

2

2014



MONOGRAFÍAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

Comprometidos con el paciente

Avalado por:



Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

MAC-MACS-ES-0004-2 03/2021

Monografías de Farmacia Hospitalaria

Año 2014 Número 2



Edita:
BAYER HISPANIA, S.L.
Sociedad Unipersonal
Avda. Baix Llobregat, 3-5
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
C.I.F. N° B08193013

ISBN: 978-84-697-1340-2
DL B 21725-2014

Cómo citar esta obra
VV.AA. *Monografías de Farmacia Hospitalaria: Comprometidos con el paciente* (n° 2). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2014.

Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcial, por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, reimpresión, etc.) sin autorización expresa del editor.

Monografías de Farmacia Hospitalaria no es responsable de las opiniones o juicios de valor expresados por los autores.

2

MONOGRAFÍAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

COMPROMETIDOS CON EL PACIENTE

Número coordinado por:

José Luis Poveda Andrés

Presidente de la Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

Consejo editorial

Miguel Ángel Calleja Hernández

Jefe de Servicio de Farmacia. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Intercentros Interniveles Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ana Clopés Estela

Dirección Programa Política Medicamento. Institut Català d'Oncologia. Barcelona

Olga Delgado Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma

Alicia Herrero Ambrosio

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Guadalupe Piñeiro Corrales

Jefe de Servicio de Farmacia. Area de Xestión Integrada Vigo. Vigo

José Luis Poveda Andrés

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

SUMARIO

Prólogo

Joan Carles March Cerdà

Presentación

Alicia Herrero Ambrosio

Cómo funcionan las monografías

12

1. Cronicidad y nuevas necesidades: la Universidad de los Pacientes

*Giovanna Gabriele Muñiz,
Sergi Blancafort Alias,
Laura Fernández Maldonado,
Enric Pineda Traïd,
Elisabet Masip Pesquer,
Antoni Salvà Casanovas*

1. Introducción
2. Enfermedades crónicas y percepción del paciente
3. Autocuidado
4. Autonomía
5. Participación
6. Democratización sanitaria
7. Empoderamiento y paciente activo
8. Nuevas necesidades del paciente
9. La Universidad de los Pacientes
10. Bibliografía



44

2. Modelo de práctica asistencial orientado al paciente oncológico

Eduard Fort Casamartina,
Carmen Muñoz Sánchez,
Montserrat Rey Salido,
Ana Clopés Estela

1. Introducción. El paciente oncológico: la atención farmacéutica orientada a las necesidades del paciente
2. Atención farmacéutica poblacional
3. Atención farmacéutica individualizada
4. Bibliografía



66

3. La atención al paciente externo y el abordaje de la cronicidad

Ramón Morillo Verdugo,
Inés Montes Escalante,
Rocío Jiménez Galán

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



104

4. Contribución de la Farmacia Hospitalaria en los resultados en salud

Goretti Durán Piñeiro,
Irene Zarra Ferro,
María Jesús Lamas Díaz

1. Marco conceptual
2. Políticas de salud
3. Evaluación de los resultados en salud
4. La farmacia hospitalaria en la evaluación de los resultados
5. Bibliografía

Prólogo



Joan Carles March Cerdà

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Codirector de la Escuela de Pacientes.

Personas activas que hacen la vivencia de la enfermedad más fácil

Mauricio es un paciente crónico, pero sobre todo es un paciente inquieto. Es una persona empoderada, activa, sabe lo que quiere y lo dice alto y claro. Es una persona formada e informada, que forma a otras personas para que sepan llevar mejor la enfermedad que tienen. Es un paciente que siempre plantea “¿Qué puedo hacer yo?” y con ello consigue, en su entorno de personas que tienen su misma enfermedad, ser un referente que complementa el papel de los sanitarios. Mauricio es **un experto en “su enfermedad”** y eso le da un poder de referencia frente a sus iguales. Él está comprometido con la lucha contra la enfermedad crónica que padece y con ello se siente involucrado en esa tarea, siendo una persona equipada, formada e informada que escucha, responde, hace preguntas, piensa por sí misma, está interesada de cómo mejorar, de cómo lo vive...Y además le gustaría ser más utilizado para ayudar a otros pacientes, para ayudar a conseguir más fácilmente el logro en el tratamiento a recibir. Él opina que todos sabemos algo y que nadie lo sabe todo y que los pacientes saben lo que los pacientes quieren saber.

Encarni es otra de nuestras pacientes activas con una enfermedad crónica, **una e-paciente**. Está en internet en diversas redes y a través de ellas (Blog, Twitter, Facebook) es una paciente activa, sabe que la claridad es poder y que la información por sí sola no cambia el comportamiento de los pacientes. Pero su pasión es *goglear* como una muestra más de su compromiso como paciente y para apoyo de otros pacientes en un trabajo de asesora de información porque piensa que cuando estamos mejor informados, rendimos más y logramos mejor el objetivo terapéutico. Para

ello, intenta ofrecer información que sus iguales puedan entender.

Tanto Mauricio como Encarni son dos ejemplos de pacientes crónicos activos, capaces de ayudar a otros, en la línea de lo que nos escriben *Giovanna Gabriele Muñiz, Sergi Blancafort, Laura Fernández, Enric Pineda, Elisabet Masip y Antoni Salvà* en el capítulo de **Cronicidad y nuevas necesidades** donde plantean que la formación en el autocuidado de enfermedades crónicas genera unos resultados como la incorporación de hábitos de vida saludable (alimentación y ejercicio), un mejor manejo de los síntomas, una mejora de la comunicación con el médico, una mayor adherencia terapéutica, la mejora en la calidad de vida relacionada con la salud, una disminución del número de visitas a urgencias y del número y de la duración de las estancias hospitalarias. Y para conseguirlo es necesario, además, facilitar información de calidad adaptada a las necesidades de los pacientes y familiares, ampliar las alianzas con otros agentes responsables de la mejora de la salud y responder a las demandas y valores de la propia sociedad. *Eduard Fort, Carmen Muñoz, Monserrat Rey y Anna Clopés* en su capítulo **Modelo de práctica asistencial orientada al paciente oncológico** ahondan en la atención farmacéutica orientada a las necesidades de los pacientes. Para ello es fundamental poner la oreja, escuchar, saber qué desean y necesitan y así poder dar una asistencia farmacéutica poblacional e individualizada que asegure una buena adherencia al tratamiento para garantizar la mayor eficacia de los diferentes tratamientos, así como para minimizar la aparición de efectos adversos. Junto a ello, *Goretti Durán, Irene Zorra y María Jesús Lamas* en la **Contribución de la Farmacia Hospitalaria en los resultados en salud** dicen que los farmacéuticos de hospital pueden y deben contribuir al estudio y conocimiento de los resultados en salud de los medicamentos. Y *Ramon Morillo, Inés Montes y Rocío Jiménez* en **La atención al paciente externo y el abordaje de la cronicidad** nos

hablan del cambio radical de la atención farmacéutica a los pacientes no hospitalizados, ante lo que es necesario una permanente actualización de conocimientos y habilidades por parte de los profesionales e incluso la superespecialización, además de un nuevo modelo basado en la selección de pacientes y el establecimiento de una relación entre el farmacéutico y el paciente con una buena comunicación no verbal, una estructuración de la entrevista, un buen inicio y un mejor final, una síntesis de la información y saber utilizar los verbos clave como empatizar, escuchar, facilitar, repetir, clarificar, ser asertivo, etc. para obtener resultados, teniendo en cuenta que estamos cada vez más en un mundo 2.0, del que tenemos que conocer sus claves.

Y en esa **contribución del farmacéutico** a un mayor logro de los resultados en salud, es importante que los farmacéuticos no digan determinadas cosas que desaniman al paciente como “aléjate de Internet”, “nosotros te llamaremos si algo va mal”, “no intentes tratarte tú mismo, yo soy el especialista”, “esto es lo que tienes que hacer”, “no me hace gracia que no me hagas caso ni sigas mis consejos”, etc. Lo ideal es contribuir al empoderamiento del paciente con frases como: “aprende todo lo que puedas acerca de tu enfermedad. Aquí tienes unos enlaces web de interés para ti”, “es bueno que hables con otros pacientes como tú”, “no tengo la respuesta a tu pregunta, pero lo buscamos”, “aquí puedes contactar conmigo”, “¿qué te preocupa?”, “hay varias opciones de tratamiento, cada uno con sus pros y sus contras, ¿cómo lo ves?” o “somos un equipo para poder conseguir mejores resultados”.

Es evidente que hay **camino por recorrer**, en un entorno donde el papel del paciente en la salud y atención está cambiando con rapidez, consiguiendo que los pacientes activos se encuentren mejor y cuesten menos, por lo que hacen, de esa forma, más sostenible al sistema. Y en esa **colaboración conjunta farmacéutico-paciente**, los resultados pueden ayudar a un mejor logro de los tratamientos.

Presentación



Alicia Herrero Ambrosio
Jefe de Servicio de Farmacia
Hospital Universitario La Paz. Madrid

El título de esta monografía define claramente la razón de ser del farmacéutico de hospital y el horizonte a seguir para ganar competencias y reconocimiento profesional: **el compromiso con el paciente**. Cada vez los pacientes y usuarios de los sistemas sanitarios están más informados y participes con su salud, con los resultados de sus tratamientos y con la gestión de los mismos. Este cambio implica que deja de ser un actor pasivo para ejercer un papel protagonista en su propia salud. El farmacéutico de hospital debe corresponsabilizarse, junto con el resto de profesionales sanitarios y el propio paciente, garantizando la continuidad asistencial del proceso farmacoterapéutico. Autocuidado, autonomía, participación, empoderamiento y paciente activo son atributos necesarios para conseguir estos fines.

Los retos son múltiples, tal como se expone a lo largo de los cuatro capítulos de esta obra. Uno de los principales, es el incremento que la carga de las enfermedades crónicas supone en los sistemas sanitarios de todo el mundo, dando origen a diversas iniciativas y políticas sanitarias desarrolladas en este ámbito.

Implantar iniciativas innovadoras en gestión de pacientes crónicos que reviertan en unas mayores garantías de sostenibilidad para la sanidad, se convierte en una nueva dimensión para los farmacéuticos de hospital.

En el ámbito de la atención farmacéutica y el compromiso con el paciente, la farmacia oncológica ha sido líder de este cambio. El paciente con cáncer se convierte también en eje de nuestra actuación profesional. El estrecho margen terapéutico de los fármacos oncológicos, el manejo de una terapia de soporte, la complejidad de los protocolos terapéuticos, el desarrollo de dianas terapéuticas y anticuerpos monoclonales, así como la medida de resultados en salud, ligados a criterios de eficiencia, se describen en este capítulo.

Asimismo, la aparición de nuevos fármacos que son dispensados desde las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia ha provocado un cambio de paradigma y reorientación en la organización funcional y en la gestión de los Servicios de Farmacia. Implica un grado de compromiso, responsabilidad y proactividad para reforzar aquellos

aspectos relevantes que influyen en una máxima adherencia, comprensión y minimización de efectos adversos. Este cambio va más allá del propio ámbito de trabajo, con una adaptación a los avances tecnológicos en los sistemas de comunicación y acceso a la información.

El objetivo general de la reorientación del modelo de gestión asistencial consiste en la obtención de los mejores resultados en salud de la población atendida. La evaluación de resultados supone un ejercicio de responsabilidad y un deseo de mejora continua en nuestro grado de compromiso con el paciente. Los conocimientos y el papel del farmacéutico dentro del proceso asistencial, lo convierten en el profesional idóneo para ser el promotor de esta evaluación.

En esta obra se refunden todos estos aspectos que deben ser percibidos por el paciente y la sociedad, y que sitúan al farmacéutico de hospital en un contexto clave en el Sistema Nacional de Salud para conseguir los resultados más óptimos en el proceso farmacoterapéutico.

Cómo funcionan las monografías

Esta monografía presenta un total de cuatro capítulos bajo el lema “Comprometidos con el paciente” de diferentes autores, que ofrecen una visión general de gran interés para la farmacia hospitalaria.

Las siguientes notas pretenden facilitar su consulta de manera sencilla y práctica.

Permite navegar en el índice de los diferentes capítulos de una forma rápida



Pictogramas utilizados en el manual

Avance de páginas por número o de forma lineal

Al hacer un clic sobre un punto de la página se realiza un zoom de la misma

F01

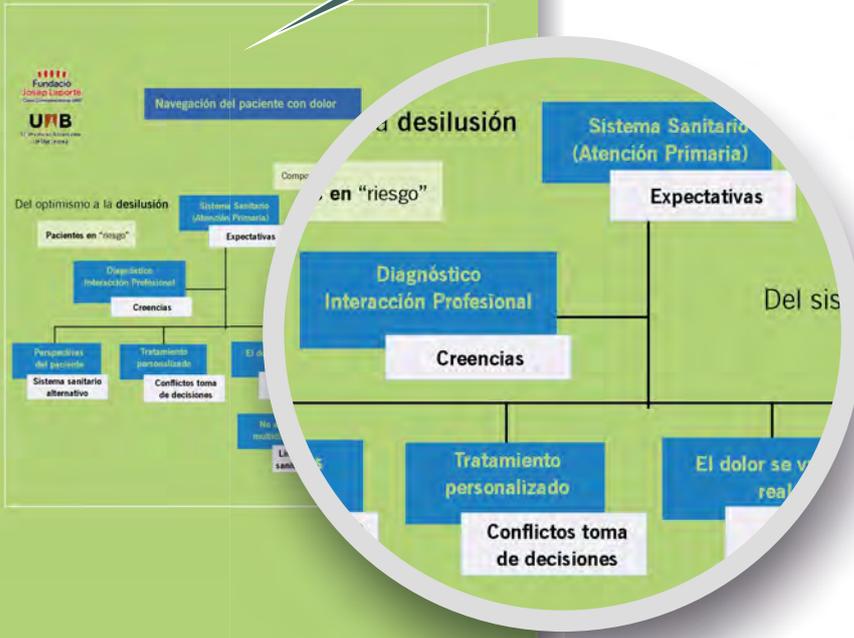


Figura 1. Evolución de la atención al paciente con dolor por cronicidad y nuevas necesidades.



Título del capítulo

3

La atención al paciente externo y el abordaje de la cronicidad

Ramón Morillo Verdugo, Inés Montes Escalante, Rocío Jiménez Galán

E-mail de contacto

Breve curriculum del autor

- Ramón Morillo Verdugo
- Inés Montes Escalante
- Rocío Jiménez Galán

Índice general del capítulo

- Índice
1. Marco evolutivo del paciente externo y el 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

Cronicidad y nuevas necesidades: la Universidad de los Pacientes

Giovanna Gabriele Muñiz, Sergi Blancafort Alias,
Laura Fernández Maldonado, Enric Pineda Traïd,
Elisabet Masip Pesquer, Antoni Salvà Casanovas





**Giovanna Gabriele Muñiz, Sergi Blancafort Alias,
Laura Fernández Maldonado, Enric Pineda Traïd,
Elisabet Masip Pesquer, Antoni Salvà Casanovas**

Fundació Josep Laporte – Universitat Autònoma de Barcelona

Índice

1. Introducción
2. Enfermedades crónicas y percepción del paciente
3. Autocuidado
4. Autonomía
5. Participación
6. Democratización sanitaria
7. Empoderamiento y paciente activo
8. Nuevas necesidades del paciente
9. La Universidad de los Pacientes
10. Bibliografía

Dedicado al Dr. Albert J. Jovell

In Memoriam

Exceptional patients require exceptional approaches.
The Therapeutics Initiative 1996

1. Introducción

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticó que el mayor reto al que deberían enfrentarse los sistemas sanitarios en el siglo XXI sería el incremento de la carga de las enfermedades crónicas. Como factores principales se señalaban el envejecimiento, la “modernización” de los estilos de vida, el incremento de la exposición a factores de riesgo y la mayor esperanza de vida (*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2008). La suma de estos factores ha conducido a modificar el concepto de salud, aproximándolo a valores que van más allá de los parámetros estrictamente clínicos, en virtud de su capacidad de repercutir positivamente en el desarrollo económico y en el bienestar de las naciones y de los individuos. Así, la salud se concibe como un valor social y un derecho individual, que genera beneficios económicos a los países, y es un requisito para el desarrollo individual y el bienestar nacional.

Este enfoque, unido al reparto de poder en la relación entre el agente y el objeto de los cuidados, ha dado lugar al nacimiento de nuevos vínculos y roles entre las personas, el sistema sanitario y sus profesionales. Tras

el giro que supuso en las décadas de 1960 y 1970 el progresivo cuestionamiento del modelo paternalista de la atención médica y su sustitución por otros modelos más centrados en los valores y las preferencias de las personas (informativo, interpretativo y deliberativo), los pacientes y usuarios de los sistemas sanitarios han venido manifestando la necesidad de dejar de ser percibidos como objetos pasivos de los conocimientos médicos, científicos y procedimentales (May *et al.*, 2004).

La primera consecuencia de este cambio de paradigma es la emergencia de ciudadanos y pacientes más informados, críticos y comprometidos. Así, el movimiento asociativo revela, más allá de intereses instrumentales, la necesidad por parte del paciente de ejercer un papel activo y protagonista en la gestión de la propia salud. Hasta el presente, numerosos países han integrado en sus políticas sanitarias la perspectiva de los pacientes como agentes clave de interés, ampliando y diversificando su participación en un deseo de redimensionar el sistema de salud y cuidados desde un enfoque más holístico, que parta de las necesidades reales de la población

a la que se dirige. Ciertamente, nada de esto habría sido posible sin el respaldo normativo que regula elementos fundamentales en la corresponsabilidad de la toma de decisiones en salud, como son el principio de autonomía y el consentimiento informado.

Estos cambios han supuesto un indudable avance en el reconocimiento del paciente como sujeto y titular de derechos frente a los

profesionales de la salud y el Estado (Steele *et al.*, 1987; WHO, 2013). Se trata, en suma, de un cambio de perspectiva que traslada del plano individual al colectivo la concepción del derecho al ejercicio y el control responsable de la salud. Este nuevo enfoque permite concebir la salud a través de un prisma mucho más amplio y globalizado, al que responde la acepción de “cuidado de la salud ciudadana” (*citizen health care*).

2. Enfermedades crónicas y percepción del paciente

Las enfermedades crónicas constituyen uno de los problemas de salud de mayor calado en todo el mundo (WHO, 2011). Son tales la incidencia y la repercusión alcanzadas por la cronicidad en los últimos tiempos, que han motivado un hecho sin precedentes: la adopción de una declaración ad hoc por parte de Naciones Unidas. Su Asamblea General, tras una reunión de dos días en febrero de 2011, decidió llevar a cabo la primera declaración política al más alto nivel sobre “Prevención y control de las enfermedades crónicas”. En ella se describe la enfermedad crónica como una carga, una amenaza mundial y uno de los principales obstáculos para el desarrollo del siglo XXI en términos sociales y económicos. Lejos de ser un documento puramente teórico, por un lado incluía propuestas como el abordaje y el enfoque gubernamental e intersectorial, y por otro, estrategias de intervención destinadas a empoderar, informar y educar formalmente a las personas afectadas (pacientes, familias y comunidades). Esta voluntad de actuar en consonancia con

el reconocimiento explícito del papel y la responsabilidad de los gobiernos frente a las enfermedades crónicas queda reflejada en algunos artículos de firme posicionamiento de reconocimientos y actuaciones ante esta nueva realidad.

Entre los reconocimientos se recoge:

- Reconocemos que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades crónicas constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente.
- Reafirmamos el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Observamos con profunda preocupación que las enfermedades crónicas

T01

Tabla 1.

Proceso del autocuidado en la enfermedad crónica.
(Fuente: elaboración propia.)

Procesos	Tareas	Competencias
Conocimiento preventivo	Conductas de riesgo	Hábitos saludables
Conocimiento previo	Identificación de síntomas	Control de síntomas Mapa sanitario Navegación asistencial
Adaptación a necesidades		Conciliación terapéutica Ajuste terapéutico Resultado terapéutico
Impactos de vida	Cumplimiento terapéutico	Compromiso terapéutico
	Entorno social y laboral	Flexibilidad laboral
	Seguimiento del paciente	Cumplimiento de citas Reajuste terapéutico
Paciente experto	Soporte familiar	Cuidado informal
	Soporte multidisciplinario	Cuidado formal
	Educación en salud	Metas en salud Resolución de conflictos Planificación de vida Confianza y autoestima
Promoción de la salud	Educación terapéutica	Evaluación de resultados Evaluación de la efectividad
	Estilos de vida saludables Hábitos de vida saludables	Modificador del estrés Rutina de hábitos
Vida cotidiana	Normalización	Cambio de roles Reorganización Verificación del soporte Reevaluación de la vida
Satisfacción personal	Integración personal, social y laboral	Bienestar y felicidad Control sobre el futuro
	Estrategias de adaptación	Soporte psico-emocional Manejo de la incertidumbre

figuran entre las principales causas evitables de morbilidad y discapacidad relacionada.

- Reconocemos que recae en los gobiernos el papel y la responsabilidad primordiales de responder al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, y que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces que fomenten la prevención y el control de las enfermedades crónicas.

