

Competencias. Tema X.

EL PACIENTE AMBULATORIO: Atención al paciente ambulatorio, comunicación y entrevista clínica. Adherencia al tratamiento. **Farmacia ambulatoria y nuevas tecnologías.**

Cristina Latre Gorbe. Farmacéutica especialista adjunta, responsable de la Unidad de Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Sergio Fernández Espinola. Farmacéutico especialista adjunto, responsable de la Unidad de Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital de Antequera. Antequera.

Pablo Pérez Huertas. Facultativo Especialista de Departamento. Unidad de AF a Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Emilio Monte Boquet. Jefe de sección. Responsable de la Unidad de AF a Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

CAPÍTULO. ATENCIÓN AL PACIENTE EXTERNO. COMUNICACIÓN Y ENTREVISTA CLÍNICA

Cristina Latre Gorbe. Farmacéutica especialista adjunta, responsable de la Unidad de Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital materno-infantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, debido al aumento en la esperanza de vida de la población, se ha visto incrementado número de pacientes crónicos y la complejidad de sus tratamientos, lo que ha llevado a que los modelos sanitarios sufran una transformación para poder mejorar la atención a la población y así conseguir el resultado deseado de las terapias prescritas. Como consecuencia, los Servicios de Farmacia hospitalarios han visto necesario reorganizar y establecer nuevas prioridades dentro de su tarea asistencial para poder contribuir a dicha mejora de la atención al paciente como parte del equipo multidisciplinar.⁽¹⁻⁵⁾

Numerosos estudios demuestran que las intervenciones que se pueden realizar en el Servicio de Farmacia (originariamente por los farmacéuticos pero cada vez más, también por los técnicos de farmacia bajo la supervisión de los primeros) durante la dispensación de la medicación tiene efectos positivos en los pacientes: mejora del cumplimiento farmacoterapéutico, mejora en el control de la diabetes, reducción de la presión arterial... Esto suele ir asociado a una disminución de los los ingresos hospitalarios y, por tanto, de los costes sanitarios.⁽²⁾

En este capítulo hablaremos del proceso de dispensación ambulatoria al paciente externo, así como de la comunicación con el mismo y la entrevista clínica y el papel del técnico de farmacia como parte indispensable de dichos procesos.

2. ATENCIÓN AL PACIENTE EXTERNO

Como se ha comentado en la introducción, el aumento en la longevidad de la población ha incrementado el número de pacientes crónicos, con tratamientos cada vez más complejos, muchas veces pluripatológicos y con múltiples fármacos.

Disponer de **información de calidad** sobre los medicamentos prescritos no únicamente es importante para los profesionales de la salud, sino también para los pacientes. Obviamente, las necesidades y preferencias sobre la misma son diferentes para los primeros que para los segundos, pero es necesario **saber proporcionar** la información que el paciente necesita o reclama en cada momento. En un estudio realizado a 1059 personas, se vio que cerca del 70% de los entrevistados únicamente tomaban el medicamento prescrito si disponían, en el momento de iniciar el tratamiento, de la información necesaria y la entendían. Por otro lado, se vio que únicamente el 36.7% de los entrevistados eran capaces de entender la información proporcionada en el prospecto del medicamento. Por tanto, este estudio nos sirve de ejemplo para entender que no es suficiente con dispensar un medicamento con un prospecto explicativo, sino que hay que asegurarse de que a cada paciente en concreto le hemos proporcionado de manera individualizada la atención que necesita.⁽³⁾

En origen, dicha atención al paciente proporcionada desde el Servicio de Farmacia estaría englobada dentro del término **Atención Farmacéutica** (AF). La AF (*Pharmaceutical care*) se desarrolla en el año 1990 a raíz de un trabajo publicado por los profesores Hepler y Strand (Universidades de Florida y Minnesota, U.S.A)⁽⁵⁾. En él, proponen la siguiente definición de AF: “Atención farmacéutica es la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Dichos resultados son: 1) curación de la enfermedad, 2) eliminación o reducción de los síntomas, 3) interrupción o enlentecimiento de la patología, 4) prevención de una enfermedad o sintomatología”.

Si atendemos a la definición de la OMS, se entiende por AF “al proceso **cooperativo** para la provisión responsable de terapia farmacológica a un paciente considerado individualmente. Tiene como objetivos principales **buscar, prevenir y resolver** problemas relacionados con el medicamento para conseguir los resultados en salud esperados y mantener o mejorar la calidad de vida del paciente”⁽⁶⁾. Dicho proceso lo puede realizar un farmacéutico, o bien un técnico en farmacia, bajo la supervisión del primero y trabajando como equipo.

El primer contacto del paciente con la medicación que se le dispensa en el Servicio de Farmacia lo hace a través de la persona que dispensa, que normalmente suele ser el técnico de dispensación ambulatoria. Por tanto, este primer contacto es crucial como filtro para detectar las necesidades que tiene dicho paciente respecto a la medicación que viene a recoger.

En pacientes crónicos, existe un riesgo aumentado de efectos adversos, mayor morbi-mortalidad y, por tanto, mayor utilización de recursos sanitarios. Todo ello se complica si además el paciente crónico es pluripatológico, definido como aquel paciente en el que “coexisten dos o más enfermedades crónicas que duran un año o más, precisando asistencia médica continuada y/o limitando las actividades diarias, y que presenta una mayor tendencia a la discapacidad y a la muerte, con el consiguiente mayor consumo de recursos”^(1,7). Por tanto, el aumento de la complejidad farmacoterapéutica hace que los pacientes requieran de referentes que les ayuden a conseguir los resultados esperados de la medicación prescrita, intentando evitar o minimizar no sólo los efectos adversos, sino también la medicación innecesaria, la falta de fármacos necesarios o problemas en la adherencia⁽⁴⁾. Para ello es importante que, como profesionales de la salud implicados en la atención al paciente, los técnicos en farmacia estén bien formados, con la información necesaria sobre los medicamentos y las patologías para poder discernir qué tipo de atención necesita el paciente, si es una información que puede solucionar como técnico o bien hay que derivarlo al farmacéutico. Así, el técnico de farmacia no es un simple dispensador de

medicación, sino que es una figura necesaria e importante, con **responsabilidad** sobre el paciente y la medicación que se dispensa.

Como vemos, el acto de dispensar un medicamento, ya sea en el Servicio de Farmacia del Hospital, o en una oficina de farmacia comunitaria, implica una gran responsabilidad para la persona que lo realiza y nunca debe ser algo **mecánico**⁽²⁾. Es el momento de ofrecer al paciente la oportunidad de exponer cualquier duda o inquietud que le genere el tratamiento que le estamos dispensando. Pero también de intentar tantear si existe algún problema en cuanto a la toma de la medicación (posología, efectos adversos), o revisar si el paciente está viniendo a por medicación cuando le toca ya que, en caso contrario, ya sea porque viene antes o después de la fecha prevista, podríamos estar ante un paciente que no se está administrando bien la medicación, por lo que habría que analizar la situación y, en caso necesario, contactar con el farmacéutico y/o el médico.

Por ello, los **objetivos del acto de dispensación** de un medicamento deberían ser los siguientes:⁽⁸⁾

1. **Entregar** el medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente.
2. **Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.**

Esto implica que, además de la entrega del medicamento, este acto único de dispensación debe servir como:^(8,9)

- Fuente de información para los pacientes sobre la medicación que van a utilizar
- Filtro para la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos.

- Fuente de información para la persona que dispensa, a partir de la cual tome la decisión más beneficiosa para el paciente, que puede ser una de las siguientes:

- Dispensar el medicamento según se ha descrito.
- Ofrecer una asistencia complementaria mediante otro servicio de atención farmacéutica (educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico), pasando a la consulta del farmacéutico. Esto se consigue realizando una adecuada entrevista al paciente (lo veremos en el apartado siguiente), de manera que podamos detectar si hay sospecha de reacciones adversas, pacientes que sigan teniendo dudas a pesar de la información que les estamos proporcionando, o aquellos con sospecha de falta de adherencia al tratamiento.

