad negociadora con él.

Información al usuario

Para que la transmisión del mensaje sea exitosa deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Capacidad de captar la atención del usuario. Para ello debemos identificar sus inquietudes y necesidades.

- Fácil comprensión.
- Información relevante para el receptor.
- Credibilidad de la fuente.
- Contenido no ofensivo. Utilizar vocabulario no ofensivo.

Negociación con el usuario

La negociación implica llegar a un pacto entre el farmacéutico y el paciente. El acuerdo sólo será posible cuando las partes implicadas en el proceso obtengan ambas un beneficio.

Con el objeto de optimizar la negociación es conveniente conocer el entorno del paciente (estado sociofamiliar, nivel de preparación, características demográficas...), sus necesidades y sus creencias en salud sobre el problema a negociar.

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 y mostrarle sus incoherencias. Posteriormente, la motivación del paciente es un proceso clave para que el cambio se lleve a cabo.

Los pasos necesarios para motivar al paciente son:

- Refuerzo positivo, aumentando su autoestima.
- Enseñarle la conducta a seguir sin culpabilizar.
- Mostrar empatía.
- Asumir la corresponsabilidad de las consecuencias del cambio.
- Si el paciente acepta el cambio de conducta, revisar sus consecuencias en un plazo de tiempo.

- Usar el éxito del cambio como refuerzo positivo para que se prolongue en el tiempo.

4.3 Improvisación

La elaboración de una historia farmacoterapéutica es la mejor forma de evitar la improvisación de nuestras actuaciones sobre un paciente. Debe ser un documento funcional que contenga la información más relevante del usuario con una estructura que haga que su consulta sea rápida y sencilla.

En función de su estructura, distinguimos dos tipos de historia farmacoterapéutica:

- **Historia orientada según las fuentes de información:** es el modelo más clásico. En ella los datos se registran de manera cronológica y en distintos apartados según quien sea el profesional sanitario que aporta la información.
- **Historia orientada por problemas: presenta un formato más acorde a las necesidades actuales.** Este tipo de documento permite al farmacéutico identificar los problemas relacionados con la farmacoterapia, definir la intervención farmacéutica y realizar un seguimiento de los resultados. En su formato se observan tres partes diferenciadas:
 - Base de datos del paciente.
 - Listado de problemas.
 - Notas de evolución según la metodología (p. ej., SOAP).

4.4. Déficit o exceso de emoción

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

- **Estilo pasivo:** suele corresponderse con personas tímidas y sin el valor suficiente para contradecir los argumentos de otra persona.
- **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 una actitud desafiante.
- **Estilo asertivo:** supone la posición intermedia entre 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.

4.5. Descontrol del tiempo

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

A la hora de determinar el tiempo que debemos dedicar a cada paciente en la entrevista clínica, uno de los aspectos a tener en cuenta es la complejidad de la farmacoterapia.

4.6. Falta de escucha

Para que la comunicación sea efectiva debemos eliminar las barreras que pueden impedir la creación de un clima de confianza entre el usuario y el profesional sanitario. No sólo el entorno (distracciones, ruido, falta de confidencialidad, etc.) y el propio usuario (edad,

nivel sociocultural, falsas creencias, etc.) pueden influir negativamente en el proceso de comunicación.

4.7. 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 usuario que solicita y exige información por parte del farmacéutico. Este nuevo tipo de relación entre ambos tiene como base el denominado *counseling*.

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

- Mostrar empatía y respeto hacia las decisiones del paciente.
- Escucha activa.
- Motivación del paciente.
- Asegurar la confidencialidad.

¿Cómo puede un farmacéutico colaborar en la toma de decisiones de un paciente? El profesional sanitario debe enseñar al usuario 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 las barreras que nos alejan del concepto de comunicación efectiva, no juzgando ni etiquetando a los usuarios.

Por tanto, un adecuado modelo de selección en la atención farmacéutica al paciente externo, y sobre todo en el crónico, integra el correcto manejo de dos aspectos inseparables: un componente puramente científico y otro de tipo emocional.