Y algunas actuaciones ante estos hechos son:

- Alentar la elaboración de políticas públicas multisectoriales que creen entornos equitativos de promoción de la salud que empoderen a las personas, las familias y las comunidades para que adopten decisiones saludables y lleven vidas saludables.
- Formular, reforzar y aplicar, según proceda, políticas y planes de acción que promuevan la educación para la salud y los conocimientos sobre la salud.
- Atendiendo a las prioridades nacionales, dar mayor prioridad a la vigilancia, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas.

La enfermedad crónica, por su gran variabilidad etiológica y fisiológica, tiene diferentes impactos en la vida cotidiana de quienes la padecen. Cada uno de éstos se ve a su vez condicionado por el tipo o la gravedad, la comorbilidad, la limitación funcional, el apoyo social recibido y la respuesta terapéutica obtenida. Es tal su complejidad, que requiere respuestas multidimensionales a nivel macro

(intervención intersectorial y multidisciplinaria de profesionales altamente especializados), meso (navegación experta en los complejos itinerarios asistenciales) y micro (cuidados de soporte en la esfera socio-económico-laboral, psico-emocional, funcional-dependiente, etc.).

Del mismo modo, la información y la educación en salud de la persona afectada ayudan a comprender la enfermedad en su integridad, esto es, desde el punto de vista preventivo, de promoción de la salud y terapéutico. Pero hay más: también evita la pérdida de ventanas de oportunidad (diagnóstico y tratamiento) al mejorar el conocimiento y la concienciación si el paciente debe incorporar patrones de conducta adaptados y personalizados. Cada uno de estos elementos incide en una gestión más efectiva de la complejidad de los cuadros clínicos, del contexto de vida en que se insertan y de los resultados esperados en materia de régimen de vida, cumplimiento y adherencia terapéutica.

La cronicidad tiene un impacto de enorme repercusión a título individual y colectivo, al incidir en el contexto vital de la persona que la padece (Allen y Hall, 1988) y en la experiencia subjetiva de su propia enfermedad (Stewart, 2000). La complejidad que subyace a la cronicidad gravita sobre condiciones multifactoriales que determinan la calidad de vida del paciente y de su entorno. A este respecto, diversos autores definen la experiencia de convivir con una enfermedad crónica como “estar subido en una montaña rusa”, tanto por el alto índice de altibajos producidos en el plano físico y psico-emocional como por el largo recorrido que debe realizar el paciente desde la esperanza hasta la aceptación de la enfermedad. Podría decirse que convivir con una enfermedad crónica es una experiencia

similar a pilotar un avión pequeño: si se vuela bien, es posible dominar cualquier complicación o imprevisto; en caso contrario, todo será tremendamente complicado. Si los pacientes afectados por enfermedades crónicas deben, en principio, ser los pilotos, el papel de los profesionales de salud es asegurar que sean pilotos expertos y que vuelen en aviones seguros, de acuerdo con planes de vuelo que les permitan alcanzar los objetivos deseados

mientras vigilan y evitan la aparición de contratiempos. La atención de los profesionales de la salud debe, pues, garantizar el nivel de confianza y la disposición de las competencias y habilidades necesarias para alcanzar un control y un tratamiento adecuados, además de un plan de atención y seguimiento perfectamente entendido, seguido y continuado en el tiempo.

3. Autocuidado

Hasta bien entrado el siglo XX, el paradigma dominante del cuidado de la salud había sido el autocuidado individual, ya fuera en el seno de la familia o en la comunidad. La responsabilidad del cuidado de la salud recaía, por tanto, en la propia persona. Hubo que esperar a 1969 para que Enid Balint implicara en la corresponsabilidad del cuidado del paciente al propio sistema sanitario. Desde su innovadora perspectiva, acuñó un modelo de medicina que perdura hoy día y que toma como eje la centralidad de la persona en sus necesidades y problemas.

Esta atención de tipo biopsicosocial impele al sistema y a la atención sanitaria a tener en cuenta no sólo al paciente, sino al contexto social en que vive y al sistema complementario necesario para poder hacer frente a los efectos perjudiciales de la enfermedad en el individuo y en la sociedad (Engel, 1977). A partir del giro imprimido por Balint, el autocuidado irá adquiriendo cada vez mayor relevancia y protagonismo. Llegados a este punto, es preciso distinguir entre automanejo de la enfermedad (*self-management*) y

autocuidado (*self-care*): el primero comporta un proceso dinámico, interactivo y diario, en el cual las personas tienen un comportamiento proactivo en la comprensión y el cuidado de su enfermedad crónica; el segundo es un concepto mucho más amplio y complejo, ya que tiene que ver con las dimensiones y estrategias de prevención llevadas a cabo por las personas con el fin de alcanzar o mantener el estado de salud óptimo (Tabla 1). En el autocuidado, a diferencia del control autónomo de la enfermedad, y siempre en estrecha colaboración con el profesional de la salud, es indispensable anticipar la visión que el paciente tiene de su propia enfermedad crónica. Es aquí donde cobra pleno sentido la recomendación que hizo en 2001 el académico Ian Kennedy cuando abordó la mayor investigación llevada a cabo en seguridad del paciente en el sistema nacional salud británico.

No en vano la OMS define el autocuidado como “las actividades que se comprometen a realizar los individuos, las familias y las comunidades con la intención de mejorar la salud, prevenir la enfermedad, mitigar la

enfermedad y facilitar la recuperación de la salud” (WHO, 1983). El autocuidado puede incluir todo lo relativo al comportamiento y las tomas de decisiones llevadas a cabo por las personas sanas, en riesgo de mala salud, de experimentar síntomas patológicos, a las personas recién diagnosticadas o a aquellas que reciben tratamiento. Por lo tanto, abarca los tipos específicos de autocuidado, como

son el autodiagnóstico, la autogestión, la automedicación y el autocontrol. Si bien resta aún por determinar el impacto real del autocuidado en los resultados objetivos en salud de las personas con enfermedades crónicas, el éxito dependerá de su gestión y de la armonización de los criterios evaluadores a largo plazo.

4. Autonomía

El concepto de “autonomía”, lejos de ser abstracto, es eminentemente concreto. Con independencia de las múltiples definiciones que de él se han dado en el marco legal y jurídico, la esencia de su significado reside en que a la persona se le permite tomar decisiones importantes actuando sobre el control de la propia historia de vida (Nys, 2008) y hacerlo de modo independiente (Fielding, 1991). Si trasladáramos esta noción a un contexto tan rutinario como puede ser elegir el menú de un restaurante -en el marco de la disyuntiva de seguir o no una dieta saludable-, la decisión resultante no tendría relevancia a menos que no fuera tomada desde la perspectiva general de la vida antes que como un episodio puntual (Archard, 2007).

A la luz de este principio de autonomía asociado a la salud, es cada vez más frecuente encontrarse con expresiones como “Cuidamos de su salud porque nos preocupamos por su autonomía”. De hecho, éste podría ser, por su capacidad sintética, el eslogan más representativo del cambio de paradigma que ha venido produciéndose tras el progresivo abandono del modelo paternalista por un incipiente modelo de autonomía de la persona.

Expresa, en suma, la inserción del concepto de salud en una conexión más íntima y complementaria con respecto al espacio sanitario *stricto sensu*. De lo que estamos hablando, efectivamente, es de una nueva conexión fundada en un concepto dinámico de salud cuya explicitación es la capacidad de reflexionar y reconsiderar las propias acciones convirtiéndolas en hábitos y estilos de vida, a la luz tanto de los valores de la propia persona como de las recomendaciones de las autoridades públicas y sanitarias. El respeto a la salud pasa de este modo a depender directamente del respeto a la capacidad de decidir autónomamente. De sujeto pasivo, el paciente se convierte así en persona responsable de su salud como usuario activo y corresponsable del sistema de cuidados que lo engloba: un auténtico actor de su propia salud, y socio (*partner*) de los profesionales que conforman el sistema sanitario. Dicho en otros términos: ya no participa sólo en el desarrollo de su salud, sino también en el proceso de su gestión. Aquí reside el grado máximo de participación del destinatario de la decisión: en haber adquirido el derecho, por primera vez, a coproducir las decisiones que conciernen a su salud.

5. Participación

El concepto de participación de los pacientes, sin embargo, no es reciente en el plano teórico. A lo largo del tiempo, diversos han sido los esfuerzos realizados por los expertos, los gobiernos y otras partes interesadas para analizar la importancia de la integración de los pacientes en el sistema sanitario. Ya en los años 1970 se consideró un tema crucial del sistema de atención de la salud democrática, participativa, responsable y equitativa. Posteriormente, la OMS y el Consejo de Europa fueron tomándolo en consideración, hasta el punto de que en la década de 1980 la participación del paciente ya se consideraba un derecho fundamental en la Declaración de Alma Alta, y en la siguiente década cobró un cariz global y político:

“Los pacientes tienen el derecho colectivo a alguna forma de representación en todos los niveles del sistema de salud en lo relativo a la planificación y evaluación de los servicios, incluyendo el alcance, la calidad y el funcionamiento de la atención recibida” (WHO, 1995).

La participación en la salud apela al deber de considerar la voz de la opinión pública como individuo, grupo o sociedad. Es un concepto poliédrico que involucra a los tres pilares básicos de todo estado democrático -poder judicial, legislativo y ejecutivo- y que, debido a la progresiva transformación sufrida por la interrelación paciente-profesional de la salud, ha tendido a ampliar su influencia más allá del ámbito puramente administrativo. A su vez, la visión de la participación irá cobrando peso de manera continuada, hasta el punto de ser considerada como un derecho democrático básico y un elemento integral de los sistemas de atención de salud y sus reformas previstas (Hart, 2004).

Una extensa literatura académica y científica demuestra cómo la integración de la experiencia del paciente a nivel estratégico no sólo es un derecho básico fundamental, sino que constituye la forma más eficaz para mejorar la calidad y la eficacia del sistema de atención de salud en su globalidad.

6. Democratización sanitaria

La progresiva democratización de la salud ha logrado dos cosas importantes. De un lado, reequilibrar la relación de por sí desigual entre el sistema sanitario y el paciente. De otro, focalizar la participación de este último en términos individuales -la participación colaborativa con el profesional en el autocuidado de la salud- y colectivos -la participación de los pacientes y su representantes (asociaciones de pacientes) en el funcionamiento del sistema de salud. Ello significa, en último término, trasladar a la esfera sanitaria la percepción de la salud y la enfermedad del paciente en cuanto detentor de derechos y beneficiario de servicios gestionados por las instituciones públicas.

De ahí que no sea posible hablar de participación ciudadana ni de participación sanitaria democrática sin apelar al peso que ha tenido el derecho internacional en su desarrollo y en su aplicación concreta. Desde el reconocimiento de la democracia sanitaria realizado por la OMS hasta las disposiciones establecidas por la *Carta de derechos fundamentales* o la directiva sobre la movilidad de los pacien-

tes, promulgados ambos en el seno la Unión Europea, el fin ha sido el mismo: propiciar una transformación en la relación existente entre paciente y profesional de la salud, lo que convierte al paciente en autor corresponsable de las decisiones relativas a su propia salud y mejora la redistribución del poder en el juego de relaciones existentes entre la administración, los pacientes y el Estado. Esto se resume en una frase: *“La participación sin redistribución del poder es un proceso vacío y frustrante para las personas privadas de aquél”* (Arstein, 1971; Deguerque, 2002).

En los ámbitos de la investigación y la política sanitaria, es esta especial redistribución la que permite a los pacientes crear un nuevo y fructífero equilibrio de poder entre ellos mismos, sus familiares y el sistema de salud. Pero, como hemos visto, la autonomía del paciente no habría sido posible sin el paso progresivo de la medicina paternalista al paciente autónomo. Ello es lo que permite al paciente a tomar decisiones informadas en la base del derecho a actuar de forma independiente (Fielding 1991).

7. Empoderamiento y paciente activo

Numerosas son las definiciones de empoderamiento que se manejan en la literatura sobre el tema, pero la que ha obtenido mayor consenso es la que desvincula al paciente de su mero papel de receptor pasivo de asistencia y servicios para convertirlo en ciudadano activo con derecho a controlar su propia salud como un elemento más del estado del bienestar. Se trata de aspectos considerados determinantes por la persona en la medida en que ejercen una enorme influencia en el mantenimiento y la mejora, o en el empeoramiento y la pérdida, de su salud. Nos referimos a elementos, no estrictamente médicos, pero que actúan como condicionantes de la salud y la vida de la persona (p. ej., factores comportamentales, ambientales, sociales, económicos, laborales...). Desde este punto de vista, se considera que los pacientes más empoderados son aquellos que toman decisiones de salud más racionales de cara a optimizar su salud y bienestar, que dependen en menor grado de los servicios sanitarios, y que contribuyen a un uso más rentable de los recursos sanitarios.

Con todo, la mayor parte de los expertos alerta de que, si bien aún son escasos los estudios que llevan a concluir que estos comportamientos son extensibles a la universalidad de los pacientes, sí es posible aplicarlos a contextos y poblaciones diana específicos. El nivel educativo, el grado de alfabetización, la edad y la posición socioeconómica influyen sin duda en el empoderamiento que los pacientes desean tener en función de su circunstancia específica. Pese a ello, la mayor parte de las investigaciones realizadas en esta materia sostienen que el empoderamiento puede considerarse como el proceso resultante del grado de interrelación adquirido con el sistema sanitario y sus agentes a través de la información acreditada en salud (p. ej., *webs ad hoc* como la “Universidad de los Pacientes”), la educación en el autocuidado (p. ej., “programa Paciente Experto”), la participación en organizaciones de pacientes (p. ej., “activismo comunitario”) y la centralización asistencial en la persona. Se entiende por “paciente activo o activado” aquel que no interactúa de forma pasiva con el profesional de salud, sino que

realiza preguntas, expone dudas, establece claramente sus preferencias respecto a los tratamientos y los resultados esperados, y toma autónomamente las decisiones sobre su salud y la atención sanitaria. De acuerdo con la más amplia investigación de que disponemos en este momento, los pacientes más activados son los que obtienen una mejor atención en su salud (AARP & you, 2009).

Entre las características del paciente activo se encuentran:

- Se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. A veces, este rol lo asume un familiar directo del paciente.
- Es más consciente de su problema de salud, está más comprometido con la mejora de su salud y de la asistencia que recibe, y presenta un mayor cumplimiento terapéutico.
- Es más colaborador con sus médicos y gestiona de forma más efectiva y eficiente el tratamiento clínico de su enfermedad.
- Es un paciente experto que puede ayudar a otros pacientes a ejercer mejor sus derechos, y puede ayudar a mejorar los servicios de salud (Jovell, 2006).
- Quiere ser informado sobre su enfermedad y las opciones disponibles de tratamiento.
- Pide información que le permita anticipar complicaciones y prepararse para la experiencia de la enfermedad, lo que puede ser un poderoso recurso para afrontar la angustia y el malestar derivados de la enfermedad y el tratamiento.
- La información interactúa con las preferencias de los pacientes y los rasgos de personalidad en la producción de resultados.
- Los vínculos entre la autonomía del paciente y los resultados clínicos tienden a ser débiles, ambiguos o medidos por variables no comprobadas.
- Los médicos a menudo son malos jueces de las necesidades de información de los pacientes y sus preferencias de participación (Steele, 1987).

8. Nuevas necesidades del paciente

Es imposible abarcar un tema tan complejo como son las nuevas necesidades del paciente sin hacer referencia a los derechos de éste en relación a la cronicidad de la enfermedad. Derivadas de los avances de la ciencia médica, de la transición epidemiológica, de los cambios producidos en los estilos y hábitos de vida y demográficos -principalmente el envejecimiento-, estas nuevas necesidades surgen tanto de la convivencia con la propia enfermedad como de la experiencia resultante de la navegación por el sistema sanitario.

El sistema sanitario, tal como lo hemos conocido hasta ahora, tendía a clasificar las personas en función de sus diagnósticos y discapacidades más que según su capacidad para gestionar su salud y la atención sanitaria de acuerdo con aspectos tan importantes de su vida como el trabajo, la familia y la comunidad. Esta priorización de la experiencia profesional sobre la experiencia de las personas funcionaba a la perfección en el sistema asistencial de agudos, pero fracasaba en la

gestión eficaz de las enfermedades crónicas, al depender éstas más de las personas afectadas que de los profesionales.

En situaciones de urgencia vital, las personas siempre tienden a delegar el control en un profesional. Por contra, en las áreas de salud que requieren un enfoque de tipo más multidisciplinario, los pacientes y sus familiares expresan su deseo explícito de recibir apoyo para participar activamente con los profesionales en las decisiones sobre su atención.

Con independencia de la edad de inicio de la patología, de su etiología y de sus manifestaciones físicas o psicosociales, las enfermedades crónicas presentan multitud de retos para los pacientes y sus familiares. Entre éstos destacan, por ejemplo, deber hacer frente a síntomas, grados de discapacidad, impactos emocionales, complejos regímenes de medicación, complicados ajustes de estilo de vida e intrincada navegación asistencial.

Otra de las grandes dificultades que deben afrontar muchas de las personas afectadas, y especialmente aquéllas con mayor grado de vulnerabilidad, es tener que lidiar con la falta de apoyo suficiente en el aspecto informativo y formativo, consecuencia, entre otras cosas, de la presión asistencial. Esto, unido al impacto de las secuelas físicas, psicológicas y sociales de su enfermedad, incide de manera negativa en su capacidad de “ser autogestores eficaces de su enfermedad” y colaborar adecuadamente en su autocuidado.

Si bien resta aún por clarificar qué actividades específicas pueden contribuir en mayor grado a la salud y el bienestar de la población, parte de las claves del éxito se hallan en: 1) facilitar información de calidad adaptada a las necesidades de los pacientes y familiares; 2) ampliar las alianzas con otros agentes responsables de la mejora de la salud; y 3) responder a las demandas y valores de la propia sociedad. Es en este marco donde se inserta y halla su razón de ser nuestro proyecto “Universidad de los Pacientes”.

9. La Universidad de los Pacientes

La información, la educación y el soporte asistencial a la ciudadanía y al paciente son de vital importancia en la generación de sociedades de salud. A esta nueva coyuntura responde la Universidad de los Pacientes, que se ha erigido en una iniciativa de interés público al representar un instrumento innovador de actuación en la mejora del comportamiento en salud y en la adaptación de la atención sanitaria a la persona.

Proyecto pionero de la Fundación Josep Laporte y la Universidad Autónoma de Barcelona, su origen se remonta a marzo de 2006. Desde su creación hasta la actualidad, la Universidad de los Pacientes ha iniciado un proceso de proyección internacional y ha sido invitada para dar a conocer su experiencia en Hannover (Alemania), Zurich (Suiza), Mónaco (Principado), La Haya (Holanda), Coimbra (Portugal) y Latinoamérica.

9.1. Principios y objetivos

Las actividades desarrolladas por la Universidad de los Pacientes responden a los siguientes valores:

- **Educación sanitaria:** diseño e impartición de programas de salud destinados a pacientes, familiares y profesionales, orientados a la mejora de las técnicas y habilidades en el autocuidado y de la gestión del paciente con enfermedad crónica.
- **Centralidad en la persona/paciente:** elaboración de investigación cualitativa y desarrollo de materiales informativos y educativos en multiplicidad de formatos, en consonancia con los criterios-guía de respeto a la centralidad de la visión de la persona y su contexto de vida.

- **Calidad:** aval académico, informativo y científico de los productos elaborados de acuerdo con los más elevados estándares de calidad, evidencia científica y alfabetización sanitaria.
- **Multidisciplinariedad:** integración del máximo número de perspectivas posibles en los productos elaborados con vistas a respetar la diversidad de la experiencia y conseguir el máximo consenso.
- **Democracia sanitaria:** la educación permite una mejor participación en la toma de decisiones sanitarias, una capacidad de elección más informada y un mejor comportamiento en salud.

yecto de la Universidad de los Pacientes se ha centrado, desde su nacimiento, en áreas clave de trabajo asociadas al comportamiento y las necesidades en materia de medicación, en el contexto social de España y sus comunidades autónomas. Y todo ello desde una triple perspectiva: información, formación e investigación. Esta focalización se ha visto intensificada a raíz de la participación y la compartición por parte de la Fundación Josep Laporte de los objetivos establecidos en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, especialmente los correspondientes a la estrategia 2.3: “Potenciar la autorresponsabilización de los pacientes y de los cuidadores en su salud y fomentar el autocuidado”.

9.2. Contribución de la Universidad de los Pacientes a la farmacia hospitalaria: áreas de actuación

Aunque son generalmente los sistemas de salud con una responsabilidad más directa sobre el paciente los que ejercen mayor influencia sobre su salud, aquellos que disponen de menor capacidad y control sobre el paciente mejoran notablemente si cuentan con el respaldo de los propios actores del sistema de atención de la salud y de otros sectores con influencia en ella (Cortese, 2013).