Una buena **formación** del técnico de farmacia y la sistematización del proceso de dispensación contribuye a la identificación e incluso en ocasiones, la resolución de situaciones que pueden poner en peligro la efectividad del tratamiento prescrito. Como se ha comentado, los problemas más frecuentes y que como técnicos podremos intentar detectar y/o resolver pueden ser el uso inadecuado de la medicación (por semejanzas en el aspecto externo de los medicamentos, o los nombres de los mismos, por problemas de visión, en pacientes mayores, abreviaciones usadas en las prescripciones hechas a mano...), la dificultad para entender las peculiaridades de la posología, problemas con el manejo de los dispositivos para la administración de la medicación... Siempre será importante tener bien consensuado y protocolizado en qué momento debemos pasar al paciente a la consulta del farmacéutico^(9,10).

Respecto a la **protocolización** del proceso de dispensación ambulatoria, es importante tener estandarizada la información que se debe proporcionar al paciente, mediante trípticos informativos, planes de medicación que clarifiquen la posología y el fármaco que toca, o saber cuáles son los recursos informáticos que

pueden ayudar a que el paciente esté bien informado (de ello se hablará en el último capítulo de este tema).^(9,10)

La OMS estima que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas en los países desarrollados no es adherente al tratamiento, proporción que aumenta en países en vías de desarrollo. Los factores que influyen en dicha falta de adherencia serían: posología compleja, dificultad para entender las prescripciones, falta de creencia en el sistema sanitario, ausencia de síntomas o aspectos socioeconómicos. Numerosas publicaciones ponen de manifiesto que la **orientación** por parte de los técnicos de farmacia y los farmacéuticos durante la **dispensación de la medicación** y la entrevista clínica contribuye a una mejor adherencia y efectividad del tratamiento. Hablaremos en detalle sobre la adherencia en el siguiente capítulo⁽⁹⁻¹¹⁾.

Por todo lo comentado anteriormente, se objetiva el **papel crucial** que tienen los técnicos de farmacia como parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente ambulatorio, como primer filtro y soporte de la actividad del farmacéutico responsable, con el que se trabaja de manera sinérgica, cada uno con sus **roles** bien definidos para poder **optimizar** la utilización de los recursos disponibles.⁽⁹⁻¹⁴⁾

3. ENTREVISTA CLÍNICA. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.

El profesional encargado del seguimiento del tratamiento farmacológico de un paciente debe ser capaz de solucionar problemas relacionados con el medicamento que puedan surgirle al paciente, y, por tanto, deberá saber buscarlos, identificarlos y resolverlos. Para ello, es necesario saber **extraer la información** del paciente, así como proporcionársela de la manera más adecuada a cada uno.^(15,16) La obtención de la información relacionada con los medicamentos para determinar los problemas relacionados con los mismos con el fin de solucionarlos, es lo que se conoce como **anamnesis farmacológica**. Los objetivos de la anamnesis farmacológica serán, por tanto, obtener información relevante acerca de:^(17,18)

- Medicación, incidiendo específicamente en productos dietéticos y fitoterapia, además de la medicación habitual y la automedicación. Los pacientes tienden a pensar que los productos “naturales” o “de plantas” que toman, no pueden producir ningún efecto adverso, por lo que es importante hacer preguntas explícitas sobre los mismos. Nos sorprenderemos de la cantidad de personas que toman productos “naturales” y cuya primera respuesta ante la pregunta “¿toma alguna medicación más?” será un “no” rotundo.
 - Efectos positivos y negativos de la medicación.
 - Actitud del paciente frente al tratamiento prescrito. Es importante saber si para el paciente la medicación prescrita es importante, si sabe para qué se la han prescrito, si para él implica un “dolor más de cabeza”...

Dicho proceso de extracción de la información de manera estructurada que supone la anamnesis, estaría recogido dentro de los principios de la **entrevista clínica**.⁽¹⁵⁾

3.1. ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es una herramienta que **facilita la comunicación** con los pacientes, proporcionándoles el apoyo que necesitan para obtener el mayor beneficio posible de los tratamientos, ayudando a identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos. Además, es una herramienta para ayudar a los pacientes a tomar decisiones en relación a los tratamientos, lo cual aumenta su satisfacción. Se dice que la base de la entrevista clínica es la **confianza**.^(15,16)

Podríamos decir que os objetivos principales de una entrevista clínica son los siguientes:^(15,16)

- Optimizar la farmacología y el uso de los medicamentos.
- Prevenir, identificar y manejar los problemas, manifestados o no, relacionados con los tratamientos.
 - Mejorar la adherencia al tratamiento.
 - Mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos.
 - Aumentar la eficiencia de los tratamientos.
 - Contribuir a la obtención de mejores resultados en salud y calidad de vida de los pacientes.
- Conseguir una relación adecuada con el paciente, creando un clima de confianza y cooperación.

No debemos abrumarnos ante el concepto de entrevista clínica, ya que, una vez hayamos acabado este capítulo, veremos que es algo que forma parte de la práctica diaria habitual del técnico de farmacia y del farmacéutico responsables del área de dispensación ambulatoria. Pero sí que es algo que hay que practicar para que fluya lo más espontáneamente posible en nuestro día a día.

Cuando hablamos de entrevista con el paciente, debemos saber si se trata de la primera vez que dispensamos una medicación (primera visita), o si bien se trata de una entrevista de seguimiento:⁽¹⁵⁾

I. **PRIMERA VISITA:** Normalmente son visitas que hace el farmacéutico, pero para ello, la persona que dispensa debe identificar si se trata de la primera vez, ya que en ocasiones el programa informático o la organización del Servicio de Farmacia no nos permite saberlo (si no tenemos la opción de la “cita previa”, por ejemplo), por lo que será conveniente que, al atender al paciente, hagamos una pregunta del tipo: “¿Es la primera vez que retira esta medicación?”, de manera rutinaria. En caso contrario, podría ser que el paciente no hiciera ningún comentario al respecto (por ganas de irse a casa, por desconocimiento del servicio que se les puede dar en la Farmacia, etc), y se marchará a casa sin haber recibido la información necesaria para el inicio del tratamiento.

En este tipo de entrevista intentaremos identificar las necesidades y los miedos relacionados con la medicación y la patología, así como información sobre la medicación que ya toma. Daremos la información que creamos adecuada y también la que el paciente consulte (oral y por escrito). Aprovecharemos para intentar conseguir una relación adecuada con el paciente, de confianza y cooperación.

II. **VISITA DE SEGUIMIENTO:** En ella, intentaremos detectar los posibles problemas que hayan podido surgir durante el tiempo que lleva el paciente en tratamiento. Será el momento también de detectar si existe falta de adherencia al tratamiento. En las visitas de seguimiento, debemos identificar cuáles son las causas que han podido llevar a dicho problema, intentando evitar los reproches al paciente.

Es importante tener un esquema del tipo de entrevista que vamos a realizar, sabiendo cómo debemos iniciar la comunicación con el paciente, qué información queremos obtener y cómo acabamos dicha entrevista. Cada vez se tiende más, en las entrevistas clínicas, al modelo de entrevista **semiestructurada**, cuyo formato estaría entre la entrevista libre y la entrevista cerrada y dirigida por el profesional⁽¹⁹⁾. Así, se produce un diálogo abierto, donde la ruta de la entrevista la marca la persona que la realiza, pero que a su vez permite que el paciente pueda

ir haciendo sus aportaciones, según sus necesidades. En la siguiente tabla se pueden ver las diferencias entre los diferentes tipos de entrevista.^(19, 20)

Tabla 1. Características de los diferentes tipos de entrevistas.		
Estructurada	Semiestructurada	Libre
Preguntas concretas, cerradas	Diálogo abierto	Preguntas abiertas
Desarrollo marcado por el entrevistador	Ruta marcada por el entrevistador, pero compartida con el entrevistado	Desarrollo de contenidos según el entrevistado
Dificultad para detectar preocupaciones del entrevistado	Permite que el entrevistado comente sus preocupaciones, dudas...	El entrevistado dirige según sus necesidades. Usada en el ámbito de la psicología

La entrevista clínica semiestructurada tiene **dos fases**:^(19,20)

1. **Fase exploratoria:** Intentaremos averiguar cuál es el motivo de la consulta y realizaremos la anamnesis. Además, intentaremos detectar conductas o actitudes que contribuyan a dicho problema.