5. Intervención farmacéutica: orientación a resultados

El principal objetivo de la atención farmacéutica es mejorar la calidad de la atención al paciente, garantizando la terapéutica más idónea e incluyendo el concepto de responsabilidad del farmacéutico en los resultados del paciente¹⁷. El concepto de intervención farmacéutica se definió para denominar a todas estas actuaciones en que el farmacéutico participa activamente en la toma de decisiones, en el tratamiento de los pacientes y en la evaluación de los resultados. Esta evaluación es el punto novedoso y diferenciador de otras denominaciones dadas a las actuaciones del farmacéutico.

Sin embargo, durante los últimos años la farmacoterapia ha ido incrementando su complejidad y sus costes directos, pero ello no se ha visto reflejado en una reducción de la morbilidad por medicamentos. Tradicionalmente, las intervenciones farmacéuticas en el paciente externo y crónico se han centrado, casi de forma exclusiva, en los medicamentos dispensados desde los Servicios de Farmacia

con mayor riesgo de aparición de problemas relacionados con la medicación y peores posibles consecuencias. A esto había que sumar la escasa o nula información de que se disponía en la mayoría de los centros hospitalarios en relación a la medicación concomitantemente prescrita. Sin embargo, poco a poco, superando estas dificultades metodológicas y tecnológicas, el papel del farmacéutico de hospital en este ámbito asistencial se centrará en optimizar toda la farmacoterapia del paciente que atiende en esta área.

La responsabilidad del farmacéutico sobre la consecución de unos resultados óptimos de la farmacoterapia no es única de él, sino que recae en la colaboración con el resto de los profesionales sanitarios, principalmente médicos y enfermeras, y con el propio paciente. Sin embargo, los conocimientos y el papel que ocupa el farmacéutico en el proceso de utilización de medicamentos le hacen el profesional idóneo dentro del equipo sanitario para ser el promotor de la mejora de dicho proceso.

La farmacoterapia no siempre consigue los objetivos planteados para cada paciente individual, lo cual puede deberse a diferentes causas:

- Prescripción inapropiada.
- Dispensación inadecuada.
- Incumplimiento.
- Idiosincrasia del paciente.
- Monitorización inapropiada.

Las acciones a realizar por el farmacéutico para prevenir o resolver estos problemas que conducen a la ineficacia terapéutica y a una pérdida de calidad de vida del paciente pueden tener lugar en diferentes momentos, dependiendo de los métodos de trabajo establecidos:

- **Antes de que se produzca la prescripción médica:** mediante su incorporación al equipo sanitario que atiende al paciente o su colaboración en el establecimiento de normas de utilización de medicamentos, el diseño de protocolos y guías clínicas, y la valoración de su cumplimiento mediante estudios de utilización de medicamentos y auditorías terapéuticas.
- **A la vez que se realiza o una vez realizada la prescripción médica:** mediante la monitorización terapéutica revisando las prescripciones médicas y el perfil farmacoterapéutico del paciente, o mediante la actuación activa en consultas externas.

La monitorización farmacoterapéutica es un proceso continuo, cuyo propósito es identificar y resolver problemas relacionados con la medicación. Mediante este proceso, el farmacéutico puede realizar intervenciones

encaminadas a aumentar la efectividad y disminuir los riesgos de la farmacoterapia.

La monitorización farmacoterapéutica incluye la evaluación de:

- La idoneidad del régimen farmacoterapéutico que recibe el paciente.
- Duplicidades terapéuticas.
- La idoneidad de la vía y del método de administración del fármaco.
- El grado de cumplimiento por parte del paciente del tratamiento prescrito.
- Interacciones fármaco-fármaco, fármaco-alimento, fármaco-prueba de laboratorio y fármaco-patología.
- Datos clínicos y farmacocinéticos útiles para evaluar la eficacia de la farmacoterapia y anticipar efectos adversos y toxicidad.
- Los signos físicos y síntomas clínicos que sean relevantes para la farmacoterapia que recibe el paciente.

La utilización de una metodología estandarizada es un requerimiento básico en la monitorización terapéutica para la realización de intervenciones. Los posibles pasos a seguir, definidos por diversos autores, son:

- Selección de pacientes candidatos a ser monitorizados.
- Análisis de la información.
- Detección de problemas.
- Establecimiento de resultados específicos deseados.
- Plan terapéutico: intervención del farmacéutico.
- Comunicación.

- Documentación.
- Evaluación de resultados.