La importancia de la gestión de la enfermedad crónica, junto con la extrema valoración de la formación del profesional de salud y de la disposición de tratamientos eficaces, hacen que cada vez cobre más relieve la responsabilización del paciente en el cuidado de su salud. En línea con las estrategias y planes específicos de atención a la cronicidad, el pro-

Información

Si bien la información relativa a la salud es un elemento común en el cuadro patológico, sólo cuando el grado de alfabetización del usuario sanitario se adapta a las necesidades del paciente es cuando alcanza su mayor grado de efectividad. El proceso de búsqueda informativa en la enfermedad crónica no es neutro ni lineal. Muy al contrario, sufre oscilaciones dependiendo de factores tan importantes en el comportamiento del paciente como son el nivel de conocimiento previo sobre la enfermedad y los factores de riesgo, la recepción empática del paciente por parte del profesional, el nivel de satisfacción mostrado en la visita médica, el grado de comprensión y adaptación de la discusión terapéutica a la perspectiva del paciente, y la multidisciplinariedad del abordaje y del seguimiento asistencial. Al mismo tiempo, la no remisión de los síntomas, dependiendo del dolor, y la aparición de recidivas o efectos adversos, son intensificadores de los elementos

de riesgo en la adherencia y el cumplimiento terapéuticos. Todo ello determina, en primera y última instancia, la especial interacción del paciente con la patología y la navegación por el sistema sanitario.

Como muestra la Figura 1, el paciente suele acudir al sistema sanitario lleno de expectativas en relación al bagaje de creencias del cual parte y a los resultados esperados en materia de tratamiento. Si bien ambos pueden ser gestionados en la visita con el profesional de la salud, cuanto más técnica sea la discusión terapéutica y más se aleje de las necesidades y del contexto real del paciente, más difícil será la aceptación de la enfermedad y más se distanciará el paciente del sistema sanitario. De ahí que sea tan importante la habilitación de un continuo soporte informativo y educativo de la persona afectada por la enfermedad crónica, en perfecta interacción con el profesional (Wagner *et al.*, 2001). Este último, y muy especialmente el equipo de atención primaria-atención farmacéutica, representa el referente de mayor confianza para el paciente y la máxima autoridad a la hora de evaluar la incorporación de patrones de conducta saludables en materia de régimen de vida y terapéutico. En esta misma línea, los estudios más recientes realizados por investigadores de farmacia y ciencias sociales establecen la importancia de la conexión existente entre la búsqueda de información y los resultados en salud. Esto ha conducido a recomendar la puesta a disposición del paciente y de sus familiares de materiales específicos con el objetivo de optimizar la información, el conocimiento y el aprendizaje necesarios para conseguir un correcto cumplimiento del plan de tratamiento y una adecuada adherencia (Lehnbom y Brien, 2010; Kjos *et al.*, 2011).

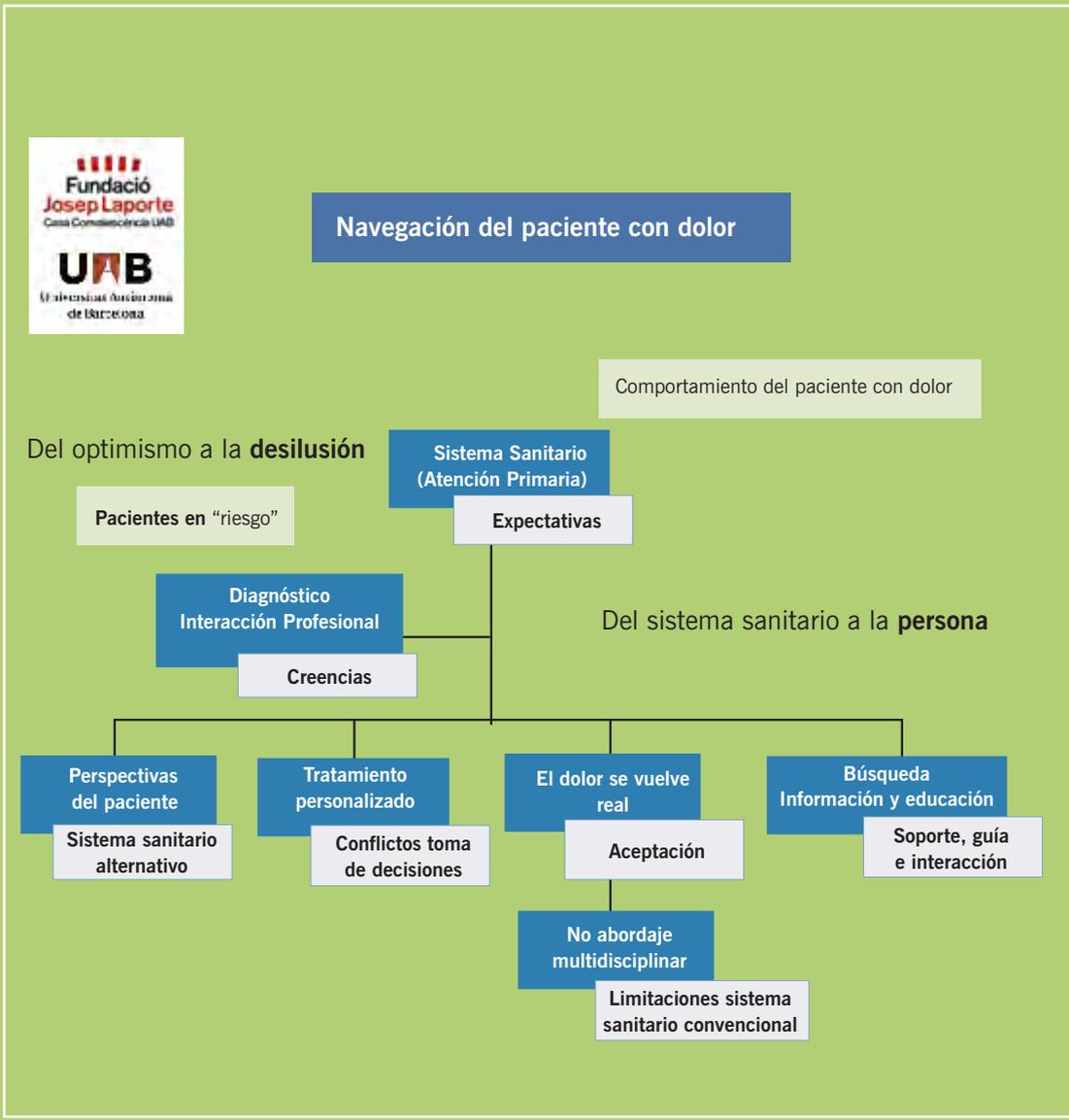
Formación o educación en salud

Uno de los mayores retos a los cuales se enfrentan los sistemas sanitarios de los países desarrollados es la atención a las personas afectadas por enfermedades crónicas, cuya creciente prevalencia es, como hemos dicho, una de las principales consecuencias del envejecimiento de la población. Una vez que desde las instituciones se está trasladando la responsabilidad sobre la salud hacia los propios ciudadanos, el soporte al autocuidado -uno de los seis elementos que configuran el modelo de atención a las enfermedades crónicas (*Chronic Care Model*) establecido por Wagner, Austin y Von Korff (1996)- ha sido adoptado recientemente por diferentes autoridades sanitarias, nacionales y autonómicas, como la base de un sistema de asistencia sanitaria mucho más planificado y preventivo que reactivo, que potencie el papel fundamental que tiene el paciente en el cuidado de su propia salud.

La educación para la salud se ha centrado tradicionalmente en el ámbito preventivo, y se ha limitado a proporcionar información y enseñar habilidades técnicas. Si bien existe evidencia suficiente sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a prevenir la aparición de las enfermedades crónicas -como la promoción de hábitos de vida saludables, la mejora de los sistemas de atención de la salud, y el diagnóstico y el tratamiento precoces-, en los casos en que la enfermedad crónica ya está establecida es esencial el cuidado de la salud para lograr una adecuada adaptación de la persona a su nueva situación y mejorar su calidad de vida. No obstante, las necesidades de cuidados prolongados que tienen los enfermos crónicos son, en ocasiones, de gran complejidad, y para llevarlos a cabo de manera correcta es preciso contar con forma-

F01

Figura 1. Navegación del paciente con dolor por enfermedad crónica. (Fuente: elaboración propia.)



ción suficiente y hacerlo bajo la supervisión y con el apoyo de profesionales adecuados. Algunas de estas intervenciones han tenido una repercusión favorable en la salud de los pacientes y en la utilización de los recursos y servicios sanitarios, tal como muestran los programas de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas desarrollados por el *Expert Patients' Programme del National Health Service* del Reino Unido y el *Chronic Disease Self Management Program* de la Universidad de Stanford en Estados Unidos, cuyos resultados se resumen en la Tabla 2 y 3.

La Universidad de los Pacientes realiza actividades de formación dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores, que están centradas en la adquisición de competencias relacionadas con el autocuidado de las enfermedades crónicas. También desarrolla programas específicos dirigidos tanto a profesionales sanitarios como a voluntarios, que se centran en la adquisición de las competencias necesarias para promover el autocuidado de la salud y para acompañar a los pacientes y sus familiares durante su itinerario por el sistema sanitario. Estas actividades formativas se han ido intensificando a partir de 2013 desde la integración de la Fundación Josep Laporte como miembro activo del comité técnico de la Red de Escuelas de Salud, impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

9.3. Investigación

La investigación muestra que los pacientes valoran la investigación (Tabla 3) como pieza central de la comprensión de sus necesidades, experiencias y perspectivas sobre la enfermedad y el tratamiento. En estrecha relación con este último, en numerosas ocasiones han

expresado el deseo de que la información terapéutica se adapte a sus circunstancias personales y a sus enfermedades. La mayoría de los pacientes desean mejorar su conocimiento acerca del medicamento, en especialmente en lo que concierne a la comprensión de los factores que favorecen o merman la efectividad y la eficacia terapéuticas. Esta necesidad está avalada por el interés que suscitan los instrumentos informativos y educativos de ayuda en la adherencia y el cumplimiento terapéutico.

Los resultados obtenidos a partir de las numerosas investigaciones desarrolladas hasta el presente por la Fundación Josep Laporte en el marco de la Universidad de los Pacientes se han concretado en los siguientes ámbitos:

- Promover estrategias de mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes.
- Conseguir un abordaje de la enfermedad y su tratamiento desde una aproximación más integral y multidisciplinaria.
- Elaborar materiales educativos sobre la enfermedad para pacientes y familiares.
- Aumentar el cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Mejorar el conocimiento de los actores implicados en la atención sanitaria (formal e informal).
- Difundir los beneficios de la formación de los profesionales sociosanitarios en habilidades de comunicación y en la educación del paciente para mejorar la alfabetización sanitaria.

Para ello ha utilizado metodología cuantitativa a través de encuestas de opinión, así como metodología cualitativa mediante grupos de

Resultados de los programas de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas.

- Incorporación de hábitos de vida saludable (alimentación y ejercicio).
- Mejor manejo de los síntomas.
- Mejora de la comunicación con el médico.
- Mayor adherencia terapéutica.
- Mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.
- Disminución del número de visitas a urgencias.
- Disminución del número y de la duración de las estancias hospitalarias.

T02

Tabla 2.

Resultados de los programas de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas. (Adaptada de los resultados de los estudios publicados por los grupos de la Universidad de Stanford en Estados Unidos y del *Expert Patients' Programme* del *National Health Service* en el Reino Unido.)

Evidencia de la efectividad de los componentes del *Chronic Care Model*

Componente: soporte del paciente en autocuidado

Intervenciones efectivas

- Sesiones formativas a pacientes
- Motivación del paciente
- Diseño y entrega al paciente de materiales informativos y educativos

Resultados objetivables

- Mejora clínica del paciente
- Mejora del paciente en cuanto a calidad de vida, percepción subjetiva de salud, autonomía, satisfacción con el servicio, comportamiento de riesgo, conocimiento de la patología y de la navegación sanitaria, y adherencia al tratamiento

T03

Tabla 3.

Resultados medibles a partir de intervenciones de soporte del paciente en autocuidado. (Adaptada de Zwar *et al.*, 2006).



Tabla 4.

Resumen de las necesidades de investigación identificadas en la Universidad de los Pacientes.

Necesidades identificadas de investigación

Objetivos

Datos específicos sobre el estado de salud, conocimientos de una enfermedad concreta, uso de la información, conocimiento de los derechos de los pacientes.

Subjetivos

Percepción y creencias sobre la enfermedad, la cultura de los derechos.

Experiencias en la utilización de los servicios de salud

Aplicadas

Aplicación de estrategias que permitan un mejor manejo de las enfermedades mediante acciones de prevención secundaria y terciaria, participación en la elaboración de guías de práctica clínica, evaluación servicios de salud.

discusión, entrevistas semiestructuradas o la implementación de la metodología Delphi o del jurado ciudadano. Los estudios derivados de esta experiencia han sido publicados, en su mayoría, por la línea editorial propia.

Las necesidades identificadas como base de las investigaciones emprendidas se resumen en la Tabla 4.

9.4. Publicaciones de la Universidad de los Pacientes

La identificación de los retos futuros y la incorporación de visiones es la garantía para la obtención de una visión global, complementaria e innovadora.

A medida que las técnicas para medir la calidad de la atención sanitaria proliferan y mejoran con el paso del tiempo, los profesionales de la salud están empezando a comprender que los pacientes y sus familias tienen puntos de vista únicos como testigos expertos de la atención recibida. (Delbanco, 1996.)

Los pacientes y la población en general deberían ser implicados mucho más en las decisiones acerca de su tratamiento y cuidado. Lo que significa que las perspectivas de los pacientes son escuchadas, analizadas y tenidas en consideración. (Kennedy Report, 2001.)

El cuidado de la salud ciudadana tiene como objetivo utilizar un recurso poco explotado en nuestro sistema de salud: el conocimiento, la sabiduría y la energía de las personas, las familias y las comunidades que se enfrentan a retos de salud difíciles de resolver en su vida cotidiana. (Doherty y Mendenhall, 2006.)

Proyectos realizados en el marco de la Universidad de los Pacientes asociados a farmacia hospitalaria

Información

Mapa sanitario. Guía práctica para conocer mejor nuestro sistema sanitario. Este *toolkit* informativo está dirigido a asociaciones de pacientes, familiares, cuidadores y cualquier persona interesada en conocer y comprender la organización, la estructura, las competencias y el funcionamiento de la administración sanitaria nacional (Sistema Nacional de Salud [SNS]), autonómica (departamentos y consejerías de salud de las comunidades autónomas) y de la Unión Europea. Construido con la finalidad de hacer más accesible el SNS, el diseño y la estructuración de la guía han sido configurados desde un criterio de utilidad, a partir de la selección de casos prácticos y de preguntas frecuentes recogidas de la experiencia real del entorno asociativo. A su vez, da respuesta al gran desconocimiento de la población española en relación al funcionamiento y la organización del SNS, reflejado en los diferentes Barómetros Sanitarios.

Aula de promoción de la asistencia farmacéutica. Esta aula fue concebida para acercar la “farmacia comunitaria” al paciente y ciudadano. Dos de sus principales aportaciones fueron analizar por vez primera en España los déficits informativos del prospecto (*Funciones y utilidad del prospecto del medicamento*) y el abordaje de la cronicidad en la especial interrelación paciente-farmacéutico (*Necesidades del paciente crónico en la atención farmacéutica*). Mientras que la anatomía del prospecto mostró barreras y facilitadores, la segunda permitió la identificación de necesidades específicas del paciente crónico en la atención farmacéutica, de elementos de mejora de la calidad en la atención farmacéutica y de mecanismos de colaboración entre la farmacia comunitaria y las organizaciones de pacientes.

Itinerario de navegación del paciente con cáncer. Este proyecto funciona como una “hoja de ruta” que pone a disposición de afectados y allegados recursos audiovisuales y educativos, de elaboración propia, con el fin de potenciar la participación en el propio plan de tratamiento y facilitar la adaptación a los tratamientos, a sus efectos colaterales y a las consecuencias que la enfermedad ocasiona, tanto psico-emocionales como espirituales, familiares y sociales.

Cuidarse. Consejos para afrontar los efectos derivados de los tratamientos oncológicos. Este proyecto proporciona recursos informativos y *toolkits* para facilitar a los pacientes el manejo de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos. Se dirige a pacientes oncológicos en fase de tratamiento, cuidadores y familiares, organizaciones de pacientes y equipos asistenciales que hacen posible la atención sanitaria al paciente.

Formación

Formación para pacientes y ciudadanos

El autocuidado responsable es un elemento clave en un nuevo modelo de asistencia sanitaria que promueve el rol fundamental que tiene el paciente en la gestión de su propia salud. Aun así, gran parte de la población se encuentra con dificultades relacionadas con la adquisición de estilos de vida saludable, la adherencia a los tratamientos y la gestión de los síntomas asociados a una enfermedad crónica. La Fundació Josep Laporte desarrolla, a través de los proyectos de la Universidad de los Pacientes y el *Itinerario de Navegación del Paciente con Cáncer*, programas específicos dirigidos a pacientes, cuidadores, familiares y voluntarios, que están centrados en el autocuidado responsable, la mejora de la comunicación con los profesionales de la salud y la navegabilidad de los pacientes durante su itinerario por el sistema sanitario. Desde 2008 hasta 2013 se han formado más de 500 pacientes en autocuidado y más de 150 pacientes en el taller de formadores.

Desde el año 2013, la Fundación Josep Laporte es miembro activo del comité técnico de la Red de Escuelas de Salud, impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Programa Paciente experto. Programa acreditado por la Universidad de Stanford (Estados Unidos) centrado en la adquisición de habilidades para la gestión de la enfermedad crónica.

Formación para asociaciones de pacientes

Patients' advocacy. La voz del paciente en acción. Programa de formación ejecutiva específicamente diseñado para asociaciones de pacientes de América Latina. De carácter online y presencial, su objetivo es mejorar la alfabetización sanitaria, la equidad y la accesibilidad terapéutica, así como el abordaje de retos y riesgos en el ámbito sanitario mediante la adquisición de competencias y habilidades en liderazgo, gestión y acción social.

Formación para profesionales

Promoción del autocuidado. Desarrollo de materiales y organización de talleres presenciales centrados en el análisis de las necesidades de los pacientes, la mejora de la comunicación, la conducción de grupos y la promoción del autocuidado.

European Patient Education & Health Literacy Conference. Organizado por la Fundación Josep Laporte y la Universidad de los Pacientes, con la colaboración de la Universitat Autònoma de Barcelona, el Foro Español de Pacientes, el Fòrum Català de Pacients y el *European Patients' Forum*.

Investigación

Investigación cualitativa multidisciplinaria

Artritis reumatoide. Una visión del presente y una mirada al futuro. Esta investigación constituye el primer estudio cualitativo realizado en España sobre artritis reumatoide desde la triple perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. En este sentido, el principal objetivo ha sido valorar el grado de centralización y adecuación del abordaje de la artritis reumatoide a las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares, de acuerdo con la identificación de las áreas de mayor impacto en el ámbito personal, familiar, sanitario, social y laboral, dentro del marco de la atención reumatológica en España. Este estudio ha sido declarado de interés científico por la Sociedad Española de Reumatología, y de interés para las personas con artritis por Conartritis.

El valor terapéutico en oncología. Este estudio cualitativo ha tenido por objeto conocer los criterios que los pacientes utilizan en el proceso de toma de decisiones compartidas en relación al propio tratamiento. Incluye las opiniones y percepciones de los profesionales de la oncología sobre la visión expresada por los pacientes.

Para profundizar en la investigación desarrollada tanto para pacientes y ciudadanos como para profesionales puede visitarse <http://www.fbjoseplaporte.org/recerca/es>.

Investigación orientada a materiales informativos-educativos

Kit de visita médica. Bajo el lema “Nos mueve su salud, le acompañamos al médico”, este *toolkit* responde a los resultados de una investigación desarrollada en comunicación y relación profesional-paciente. En él se ofrecen consejos útiles para preparar la visita antes de ir al centro de salud, en la sala de espera y en la consulta, y para la preparación de la siguiente visita. El kit de visita médica se encuentra disponible en ocho idiomas: catalán, castellano, euskera, gallego, inglés, árabe, chino y ruso.