Esta fase exploratoria consta de varias partes:

- a. Establecer la relación con el paciente: saludar al paciente y levantarnos, si es posible, llamarle por su nombre de pila, tener un entorno limpio y ordenado, ambiente de confidencialidad (dentro de lo posible), permitir que el paciente se exprese libremente.

Ej: - Hola José, ¿qué tal estás? (le damos la mano)

- Bien, ahí voy...

- Dime, ¿cómo ha ido estos meses con el tratamiento?

- b. Delimitar la demanda: No dar por supuesto que sabemos qué preocupa al paciente. Ej: ¿en qué puedo ayudarte?, ¿hay alguna cosa que nos quieras comentar?, ¿qué te trae por aquí?
- c. Obtención de datos: ¿a qué cree usted que puede ser debido?
- d. Síntesis de la información: resumen de lo que se ha comentado, para centrar lo que comentaremos en la fase resolutive. Más adelante hablaremos del proceso de síntesis de la información.

2. **Fase resolutive**, donde usaremos técnicas para:

- e. Informar al paciente: Utilizaremos lenguaje de fácil comprensión, dando información relevante para el paciente, con frases cortas y la entonación adecuada. Siempre que sea posible, usaremos material de soporte (por escrito, vídeos, etc) o ejemplos, para captar su atención.
- f. Negociar y persuadir: Intentaremos no aparentar lo que no somos, ni omitir los efectos negativos de lo que estamos recomendando, ni quitarle importancia a una situación compleja.
- g. Lograr mantener los cambios, mediante el refuerzo positivo, comprometiéndonos a revisar las consecuencias de lo pactado en un plazo de tiempo determinado. Siempre con una actitud empática (ver más adelante) y mostrándonos co-responsables del cambio.

En la siguiente figura se resumen los **errores** más habituales que se producen en los procesos anteriormente comentados:⁽¹⁹⁾

Fase exploratoria

- No saludar, recibimiento impersonal
- No dejar bien claro el motivo de consulta
- Dar por supuesto el motivo de consulta

- Preguntar demasiado

- Interrupciones y excesivo control por parte del profesional
- Centrarnos en obtener la información que nosotros queremos, pero no la más relevante para el paciente
- Mezclar la exploración de los problemas del paciente con las recomendaciones del final de la entrevista

Fase resolutive

- Durante la etapa informativa:
 - Uso de voz monótona y tono bajo
 - Mantener una conversación unidireccional, que impide al paciente preguntar o interrumpir
 - Dar demasiada información
 - Usar un lenguaje demasiado técnico
 - Mezclar temas sin dar una explicación a cada uno de ellos

- Durante la etapa de negociación:
 - No aceptar el derecho del paciente a participar y opinar

 - Entender las observaciones del paciente como muestras de desconfianza

Durante la explicación de la entrevista semiestructurada ya se han dejado entrever, pero a continuación analizaremos con más detalle las **palabras clave** de una entrevista clínica, que son: **preguntar, escuchar, empatizar, motivar y sintetizar.**^(15,16)

A. PREGUNTAR

Se pueden realizar dos tipos de preguntas: abiertas o cerradas.^(15,17,18)

- Preguntas abiertas: Son las más utilizadas en las entrevistas en general, ya que permiten obtener más información acerca del entrevistado. El objetivo de realizar preguntas abiertas será conseguir que el paciente exprese sus deseos y sus preocupaciones respecto al tratamiento. Serán el tipo de preguntas que realizaremos de manera preferente y, sobre todo, al inicio de la entrevista, para poder orientar la misma. Algunos ejemplos de preguntas abiertas, serían: ¿dígame, qué le preocupa de su salud y sus medicamentos?, ¿en qué podemos ayudarle?, ¿hay algo que nos quiera comentar, respecto al tratamiento?, ¿Qué problemas le surgen, a la hora de tomar el tratamiento?, ¿cómo lo toma?.

- Preguntas cerradas: Son aquellas utilizaremos cuando queramos información más específica (sobre antecedentes patológicos, síntomas frecuentes, toma de la medicación...). Muchas veces se pueden responder con monosílabos, y no permiten expresar matices, por lo que tampoco conviene abusar de ellas, ya que podemos caer en respuestas mecanizadas. Algunos ejemplos serían: ¿toma este medicamento actualmente?, ¿para qué lo toma?, ¿duerme bien?, ¿toma alguna planta?.

En la siguiente tabla podemos ver ejemplos de las mismas preguntas formuladas como preguntas abiertas, o bien como preguntas cerradas:⁽²¹⁾

Tabla 2. Formulación de preguntas abiertas y cerradas en relación con el hábito tabáquico.	
Preguntas cerradas	Preguntas abiertas
¿Cuánto fuma?	Me gustaría conocer su patrón de consumo en el último mes
¿Cuántos hijos tiene?	Hábleme del papel del tabaco en su familia
¿Le gusta fumar?	Estaría interesado en saber qué beneficios obtiene usted del tabaco
¿Cree que fuma demasiado?	¿Qué cuestiones le preocupan de su consumo de cigarrillos?

Podemos hacer un ejercicio de análisis del tipo de información que obtendríamos según si hacemos la misma pregunta, en formato pregunta abierta (¿qué tipos de problemas ha encontrado, al tomar el tratamiento?) o bien cerrada (¿tiene dificultad para tomarlo?). El primer ejemplo se presta a que el paciente nos pueda dar más información, mientras que en el segundo, la respuesta puede ser “sí/no”, y no obtener más información al respecto.

Intentaremos evitar preguntas complicadas, y permitiremos que el paciente se tome el tiempo necesario para elaborar la respuesta que nos quiere dar.

Saber preguntar va íntimamente relacionado con saber escuchar, como veremos a continuación. Ambas son habilidades y, como tales, se van adquiriendo con entrenamiento, así como durante la práctica clínica diaria. Simplemente hay que ser conscientes de lo que estamos haciendo y, en ocasiones, tener unos segundos para analizar el trato que hemos dado al paciente que acabamos de atender, de manera que podamos ver qué puntos de los aquí citados hemos puesto en práctica, cuáles se nos han olvidado, qué errores hemos cometido...Y

poco a poco iremos mejorando nuestra habilidad a la hora de entrevistar al paciente.

B. ESCUCHAR

Cuando hablamos de comunicación con el paciente, se recomienda tener una actitud de **escucha activa**, que es aquella que demuestra al paciente que le estamos entendiendo y prestando atención.

Durante la escucha activa, preguntaremos poco, escuchando en silencio lo que el paciente nos va explicando, intentando interrumpir lo menos posible, pero mostrando interés. Según dijo *Zenón de Citio (335-263 AC)*: “*tenemos dos orejas y una sola boca, justamente para oír más y hablar menos*”.