Existe unanimidad en la literatura sobre la importancia de documentar las intervenciones farmacéuticas¹⁷. Sin embargo, después de muchos años de desarrollo del modelo de atención farmacéutica tradicional, puede observarse una falta de uniformidad en la metodología, tanto de su clasificación como de su evaluación.

Para el registro de las intervenciones pueden utilizarse distintos sistemas de codificación

o clasificación. Hay que considerar dos grandes bloques o tipos de intervenciones que son muy distintos, ya que requieren un nivel diferente de conocimientos, de implicación, de responsabilidad y de dedicación: la monitorización terapéutica y la educación sanitaria. Como veremos a continuación, tanto una como otra van a resultar muy “afectadas” por la llegada de las nuevas tecnologías, por lo que debemos adaptarnos a las venideras circunstancias para explotar al máximo nuestro potencial asistencial.

6. Investigación e innovación. Estrategia 2.0

Sin duda, lo que nos queda de década en el ámbito sanitario estará marcado por la llegada, la implantación y el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, lo cual nos permitirá hacer frente a la atención farmacéutica desde una perspectiva no sólo presencial sino más allá incluso de los servicios de farmacia o de las consultas de pacientes externos, y ejercer nuestra influencia no sólo sobre pacientes en particular sino sobre la ciudadanía en general.

Uno de los principales puntos débiles que ha tenido la atención del paciente externo y el abordaje de la cronicidad ha sido la escasa y débil aportación investigadora que se ha llevado a cabo desde la perspectiva de la farmacia hospitalaria, excepto en patologías concretas, como el VIH o la esclerosis múltiple. Las causas son muchas, pero fundamentalmente podrían destacarse, al margen de la escasez de recursos humanos y económicos, la escasa formación en metodología de la investigación y la poca visión multicéntrica

para el desarrollo y la puesta en práctica de proyectos de investigación relacionados con la identificación y la valoración de lo que puede aportar la farmacia hospitalaria para conseguir los objetivos farmacoterapéuticos de los pacientes.

Pero si entendemos la investigación como la aportación de recursos para obtener resultados, la innovación debemos contemplarla desde la perspectiva de la aportación de recursos para obtener valor. Y en eso, en obtener y ofrecer el valor en lo que hacemos, es en lo que debemos centrarnos en los próximos años, ya que el modelo asistencial está cambiando de una manera muy rápida.

Aunque no existe ninguna fórmula mágica que nos indique cómo innovar en el ámbito del paciente externo, sí parece oportuno señalar que el éxito pasará por aportar valor al paciente, añadir valor al sistema sanitario y la sociedad en general, incorporar tecnologías transformadoras al modelo, y que todos es-

tos aspectos juntos supongan un valor disruptivo respecto a lo que veníamos haciendo.

La irrupción de la *e-health*, y sobre todo de la *m-health*^{18,19} (prestación de servicios sanitarios o de información relativa a la salud a través del uso de dispositivos móviles), nos va a permitir dibujar un futuro en el cual la investigación y la innovación de la farmacia hospitalaria, entre otros aspectos, estén dirigidas principalmente a:

- Informar y animar a los usuarios, los pacientes y sus familiares a adoptar o evitar ciertos comportamientos o prácticas para prevenir o controlar la no adherencia a los tratamientos.
- Identificar las causas de la no adherencia o de la ineffectividad de los tratamientos, y proporcionar herramientas de “diagnóstico precoz” o de *triaje* respecto a problemas relacionados con la medicación.
- Atender de manera individualizada a los pacientes según sus necesidades farmacoterapéuticas y asegurar la adherencia al régimen de tratamiento o protocolo requerido.
- Monitorizar y capturar de forma periódica determinados parámetros de los pacientes que aseguren y comprueben la adherencia, la trazabilidad, la efectividad y la seguridad de los tratamientos y el cumplimiento permanente de los objetivos.
- Desarrollar herramientas de autoayuda para adoptar o evitar ciertos comportamientos o prácticas con el fin de mantener o mejorar los objetivos farmacoterapéuticos.

Sin duda, uno de los ámbitos donde más se ha investigado en farmacia hospitalaria ha sido en la adherencia terapéutica. Sin embargo, siempre se ha llevado a cabo desde una perspectiva individual y no social. En los próximos años, identificar el impacto que la no adherencia a los tratamientos, sobre todo en las enfermedades crónicas, tiene en los costes sanitarios, los recursos y la productividad de los pacientes, debe ser uno de los principales campos para la investigación y la innovación.