10. Bibliografía

1. AARP & you Magazine. Beyond 50.09: Chronic care: a call to action for health reform. 2009. Disponible en: aarp.org/research/health (click en "Quality of Health Care").
2. Allen JD, Hall BA. Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *Adv Nurs Sci*. 1988;10(3):22-34.
3. Archard D. Informed consent and the grounds of autonomy. En: Nys T, et al., editores. *Autonomy and paternalism: reflections of the theory and practice of health care*. Leuven: Peeters Publishers; 2007. pp. 113-28.
4. Arstein SR. A ladder of citizen participation. *Journal of the Royal Town Planning Institute*. 1971:2-6.
5. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17(82):269-76.
6. Cortese DA. A health care encounter of the 21st Century. *JAMA*. 2013;310(18):1937-8.
7. Delbanco TL. Quality of care through the patients' eyes. *BMJ*. 1996;(313):832-3.
8. Deguerque M. Droits des malades et qualité du système de santé. *AJDA*. 2002; 508-16
9. Doherty WJ, Mendenhall TJ. Citizen health care: a model for engaging patients, families, and communities as coproducers of health. *Families, Systems & Health*. 2006;24(3):251-63.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
11. European Observatory on Health Systems and Policies Series. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Londres: McGraw Hill, Open University Press; 2008. pp. 1-290.
12. Fielding R. Patient participation in decision making and care. *Hong Kong Practitioner*. 1991;13(11):1812-6.
13. Goodrich J, Cornwell J. *Seeing the person in the patient: the point of care review paper*. London: Kings' Fund.; 2008.
14. Hart D. Patients' rights and patients' participation individual and collective involvement: partnership and participation in health law. *Eur J Health Law*. 2004;11:17-28.
15. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria*. 2006;38(3):234-7.
16. Kennedy I. Kennedy report on the Bristol Royal Infirmary Inquiry, July 2001. En: *Involvement patients and carers: general improvement skills*. Londres: The Stationery Office, 2001.
17. Kjos AL, Worley, MM, Schommer, JC. Medication information seeking behavior in a social context: the role of lay and professional social network contacts. *Innovations in Pharmacy*. 2011;2(4):1-23.
18. Lehnbohm EC, Brien JA. Challenges in chronic illness management: a qualitative study of Australian pharmacists' perspectives. *Pharm World Sci*. 2010;32(5):631-6.
19. May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of

- general practitioners' accounts. *Sociol Health Illn*. 2004;26(2):135-58.
20. Nys T. Paternalism in public health care. *Public Health Ethics*. 2008;1(1):64-72.
21. Steele DJ. Beyond advocacy: a review of the active patient concept. *Patient Educ Couns*. 1987;10(1):3-23.
22. Stewart MA. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49:796-804.
23. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64-78.
24. WHO. *Health education in self-care: possibilities and limitations*. Report of a scientific consultation. Ginebra: WHO, 1983.
25. WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2005.
26. WHO Regional Office for Europe. *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe, 1994.
27. Zwar N, Harris, M, Griffiths, R, Roland, M, Dennis, S, Powell Davies, G, Hasan, I. systematic review of chronic disease management study. Sydney: *Australian Primary Health Care Research Institute*. 2006. pp.1-67.



2 Modelo de práctica asistencial orientado al paciente oncológico

Eduard Fort Casamartina
Carmen Muñoz Sánchez
Montserrat Rey Salido
Ana Clopés Estela



Eduard Fort Casamartina

Servicio de Farmacia, Institut Català d'Oncologia, Barcelona.



Carmen Muñoz Sánchez

Servicio de Farmacia, Institut Català d'Oncologia, Barcelona.



Montserrat Rey Salido

Servicio de Farmacia, Institut Català d'Oncologia, Barcelona.



Ana Clopés Estela

Servicio de Farmacia, Institut Català d'Oncologia, Barcelona.



Índice

1. Introducción. El paciente oncológico: la atención farmacéutica orientada a las necesidades del paciente
2. Atención farmacéutica poblacional
3. Atención farmacéutica individualizada
4. Bibliografía

1. Introducción. El paciente oncológico: la atención farmacéutica orientada a las necesidades del paciente

Dentro de la farmacia hospitalaria, el concepto de atención farmacéutica implica un modelo de práctica profesional que tiene como objetivo garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia de los tratamientos farmacológicos, siempre en estrecha colaboración con el resto de los profesionales sanitarios implicados en el proceso (facultativos clínicos, enfermería, técnicos especialistas, etc.). En 1990 Hepler y Strand, en el artículo *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*¹, promovieron una visión de la práctica asistencial del farmacéutico definida como “la provisión responsable de farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados predefinidos que mejoren la calidad de vida del paciente”. Esta visión orienta la actuación del farmacéutico hacia la cobertura de las necesidades del paciente, en vez de hacia el cir-

cuito del medicamento. Concretamente en el caso del paciente oncológico, esta visión de atención farmacéutica dirigida al paciente adquiere mayor relevancia teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Heterogeneidad y complejidad de las patologías de base, con necesidad de obtener resultados terapéuticos (en términos de supervivencia o calidad de vida).
- Tratamiento con fármacos antineoplásicos clásicos, considerados de estrecho margen terapéutico, ya que la relación entre eficacia y toxicidad es estrecha, y cuyos efectos secundarios pueden comportar una importante morbimortalidad asociada.

- Incorporación progresiva y creciente de nuevos tratamientos de administración oral, en régimen ambulatorio, diferentes a los antineoplásicos clásicos, cuyo seguimiento y evaluación en cuanto a adherencia y tolerabilidad son de suma importancia.
- Tratamiento con fármacos concomitantes imprescindibles en estos pacientes (antiinfecciosos, inmunosupresores, etc.) que requieren un estricto seguimiento para evitar posibles interacciones farmacológicas o potenciación de efectos secundarios.
- Necesidad de optimización de los tratamientos disponibles por patologías y basándose en criterios de medicina basada en la evidencia (MBE), coste-efectividad y seguridad, en especial en el actual contexto económico-social.

En los últimos años estamos asistiendo a una profunda transformación dentro del sistema sanitario. Uno de los cambios más relevantes y que impacta directamente en cómo debe ser la provisión de servicios es la actitud de los enfermos. El enfermo está pasando de ser pasivo y “paciente” a querer tener mayor capacidad en la toma de decisiones y a reclamar que este papel se entienda desde los servicios de salud². Desean ser corresponsables de las decisiones y también de los resultados, es decir, reclaman su “empoderamiento”. A su vez, este empoderamiento da una oportunidad de garantías de mayor éxito a los tratamientos. Sin embargo, esto también puede tener sus debilidades si desde el sistema sanitario no sabemos adaptarnos adecuadamente. Ante ello, los modelos asistenciales deben adaptarse y reorientarse³.

La atención oncológica, justamente por las características antes indicadas, es una de las áreas donde la voz del paciente se está haciendo oír más. Los modelos de colaboración entre profesionales y la interdisciplinariedad permiten orientarse a las necesidades de los pacientes. Y es en este tipo de modelos donde la atención oncológica, desde hace años, ha sido abanderada del resto de las áreas de atención sanitaria, a través del trabajo por comités y por unidades funcionales. En el ámbito de la atención farmacéutica, la farmacia oncológica también ha sido líder de este modelo de integración del farmacéutico en los equipos asistenciales justamente para orientarse a las necesidades del paciente⁴. El cambio del farmacéutico oncológico dirigido sólo al proceso de manipulación del fármaco hacia su orientación a las necesidades del paciente lo convierten en un paradigma para el resto de las especialidades de la farmacia hospitalaria. Y es por esta razón que se ha elaborado este capítulo, utilizando la farmacia oncológica como un ejemplo, entre los diversos ámbitos de la farmacia de hospital, de un modelo de práctica farmacéutica asistencial orientado al paciente y en el que se desean desarrollar los objetivos y la sistemática de dicha práctica. Para ello se desarrolla a través del análisis de las actuaciones del farmacéutico dirigidas a pacientes individuales, clásicamente consideradas atención farmacéutica, pero también mediante la revisión previa de las actuaciones que van dirigidas a establecer acciones preventivas en el ámbito de la seguridad en el uso de medicamentos o de gestión del conocimiento, que denominaremos actuaciones poblacionales. Consideramos que ambas van inherentemente ligadas y que, para desarrollar las actuaciones directas al paciente, es necesario tener una base asentada de actuaciones preventivas desarrolladas con anterioridad.

2. Atención farmacéutica poblacional

2.1 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento implica un abordaje complejo y global de orientación a las necesidades del paciente, de manera que la toma de decisiones previa facilita la mejor práctica asistencial en el día a día. Las herramientas de las cuales se sirve esta gestión del conocimiento son:

- Comisión farmacoterapéutica, como órgano técnico de asesoramiento, consulta, coordinación e información relacionada con los medicamentos, cuyos principales objetivos son⁵:
 - Seleccionar medicamentos para su utilización según criterios documentados de eficacia, seguridad, calidad y eficiencia.
 - Monitorizar y evaluar las reacciones adversas a medicamentos y establecer las recomendaciones adecuadas.
- Evaluar y decidir sobre las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales, como indicación fuera de ficha técnica, no incluidos en las guías o de uso compasivo.
- Guías de práctica clínica, que garanticen:
 - Una mejor utilización de los recursos disponibles asegurando la equidad terapéutica entre los pacientes.
 - La evaluación de las nuevas estrategias terapéuticas y tecnológicas con criterios de eficiencia, con el esfuerzo continuado de evaluación de resultados.
 - Posibles beneficios⁶:
 - *Para los pacientes*: mejora de los resultados de salud, mejora de su información y de su capacidad de elección.
 - *Para los profesionales sanitarios*: mejora de la calidad de las decisiones clínicas.

- *Para los sistemas sanitarios:* mejora de su eficiencia global y de sus servicios.

2.2. Gestión de la seguridad

En la gestión de la seguridad para el paciente oncológico deben definirse las siguientes premisas⁷:

- Los errores de medicación con citotáticos pueden tener consecuencias trágicas.
- La prevención, la detección y la respuesta a los errores son una responsabilidad multidisciplinaria.
- Estandarizar y simplificar tareas reduce el riesgo de error.

Los programas de seguimiento y evaluación de problemas relacionados con los medicamentos mediante métodos de prevención, análisis observacional y notificación voluntaria permiten una actuación encaminada a evitar errores de medicación, en el ámbito poblacional, a través de la definición de herramientas de seguridad en la utilización de medicamentos. Estos programas deben integrar grupos de trabajo multidisciplinarios responsables del registro y la evaluación de los diferentes problemas relacionados con los medicamentos detectados, así como de sensibilizar al personal sanitario y proponer medidas preventivas, correctivas y de mejora.

Por ello, cabe destacar que en el campo oncohematológico la mejor manera de prevenir problemas relacionados con los medicamentos es establecer controles en el sistema de utilización de éstos en los diferentes subpro-

cesos del proceso de gestión de la quimioterapia (Figura 1):

- Condiciones de utilización de los medicamentos y protocolos.
- Estandarización de los protocolos y árboles de decisión para las diferentes patologías.
- Prescripción médica electrónica asistida.
- Validación farmacéutica.
- Preparación y dispensación de los tratamientos prescritos.
- Plan de cuidados y administración por parte de enfermería.

2.3. Transferencia de la gestión del conocimiento a la práctica clínica asistencial

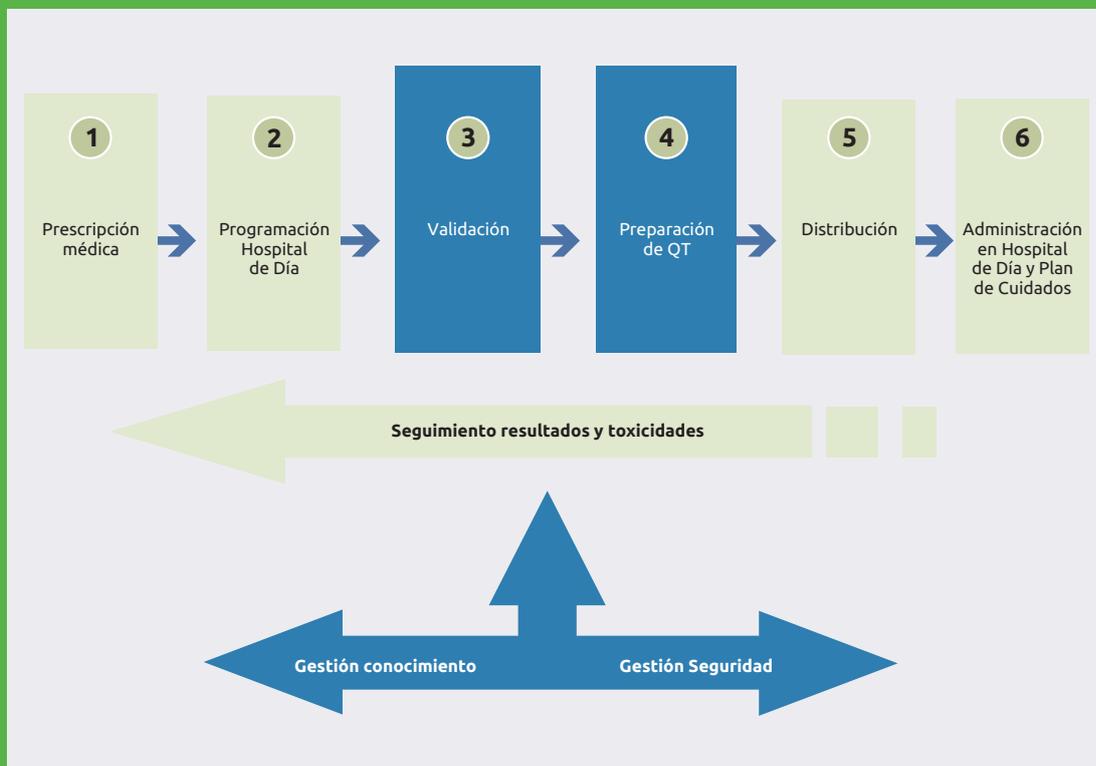
Todos los consensos establecidos desde la gestión del conocimiento deben ser implementados en el ámbito asistencial. Para ello, es importante disponer de:

- Canales de comunicación formales de las decisiones aprobadas, ágiles, frecuentes y accesibles a todos los profesionales implicados, que garanticen una correcta información; por ejemplo, boletines informativos, comunicados farmacoterapéuticos, sesiones informativas, etc.
- Aplicativo informático de gestión del proceso de quimioterapia suficientemente integral y versátil, que permita:

F01

Figura 1.

Subprocesos del proceso de gestión de la quimioterapia.



- La sistematización de la prescripción médica según los acuerdos y los tratamientos autorizados por la institución, incorporando clasificaciones diagnósticas adaptadas a las guías de práctica clínica.
- La incorporación de toda la información necesaria en cada uno de los protocolos, garantizando una correcta validación, preparación, dispensación y administración de los tratamientos prescritos.
- La integración con la historia clínica del paciente, permitiendo la captura automática de los datos analíticos, antropométricos y diagnósticos del paciente, así como el traspaso directo de recomendaciones farmacoterapéuticas a curso clínico.
- La utilización de elementos de trazabilidad en el proceso, tanto del paciente como del medicamento.
- La incorporación de planes de cuidados estandarizados por protocolo o esquema de tratamiento.
- Programas de formación continuada periódica de todos los profesionales sanitarios internos del Servicio de Farmacia, así como también de los externos.
- Participación activa en comités y sesiones clínicas, y en unidades funcionales, con trabajo interdisciplinario constante.
- Información y educación sanitaria directa a los pacientes orientada al empoderamiento

3. Atención farmacéutica individualizada

Para llevar a cabo una adecuada atención farmacéutica en oncología, el proceso de validación farmacéutica debe acompañarse de otras estrategias o metodologías que ayuden a complementar esta verificación individual de los tratamientos, mediante programas de educación sanitaria y seguimiento de adherencia al tratamiento en la unidad de pacientes externos, así como programas de seguimiento y monitorización farmacoterapéutica y clínica del paciente ingresado o tratado en régimen de hospital de día, que ayudan a mejorar el tratamiento farmacológico de estos pacientes. Para ello debemos considerar las tres áreas de actuación más importantes de nuestros hospitales en que el papel del farmacéutico oncológico es cada vez más relevante: atención farmacéutica en hospital de día, en la unidad de pacientes externos y en los pacientes hospitalizados. Es deseable que sea un farmacéutico, con conocimientos y competencias en farmacia oncológica, quien pueda realizar de manera integrada estas actividades de atención farmacéutica, pero

dependerá que sea así del modelo organizativo del servicio de farmacia y del volumen de actividad oncológica.

3.1. Atención farmacéutica en el hospital de día

En el ámbito de la atención farmacéutica individualizada al paciente oncológico en el hospital de día, el proceso de la validación farmacéutica es uno de los puntos clave de la atención farmacéutica, ya que permite verificar y contrastar una gran cantidad de información referida al paciente, y es la principal herramienta de detección y prevención de problemas relacionados con los medicamentos. Por tanto, este proceso implica una gran responsabilidad para su ejecución. A su vez, es un proceso que no sólo se realiza en los pacientes del hospital de día, sino también en los hospitalizados y en los externos, por lo que debe ser aplicable al proceso de atención farmacéutica en el resto de los ámbitos.

Para esta validación farmacéutica partiremos de la prescripción médica generada por el clínico especialista en una patología en concreto, y como ya hemos comentado antes, el área abordada es suficientemente compleja como para disponer de un sistema de PMEAs que sistematice las directrices y los consensos establecidos en el centro y que minimice los problemas relacionados con los medicamentos debidos a condiciones de administración, estabilidad, compatibilidad, conservación, etc.⁸.

El proceso de validación farmacéutica de una prescripción médica de oncología supone realizar una serie de comprobaciones que también han de estar previamente definidas y sistematizadas para garantizar al máximo que el tratamiento prescrito es correcto en todos los aspectos: datos del paciente, protocolo de tratamiento prescrito según diagnóstico base y características del paciente, dosis, condiciones de preparación, condiciones y precauciones de administración, periodicidad del tratamiento, medicación concomitante necesaria, condiciones de estabilidad y conservación, etc.

Para poder llevar a cabo esta actividad, es necesario que el farmacéutico disponga de una serie de directrices a seguir en su práctica clínica diaria con el fin de poder validar los tratamientos con la máxima garantía de seguridad. En este sentido, pueden utilizarse los estándares de verificación de prescripciones médicas en cáncer para farmacia clínica, publicados por la *British Oncology Pharmacy Association* (BOPA) en abril de 2013⁹, que tienen en cuenta todos los ítems incluidos en el proceso y para los que se establecen dos premisas importantes:

- El farmacéutico implicado en este proceso de validación debe tener una amplia

formación y capacitación específica en el área de la oncohematología.

- Los ítems considerados son aplicables a cualquier tratamiento sistémico (oral y parenteral) administrado para el cáncer, incluyendo no sólo agentes quimioterápicos clásicos sino también agentes no citotóxicos, como terapias dirigidas tipo anticuerpos monoclonales o agentes orales tipo imatinib, sunitinib, lenalidomida, etc. No obstante, la BOPA no incluye el tratamiento hormonal, aunque en nuestra opinión, en la medida de lo posible y dependiendo de las características y estructuras de los centros, estos tratamientos también deberían ser incluidos.

Describimos a continuación, de forma resumida, los ítems que la BOPA considera esenciales para garantizar una correcta validación farmacéutica de los tratamientos prescritos en pacientes con cáncer, que incluyen comprobar siempre:

- Los datos de la prescripción médica y el médico que solicita el tratamiento.
- Que el protocolo prescrito se ajusta a los protocolos asistenciales aprobados en el centro, que está indicado para el diagnóstico del paciente y que se adecúa a las características fisiopatológicas de éste (edad, *performance status*, tratamientos previos recibidos, función renal y hepática, etc.) y a sus parámetros analíticos (función renal, hepática, hemograma, etc.). Para estas comprobaciones será imprescindible consultar la historia clínica del paciente.
- Los datos analíticos y de biomarcadores que consideremos esenciales para el

diagnóstico y el tratamiento, como por ejemplo la expresión del cromosoma Ph+, la mutación KRas, etc.

- Que los datos antropométricos del paciente han sido recogidos correctamente, con las actualizaciones de peso correspondientes
- Que las dosis son correctas y que se han calculado según el protocolo escogido, y que la frecuencia de administración del tratamiento prescrito es adecuada al esquema teniendo en cuenta el ciclo de tratamiento previamente recibido.
- Las dosis acumuladas de fármacos que pueden tener toxicidad asociada, así como la dosis máxima individual recibida por ciclo.
- Si existen motivos que justifiquen ajustes de dosis (edad, toxicidad previa, etc.).
- Que los tiempos de administración de los diferentes fármacos incluidos en el tratamiento son correctos.
- Que se ha prescrito la medicación de soporte adecuada y necesaria para el esquema de tratamiento seleccionado (hidratación, antiemético, profilaxis antiinfecciosa, premedicación, etc.).
- Que no existen interacciones conocidas o potenciales entre el tratamiento prescrito y otros tratamientos crónicos del paciente o alimentos.
- Los antecedentes de alergias conocidas.

A partir de que el proceso de validación esté completado, el farmacéutico debe realizar

actividades de atención farmacéutica directa al paciente en el hospital de día o en colaboración con enfermería, como información de los tratamientos, educación sanitaria y seguimiento de resultados, tanto de los tratamientos oncológicos como de los de soporte, incluyendo antieméticos.

3.2. Atención farmacéutica en la unidad de paciente externos

La aparición de nuevos tratamientos ambulatorios en el ámbito de la oncología que son dispensados desde las unidades de pacientes externos de los Servicios de Farmacia de los centros hospitalarios (citostáticos orales y tratamientos de soporte) ha provocado un cambio en la actitud tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes. Estos tratamientos, que son autoadministrados por los propios pacientes o familiares en su domicilio, aportan una serie de ventajas, pero también preocupaciones e inconvenientes, comparados con la quimioterapia intravenosa. Entre las diferentes ventajas cabe destacar:

- Comodidad para el paciente.
- Disminución de problemas asociados a la quimioterapia intravenosa, como podrían ser las extravasaciones o la dificultad de disponer de un acceso venoso.
- Contribuir a descongestionar y disminuir la presión asistencial en las unidades de hospital de día donde se administra la quimioterapia intravenosa (p. ej., la capecitabina en neoadyuvancia en el cáncer colorrectal).