Para ello, podríamos decir que las cualidades de la escucha activa serían:⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

- Mostrar interés
- Utilizar frases facilitadoras (“Mmm...cuenta, cuenta!”), clarificadoras (“así que lo que me cuenta le pasa cada vez que intenta tragar la pastilla”), repeticiones (“se encuentra mal, ya veo”), rephrasear (“me está diciendo que se encuentra mal...”), parafrasear (“cuando dice que se encuentra mal, se refiere a que le molesta el estómago..?”)...
- Dar respuestas empáticas, es decir, mostrar al paciente que comprendemos lo que le está ocurriendo (“Entiendo cómo te debes sentir, intentemos buscarle una solución”)
- Intentar captar otra información que el paciente nos esté proporcionando, observando y explorando al paciente: cómo se sienta, cómo nos saluda, la manera de expresarse o de responder a nuestras preguntas...Es importante estar atentos a la comunicación no verbal (ver más adelante), para detectar los mensajes que nos pueda estar enviando el paciente.

C. EMPATIZAR

Según el Diccionario de la Lengua Española, la empatía sería la “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”.

Durante el proceso de comunicación con el paciente, es importante empatizar con él, intentar entender por lo que está pasando y demostrarle que lo estamos haciendo. Al empatizar, también estamos ofreciendo ayuda y apoyo al paciente. La empatía y la escucha activa están, por tanto, íntimamente relacionadas.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

D. MOTIVAR

Es necesario que el paciente participe con nosotros de la elección de la mejor opción. De manera que, ante un problema en concreto, le describamos los posibles caminos que podemos tomar para solucionarlo, y **negociar** con él cuál es la mejor alternativa.

Por ejemplo, tenemos un paciente que debe tomar una medicación en ayunas, pero ello no siempre implica que tenga que ser a primera hora de la mañana, puede ser perfectamente una hora antes, o bien dos horas después de haber comido. Por lo tanto, ofreceremos ambas posibilidades al paciente, de manera que sea él quien decida, en función de sus rutinas diarias, cuál es la opción que más le convence, sin ser nosotros los que impongamos que lo tenga que tomar nada más levantarse por la mañana o justo antes de irse a dormir.

E. SINTETIZAR

Los resúmenes facilitan la conducción de la entrevista, evitan la dispersión, ayudan a centrar los temas comentados. Demuestran al paciente que le hemos estado escuchando y que hemos entendido bien los problemas que se han planteado, al tiempo que son un refuerzo para él de la información proporcionada.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

Los resúmenes también facilitan la participación del paciente, de manera que podemos aprovechar para hacerle preguntas, como por ejemplo: ¿añadiría alguna cosa más?, ¿es correcto lo que acabamos de comentar?.

Si la entrevista se alarga, si tenemos que comentar temas relacionados con diferentes medicamentos, o si vemos al paciente muy disperso, podemos ir haciendo resúmenes por **bloques de información**.

Es importante siempre que los resúmenes de las entrevistas sean concretos, intentando utilizar un lenguaje que sea comprensible por el paciente. Es una buena opción revisar la información que damos por escrito con el paciente, utilizando o cambiando, si es necesario, las palabras que figuran en el resumen por las propias del paciente.

3.2. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE. COMUNICACIÓN NO VERBAL

Por último, trataremos el tema de la **comunicación no verbal**, muy importante en cualquier proceso de comunicación, ya que está demostrado que en una conversación, damos más importancia a la comunicación no verbal, por lo que es una parte de nuestro discurso que hay que entrenar, para que la comunicación con el paciente sea efectiva.

Siempre que hablamos de comunicación, debemos tener presente que ésta se compone de dos partes:

- **Comunicación verbal.** Es el uso de las palabras para la interacción entre las personas. Es decir, el lenguaje propiamente dicho, expresado de manera hablada o escrita.
- **Comunicación no verbal.** Es el proceso de comunicación en el que existe un envío y recepción de mensajes sin palabras, mediante indicios, gestos y signos. Es el vehículo principal de expresión de los sentimientos y emociones.

La función del lenguaje no verbal sería la de **apoyar a la comunicación verbal**: mostrando la atención del interlocutor (por ejemplo, decir que sí con la cabeza mientras el otro habla mostrando acuerdo, o bien mirar hacia otro lado para dar a entender que no interesa lo que se está contando), sustituyendo el mensaje verbal, complementando o reforzando el impacto de dicho mensaje (por ejemplo, la preocupación por lo que nos están contando se puede expresar frunciendo el ceño).

Los componentes de la comunicación no verbal serían los siguientes.^(17,19,20)

1. **Movimientos cinésicos**: los gestos, las expresiones faciales o la postura corporal, expresan lo que estamos sintiendo. A continuación, algunos ejemplos:

- Una postura corporal relajada es sinónimo de comodidad, mientras que una postura de tensión puede indicar rechazo a la situación que se está viviendo. Estar con los brazos cruzados indica que estamos poniendo una barrera a la comunicación, que estamos a la defensiva y, además, se suele hacer de manera inconsciente.



- Expresión facial: el contacto ocular directo normalmente indica un deseo de comunicación o atención, mientras que la ausencia de mirada directa significa desinterés, preocupación o incomodidad ante el tema que se trata. La sonrisa, es sinónimo de calidez, de simpatía, de ideas positivas.



2. **Características físicas:** El físico influirá en la impresión que demos al paciente, la confianza que ofrezcamos...

Analícemos, por ejemplo, ¿a cuál de estos dos personajes le contaríais vuestros miedos respecto a un tratamiento nuevo???



3. **Paralenguaje:** Serían el tono y el volumen de la voz son las dos cualidades que más influyen en el significado de las palabras, pudiendo cambiar totalmente el sentido de las mismas. En la tabla siguiente se pueden observar las características de la voz según el estado de ánimo de la persona que habla:

Tabla 3. Estado de ánimo según las características de la voz.⁽²⁰⁾

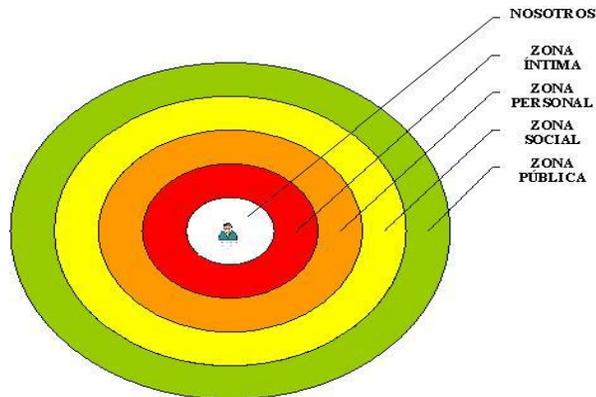
	Tristeza	Afecto	Enfado	Impaciencia
Volumen	suave	suave	alto	normal
Tono	grave	grave	agudo	ligeramente agudo
Velocidad	lenta	lenta	rápida	moderadamente rápida
Ritmo	irregular	regular	irregular	irregular

Hagamos el ejercicio de pronunciar la frase “no estoy enfadado”, modificando el tono, volumen, velocidad y ritmo, según queramos expresar un estado de ánimo u otro. ¿Notamos la diferencia?.

Cuando hablamos del paralenguaje, no hay que olvidarse del **silencio**, ya que nos ayudará a proporcionar un tiempo de reflexión, de concentración, o bien como catalizador de reacciones emocionales para el paciente durante la entrevista.

4. **Proxémica:** Se refiere al empleo y la percepción del espacio físico. A la relación de proximidad o alejamiento entre las personas y los objetos durante el proceso de comunicación; las posturas que se adoptan, si existe o no contacto físico, si la persona siente que se está invadiendo su intimidad, etc. Por ejemplo, si sujetamos el brazo o el hombro del paciente para tranquilizarlo o reconfortarlo si está preocupado o triste.

En función de dicha distancia, hablaremos de zona íntima, zona personal, zona social o zona pública, según se puede ver gráficamente en la figura siguiente.



5. Entorno: El ambiente físico, la decoración, el mobiliario, las barreras físicas que pueda haber entre el profesional de la salud y el paciente harán que el éste se sienta cómodo, o bien que le produzca estrés. Por ejemplo, hablar al paciente con un mostrador entre medio, genera una distancia física que puede producir sensación de lejanía. O una mesa llena de documentación, podría generar estrés o sensación de desorden.