Contrariamente a lo que la mayoría de los profesionales sanitarios piensan, incluidos los farmacéuticos de hospital, la *m-health* no se ciñe exclusivamente a las conocidas aplicaciones para móviles o *app*. La *m-health* conlleva el conocimiento y el entendimiento de un nuevo escenario (m-ecosistema)¹⁹ en el cual hay diferentes actores integrados (Figura 5). Desde nuestra perspectiva, tenemos el reto de identificar los beneficios y las oportunidades que, para el modelo sanitario en general y los pacientes externos en particular, podemos aportar si colaboramos con cada uno de estos integrantes.

Por otro lado, la irrupción de las *app* de ámbito sanitario ha sido espectacular. Actualmente existen casi 20.000 *app* destinadas a este fin, y se espera que en 2015 haya 500 millones de usuarios en todo el mundo, con un volumen de negocio de 20 billones de euros en los próximos 4 años. Debido a este rápido desarrollo, se han soslayado muchos de los patrones de calidad que clásicamente se han utilizado para cualquier tecnología que se incorpora a la sanidad, y en la actualidad se encuentran preocupantes déficits que subsanar. El primero de ellos es demostrar que estas *app* realmente mejoran la asistencia sanitaria, ya sea monitorizando de manera remota o realizando una labor de recordatorio o información.

Dada nuestra posición privilegiada, nuestra actividad pasará en los próximos años por afrontar la llegada de un nuevo perfil de paciente con mayor competencia tecnológica, conocer sus necesidades y recomendar aquellas *app* de calidad y seguridad contrastada.

Los cambios en el modelo asistencial que la llegada de la *m-health* y las *app* comportarán para el abordaje del paciente crónico deberán seguir los pasos que se muestran en la Figura 6.

Cualquier sistema sanitario genera un gran volumen de datos y cuenta con numerosas fuentes de información. Estos datos tienen un alto valor potencial, pero los procesos de análisis e interpretación son ciertamente complejos. La explotación de toda esta información permite generar nuevo conocimiento e innovar en productos y servicios.

La información, para ser útil, debe estar relacionada y estructurada. Será el análisis de la información individualizada (de la tarjeta sanitaria), anónima y segura, el que permita generar conocimiento y crear valor para el sistema sanitario. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación permiten la recolección, el almacenamiento y el análisis de cantidades masivas de datos que generarán oportunidades no sólo de más conocimiento y mejor toma de decisiones, sino también de negocio.

Inicialmente es posible que los datos tengan menor calidad que los recogidos en una muestra pequeña con todas las garantías, pero la gran cantidad de datos recogida, por ejemplo, de toda una población, puede compensar esa mala calidad.

Se nos presenta un nuevo enfoque de análisis en el que importa y prima la correlación, no