A pesar estas ventajas, los tratamientos con citostáticos orales y de soporte autoadministrados presentan una serie de riesgos nada desdeñables desde el punto de vista de la seguridad para paciente, por lo que es de vital importancia que en el momento de la dispensación se refuercen diferentes aspectos:

- Asegurarse de una buena comprensión del esquema terapéutico por parte del paciente o de los familiares.
- Promover una buena adherencia al tratamiento.
- Facilitar y reforzar información referente a los efectos adversos más frecuentes o más relevantes desde el punto de vista clínico, y sobre cómo reaccionar en caso de que aparezcan durante el tratamiento.
- Revisión de la medicación concomitante para detectar posibles interacciones, ya sean farmacocinéticas o farmacodinámicas.

Para todo ello es muy importante que en el momento de la dispensación, y mediante una atención farmacéutica individualizada, específica y especializada, se realice una entrevista personal, haciendo partícipe al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento o su enfermedad y detectando aquellos puntos críticos para su resolución.

En este contexto es clave tener un soporte informático adecuado para la prescripción electrónica de quimioterapia, que minimice el riesgo de errores de prescripción. Tal como se ha expuesto anteriormente, en estos aplicativos se dispone de toda la información necesaria en cuanto a los esquemas de tratamiento de cada protocolo.

Entrevista con el paciente

A diferencia de la quimioterapia intravenosa, en la cual los tratamientos son preparados por los Servicios de Farmacia y administrados por el personal de enfermería, en los tratamientos ambulatorios el farmacéutico debe asegurarse de que el paciente es capaz de entender y asimilar toda la información referente a la medicación, y el punto crítico es una buena comprensión del esquema. Una mala comprensión del tratamiento puede conllevar problemas de salud importantes para el paciente, como una sobredosificación con toxicidad asociada o bien una infradosificación con una respuesta menor que la esperada. Hay que tener en cuenta que los tratamientos oncológicos ambulatorios suelen ser complejos, debido a que a menudo suelen ser esquemas con:

- **Combinación de diferentes fármacos:** el conocimiento molecular del cáncer abre las vías al desarrollo de nuevos fármacos y a la posible combinación entre ellos para conseguir tasas de respuestas y supervivencias globales mayores. Cabe destacar, por ejemplo, el tratamiento con lapatinib y capecitabina para el cáncer de mama metastásico HER 2+.
- **Combinación de diferentes dosis:** en muchas ocasiones, para conseguir la dosis adecuada para cada paciente es necesaria la combinación de presentaciones de diferentes dosis, como sería el caso de la temozolamida.
- **Periodos de descanso:** determinados tratamientos no son continuos sino que requieren periodos de descanso, como el sunitinib para el cáncer renal metastásico (4 semanas de tratamiento y luego 2

semanas de descanso) o la lenalidomida para el mieloma múltiple (3 semanas de tratamiento y 1 semana de descanso), y es necesario remarcar cuándo se debe finalizar.

La entrevista es una técnica imprescindible en la acogida del paciente, y tiene como objetivo construir un marco de relación profesional que contemple las necesidades del enfermo y la familia y los objetivos del equipo terapéutico¹⁰. Las fases de la entrevista pueden describirse como:

- **Fase inicial:** crear un ambiente agradable, tranquilo, relajado, con el principal objetivo de disminuir la ansiedad. Debe disponerse de privacidad para atender con comodidad al paciente y transmitir empatía.
- **Fase exploradora:** el paciente adquiere el papel principal y la escucha activa por parte del farmacéutico tiene un papel fundamental para detectar preocupaciones y expectativas acerca del tratamiento (intención paliativa, curativa, tratamiento de soporte). Se intenta recoger la máxima información de las respuestas verbales y no verbales del paciente.
- **Fase de intervención:** las dos fases previas nos permiten detectar puntos débiles, y conjuntamente con la participación activa del paciente o los familiares podremos elaborar y consensuar un plan en la toma de decisiones acerca del tratamiento, reforzando aquella información más relevante (se recomienda utilizar lenguaje oral y escrito).

Para reforzar la comunicación verbal se recomienda utilizar material de soporte escrito,

como pueden ser las hojas de educación sanitaria desarrolladas por el grupo GEDEFO¹¹, señalando los aspectos más importantes del tratamiento, y facilitar un teléfono de contacto. Debe dispensarse la medicación justa para un ciclo.

Adherencia al tratamiento

Asegurar una buena adherencia al tratamiento es básico para garantizar la mayor eficacia de los diferentes tratamientos, así como para minimizar la aparición de efectos adversos. Cada vez son más los estudios publicados que demuestran que una buena adherencia al tratamiento es el principal factor pronóstico independiente de respuesta¹².

Uno de los principales objetivos del farmacéutico especialista dentro del equipo asistencial multidisciplinario es conseguir una implicación activa del paciente en su farmacoterapia, para alcanzar una buena adherencia al tratamiento.

La adherencia a los tratamientos orales puede verse alterada por diferentes motivos¹³:

- **Aspectos personales:** características socioculturales, edad, sexo, comorbilidad (depresión).
- **Dificultad de comprensión:** para evitarlo es sumamente importante la entrevista personal antes descrita, reforzando todo el esquema de tratamiento y asegurándose de que el paciente lo ha entendido.
- **Efectos adversos:** muchos tratamientos tienen efectos adversos nada desdeñables que, en caso de aparecer, pueden condicionar la adherencia al tratamiento.

- **Cronificación del tratamiento:** los resultados alentadores de los tratamientos están consiguiendo en determinadas patologías la cronificación de los tratamientos, hecho que hace aparecer factores de no adherencia compartidos con otras patologías consideradas clásicamente crónicas.

En caso de detectar posibles situaciones en que los pacientes puedan tener problemas de comprensión por la complejidad de los tratamientos y combinaciones, o bien problemas fisiológicos que dificulten la toma de la medicación y por lo tanto condicionen la adherencia, posibles soluciones podrían ser:

- Reforzar la importancia del cumplimiento de forma periódica para conseguir el máximo beneficio en aquellos pacientes con factores de riesgo, como antecedentes de depresión, dificultad de comprensión o dificultades sociales.
- Simplificar el tratamiento: en determinadas ocasiones, cuando se requiere la combinación de diferentes presentaciones y tras comentar el caso de manera individualizada con el equipo médico responsable, podrían ajustarse las dosis de modo que sólo se requiera un tipo de presentación o bien el menor número de presentaciones posibles; por ejemplo, una dosis teórica de capecitabina de 1800 mg/12 h obliga al paciente a tomar tres comprimidos de 500 mg + 2 de 150 mg en cada toma, lo que puede simplificarse a 2000 mg por la mañana (cuatro comprimidos de 500 mg) y 1500 mg por la noche (tres comprimidos de 500 mg).

No existe un método lo suficientemente específico y sensible para la evaluación de la

adherencia en los pacientes oncológicos ambulatorios, sino que se recomienda la combinación de varios métodos, como puede ser el recuento de comprimidos y la realización de cuestionarios de adherencia:

- Recuento de comprimidos devueltos por el paciente: mediante las dispensaciones realizadas y los días de tratamiento entre dos dispensaciones, se calcula el número total de dosis reales que el paciente ha tomado y las que teóricamente debería haber tomado según la posología establecida. Utilizando la siguiente fórmula se calcula el porcentaje de adherencia:

$$\% \text{ adherencia} = \left(\frac{\text{unidades tomadas}}{\text{unidades teóricas a tomar en un periodo de tiempo}} \right) \times 100$$

Se considera buen cumplidor si este porcentaje se sitúa entre el 90% y el 110%.

Respecto a los cuestionarios de adherencia, actualmente no existe ninguno validado para pacientes oncológicos. Diferentes estudios utilizan cuestionarios validados para otras patologías, entre los cuales uno de los más utilizados es el SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*), desarrollado y validado para pacientes en tratamiento antirretroviral¹⁴. Consiste en seis preguntas que se hacen al paciente, y una sola respuesta negativa lo clasifica como no adherente.

Efectos adversos

Muchos de los tratamientos oncológicos ambulatorios tienen efectos adversos que pueden llegar a condicionar el día a día de los pacientes. No todos los pacientes tienen la

misma susceptibilidad y durante la entrevista inicial es sumamente importante detectar a aquellos que podrían tener más riesgo de padecer algún efecto adverso en particular (p. ej., el sunitinib en pacientes previamente hipertensos en tratamiento farmacológico, sangrados en pacientes con tratamiento antiagregante o anticoagulante...). Para ello es necesario transmitir al paciente:

- No ignorar los efectos adversos e informar de aquellos más frecuentes o graves que podrían aparecer.
- Cómo identificar signos y síntomas, y ofrecer medidas de soporte que los pacientes puedan poner en práctica en su domicilio para minimizar los efectos.
- Definir en qué casos y debido a la intensidad de los efectos adversos es necesaria la participación de los profesionales sanitarios, y facilitar teléfonos de contacto.

En la Tabla 1, a modo de ejemplo, se describen los principales efectos adversos y recomendaciones para minimizarlos.

Interacciones

La mayoría de los pacientes oncológicos presentan alguna comorbilidad que requiere tratamientos crónicos, y cada vez son más los que utilizan la medicina alternativa. Existen tratamientos, terapias naturales e incluso alimentos que podrían alterar la eficacia y la toxicidad de los tratamientos oncológicos. Por ello es indispensable:

- Revisar el perfil farmacoterapéutico del paciente: identificar y describir la pauta posológica de todos aquellos fármacos que toma el paciente, tanto con receta como sin receta, y terapias alternativas.

- Valorar la necesidad terapéutica de todos los tratamientos concomitantes.
- Identificar aquellos medicamentos que pueden interactuar con el tratamiento: los principales fármacos que podrían interactuar con los tratamientos oncológicos son los estimulantes o inhibidores del CYP-450, sobre todo del CYP3A4, que pueden disminuir o aumentar sus concentraciones plasmáticas y en consecuencia disminuir la eficacia o aumentar la toxicidad. Otro grupo importante son los modificadores del pH gástrico.
- Identificar aquellos fármacos cuya farmacocinética o farmacodinamia podrían verse alteradas al administrar tratamientos oncológicos. Un ejemplo es el imatinib, que puede interactuar con el paracetamol y aumentar el riesgo de toxicidad hepática¹⁵.
- En caso de detectar una interacción farmacológica potencialmente relevante debe valorarse el cambio por una alternativa terapéutica con un menor perfil de interacciones y un mejor perfil de seguridad (cambio de simvastatina por atorvastatina, que no se metaboliza por vía hepática) o bien espaciar la toma entre ambos medicamentos para disminuir la probabilidad de interacciones (p. ej., erlotinib con omeprazol).

En resumen, no existen dos pacientes iguales y cada uno debe ser evaluado de forma específica e individualizada en la unidad de pacientes externos para detectar sus preocupaciones y necesidades, y hacerles partícipes de manera activa durante todo el proceso; es decir, haciéndoles corresponsables de las decisiones y también de los resultados, asegu-



Efecto adverso	Recomendaciones
Diarreas	Dieta astringente, hidratación abundante, no tomar grasas, no tomar fibra
Eritrodistesia palmo-plantar	Aplicación de crema hidratante en manos y pies, utilizar jabones de pH neutro, utilizar guantes y evitar el contacto con productos abrasivos, evitar la sudoración excesiva
Exantema	Evitar la exposición solar, utilizar ropa adecuada y crema con factor de protección

Tabla 1.

Principales efectos adversos y recomendaciones para minimizarlos.

rando su empoderamiento para una mayor garantía de éxito en los tratamientos.

3.3. Atención farmacéutica en hospitalización

El papel del farmacéutico en el ámbito del paciente hospitalizado le ofrece la oportunidad de una intervención dirigida a cubrir las necesidades del paciente, en este caso de una manera más similar a la atención farmacéutica realizada en otras patologías, utilizando las herramientas que la atención hospitalizada brinda: equipos multidisciplinares con sesiones y pases de visita reglados, y paciente y familia disponibles físicamente durante un largo periodo de tiempo, si se compara con las actuaciones ambulatorias (hospital de día y unidad de pacientes externos). Para estandarizar el proceso de seguimiento o monitorización farmacoterapéutica se establecen los siguientes pasos (Figura 2):

- Selección de pacientes candidatos.
- Análisis de la información.
- Detección de problemas relacionados con medicamentos.
- Definición de los resultados que se quiere conseguir.
- Diseño del plan terapéutico y realización de intervención del farmacéutico.
- Comunicación y documentación.
- Evaluación de los resultados.

Selección de los pacientes candidatos a monitorización terapéutica

Debido a que no todos los pacientes tienen las mismas necesidades de atención farmacéutica y por la carga de trabajo que supon-

día monitorizar a todos los pacientes hospitalizados, deben establecerse una serie de criterios de selección de los pacientes con mayor riesgo de presentar problemas relacionados con medicamentos. Los criterios establecidos en el *Institut Català d'Oncologia*, que pueden servir de ejemplo, son:

- **Pacientes de edad avanzada (>70 años):** la edad es un factor esencial de variación de los parámetros farmacocinéticos de los fármacos, y consecuentemente de mayor riesgo de toxicidad. Aun así, la edad no se considera un criterio suficiente, por sí solo, para justificar la monitorización, y el paciente será candidato cuando cumpla algún otro criterio adicional.
- **Pacientes en tratamiento con fármacos de estrecho margen terapéutico:** en este grupo de fármacos hay muy poca diferencia entre las concentraciones terapéuticas y aquellas con las que aparecen efectos tóxicos graves.
- **Pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos:** aquellos con alotrasplante, sea de donante emparentado, de donante no emparentado o de cordón umbilical. En los pacientes sometidos a autotrasplante, la monitorización se considerará prioritaria en los que tengan una situación analítico-clínica basal de complejidad o presenten complicaciones graves derivadas del tratamiento.
- **Pacientes con función renal alterada o que reciben fármacos nefrotóxicos.**
- **Pacientes en tratamiento con antimicrobianos de uso restringido:** para verificar que se trata de la indicación



Tabla 2.

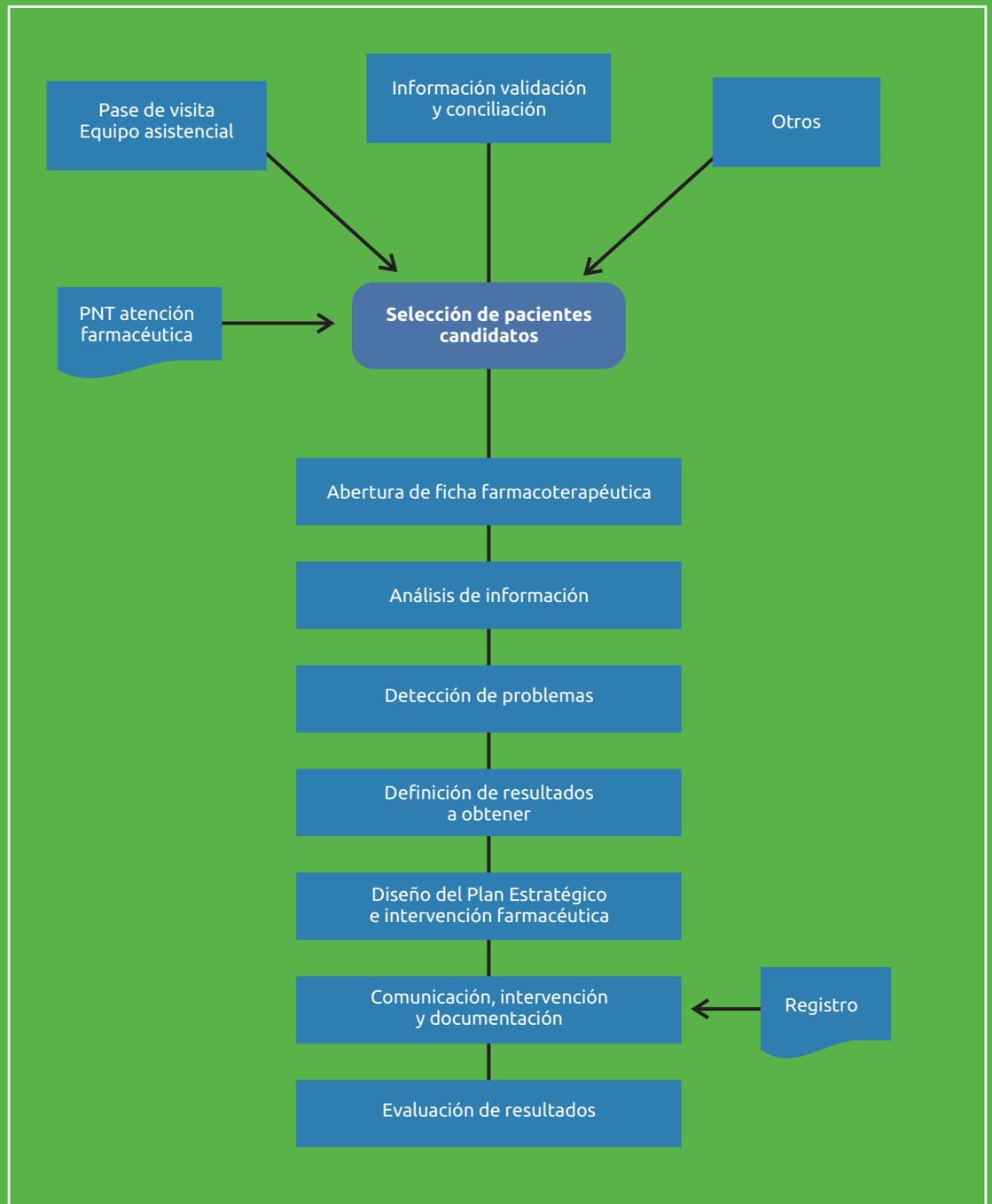
Detección de problemas relacionados con los medicamentos.

Agrupador pregunta	Pregunta
Correlación Fármaco /Indicación	¿Es la terapia necesaria? ¿Está siendo efectiva? ¿Hay una indicación no tratada? ¿Existe relación indicación/patología? ¿Qué parámetros son útiles para monitorizar eficacia? ¿Es el fármaco más coste-efectivo?
Posología	¿Es la posología más correcta para este paciente? ¿Por qué vía se elimina el fármaco? ¿Necesita ajuste de dosis? ¿Falta información de la dosis? ¿Se puede acortar/alaragar la duración?
Vía de administración	¿Es la vía de administración más correcta? ¿Cómo se administra este fármaco?
Interacción	¿Interacción fármaco-fármaco, fármaco-alimento, fármaco-patología, fármaco-prueba de laboratorio?
Efectos adversos	¿Es el fármaco más seguro para este paciente? ¿Qué perfil de efectos adversos tiene? ¿Presenta el paciente alergias? ¿Qué parámetros son útiles para monitorizar los efectos adversos?
Conciliación	¿Existen discrepancias y/o problemas respecto medicación con receta, sin receta y terapias alternativas al ingreso?

F02

Figura 2.

Proceso estandarizado de seguimiento y monitorización farmacoterapéutica.



más adecuada, que no hay alternativas terapéuticas o para controlar que no aparecen efectos adversos.

- Pacientes que presenten toxicidad debida a la quimioterapia, por la gravedad de la toxicidad, que sea causa del ingreso, o por ser poco frecuente.
- Pacientes con problemas en la conciliación de la medicación al ingreso, que requiere su seguimiento durante la estancia hospitalaria.

La selección de pacientes se realizará mediante el análisis del perfil farmacoterapéutico de los pacientes ingresados, que se aplicará:

- Antes o durante la prescripción médica, durante los pases de visita con el equipo asistencial.
- Durante la validación de las prescripciones médicas.
- En la conciliación al ingreso.

Análisis de la información

Toda la información necesaria se anotará en la hoja de recogida de datos especialmente diseñada para este fin, ya sea en papel o informatizada o integrada en el sistema de prescripción-validación del hospital. En ella han de constar:

- Datos basales del paciente: edad, sexo, altura, peso y superficie corporal.
- Antecedentes y diagnóstico.
- Causa y fecha del ingreso junto con los datos de conciliación.

- Alergias.
- Pruebas de laboratorio: concentraciones de fármacos (estudios cinéticos), parámetros bioquímicos (albúmina, urea, creatinina, bilirrubina directa, bilirrubina total, aspartato transaminasa, alanina transaminasa, fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transpeptidasa), parámetros hematológicos (hemoglobina, hematíes, plaquetas, leucocitos y neutrófilos), etc.
- Microbiología (resultados y resistencias).
- Fármacos, incluidos antimicrobianos, que recibe o ha recibido durante el ingreso.
- Resumen de las intervenciones realizadas.