6. Tiempo y ritmo: Hay que aprender a gestionar el tiempo dedicado a la entrevista, ni demasiado largas, ni demasiado cortas; ni muy lentas, ni muy rápidas. Es importante saber empezar y terminar las entrevistas, y siempre intentar “leer entre líneas” lo que nos está intentando decir el paciente, según sus respuestas, si mira o no el reloj, podremos deducir si se trata de un paciente que tiene ganas de marcharse a casa o si, por el contrario, está interesado en continuar con nosotros.

De todo lo dicho en este apartado, podemos concluir que una adecuada comunicación con el paciente contribuirá en gran medida en el éxito del

tratamiento farmacológico. Para ello, es importante estar bien formado en farmacoterapia, pero también conocer las claves de la entrevista y comunicación con el paciente, entrenarlas y saber ponerlas en práctica en nuestro día a día.

Por último, a continuación podréis encontrar algunos links en los que se analizan mediante ejemplos diferentes aspectos de la comunicación no verbal:

<https://www.youtube.com/watch?v=Aa5-p4To9es&sns=em>

<https://www.youtube.com/watch?v=vicuZS0ChYQ&sns=em>

<https://www.youtube.com/watch?v=OvEci5Bjqd4&sns=em>

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado-Silveira E. *et al.* Impacto de la intervención farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico. *Farm Hosp.* 2015; 39(4): 192-202
2. Napier *et al.* Could it be done safely? Pharmacists views on safety and clinical outcomes from the introduction of an advanced role for technicians. *Res Social Adm Pharm.* 2015 Nov-Dec;11(6):814-23
3. Kazaryan I, Sevikyan A. Patients in need of medicine information. *Int J Risk Saf Med.* 2015;27(s1): S21-S22.
4. Moore JM, Shartle D, Faudskar L, Matlin OS, Brennan TA. Impact of a patient-centered pharmacy program and intervention in a high-risk group. *J Manag Care Pharm.* 2013;19(3):228-36.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(3):533-43.
6. Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica.* 2000;41(1):137-143.
7. Galván-Banqueri M, González-Méndez AI, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria* 2013; 45: 235-243
8. Consenso sobre Atención Farmacéutica, 2002. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. [En línea]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#intro>
9. Melo DO *et al.* Training of pharmacy technicians for dispensing drugs in Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(1):261-268.
10. Keresztes JM. Role of pharmacy technicians in the development of Clinical Pharmacy. *Ann Pharmacother.* 2006; 40: 2015-2019

11. Sen S, Siemianowski L, Murphy M, McAllister SC. Implementation of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program at an urban teaching medical center. *Am J Health-Syst Pharm.* 2014; 71:51-6
12. Schultz JM *et al.* ASHP Statement on the roles of pharmacy technicians. *Am J Health-Syst Pharm.* 2016; 73(12): 928-930
13. Irwin AN, Ham YY, Gerrity TM. Expanded roles for pharmacy technicians in the medication reconciliation process: A qualitative review. *Hosp Pharm* 2017; 52(1):44-53
14. Medication safety pharmacy technician in a large, tertiary care, community hospital. *Am J Health-Syst Pharm* 2016; 73(4): 188-191
15. Caelles N, Ibañez J, Machuca M, Martínez-Romero F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 55-59
16. Florit M, Latre C. Atención Farmacéutica al paciente pediátrico. El paciente crónico pediátrico. *The Pharmaceutical Letter* 2015; 18 (4): 29-36
17. I Curso de Entrevista Clínica y Atención Farmacéutica. Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Abril 2012
18. Sobrino A, Bonal P. Técnicas de entrevista clínica con el paciente. 14 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Octubre 2009. [En línea]. Disponible en: <http://www.sefap.org/congresos/congreso2009/talleres/presentaciones/Taller8.1.pdf>
19. Entrevista clínica. Profesionales de la salud. Ed. McGraw-Hill. [En línea]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-entrevista-clinica-profesionales-salud/habilidades-comunicacion-verbal-no-verbal>.
20. Montes-Escalante IM. Entrevista clínica. [En línea]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/cpvfarvalme/entrevista-clinica-32701734>
21. Fuentes-Pila JM, *et al.* La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. *Trastor. Adict.* 2005; 7:153-65

CAPITULO. ADHERENCIA TRATAMIENTO

Sergio Fernández Espinola. Farmacéutico especialista adjunto, responsable de la Unidad de Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital de Antequera. Antequera.

1. INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento se puede definir como la capacidad del paciente para implicarse adecuadamente en el cumplimiento de su tratamiento, convirtiéndose por tanto en uno de los factores más importantes en la efectividad del medicamento. Es más, se puede afirmar que una adherencia sub-óptima conlleva efectos económicos y de salud negativos. La falta de eficacia del tratamiento por incumplimiento hace que el médico, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad del tratamiento y piense que el diagnóstico y/o el tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede condicionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente⁽¹⁾.

Así se considera que una de las causas más importantes que influyen en el fracaso terapéutico y que dependen directamente del paciente es la falta de adherencia o el abandono del tratamiento como situación extrema. En general, se estima que en tratamientos crónicos la falta de adherencia es frecuente y que tan sólo un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas toma su medicación de forma correcta ⁽²⁾. Este problema es de tal importancia que hasta la OMS ha desarrollado un documento sobre la adherencia en tratamientos crónicos, donde se diferencia el término adherencia del término cumplimiento. Así mientras que el término cumplimiento solo refleja el grado en que el paciente sigue las instrucciones del médico, el término **adherencia** es más amplio, considerando además la aceptación de las recomendaciones y el acuerdo por parte del paciente. La OMS ⁽¹⁾ define la adherencia como, *“el grado en que el comportamiento de una*

persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria". Por tanto la adherencia terapéutica no deja de ser un proceso dinámico del cual el paciente es parte fundamental y activa.

Podemos diferenciar dos tipos de adherencia, la **adherencia cuantitativa** cuando nos referimos a la cantidad de fármaco que toma el paciente respecto al teórico y una **adherencia cualitativa** cuando nos referimos a la calidad de la toma de dicho tratamiento. La adherencia cualitativa considera la frecuencia de administración adecuada, las restricciones alimentarias y el tipo de olvido, si es puntual, relacionado con los fines de semana o incluso si son interrupciones de tratamiento (número de días completos que no se ha tomado la medicación).

El cumplimiento está relacionado con la efectividad del tratamiento, de forma que la adherencia ha de ser perfecta para alcanzar el objetivo del tratamiento y es fundamental mantenerla en el tiempo para seguir manteniendo el éxito terapéutico. No hay un consenso claro en relación a cuanta adherencia es necesaria o al umbral óptimo de adherencia. En general se considera que un paciente es adherente al tratamiento cuando su adherencia al mismo es superior al 90%⁽³⁾. De todas formas esto es orientativo, ya que en el caso del tratamiento antirretroviral del VIH, se ha visto que son necesarios niveles de adherencia superiores al 95%⁽⁴⁾ para conseguir la máxima efectividad con el tratamiento.

Para optimizar la adherencia del paciente al tratamiento es fundamental la colaboración de todo el equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes (médicos, farmacéuticos, enfermería). Y antes de iniciar el tratamiento se debe identificar los factores modificables que pueden condicionar la no adherencia y ajustar el tratamiento a la medida de cada paciente.

También se ha comprobado que la adherencia suele disminuir con el tiempo⁽⁵⁾ por lo que es importante insistir en cada visita en este aspecto. Las intervenciones van a necesitar de recordatorios para mantener la efectividad, ya que los beneficios de éstas sobre el cuidador y el paciente anciano disminuyen

con el tiempo. A pesar de todo un correcto proceso de uso de los medicamentos tampoco puede garantizar un 100% de resultados positivos en salud.