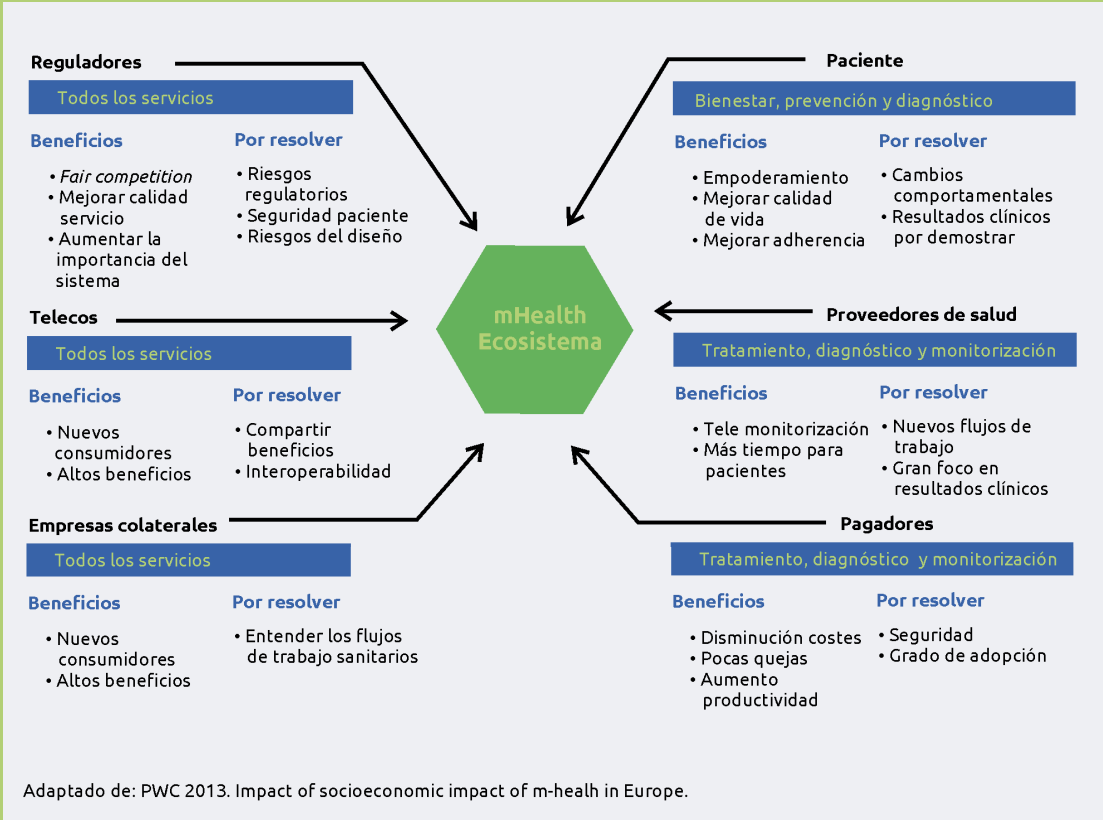
la causalidad. Tradicionalmente, la causalidad derivada de los ensayos controlados, clínicos o comunitarios, ha sido considerada como el mejor grado de evidencia. Sin embargo, en algunos casos importan más la rapidez en la disponibilidad de la información y la capacidad de predicción que conocer la causa. Un buen ejemplo sería un brote epidémico de cualquier tipo.

Por tanto, la mejora tecnológica en el almacenamiento de datos ha hecho posible la irrupción de una nueva forma de entender el procesamiento de éstos, lo que se conoce como *Big Data*²⁰, que en el ámbito sanitario está empezando a dar sus primeros pasos y que en farmacia hospitalaria aún no se ha desarrollado.

La ingente cantidad de información que manejan los Servicios de Farmacia hospitalaria, en general, y las áreas de pacientes externos en particular, junto al desarrollo en paralelo de la historia clínica electrónica, las herramientas de documentación clínica y los dispositivos de telemedicina, abren nuevas posibilidades. Diariamente se genera una importante cantidad de información, tanto ya estructurada como todavía no estructurada, que hace que las posibilidades en este ámbito sean muy ilusionantes. Aspectos como la psicohistoria predictiva de los pacientes, en la cual los datos recogidos por estas herramientas de documentación se usarán para hacer predicciones a gran escala sobre la salud de la población, permitiéndonos, por ejemplo, conocer qué pacientes van a ser no adherentes antes incluso de que empiecen los tratamientos y poder intervenir sobre ellos, pueden hacernos cambiar radicalmente la forma de entender no sólo nuestra profesión sino la salud en general.



Figura 5.
Modelo de M-Ecosistema en M-Health.



El concepto "Salud 2.0" define y defiende una nueva visión integral e innovadora de la asistencia sanitaria. En líneas generales, consiste en la utilización de sistemas de información diseñados para interactuar de manera ágil, ubicua y sencilla. Actualmente son cada vez más las instituciones que se encuentran inmersas en el universo 2.0 y en su explotación, sobre todo en beneficio de los pacientes, pero también de los propios profesionales sanitarios. Tales son los beneficios que ha demostrado, que ninguna consulta de atención a pacientes externos debe prescindir de tener un entorno propio de interrelación con los pacientes que atiende.