La información se obtendrá de la historia clínica del paciente, mediante el intercambio de información con el resto de los profesionales del equipo, o por entrevista directa con el paciente o sus familiares, igual que se ha descrito para los pacientes externos.

Detección de problemas

El análisis de la información permite identificar los problemas farmacoterapéuticos, definir los objetivos específicos para el paciente concreto y ayudar en el diseño de un régimen farmacoterapéutico que permita conseguirlos.

Para detectar los posibles problemas relacionados con la administración de fármacos es conveniente que el farmacéutico se plantee las cuestiones incluidas en la Tabla 2.

Definir los resultados que se quiere conseguir

Basándose en toda la información de la hoja de recogida de datos, y con las respuestas a las preguntas anteriores, se realizará un análisis conjunto con el equipo asistencial y el propio paciente y se definirán los objetivos.

Diseño del plan terapéutico e intervención del farmacéutico

Una vez establecidos los resultados que se quiere conseguir llega el momento de planificar cómo se hará y cuáles son las opciones para ello (modificaciones de dosis o de intervalo de administración, alternativas terapéuticas, suspensión temporal o permanente de algún fármaco...) y escoger la más adecuada en cada caso.

Comunicación de la intervención y documentación

Tomada la decisión, se comunicará al equipo y al propio paciente, de manera conveniente. La documentación de las intervenciones en la historia clínica es consecuente con la aceptación de las responsabilidades por parte del farmacéutico.

Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados de la intervención son resultado de un deseo de mejora continua y a su vez un ejercicio de responsabilidad del papel adquirido en el equipo y con el paciente. Por ello han de ser el último paso en la cadena de la actuación farmacéutica pero a su vez el que permita la retro-alimentación con la evaluación continua de las actividades realizadas.

4. Bibliografía

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:533.
2. Jovell A, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Involvement of the patient: the new role of patients in the health system. *Atención Primaria.* 2006;38:234-7.
3. Calle C. El paciente proactivo. *El Médico.* 2014;1151:20-1.
4. Liekweg A, Westfeld M, Jaehde U. From oncology pharmacy to pharmaceutical care: new contributions to multidisciplinary cancer care. *Support Care Cancer.* 2004;12:73-79.
5. Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos (GENESIS) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Programa MADRE. Disponible en: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/> y <http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/>
6. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ.* 1999; 318:593-596.
7. Cohen MR. Preventing medication errors in cancer chemotherapy. *Am J Health-Sys Pharm.* 1996;53:737.
8. Yi-Lwern K, Chan A, Chui WK. Improving pharmaceutical care in oncology by pharmacoinformatics: the evolving role of informatics and the internet for drug therapy. *Lancet Oncol.* 2009;10:1011-9.
9. British Oncology Pharmacy Association (BOPA). Standards for pharmacy verification of prescriptions for cancer medicines. April 2013. (Consultado el 15 de febrero de 2014.) Disponible en: http://www.bopawebsite.org/contentimages/publications/BOPA_Standards_for_Clinical_Pharmacy_Verification_of_cancer_medicine_prescriptions_V2_3_FINAL_9_4_13.pdf.
10. Döhler N, Krolop L, Ringsdorf S, Meier K, Ko YD, Kuhn W, *et al.* Task allocation in cancer medication management - integrating the pharmacist. *Patient Educ Couns.* 2011;83(3):367-74.
11. GEDEFO-SEFH. Dípticos de información a pacientes. 2014. (Consultado el 18 de marzo de 2014.) Disponible en: http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=65.
12. Ibrahim AR, Eliasson L, Apperley JF, Milojkovic D, Bua M, Szydlo R, *et al.* Poor adherence is the main reason for loss of CCyR and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood.* 2011;117(14):3733-6.
13. Wigertz A, Ahlgren J, Holmqvist M, Fornander T, Adolfsson J, Lindman H, *et al.* Adherence and discontinuation of adjuvant hormonal therapy in breast cancer patients: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;133(1):367-73.
14. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, *et al.*; GEEMA Study Group. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS.* 2002;16(4):605-13.
15. Liu Y, Ramírez J, Ratain MJ. Inhibition of paracetamol glucuronidation by tyrosine kinase inhibitors. *Br J Clin Pharmacol.* 2011;71(6):917-20.



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.

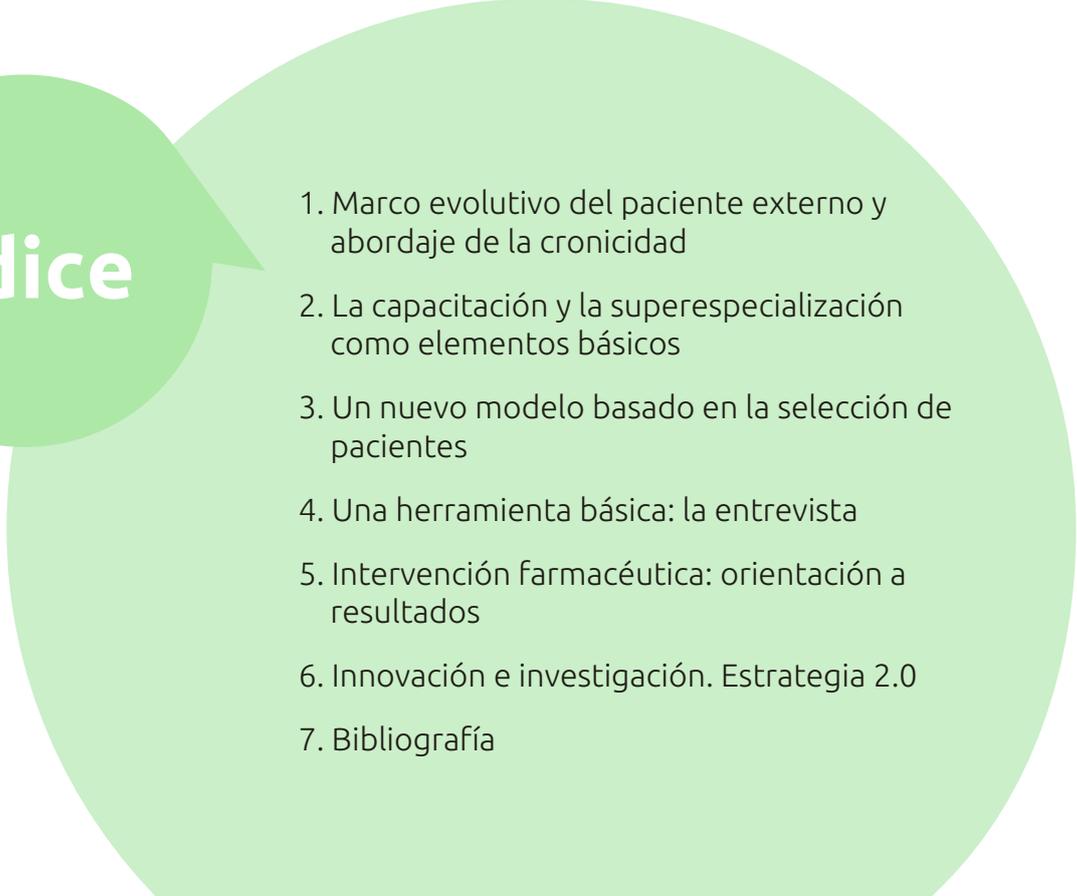


Rocío Jiménez Galán

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 *Consejería 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).

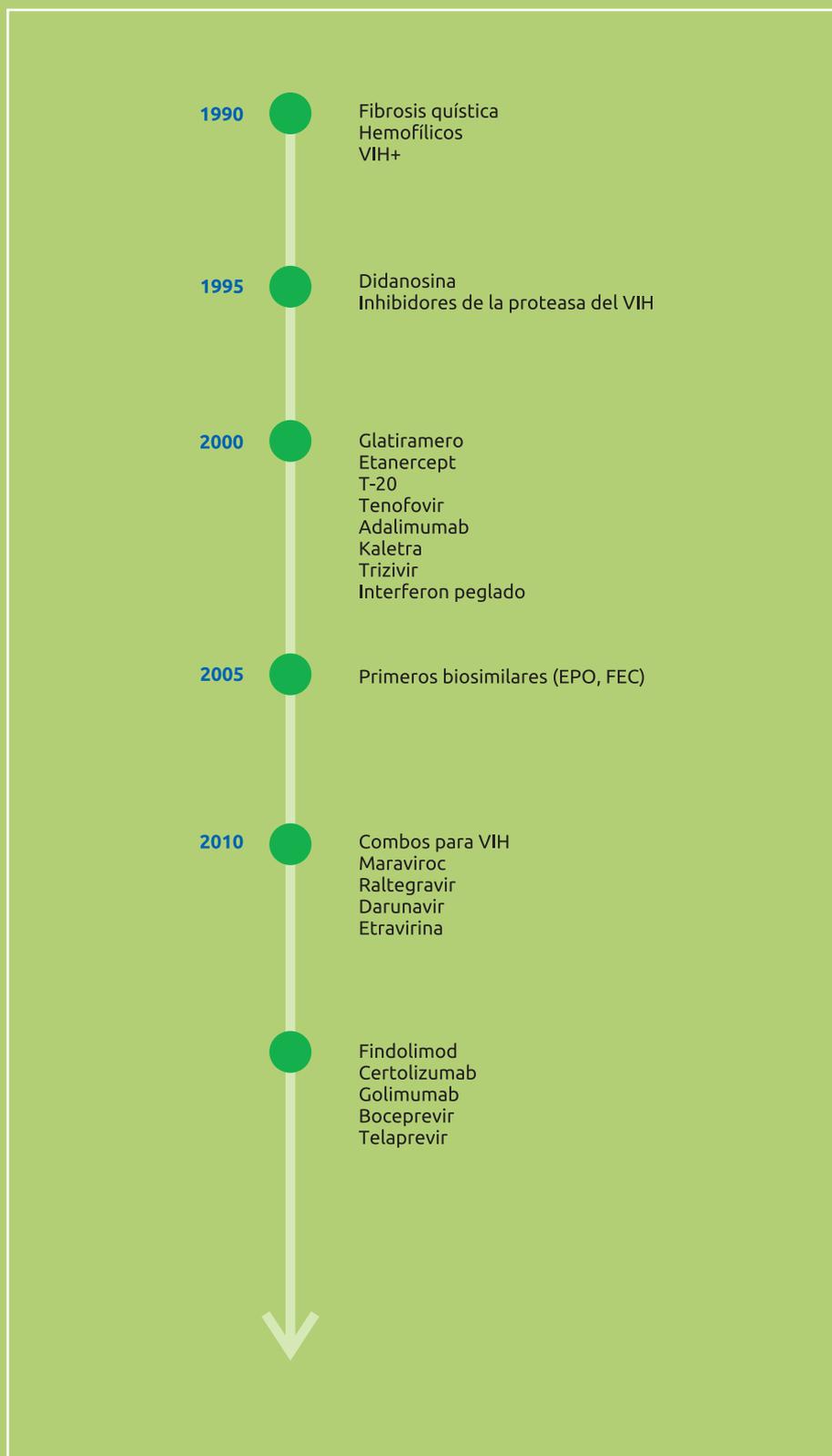
Respecto a este último punto cabe destacar la variabilidad de medicamentos dispensados según las comunidades autónomas: basándose fundamentalmente en criterios de seguridad y eficiencia, cada comunidad ha determinado qué medicamentos que se dispensaban en las oficinas de farmacia han pasado a ser de 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.

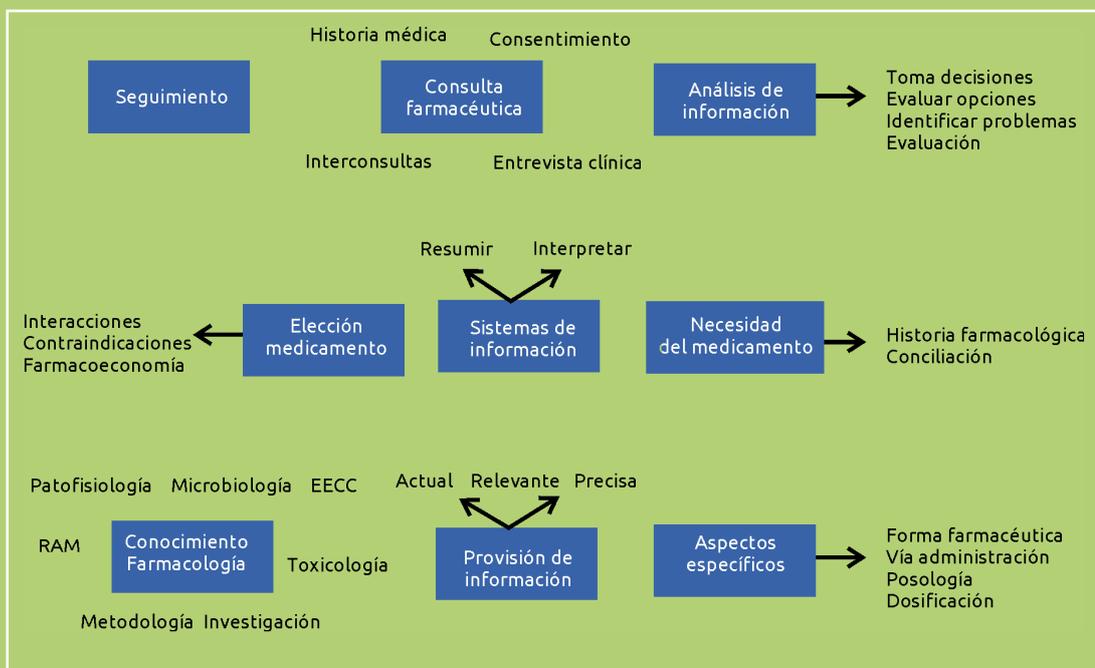


Figura 2. Competencias en Atención Primaria.



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.

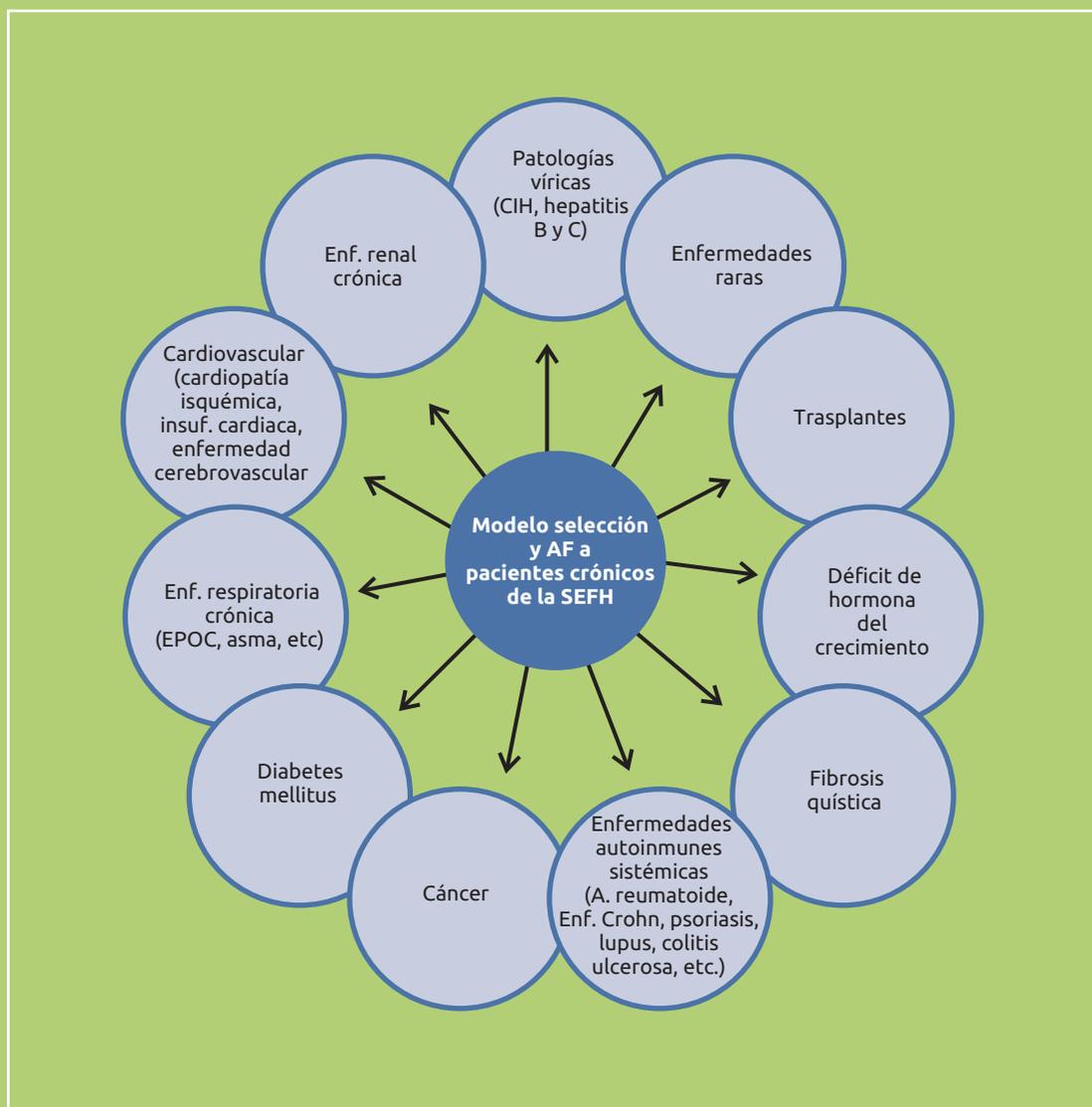
El planteamiento de la consecución de estos objetivos implica, por sí solo, la necesidad intrínseca de reorientar la labor asistencial para centrar los esfuerzos no tanto en el momento previo a la prescripción y la utilización de fármacos (aspecto que también se considera fundamental) sino en la medición 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	Polimedición	El paciente toma más de 5 medicamentos, entendiendo medicamentos como la forma farmacéutica acompañada de la dosis y vía	4
	Riesgo de la medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo.	3
	Cambios en el régimen regular de la medicación	El paciente ha sufrido cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses	2
	Sospecha de no adherencia	Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento. Utilización de cuestionarios validados Haynes & Sacket, Morinsky-Green-Levine, etc. y/o utilización de registros de dispensación.	4
	Sospecha de PRM ^o	Existe sospecha o evidencia de que el paciente padece o puede padecer PRM.	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

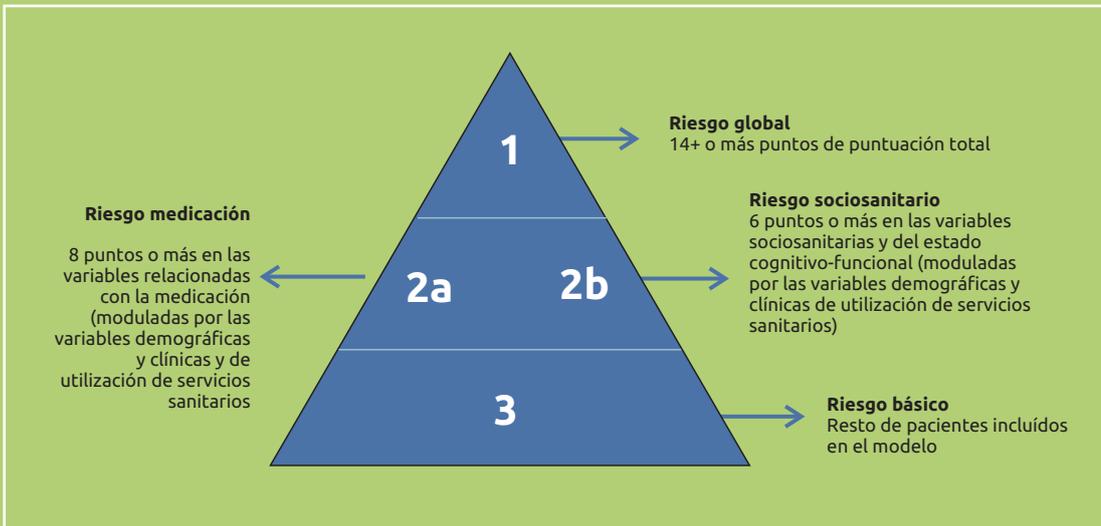


Figura 4. Niveles para la selección de pacientes.

T03

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.).