2. MEDIDA DE LA ADHERENCIA

Es esencial monitorizar la adherencia especialmente en los tratamientos crónicos. La monitorización ha de ser rutinaria y continuada, para poder detectar los casos de no cumplimiento e intervenir para corregirlos. En la actualidad no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos, con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen.

Los métodos para medir la adherencia pueden clasificarse en directos e indirectos (todos tienen sus ventajas e inconvenientes). Entre los **métodos directos** está la **determinación plasmática de fármacos**, es decir la medición de la cantidad de fármaco que tenemos en el organismo y eso lo podemos relacionar con la adherencia al tratamiento. Aunque se trata del método más objetivo, presenta muchas limitaciones, como son la dificultad para establecer el rango óptimo, la escasez de estudios farmacocinéticos poblacionales, la variabilidad intra e interindividual y sobretodo, que no está disponible en la mayoría de los hospitales. Sin embargo puede ser de gran utilidad en determinadas situaciones, como en el caso de toxicidad e interacciones.

Los métodos indirectos que se utilizan para la evaluación de la adherencia son: recuento de medicación sobrante, los registros de dispensación de farmacia, los cuestionarios y los dispositivos electrónicos.

- **Recuento de medicación sobrante.**

Supone contar la medicación sobrante que trae el paciente y por lo tanto depende de su colaboración.

La adherencia se calcularía así:

$$\% \text{ Adherencia} = \left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ unidades dispensadas} - \text{N}^{\circ} \text{ unidades devueltas}}{\text{N}^{\circ} \text{ unidades prescritas}} \right) * 100$$

Se trata de un método barato y fácil de calcular la adherencia, pero requiere de tiempo y personal y sobretodo de la colaboración del paciente, ya que este puede manipular el cálculo de la adherencia no devolviendo medicación y dando por hecho que la ha tomado. Con lo cual es un método que puede sobreestimar la adherencia.

- **Registros de dispensación de Farmacia.**

Es un método indirecto que se basa en que un paciente toma de forma adecuada la medicación que se le dispensa. Por tanto requiere que la dispensación se realice de forma centralizada por un mismo dispensador, es decir que no recoja medicación en más de un hospital. Tiene algunas limitaciones como el compartir medicación con allegados y esto puede sobreestimar la adherencia. Además que la dispensación de medicación no es sinónimo de un cumplimiento correcto.

La adherencia se calcularía así:

$$\% \text{ Adherencia} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ unidades totales dispensadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ unidades totales previstas}}$$

El cálculo se hará utilizando las fechas de dispensación, y se recomienda realizarlo cada 3 meses al inicio del tratamiento y cada 6 meses en fases más avanzadas.

- **Dispositivos electrónicos**

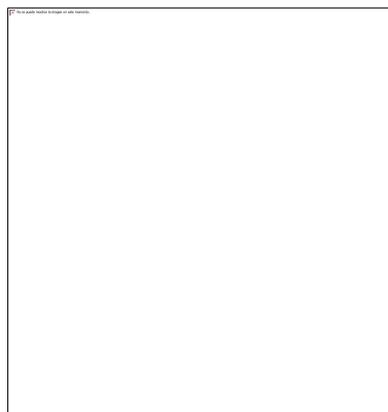
Los sistemas de control electrónico de apertura de los envases, son dispositivos que llevan una tapa que contiene un microprocesador que registra la hora y el día en que se ha abierto el envase. La apertura del envase se relaciona

con la toma de medicación y esos datos son procesados posteriormente en un programa informático.

Se considera un método objetivo y fiable que se utiliza con relativa frecuencia en el ámbito de la investigación aunque en la práctica clínica real no se utilice habitualmente por las limitaciones que presenta como son: elevado coste económico, solo mide la adherencia de un fármaco y no de todo el tratamiento, exigen la colaboración del paciente (son fácilmente manipulables ya que la apertura del envase no implica necesariamente la toma del fármaco) y tampoco detectan si el paciente ingiere correctamente la medicación.



Dispositivo Electrónico Auto-inyección



Dispositivo Electrónico Apertura envase

- **Cuestionarios**

En este caso la adherencia se valora según la respuesta del paciente a determinadas preguntas que se le realiza en la consulta. Estas preguntas están definidas previamente y deben ser sencillas y fáciles de entender. Son métodos sencillos que requieren pocos recursos. Además de preguntas relacionadas con el número de tomas olvidadas (valoran el grado de adherencia), podemos hacer otras que valoran la calidad de esa adherencia, es decir cumplimiento de horarios, si la toma con o sin comida, etc...

Entre los cuestionarios más comunes y utilizados en nuestro medio tenemos:

- **Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett ⁽⁶⁾**

Esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de 2 partes, en la primera se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación con la intención de crear un ambiente adecuado de conversación y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: «la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. Entonces se insistirá preguntando: «¿Cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente reflexión: «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?».

- **Test de Morisky-Green(7)**

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky y Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Nos sirve para valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento para su enfermedad:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomarla?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (**no, si, no, no**)

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica **sí/no**, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

- **Test de Batalla(8)**

Se trata de un cuestionario en el que, mediante preguntas sencillas, se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento. Este test se utiliza mucho en la evaluación de la adherencia en el tratamiento de la hipertensión arterial.

En líneas generales, los recuentos de medicación, los registros de dispensación de la farmacia y los cuestionarios proporcionan valores sobrestimados de adherencia. Esta sobrestimación provoca que no se detecten a muchos pacientes no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta. Debido a las limitaciones que

presentan estos métodos se recomienda combinar varios de ellas para obtener la información más exacta. Según las recomendaciones de adherencia, se considera aceptable la asociación de un cuestionario validado y el registro de dispensación, obtenidos con una frecuencia trimestral.

3. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA

Vista la importancia de la adherencia y su repercusión en la salud del paciente, es evidente que los resultados obtenidos con las intervenciones en esta área son insuficientes y que debemos aumentar los esfuerzos en mejorarla. Debemos evitar la idea de que una única intervención aplicada para mejorar la adherencia en un momento determinado será eficaz durante el resto de la vida de un paciente crónico. De hecho, la adherencia varía con el tiempo transcurrido desde que un paciente inicia un tratamiento y dichos cambios pueden estar relacionados con el estado de salud del paciente, pero también con los cambios en la relación con el médico, con la satisfacción de los servicios sanitarios que utiliza o con otros aspectos de su vida.

Los factores relacionados con la falta de adherencia que se han identificado se clasifican habitualmente en tres grupos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el equipo asistencial y el sistema sanitario:

- **Factores relacionados con el paciente.**
 - *Factores socio-demográficos: edad, raza, genero, nivel cultural....*
 - *Factores psicológicos: depresión, estrés,...*
 - *Adicción a drogas*
 - *Actitudes y creencias de los pacientes*

Los factores más claramente relacionados con la no adherencia son la edad joven, adicción a drogas y las enfermedades psiquiátricas. Por lo tanto son factores que debemos de tener muy en cuenta y sobre los que debemos de intervenir para asegurar una buena adherencia.

- **Factores relacionados con el tratamiento.**

- *Complejidad del tratamiento.*

A medida que aumenta la complejidad del tratamiento es de suponer que también aumenta la complejidad del cumplimiento terapéutico.

- *Tolerancia y efectos adversos del tratamiento.*

Evidentemente un tratamiento que ocasiona efectos adversos en el paciente es más complicado que el paciente mantenga el cumplimiento terapéutico del mismo.

- **Factores relacionados con el sistema sanitario y el equipo asistencial.**

- *Accesibilidad y Flexibilidad en la relación del paciente con el equipo asistencial.*

Una buena relación entre el profesional sanitario y el paciente a partir de la empatía es la base de una relación de confianza que facilita la adherencia a las recomendaciones.

4. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

Las estrategias para la mejora de la adherencia que se han encontrado y presentan posibilidades para su aplicación en la práctica clínica se describen a continuación:

4.1. ESTRATEGIAS TÉCNICAS.

Este tipo de estrategias las desarrolla el médico responsable del paciente en colaboración con el farmacéutico en el ámbito hospitalario. Pero habitualmente escapan de nuestro alcance ya que dependen principalmente del médico prescriptor.

- Simplificación del régimen.
- Dosis menos frecuentes.
- Fórmulas de liberación controlada.
- Combinación de fármacos. Esta posibilidad está tomando mucha importancia en los últimos años en el tratamiento del VIH y de los antihipertensivos, ya que están apareciendo combos de fármacos (combinaciones de distintos fármacos) cuya finalidad es facilitar la adherencia del paciente al tratamiento.

4.2. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS.

Este tipo de estrategias son fundamentales para fomentar la adherencia. Su desarrollo debe ser prioritario en las consultas de dispensación de paciente externos del servicio de farmacia. Y deben ser desarrolladas tanto por el farmacéutico como por el técnico de farmacia aprovechando la cercanía del paciente en el acto de la dispensación y el ambiente de confianza creado en la consulta de pacientes externos.

A continuación se describen los distintos tipos de estrategias educativas:

- **Información médica en la consulta:**

El médico junto con la receta debe proporcionar la información necesaria que permita al paciente una correcta adherencia al tratamiento prescrito. Esta información es básica pero normalmente por causa de la carga asistencial no se informa al paciente sobre su medicación como se debiera.

- **Dispensación informada:**

Mediante la dispensación el farmacéutico / técnico farmacia debe asumir la responsabilidad sobre los medicamentos dispensados y suministrar la información necesaria oral o escrita para reforzar la adherencia e intentar evitar tanto el incumplimiento involuntario como el voluntario.

Una buena dispensación puede proporcionar el conocimiento necesario al paciente del uso de sus medicamentos, esto puede llegar a evitar el incumplimiento involuntario y también debe promover la utilización de la medicación, intentar cambiar la actitud del paciente para que tome la medicación e impedir el posible incumplimiento voluntario. Por tanto, el farmacéutico debe tratar de informar y formar al paciente sobre el uso de los medicamentos dispensados, sobre los objetivos del tratamiento, sobre cómo utilizar los medicamentos, cuándo y durante cuánto tiempo. Además, de promover su uso e intentar que el paciente asuma la necesidad de tomar los fármacos para lograr el objetivo terapéutico.

- **Educación sanitaria:**

La educación sanitaria ya sea de forma individualizada o en grupos, dirigida a los pacientes constituye uno de los ejes fundamentales para conseguir un adecuado uso de los medicamentos. Es necesario que exista colaboración entre todos los profesionales sanitarios. Así, la educación

sanitaria implica una responsabilidad compartida entre profesional y paciente, para buscar un uso racional de los medicamentos, con eficacia y que permita alcanzar un adecuado cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.

La información aportada deberá ser adaptada a las capacidades de los pacientes, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender. Está comprobado que un mayor conocimiento de la patología padecida y de los efectos adversos consigue un mayor grado de cumplimiento ⁽⁹⁾. Por tanto, los conocimientos proporcionados deben versar sobre las enfermedades de los pacientes, e incidir en los problemas que se originan cuando se produce el incumplimiento de la dosis, de la pauta o de las recomendaciones específicas de uso, así como de los beneficios que se obtienen si se sigue de forma adecuada el tratamiento.

El profesional sanitario, mediante la educación, buscará motivar a los pacientes para adquirir las conductas adecuadas que permitan que el paciente se implique y tome parte activa en su régimen terapéutico. Por otra parte, en pacientes crónicos, la educación sanitaria debe ser continuada en el tiempo, para evitar que la monotonía conlleve a un abandono del tratamiento o al incumplimiento del mismo.

Los medios para proporcionar esta información son variados:

- ✓ **Carteles informativos** sobre la adherencia a la medicación, que pueden estar expuestos en lugares visibles de los centros sanitarios.
- ✓ **Dípticos, trípticos o folletos** sobre la necesidad de una buena cumplimentación del tratamiento farmacológico.
- ✓ **Etiquetas adhesivas con pictogramas** educativos sobre precauciones de uso, efectos secundarios, condiciones de conservación, etc.

✓ **Charlas educativas** sobre cumplimiento: se deben adaptar a las características de la población a la que van dirigidas.

En este sentido desde la Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH) se promueven actividades para promocionar la adherencia, entre ellas la celebración del día mundial de la adherencia (15 Noviembre) en las que se reparten trípticos informativos a los pacientes, se reparte cartelería promocionando la adherencia y se realizan diferentes actividades como charlas educativas con sociedades de pacientes sobre la importancia del cumplimiento terapéutico.



4.3. ESTRATEGIAS CONDUCTUALES.

A. Sistemas Personalizados de Dosificación ⁽¹⁰⁾

Los Sistemas Personalizados de dosificación (SPD) son dispositivos de control de la medicación, que pueden clasificarse:

- ✓ Según el número de días de tratamiento (uno a siete días).
- ✓ Según el número de alvéolos o dosis que cada dispositivo puede contener por día (una, tres, cuatro, hasta seis dosis diarias).

- ✓ Dispositivos desechables (blísteres) preparados por el farmacéutico comunitario en el que los fármacos están ordenados y el paciente solo debe extraer aquellos que debe tomar en cada momento.

Sistema personalizado de dosificación



Sistema de blíster preparado por el farmacéutico comunitario en el que los fármacos están ordenados y el paciente sólo debe extraer aquellos que debe tomar en cada momento

hospitalbipac

Son sistemas de post-dispensación que están especialmente diseñados para facilitar la toma correcta de los medicamentos y en el cual se reacondiciona toda la medicación sólida que toma el paciente, según la pauta prescrita, y siguiendo unos protocolos normalizados de trabajo.

Este tipo de dosificadores constituye una gran ayuda para aquellos pacientes que, debido a sus características o a las del tratamiento farmacológico, el médico o farmacéutico lo considere necesario. Aunque la decisión puede ser tomada bajo criterio profesional, hay diversos parámetros que ayudan a la decisión:

- ✓ Pacientes con problemas cognitivos.
- ✓ Pacientes de edad avanzada.
- ✓ Tratamientos con 3 o más fármacos (polimedicados).
- ✓ Pacientes sin familiar o cuidador de referencia.
- ✓ Toma de dosis irregulares.
- ✓ Pacientes invidentes.

El beneficio que aporta el SPD se debe a que al tener toda la medicación en este tipo de dispositivos se evitarán los olvidos, las dosificaciones defectuosas y las duplicaciones posológicas. Además, es indispensable enseñar al paciente el uso del SPD, mediante un dispositivo

que contenga “placebo” y comprobar que sabe manipularlo y ha entendido las órdenes.

No se debe comenzar a utilizar el SPD si el paciente no maneja y conoce perfectamente el dispositivo. Si no fuese posible, se requeriría de un familiar o cuidador para que ayudase en la atención del paciente. El SPD facilita la labor de los cuidadores de enfermos polimedicados, siendo además este sistema demandado por los médicos de familia para mejorar el cumplimiento.

B. Sistemas de Recuerdo Horario (SRH).

Los sistemas de recuerdo horario de la toma de la medicación basan su eficacia en que el olvido es una de las principales causas del incumplimiento. Los olvidos son más frecuentes al aumentar la complejidad del régimen terapéutico, al aumentar el número de fármacos prescritos, cuando se asocian a modificaciones del estilo de vida o cuando coincide el horario de la toma con ciertas ocupaciones. Por tanto, es fundamental, una adecuación terapéutica adaptada a cada paciente.