Con la aparición de este concepto se ha aparejado el término "e-paciente", que es un paciente que ya no adopta una actitud pasiva frente a su enfermedad sino que, de manera proactiva, busca información para poder afrontar las decisiones acerca de su evolución con mayores garantías. Lógicamente esto tiene el claro peligro de la escasa calidad, fiabilidad, validez y respaldo temporal que tiene la información que aparece en muchas *webs*. Por tanto, a la actividad histórica realizada por los farmacéuticos de hospital de proporcionar información oral y escrita sobre los tratamientos hay que sumar la necesidad de incluir recomendaciones específicas sobre *webs* (y *apps*) de calidad para la búsqueda de información.

Evidentemente no hay que olvidar que hoy la gran mayoría de los pacientes crónicos

que atendemos son personas mayores, que se consideran fuera del entorno digital, pero es cuestión de poco tiempo que esta brecha digital acabe y la práctica totalidad de los pacientes que atendamos tengan este perfil tecnológico.

De manera análoga al uso que hacen los profesionales sanitarios de determinadas redes sociales, los pacientes han empezado a "organizarse" para que las experiencias vividas durante la evolución de su patología puedan ser útiles a otros pacientes en fases más iniciales de la misma, en el entorno virtual. Es lo que se denomina "paciente experto" (terminología utilizada por la Universidad de Standford²¹), o en otros foros "paciente empoderado", "escuela de pacientes" y términos similares. Ya existen entornos *web* como *patientslike-me*²² o *pacientesque*²³ que han abordado esta perspectiva con patologías que hasta ahora habían tenido poco calado en el ámbito hospitalario. Dada la necesidad de ampliar estas expresiones a enfermedades para las cuales ya tenemos bastante experiencia acumulada (VIH, hepatitis, esclerosis, artritis reumatoide, etc.), existe una gran oportunidad en los próximos años para colaborar con asociaciones de pacientes y aportar nuestra visión y rigor metodológico en el abordaje de contenidos, diseño, etc., y ni qué decir tiene que también debe ser una herramienta más para la atención del enfermo crónico en las consultas de pacientes externos^{24,25}.

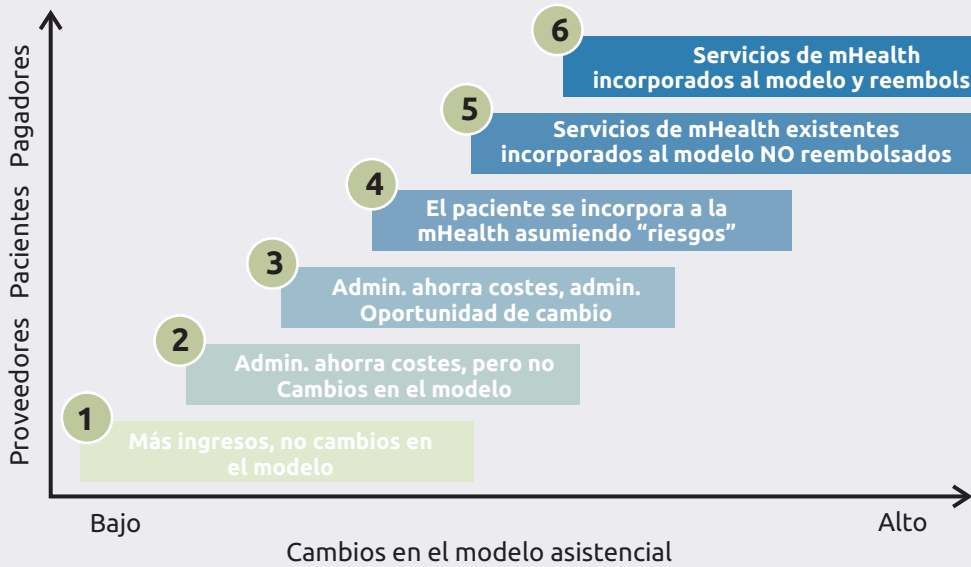


Figura 6. Proceso de incorporación de la APP en el modelo asistencial para el abordaje del paciente externo y crónico.

Adaptado de PWC 2013. Impact of socioeconomic impact of m-health in Europe.