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>



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 sea 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 de 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 ayudarlo 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

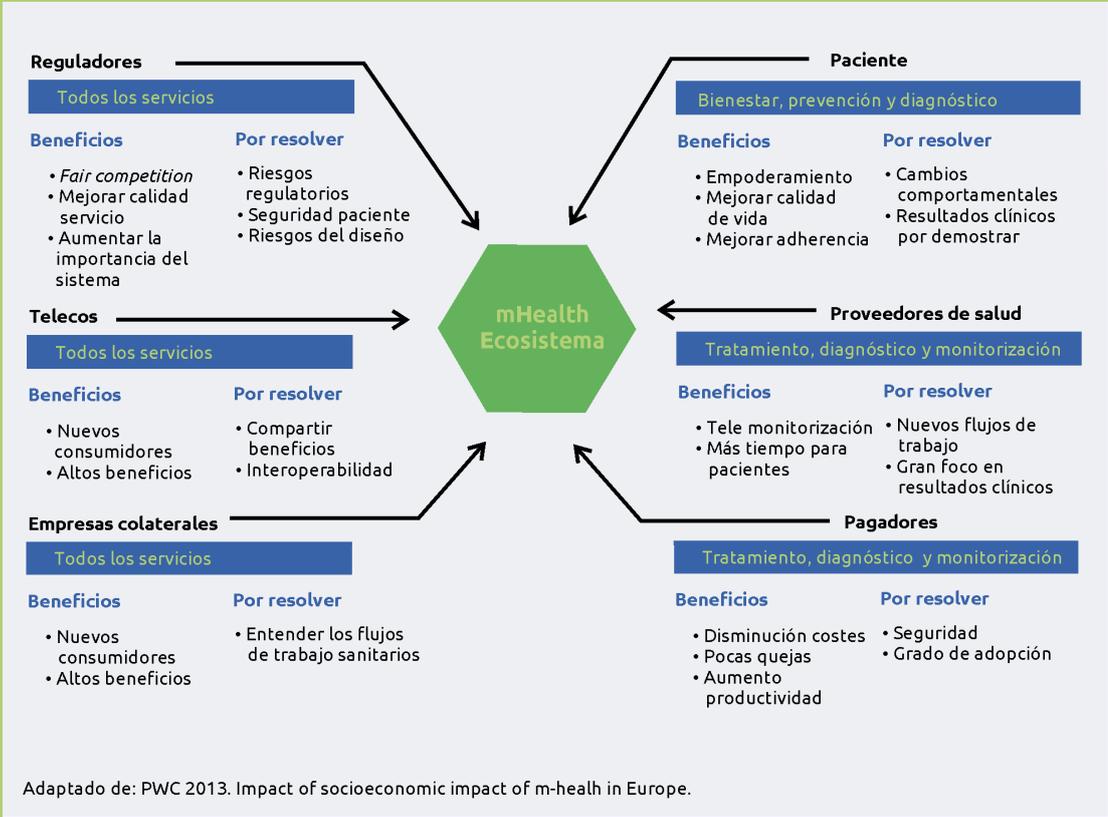
la causalidad. Tradicionalmente, la causalidad derivada de los ensayos controlados, clínicos o comunitarios, ha sido considerada como el mejor grado de evidencia. Sin embargo, en algunos casos importan más la rapidez en la disponibilidad de la información y la capacidad de predicción que conocer la causa. 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}.

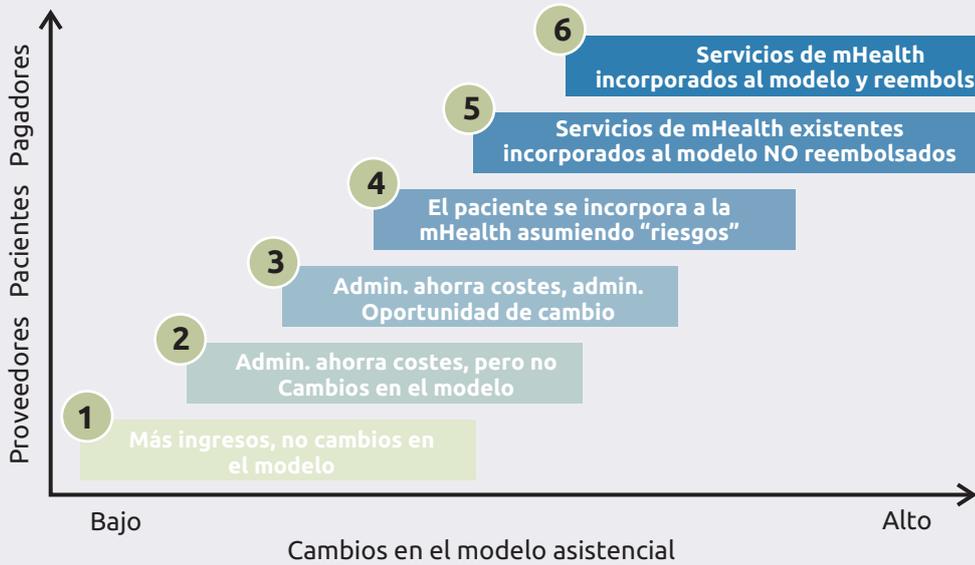


Figura 6. Proceso de incorporación de la APP en el modelo asistencial para el abordaje del paciente externo y crónico.

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.



4

Contribución de la Farmacia Hospitalaria en los resultados en salud

Goretti Durán Piñeiro
Irene Zarra Ferro
María Jesús Lamas Díaz



Goretti Durán Piñeiro

Unidad de Investigación, Servicio de Farmacia,
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.



Irene Zarra Ferro

Facultativo Especialista de Área, Servicio de Farmacia,
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.



María Jesús Lamas Díaz

Jefe de Servicio de Farmacia,
Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

Índice

1. Marco conceptual
2. Políticas de salud
3. Evaluación de los resultados en salud
4. La farmacia hospitalaria en la evaluación de los resultados
5. Bibliografía

1. Marco conceptual

En la actualidad, el concepto de salud es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona, e incluye la noción como derecho de las personas y como deber del sector público, no siendo entendida como un producto comercial ni como un bien de consumo.

La crisis actual también ha afectado al estado de bienestar y ha desencadenado la preocupación por la contención del gasto sanitario y los métodos de racionalización de la oferta sanitaria y de priorización del gasto. Quedan todavía pendientes medidas para fomentar la eficiencia y evolucionar desde la gestión del gasto a un nuevo paradigma, como es la gestión de la calidad.

La calidad puede ser definida como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados, tanto individuales como poblacionales, y ello es concordante con el conocimiento profesional actual¹. La calidad asistencial va a representar el grado en el cual la atención sanitaria ofrecida a un individuo o a una po-

blación desde el Sistema Nacional de Salud es capaz de maximizar la ganancia en salud de la población. Esto hace necesario disponer de buenos indicadores estandarizados para la medición de la calidad y de sistemas de información comunes que permitan comparaciones con centros de otras comunidades, pero actualmente cada servicio regional de salud ha ido elaborando su propio sistema de información, aportando diferentes experiencias locales y regionales de la utilización de indicadores de calidad.

La investigación de resultados en salud es una disciplina que pretende cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones sanitarias (medicamentos, procedimientos quirúrgicos, técnicas diagnósticas, productos sanitarios, etc.) en condiciones de práctica médica habitual^{2,3}. Esta nueva área de conocimiento se centra en valorar distintos resultados en salud tras la aplicación de diferentes alternativas terapéuticas, tales como resultados clínicos, económicos, humanísticos y de gestión sanitaria. Se basa en el principio de que cada

intervención clínica produce un cambio en el estado de salud de un paciente, y en que este cambio puede ser medido.

Sus fines son 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 sobre todo de los dos resultados finales que tienen mayor interés para los individuos.

Los resultados son un instrumento de mejora continua de la calidad de todos los agentes para alcanzar una sanidad pública sostenible y de excelencia.

Las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los centros sanitarios, y los estudios de investigación de resultados en salud van a ser los aliados que proporcionen evidencias que sirvan de ayuda para priorizar qué intervenciones sanitarias son las más adecuadas para implantar.

Los primeros estudios de investigación de resultados en salud fueron promovidos por la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) de Estados Unidos. Esta agencia fue creada con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, la efectividad de las intervenciones sanitarias y los resultados en salud obtenidos en los pacientes y la población⁴. Para ello se crearon los *Patient Outcomes Research Teams* (PORTs), que son grupos de investigadores que evalúan aquellas patologías sanitarias caracterizadas por un alto gasto y una gran variabilidad en los tratamientos utilizados.

La investigación de resultados en salud comprende tres áreas principales: resultados clínicos, económicos y humanísticos.

En relación a los resultados clínicos, interesa conocer la efectividad de las pruebas diagnósticas, las intervenciones terapéuticas, la evolución de los síntomas de las enfermedades, datos de morbilidad y mortalidad de las enfermedades a medio y largo plazo, y el grado de cumplimiento terapéutico. Los resultados económicos tratan de conocer el impacto económico de una determinada afección o intervención (coste de la enfermedad), o conocer la relación entre el impacto económico y su efectividad entre opciones de tratamiento alternativas en la práctica habitual (estudios de coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio, de minimización de costes o coste-consecuencia). En cuanto a los resultados humanísticos, se centran en proporcionar información sobre resultados percibidos y comunicados por los pacientes, y están enfocados a la calidad de vida percibida por el paciente, como síntomas físicos, psicológicos y de morbilidad, y grado de preferencia de los pacientes sobre las alternativas terapéuticas administradas.

Esta disciplina se va a nutrir de diferentes fuentes y diseños metodológicos a la hora de elaborar sus estudios y análisis. En unos casos serán fuentes primarias (ensayos clínicos, diseños observacionales, estudios epidemiológicos, evaluaciones económicas...), mientras que en otros tendrá que recurrir a fuentes secundarias (metaanálisis, revisiones sistemáticas, revisiones de seguridad, estudios de coste de la enfermedad...), lo que va a enriquecer la información final disponible para el clínico y el decisor.

El pasado año se publicó en *The Lancet*⁵ una revisión completa de las bases de datos disponibles, los indicadores utilizados para el seguimiento del panorama mundial de la I+D, las inversiones que se han realizado en inves-

tigación, la distribución de la carga de enfermedad de los países, y su perfil, en función del nivel económico de los grupos de países. Una de sus conclusiones es la necesidad de un observatorio mundial sobre la salud que permitiría establecer áreas prioritarias para su financiación, evitar duplicidades y mejo-

rar la coordinación. Por último, se están estableciendo negociaciones recientes en la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que todos los estados miembros apoyen este observatorio mundial sobre la I+D para lograr la equidad sanitaria en todo el mundo y la cobertura universal en salud.

2. Políticas de salud

Las políticas públicas tienen por objetivo resolver problemas sociales buscando la satisfacción de sus destinatarios y actuando sobre las necesidades y los problemas detectados, con el objetivo de provocar un impacto o un cambio de esta realidad. Dentro de lo que se consideran políticas públicas, las políticas de salud ocupan un lugar muy destacado, tanto por su relación directa con el bienestar social como por el peso que el sector sanitario representa en la actividad económica de los países. El Artículo 35 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, hace referencia a la evaluación del impacto en la salud y a que los resultados de las evaluaciones se integrarán en el sistema de información de salud pública y en la Red de Vigilancia de Salud Pública.

En un artículo de Pinilla y García⁶ se critica la ausencia de evaluación de muchas de las políticas de salud, lo que implica que programas inefectivos e ineficientes se lleven parte de los recursos disponibles, que podrían utilizarse en otras iniciativas de mayor efecto sobre el bienestar de la población. Estos autores señalan que sería fundamental incluir una pers-

pectiva económica en las políticas de salud para tratar de alcanzar los objetivos en salud empleando la menor cantidad de recursos posibles o, alternativamente, partiendo de un presupuesto dado alcanzar el mayor bienestar posible.

La obtención de información sistemática orientada a evaluar el alcance de los objetivos mediante el uso de indicadores válidos, sensibles y específicos representa un activo intangible de enorme importancia para la gestión de los sistemas de salud. Esta evaluación es muy importante para poder hacer frente a los nuevos retos sociales y realizar una buena planificación sanitaria con el fin de obtener un sistema sanitario sostenible. Algunos sitios *web* donde consultar datos de salud pública son:

- https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT: en la web de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) pueden consultarse de manera interactiva datos de resultados en salud pública de los países miembros.

- **<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>**: la página del Observatorio Mundial de Salud de la OMS permite acceder a estadísticas de indicadores de salud pública y su relación con la financiación. El Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud apoya y promueve la formulación de políticas de salud basadas en la evidencia a través de un análisis amplio y riguroso de la dinámica de sistemas de asistencia sanitaria en Europa. Presenta informes HiT (informes sobre sistemas sanitarios en transición, *Health in Transition*), perfiles nacionales que proporcionan una exhaustiva descripción de un sistema sanitario, y reformas e iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto.
- **<http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>**: el Instituto Nacional de Estadística publica algunos indicadores de salud propios presentados en INEbase.

Estos sitios ofrecen información sobre mortalidad, morbilidad, inmunización, etc., pero con poco detalle y no en tiempo real, así que difícilmente pueden utilizarse para medir el impacto de una estrategia sanitaria concreta, como la introducción de un nuevo medicamento.

En el estudio de Larsson *et al.*⁷ se demostró que la comparación entre centros sanitarios y la retroalimentación de los resultados de forma transparente a los profesionales contribuye directamente no sólo a una mejora en los resultados, sino también a un importante ahorro al mejorar la adecuación de los procedimientos. Diversos países europeos (Reino Unido, Francia y Holanda), Estados Unidos, Canadá y Australia hace años que utilizan la

comparación de centros sanitarios, e incluso de profesionales individuales, para estimular la mejora de los resultados.

The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM, <http://www.ichom.org/>) es una organización sin ánimo de lucro fundada por tres reconocidas instituciones, el *Karolinska Institutet*, el *Institute for Strategy and Competitiveness* (*Harvard School of Business*) y el *Boston Consulting Group*, con el propósito de transformar los sistemas de salud al medir y recoger los resultados en los pacientes de un modo estandarizado. El acceso y la participación son libres, y permite conocer y comparar los resultados obtenidos en diferentes ámbitos y, a partir de un efectivo *benchmarking*, mejorar los propios.

La transferencia de conocimiento a la práctica es una condición necesaria para mejorar los resultados y los cuidados en salud, y un ejemplo es el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), responsable de ofrecer orientación para promover una buena salud en la prevención y el tratamiento de las enfermedades del *National Health Service* en Inglaterra y Gales. El NICE desarrolla un sofisticado proceso de valoración basado en la evidencia disponible y en su propia experiencia, utilizando la *Guide to the Methods of Technology Appraisal* de 2013.

Casos como los del NICE, Holanda y Suecia son ejemplos de experiencias positivas de países que han apostado por basar sus decisiones en criterios de efectividad y coste-efectividad para velar por la sostenibilidad financiera de sus sistemas sanitarios.

En España no existe un organismo centralizado que realice evaluaciones económicas y mediciones sobre los resultados en salud

para guiar el proceso de decisiones. Sin embargo, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad⁸ recoge la necesidad de conocer los resultados en salud, y la Ley 29/2006 de Garantías⁹ considera necesario que la financiación selectiva y no indiscriminada de medicamentos se realice en función de su utilidad terapéutica y de su necesidad para mejorar la salud de los ciudadanos. Más recientemente, el RD-Ley 16/2012 de Medidas Urgentes¹⁰ considera que la financiación debe hacerse sobre criterios de evidencia científica de coste-efectividad. En la actualidad, la decisión de la financiación y la fijación del precio de nuevos medicamentos o indicaciones se lleva a cabo por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM), que tiene en consideración los análisis de coste-efectividad y de impacto presupuestario que le presenta el Grupo Coordinador para el posicionamiento terapéutico, que se ha creado en la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial, aunque el RD-Ley apunte a que los realizará un grupo asesor de siete miembros que aún no se ha constituido. La debilidad de estos análisis de coste-efectividad es que, en realidad, se realizan con los datos de eficacia obtenidos en ensayos clínicos, no con los que se obtendrían en condiciones de práctica clínica reales, y no se actualizan con los resultados observados después de su comercialización, que darían una medida de su verdadera utilidad.

Pueden considerarse otras posibles estrategias en la fijación de los precios de nuevos medicamentos, como el precio basado en su valor (VBP, *value based pricing*), por el cual organizaciones como el NICE han mostrado interés, aunque recientemente parece que se está evolucionando hacia la “evaluación basada en el valor”¹¹. El “valor” del medicamento debe ir más allá de la eficacia que se haya

demostrado en los ensayos clínicos. La propia Ley de Garantías y Uso Racional cita la utilidad terapéutica como elemento a tener en cuenta en el proceso de financiación pública de los medicamentos. La utilidad terapéutica puede entenderse como la capacidad que tiene un medicamento innovador de aportar valor a la mejora de la salud de las personas, a la mayor conveniencia de los pacientes, al conjunto de la sociedad y al progreso científico y tecnológico. La utilidad terapéutica efectiva de las nuevas soluciones terapéuticas sólo se conocerá de forma precisa cuando el producto lleve utilizándose durante un tiempo en la práctica clínica, y se disponga de información acerca de sus condiciones reales de uso. Es preciso aceptar que la inevitable incertidumbre pueda transformarse en certidumbre después de un proceso de reevaluación. Disponer de estos resultados permitirá desarrollar políticas que incrementen la disponibilidad de los medicamentos de mayor eficiencia, frente a otros de menor efectividad y mayor coste económico y social. Los sistemas de salud deben implicarse en instaurar la reevaluación de fármacos de manera obligada, y ello puede contribuir a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Los acuerdos de riesgo compartido pueden utilizarse para atenuar la incertidumbre sobre la verdadera efectividad del medicamento; de este modo, la financiación pública del fármaco dependerá de la efectividad real. A priori, es una aproximación que resuelve el dilema antes expuesto de considerar efectividad aquello que sólo es eficacia en los análisis de coste-efectividad que virtualmente podrían condicionar su financiación, pero la dificultad para medir los resultados esperados convierte esta posibilidad en un experimento limitado a determinados medicamentos y en determinados entornos.

Si pretendemos conseguir una mejora de los resultados es necesario identificar y compartir las iniciativas más eficientes, orientar los recursos hacia intervenciones que conlleven los mejores resultados y a estrategias innovadoras. La búsqueda de nuevos indicadores que reflejen los resultados de salud del paciente es esencial para priorizar e identificar los cambios que deben hacerse para asegurar una asistencia sanitaria de calidad.

El reto está en disponer de herramientas de medida cuya implantación y desarrollo su-

pongan un esfuerzo asumible. Esto sólo puede conseguirse de la mano de las nuevas tecnologías. La explotación masiva de datos, la aplicación del *BigData*, nos permitirá conocer en tiempo real lo que necesitamos y responder otros interrogantes ni siquiera planteados. El vertiginoso desarrollo de la tecnología de la comunicación en poco más de 10 años hace pensar que *BigData* es algo posible y no lejano.

3. Evaluación de los resultados en salud

3.1. Evaluación económica de la salud

Se considera que uno de los aspectos que mejora la eficiencia de la gestión sanitaria es la integración de una dimensión económica en el proceso de planificación de los servicios de salud y de las guías clínicas en materia de costes y evidencias sobre los resultados.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias está tomando cada vez más fuerza debido al impulso que le están dando las autoridades públicas, partiendo de la premisa de que el ciudadano debe acceder a aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos¹². Por esta razón, en varios países se está utilizando la evaluación económica como fuente de información sobre costes y resultados en salud.

La evaluación económica puede considerarse como un conjunto de herramientas que busca alcanzar el máximo de ganancias en salud con los recursos disponibles. La idea básica es

comparar la efectividad y los costes de una determinada intervención con la mejor alternativa disponible, y evaluar si la efectividad adicional que ofrece una nueva tecnología compensa sus costes adicionales utilizando la relación o cociente de coste-efectividad incremental.

La experiencia europea muestra que los análisis realizados por las agencias son de carácter consultivo y que están dirigidos fundamentalmente a los profesionales sanitarios para promover una atención eficiente y de calidad a los pacientes. Otras agencias, sin embargo, sólo actúan como órgano decisor en el proceso de negociación del precio y en el sistema de financiación pública.

En cuanto a los tipos de evaluaciones económicas, disponemos de una serie de indicadores que nos ayudan a valorar los efectos tanto sobre los recursos como sobre la salud. A continuación se describen brevemente los tipos de evaluaciones económicas más utilizadas en el ámbito sanitario.

T01

Tabla 1.

Características de las técnicas de evaluación económica.