7. Bibliografía

1. Circular 12/91 de 17 de Abril de 1991. Prosereme V. Madrid: Dirección General de Farmacia y productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social.
2. ORDEN de 31 de julio de 2001, de la Conselleria de Sanidad, de Creación de Unidades de Atención Farmacéutica de Pacientes Externos (UFPE). (Consultado el 11 de febrero de 2014.) Disponible en: http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=3356/2001&sig=3356/2001&url_lista=%26CHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26tipo_search%3Dlegislacion%26num_tipo%3D9%26signatura%3D3356/2001
3. 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, junio 2002. (Consultado el 11 de febrero de 2014.) Disponible en: http://www.sefh.es/normas/Pacientes_externos.pdf
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO Library Cataloguing in Publication Data 2001. (Consultado el 31 de enero de 2014.) Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
5. Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. (Consultado el 11 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
6. The consensus of the Pharmacy Practice Model Summit. *Am J Health-Syst Pharm.* 2011;68(12):1148-52.
7. Martin S, Wolters PL, Calabrese SK, Toledo-Tamula MA, Wood LV, Roby G, et al. The Antiretroviral Regimen Complexity Index: a novel method of quantifying regimen complexity. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;45(5):535-44.
8. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong D, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother.* 2004;38:1369-76.
9. Libby A, Fish DN, Hosokawa PW, Linnebur SA, Metz Kr, Nair KV, et al. Patient-level medication regimen complexity across populations with chronic disease. *Clin Ther.* 2013;35(4):385-98.
10. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica a pacientes crónicos de la SEFH.
11. Programa de acreditación de competencias profesionales del sistema sanitario de Andalucía. Manual de competencias del/de la Farmacéutico/a de Hospital. (Consultado el 11 de febrero de 2014.) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_guia_acreditacion
12. PHARMINE. Identifying and defining competencies. A clear map for scientific and professional competencies as applied to hospital pharmacy 2011. European Association
13. Zellmer WA, editor. Pharmacy forecast 2014-2018: strategic planning advice for pharmacy departments in hospitals and health systems, December 2013. Bethesda, MD: Center for Health-System Pharmacy Leadership, ASHP Research and Education Foundation. Disponible en: www.ashp-foundation.org/pharmacyforecast
14. Entry-level Competencies Needed for Pharmacy Practice in Hospitals and Health-Systems. Based on

- the work of a joint ASHP-ACPE Task Force. ASHP. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <https://acpe-accredit.org/pdf/EntryLevelCompetenciesNeededForPharmacyPracticeHospitalsandHealthSystems.pdf>
15. DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, editores. *Pharmacotherapy: a Pathophysiologic approach*. 8th ed. McGraw-Hill; 2011. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookId=462>
 16. Morillo Verdugo R, Calvo Cidoncha E. La técnica. La entrevista clínica. En: Morillo Verdugo R, Albacete Ramírez A, Carrascosa Rodríguez C, editores. *Herramientas y habilidades 2013 para la atención farmacéutica al paciente con patologías víricas*. Sevilla: Bubok; 2013. pp. 1-14.
 17. Clopes A. Intervención farmacéutica. (Consultado el 13 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1314.pdf>
 18. IMS Institute. Patient apps for improved healthcare from novelty to mainstream. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Health%20Institute/Reports/Patient_Apps/IIHI_Patient_Apps_Report.pdf
 19. PWC. The socio-economic impact of mHealth in the European Union. Disponible en: http://www.pwc.in/en_IN/in/assets/pdfs/consulting/strategy/socio-economic-impact-of-mHealth-the-European-Union.pdf
 20. ¿Que es Big Data? (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://www.ibm.com/developerworks/ssa/local/im/que-es-big-data/>
 21. Chronic Disease Self-Management Program. Stanford University. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdcmp.html>
 22. Patientslikeme. Patientslikeme.com. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://www.patientslikeme.com>
 23. Personas que. Personasque.es. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://www.personasque.es/>
 24. Pharmacy Forecast 2014-2018: Strategic Planning Advice for Pharmacy Departments in Hospitals and Health Systems. (Consultado el 14 de febrero de 2014.) Disponible en: <http://www.ashpfoundation.org/PharmacyForecast2014PDF7>
 25. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). ASHP statement on use of social media by pharmacy professionals: developed through the ASHP pharmacy student forum and the ASHP section of pharmacy informatics and technology and approved by the ASHP Board of Directors on April 13, 2012, and by the ASHP House of Delegates on June 10, 2012. *Am J Health-Syst Pharm.* 2012;69(23):2095-7.