Técnica de análisis	Aplicaciones	Medida de costes	Medida de efectos	Ejemplos
Análisis de coste de la enfermedad	Se emplea para cuantificar el coste que supone para la sociedad la existencia de una determinada enfermedad o problema de salud pública.	Unidades monetarias	Unidades monetarias	Suele utilizarse para la asignación de recursos sanitarios y para el conocimiento de la magnitud de un determinado problema de salud, de los costes de programas preventivos y del coste de la atención médica.
Análisis de coste-efectividad	Se emplea para comparar los costes y los beneficios de distintas intervenciones sanitarias que deben tener el mismo objetivo sanitario, pero diferentes grados de efectividad; se comparan los efectos sobre la salud y sobre los recursos de dos o más opciones.	Unidades monetarias	Unidades de salud	Suele utilizarse para prevención de infecciones, reducción del colesterol, reducción de la mortalidad o de la morbilidad, porcentaje de respuesta y aumento de la supervivencia.
Análisis de coste-utilidad	Se emplea para medir los resultados a través de una unidad que integre cantidad y calidad de vida percibida por el paciente con una alternativa terapéutica; se trata de conocer cómo son los cambios obtenidos en años de vida ganados con una alternativa, ponderándolos según la calidad de vida.	Unidades monetarias	Año de vida ajustados por calidad (AVAC)	Suele utilizarse cuando la calidad de vida es el resultado más relevante, existen pequeñas diferencias de supervivencia entre las alternativas comparadas, y para evaluar conjuntamente el efecto sobre la mortalidad y la morbilidad.
Análisis de coste-beneficio	Se emplea para comparar efectos de alternativas con objetivos similares o ampliamente divergentes; los beneficios se definen como lo máximo que se está dispuesto a pagar, willingness to pay, por estar en un estado de salud en comparación con otro.	Unidades monetarias	Unidades monetarias	Suele utilizarse para comparar intervenciones sanitarias con otras no relacionadas con la salud, pero que compartan el mismo método, o para establecer comparaciones entre programas de salud.
Análisis de minimización de costes	Se emplea para comparar diferentes alternativas con un mismo objetivo de salud y una misma efectividad, pero con distinto coste.	Unidades monetarias	Se supone que todas las alternativas tienen la misma efectividad	Suele utilizarse para evaluar diferentes métodos de radiografía que obtengan la misma efectividad, pero con diferente precio, el tratamiento domiciliario con el hospitalario en pacientes psiquiátricos, etc.
Análisis de coste-consecuencia	Se emplea para evaluar el impacto de un tratamiento sobre los costes o el consumo de recursos y las consecuencias vinculadas a la nueva alternativa terapéutica.	Unidades monetarias	Unidades de salud	Se utiliza para evaluar la repercusión de un nuevo fármaco en el presupuesto de un centro sanitario, o el impacto de un nuevo tratamiento en comparación con otros ya existentes para la misma enfermedad.

3.2. Evaluación de los resultados humanísticos en salud

Los resultados percibidos por los pacientes están adquiriendo cada vez más importancia, y su uso se está extendiendo a estudios de evaluación de las intervenciones sanitarias. Existen muchas modalidades de encuestas: las hay de satisfacción sobre el tratamiento, como el *Diabetes Treatment Satisfaction* (DTSQ, que mide la satisfacción y el cambio de la satisfacción con el tratamiento), sobre la adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green), para medir la calidad de los servicios prestados (SERVQUAL y su modalidad adaptada al ámbito sanitario SERVQHOS), y cuestionarios sobre calidad de vida (EORTC QLQ-C30, PAQLQ, QOLIE-89).

El EQ-5D es un instrumento multidimensional que abarca cinco dimensiones de la salud (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión), con tres niveles de gravedad en cada dimensión, que ha sido adaptado y validado en España¹³. De nuevo, la dificultad metodológica impide que estos estudios sean un continuo durante la vida de un fármaco y puedan contribuir a mejorar la práctica asistencial o las políticas de salud.

3.3. Evaluación de los resultados clínicos en salud

La mayor parte de la investigación en resultados en salud se ha realizado desde el punto de vista económico; la urgencia del momento económico que vivimos condiciona la búsqueda de herramientas que permitan hacer la mejor gestión de los recursos sanitarios. Tanto en los resultados económicos como en

los clínicos se tienen en cuenta los resultados de la intervención sobre el paciente, pero en el primer caso se utilizan normalmente datos extraídos de los ensayos clínicos y en el segundo caso interesa el efecto en condiciones reales. Esto los hace imprescindibles, y los estudios de evaluación económica no cubren esta necesidad. De hecho, se adoptan decisiones basadas en una evaluación que ha considerado los resultados en las condiciones controladas de un ensayo, y se desconoce lo que finalmente proporcionan a la población. Esto entraña una enorme dificultad metodológica, pues son muchas las variables que pueden condicionar la efectividad de un nuevo fármaco: la adherencia al tratamiento, la existencia de comorbilidad, la interacción con otros medicamentos, alimentos o hábitos de vida..., y ni siquiera están planificados los estudios que analizan alguno de estos factores de mayor peso por separado. Según la OMS, la adherencia es el factor modificable que más afecta a los resultados terapéuticos.

La adherencia terapéutica como condicionante de los resultados clínicos en salud

Según el documento de consenso *Adherence to long-term therapies: evidence for action* del año 2003, la OMS considera que la adherencia es el factor modificable más importante que puede afectar los resultados terapéuticos¹⁴. La falta de adherencia o la no persistencia en el tratamiento genera un daño directo al paciente y un alto coste al sistema sanitario.

Cuando los profesionales sanitarios valoran la adherencia de sus pacientes, o cuando los propios pacientes la relatan, existe siempre una marcada tendencia hacia la sobreestima-

ción. Las tasas de adherencia son típicamente más altas en los pacientes en condiciones agudas, en comparación con aquellos en tratamientos crónicos¹⁵. La persistencia entre los pacientes en condiciones crónicas es decepcionantemente baja, y la caída más drástica se produce después de los primeros 6 meses de tratamiento. Por ejemplo, en torno a la mitad de los pacientes que reciben una estatina interrumpirán su medicación 6 meses después de comenzar el tratamiento¹⁶. En el caso de las pacientes en tratamiento adyuvante de su cáncer de mama con tamoxifeno o anastrozol, que se declaran 100% adherentes, una vez se controla esta adherencia la tasa real cae hasta el 80% y el 69%, respectivamente¹⁷. La adherencia terapéutica ha sido centro de atención en muchas enfermedades crónicas¹⁸, y se ha situado en un 35% a un 70%.

La relación entre adherencia y resultado terapéutico ha sido ampliamente estudiada en los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral: se considera adherencia una tasa de cumplimentación del 90% al 95% según el método empleado, y por tanto que no afecta negativamente a la eficacia del tratamiento. En oncología no se dispone de tanta evidencia, pero ha sido crucial el trabajo de Marin *et al.*¹⁹ en la leucemia mieloide crónica, en el cual comprobaron que ningún paciente con una tasa de adherencia <80% obtuvo una respuesta molecular mayor, que es la variable más próxima a una curación¹⁹. En cuanto al tamoxifeno, el análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes tratadas con intención adyuvante halló un riesgo relativo de muerte significativamente mayor a los 2,4 años (*hazard ratio*: 1,59; intervalo de confianza del 95%: 1,14-2,21) si la adherencia era menor del 80%²⁰.

Una cuestión clave en relación con la adherencia es la falta de un método de referencia para medirla. Existen distintos métodos, pero todos tienen sus ventajas e inconvenientes²¹. La utilización de diferentes métodos de medida ha revelado que el uso de cuestionarios o el recuento de la medicación, métodos ampliamente utilizados, generalmente sobreestiman la adherencia²². Las tasas de adherencia son más bajas de lo que reflejan los pacientes y de lo que esperamos los profesionales sanitarios.

Lo que resulta sorprendente es que, a la vista de los limitados estudios al respecto, pero significativos para descubrir un problema de salud mayor, las políticas sanitarias no hayan asumido la falta de adherencia como un problema mayor en la obtención de los resultados terapéuticos esperados. Ante un fracaso terapéutico se opta por cambios de tratamiento, escalado o intensificación de dosis, u otras medidas que pueden resultar más costosas al sistema, podrían ser más tóxicas para el paciente y, lo que es peor, innecesarias si es una falta de adherencia lo que subyace al fracaso.

Según un reciente estudio de la consultora IMS Health en Estados Unidos, la falta de adherencia resultó el mayor coste evitable en sanidad, unos 105 billones americanos de dólares (millardos) al año, con un rango de 68 a 146. De las seis enfermedades estudiadas, que fueron hipertensión, osteoporosis, VIH, insuficiencia cardíaca, hipercolesterolemia y diabetes, las dos últimas son las que más costes evitables causan. Se estiman que el 69% de este gasto evitable se debe a hospitalizaciones por complicaciones debidas a la falta de adherencia: infarto agudo de miocardio en el caso de los hipocolesterolemiantes e ictus en el caso de la diabetes²³.

Estudios de efectividad

Archie Cochrane, en su libro *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*²⁴, ya destacaba la importancia de la validez externa de los ensayos clínicos aleatorizados, subrayando la necesaria generalización de los resultados obtenidos. Los ensayos clínicos se realizan en un entorno estrictamente protocolizado, con exigentes criterios de inclusión y exclusión, llevados a cabo por profesionales con experiencia investigadora y en centros de reconocido prestigio.

La medicina basada en la evidencia promulga la superioridad de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados, junto con los metaanálisis, en la evaluación de la eficacia de las distintas intervenciones terapéuticas, y son sus resultados los que apoyan o sustentan las decisiones de los diferentes sistemas regulatorios. Su objetivo es la evaluación de los efectos promedio en unos pacientes muy concretos²⁵.

Necesitamos encontrar el punto de encuentro entre la investigación clínica y la práctica clínica, acercando las condiciones ideales a las condiciones reales. Una forma de aproximarnos es la realización de ensayos clínicos pragmáticos o naturalísticos, con unos criterios de selección más amplios, que permitan la inclusión de grupos de pacientes heterogéneos y representativos²⁵, utilicen variables finales o relevantes para los pacientes (PRO: *patient reported outcomes*) y evalúen las intervenciones en unas condiciones menos restrictivas que se aproximen a la práctica clínica habitual y permitan un seguimiento "naturalista".

Si no queremos ninguna intervención de los investigadores en el estudio, disponemos de

los estudios observacionales, que como su nombre indica se limitan a observar y analizar lo que sucede en la práctica clínica habitual. Pueden ser tanto prospectivos como retrospectivos, y en ellos se incluirían los estudios de postautorización.

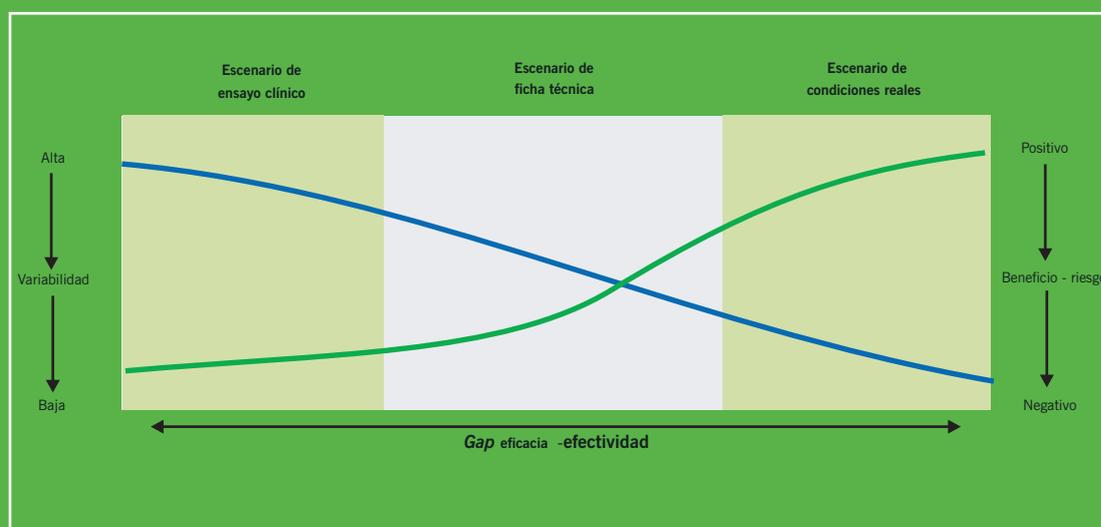
Todos estos estudios mencionados nos permiten acercar el efecto terapéutico medido al concepto de efectividad, disminuyendo la brecha entre los resultados obtenidos en condiciones ideales (eficacia) y los obtenidos en condiciones reales (efectividad). Así, en la Figura 1 podemos ver cómo varía la diferencia (o *gap*) que existe entre eficacia y efectividad cuando se añade variabilidad a las condiciones de uso del medicamento o de la técnica sanitaria que se quiere evaluar. Si aumenta la variabilidad, aumenta esta diferencia o *gap*, y con ella varía la relación beneficio-riesgo. El primer tramo de la gráfica corresponde a las condiciones ideales de los ensayos clínicos (escasa variabilidad) y la última parte al uso ya en condiciones diferentes a las aprobadas inicialmente (amplia variabilidad).

En el mismo escalón, al lado de la medicina basada en la evidencia, surge la medicina centrada en el paciente, en la cual los pacientes son los protagonistas del desarrollo y del avance de los sistemas sanitarios; interesa conocer sus objetivos, sus preferencias, sus valores y su satisfacción, en definitiva qué es lo que quieren y cómo lo quieren. Toda esta información debe ser analizada y plasmada en el desarrollo de los estudios de investigación. Según un estudio publicado en *JAMA*²⁶ sobre el caso concreto de la diabetes mellitus, sólo el 18% de los ensayos clínicos aleatorizados evalúan resultados importantes para los pacientes, tales como mortalidad, infartos, amputaciones, pérdida de visión o calidad de vida.

F01

Figura 1.

Gap entre eficacia y efectividad.



Eichler HG, Abadie E, Breckenridge A, Flamion B, Gustafsson LL, Leufkens H, *et al.* Bridging the efficacy-effectiveness gap: a regulator's perspective on addressing variability of drug response. *Nat Rev Drug Discov.* 2011;10(7):495-506.

Tanto Estados Unidos como la Unión Europea llevan tiempo impulsando la investigación en efectividad comparada, definida como “la generación y síntesis de evidencia que compara los beneficios y los daños de métodos alternativos para prevenir, diagnosticar, tratar y monitorizar una situación clínica, o para

mejorar la atención sanitaria”. El objetivo de la investigación en efectividad comparada es ayudar a consumidores, clínicos, compradores y gestores sanitarios a tomar decisiones informadas que mejorarán la salud de los individuos y de las poblaciones^{25,27}.

4. La farmacia hospitalaria en la evaluación de los resultados

A medida que aumenta el uso de la investigación de resultados, los farmacéuticos, en virtud de su formación, están bien posicionados para encontrarse entre los profesionales implicados en los estudios en las tres vertientes de resultados en salud. Como profesionales responsables, nos corresponde conocer el resultado de lo que hacemos, incluida nuestra propia práctica profesional, para favorecer un ciclo de mejora continua.

Se ha descrito la relevancia que puede tener la adherencia terapéutica en los resultados clínicos y económicos de los tratamientos. Los farmacéuticos están asumiendo un papel protagonista en el programa de fomento de la adherencia en los tres niveles asistenciales: hospital, primaria y oficinas de farmacia. El *Federal Study of Adherence to Medications in the Elderly* demostró, en un ensayo aleatorizado controlado, que la intervención farmacéutica mejoraba significativamente la adherencia a

los antihipertensivos y las cifras de presión arterial en una población de mayores de 65 años²⁸. En el Reino Unido se han editado unas guías clínicas, con metodología del NICE, sobre la implicación del paciente en la toma de decisiones y el fomento de la adherencia, en las cuales se presentan una revisión y un análisis de estudios de coste-efectividad de la intervención farmacéutica en varios grupos de medicamentos, y hallan que en un estudio holandés el coste-efectividad del fármaco para promover la adherencia no parece claro, en pacientes receptores de un trasplante renal con inmunosupresores tampoco, en pacientes con antihipertensivos parece ser moderadamente coste-efectiva, y resulta una estrategia dominante en los programas de adherencia a antipsicóticos y anti-retrovirales²⁹.

Los farmacéuticos son invitados obligados en los estudios de evaluación farmacoeconómi-

ca. El grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha conseguido estandarizar los informes de evaluación de medicamentos a través de la gestión del conocimiento centrado en las áreas de búsqueda de información, evaluación crítica de la literatura, análisis comparativo de alternativas terapéuticas, evaluación de la seguridad y farmacoeconomía. El programa MADRE v4 recoge las principales recomendaciones para la evaluación sistemática del fármaco, e incluye el análisis del coste de eficacia incremental a través de comparaciones directas o indirectas de las distintas alternativas terapéuticas. Estos estudios de evaluación de coste-efectividad utilizan la eficacia demostrada por la evidencia científica, y junto con el análisis del impacto presupuestario permiten conocer los costes de determinada cantidad de "salud ganada" en la población (en el sentido de eficacia terapéutica). La actividad de los Farmacéuticos de hospital en este campo, y en concreto la actividad llevada a cabo por el grupo GENESIS-SEFH, así como la metodología desarrollada, se han difundido en su página *web* de acceso libre y en diversos artículos en revistas, libros y publicaciones electrónicas. También se han organizado cursos de referencia y se participa en proyectos de investigación aplicada financiados con fondos públicos. Esto ha llevado al conocimiento y el reconocimiento de la actividad por otros colectivos, y su metodología ha sido formalmente incorporada como referencia en las normativas publicadas por diferentes comunidades autónomas y comités de evaluación del sistema de salud.

Los comités de farmacia y terapéutica utilizan normalmente este tipo de informes de evaluación farmacoeconómica a través del liderazgo de los farmacéuticos de hospital participantes, pero no se presta la misma atención a los resultados que finalmente producen sus decisiones. A pesar de la obligación de realizar estudios de utilización de medicamentos por los Servicios de Farmacia desde la primera Ley del Medicamento, cuando éstos se llevan a cabo se hace en un entorno de investigación, a propósito de algún caso, y no suelen formar parte de la actividad habitual de los comités de farmacia y terapéutica. Deben establecerse mecanismos para conocer el efecto de sus decisiones. Es cierto que no hay departamentos específicos en las organizaciones que midan resultados, pero dentro de una práctica de mejora continua de la calidad los comités de farmacia y terapéutica deben proponer algún indicador factible asociado a cada medicamento o protocolo aprobado, para así evaluar el impacto de la innovación y, en función de ello, mantenerla o corregirlo. Este paso adelante es la evolución natural de los Comités de Farmacia: medir resultados y centrarse en el paciente, que es la piedra angular del sistema.

Así, desde un nivel macro en implantación de políticas que recojan el resultado de las intervenciones sanitarias, hasta un nivel micro en la asistencia a los pacientes, los farmacéuticos de hospital pueden y deben contribuir al estudio y al conocimiento de los resultados en salud de los medicamentos. Es un paso imprescindible para garantizar la calidad y la sostenibilidad de nuestro sistema de salud.

5. Bibliografía

1. OECD Health policy studies. Improving value in health care: measuring quality. Paris: OECD; 2010. pp. 1-110.
2. Badia X, Del Llano J. La investigación de resultados en salud. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:1-7.
3. American Medical Association. *Principles of outcomes research. Outcomes research resource guide, 1996/97*. New York: American Medical Association; 1997.
4. Clancy CM. Ensuring health care quality: an AHCPR perspective. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin Ther*. 1997;19(6):1564-71.
5. Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C, *et al*. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet*. 2013;382(9900):1286-307.
6. Pinilla J, García-Altés A. La evaluación de políticas públicas. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):114-9.
7. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundsström M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Affairs*. 2012;31:220-6.
8. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, 29/05/2003, núm. 128.
9. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, 27 julio 2006, núm. 178.
10. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, 24/4/2012, núm 98.
11. (Consultado el 28-2-2014.) Disponible en: <http://www.nice.org.uk/media/B00/0E/January2014PublicBoardMeetingAgendaAndPapers.pdf>
12. Gimeno J, Tamayo P. *La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*. En: Repullo JR, Oteo LA, editores. Barcelona: Ariel; 2005. pp. 25-48.
13. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin*. 1999;112:79-86
14. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Report WHO 2003. WHO/MNC/03.01. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
15. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*. 2002;288:462-7.
16. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*. 2002;288:455-61.
17. Ziller V, Kalder M, Albert US, Holzhauer W, Ziller M, Wagner U, *et al*. Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Ann Oncol*. 2009;20(3):431-6.
18. Yeaw J, Benner JS, Walt JG, Sian S, Smith DB. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *J Manag Care Pharm*. 2009;15(9):728-40.

19. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M, *et al.* Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukaemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol.* 2010;28(14):2381-7.
20. Ziller V, *et al.* Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Ann Oncol.* (2009) 20(3):431-436
21. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-97.
22. Ailinger RL, Black PL, Lima-Garcia N. Use of electronic monitoring in clinical nursing research. *Clin Nurs Res.* 2008;17:89-97.
23. (Consultado el 1-3-2014.) Disponible en: <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.f27050a3118dd27f24e524e51ad8c22a?vgnextoid=736de5fda6370410VgnVCM10000076192ca2RCRD&vgnnextfmt=default>
24. Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services.* Londres: Nuffid Provincial Hospitals Trusts; 1972.
25. Sacristán JA. Medicina centrada en el paciente e investigación de la efectividad comparada. *Med Clin (Barc).* 2011;136(10):438-40.
26. Ghandhi GY, Murad MH, Fujiyoshi A, Mullan RJ, Flynn DN, Elamin MB, *et al.* Patient-important outcomes in registered diabetes trials. *JAMA.* 2008;299:2543-9.
27. Sox HC, Greenfield S. Comparative effectiveness research: a report from the Institute of Medicine. *Ann Intern Med.* 2009;151:203-5.
28. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;296(21):2563-71.
29. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. Editors National Collaborating Centre For Primary Care (UK). Source: London: Royal College of General Practitioners (UK); 2009 Jan. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.



Bayer HealthCare

Science For A Better Life
Bayer Hispania, S.L.

Avda. Baix Llobregat 3-5
08970 Sant Joan Despí
Barcelona, Spain