Los SRH los podemos clasificar en dos grupos principales:

B.1 Sistemas de recuerdo horario de la toma:

- **Alarmas horarias.** Son eficaces y baratas, y suelen dar buenos resultados. Desde el uso del tradicional reloj despertador hasta otros sistemas más sofisticados como son las tarjetas de cumplimiento. Este tipo de sistemas suelen ser muy útiles en ancianos.

- **Llamadas telefónicas** realizadas por sistemas automáticos, familiar o por sanitarios. Esta estrategia ha dado buenos resultados, pero resulta cara y, además, da mucho trabajo a las personas encargadas de hacer las llamadas, lo que limita bastante su uso. Se puede utilizar al empezar algún tratamiento, durante un tiempo limitado, para intentar acostumbrar al paciente a tomar la medicación a la hora programada.



- **Mensajes SMS** a teléfonos móviles. Este tipo de mensajes, tanto los de salud, como los que informan sobre el cumplimiento, no acaban de obtener buenos resultados, como indican distintos trabajos científicos.

Además son métodos que resultan caros y por tanto, hasta ahora sólo se han utilizado en trabajos de investigación sobre el cumplimiento. Por otra parte, es necesario que los pacientes



posean un teléfono móvil para uso personal, que lo tenga encendido y sepan utilizar el sistema de lectura de mensajes de su móvil, por lo que limita el tipo de paciente que se puede beneficiar de este sistema.

- **Asociación** de la toma de la medicación **con alguna actividad cotidiana**. Con este método se pretende crear una costumbre que relacione la toma de la medicación con una actividad que se realice a la hora que interese. Por ejemplo acostumbrarse a tomar la medicación con el desayuno, al acostarse, etc.

- **Involucrar** a algún **miembro de la familia**. Instaremos a los pacientes olvidadizos a que involucren a algún miembro de su familia para que le avise a la hora de tomar la medicación.
- **Monitores electrónicos de control de la medicación.**
Son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de tal forma que un microchip colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de éste, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase, por tanto, informa no sólo sobre la cuantificación del incumplimiento, sino también sobre el patrón horario del incumplimiento. Este método es caro por ello en la actualidad tan sólo se utiliza para ensayos clínicos.

B.2 Sistemas de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas

- **Hoja de medicación.** Consisten en una ficha informativa personalizada que se entrega al paciente, que incluye el listado de fármacos prescritos, ordenados cronológicamente, así como la posología y características específicas en cuanto a su administración. Permite al paciente obtener la información sobre su medicación en cualquier momento, evitando errores involuntarios y facilitando el cumplimiento.



- **Etiquetas adhesivas** con pictogramas de posología. Son instrumentos que se pegan en la caja de medicamentos, y que informan al paciente de la posología de su tratamiento. Constituyen un soporte, mediante pictogramas y números, de la atención farmacéutica, con el objeto de mejorar el cumplimiento terapéutico.

- **Blíster calendario.** Que facilita la toma diaria de la medicación y evita duplicidades. Actualmente presente en muchas especialidades farmacéuticas.



- **Fichas calendario de cumplimiento.** En ellas se anotará las tomas que el paciente vaya realizando, de esta forma se evitan errores como las duplicidades y el paciente puede controlar su régimen terapéutico con más facilidad. El calendario de cumplimiento, permite comprobar si los pacientes han tomado la medicación y evita que muchos pacientes, sin darse cuenta, dejen de tomar la mediación.



- **Apps para móviles o tablets.**

Una App es una aplicación de software que se instala en dispositivos móviles o tablets para ayudar al usuario en una labor concreta, ya sea de carácter profesional o de ocio y en este caso para facilitar el cumplimiento.



Un “Pastillero virtual para Smartphone” es una aplicación para dispositivos móviles que ayuda a personas mayores con múltiples patologías a autogestionarse mejor la medicación. Mediante este asistente virtual personalizado se espera disminuir la frecuencia de errores con la medicación y aumentar el bienestar y la autonomía de los pacientes. Ofrece más prestaciones que el pastillero habitual, como emitir alertas mostrando la fotografía del envase y del propio fármaco o informar sobre la conservación y el uso adecuado de los medicamentos. Incluso permite introducir sugerencias sobre ejercicio físico y la dieta.

El objetivo son personas mayores de 65 años pluripatológicas y polimedicadas que sufren dos o más patologías crónicas y que toman cinco fármacos o más al día. Existen también aplicaciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento anticonceptivo como *daily pill* de Stada que ofrece un recordatorio diario del tratamiento anticonceptivo. Este tipo de utilidades pueden llegar a suponer, en no mucho tiempo, una auténtica revolución en la mejora de la adherencia a la medicación.

4.4. TRATAMIENTO CON OBSERVACIÓN DIRECTA (TOD)

El método TOD consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una tercera persona que observa directamente la toma de la medicación por parte del paciente en una pauta terapéutica intermitente de dos o tres veces por semana, convirtiéndose por tanto en otra estrategia para mejorar la adherencia.

Los farmacéuticos comunitarios son profesionales idóneos para la realización de un TOD debido a las ventajas de accesibilidad al paciente y el conocimiento de toda la medicación utilizada. Paciente candidatos a este tipo de estrategia:

- ✓ Pacientes con mal cumplimiento previo.
- ✓ Pacientes que tienen dificultad en seguir otros tratamientos.
- ✓ Usuarios de sustancias psicoactivas: alcohol, Benzodiace-pinas, heroína, etc.
- ✓ Personas con trastornos mentales o psíquicos.

4.5. ESTRATEGIAS DE APOYO SOCIAL.

Este tipo de apoyo se entiende como un concepto de muchos componentes, incluye información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros, ya sea la comunidad, familia o amigos que tiene efectos conductuales positivos en la adherencia del paciente.

4.6. ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES.

- ✓ Cursos a los profesionales sanitarios.
- ✓ El propio control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios favorece el cumplimiento.

4.7. RECUERDO DE LAS ESTRATEGIAS A LOS PACIENTES INCUMPLIDORES.

Esta estrategia es sugerida por varios estudios que indican que son necesarios recordatorios para mantener la efectividad, ya que los beneficios de las intervenciones disminuyen con el tiempo.

5. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

La salud, según la definición de la OMS ⁽¹¹⁾, «es un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad». De esta definición multidimensional de la salud podría derivarse inicialmente el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La CVRS agrupa, tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud ⁽¹²⁾.

En general, curar a un paciente, aumentar su supervivencia, prevenir futuros problemas de salud o aliviarle de sus molestias son razones suficientes para prescribir un tratamiento. Pero si dicho tratamiento produce un deterioro importante de la CVRS, el paciente en ocasiones, puede plantearse si una pequeña ganancia en salud o el beneficio producido por el tratamiento, compensan una posible pérdida en su calidad de vida. Por tanto, sin información acerca del efecto de una medicación sobre la CVRS, ni el médico ni el paciente pueden tomar la decisión apropiada con respecto a un determinado tratamiento. La importancia de este tipo de cuestionarios se ha ido incrementando en los últimos 20 años, llegando a ser un objetivo central de la asistencia sanitaria y una medida de resultados en salud “centrada en el paciente”.

La definición de CVRS que tiene más grado de consenso es la que la establece como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida. Por tanto se trata de una valoración del paciente de carácter subjetivo que debe recoger los siguientes aspectos:

1. Subjetivas: Recoger la percepción subjetiva del impacto de la enfermedad sobre el paciente, el cual se encuentra influenciado por sus experiencias, creencias y expectativas.

2. Multidimensionales: considerándose los siguientes aspectos:

- Función Social
- Función física
- Función cognitiva
- Movilidad
- Cuidado personal
- Bienestar emocional

La evaluación de la calidad de vida en atención primaria se considera hoy día imprescindible, ya que es una medida final de resultado en salud que se centra más en la persona que en la enfermedad e incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. A pesar de ello, su utilización sigue siendo limitada, probablemente por desconocimiento, sobrecarga asistencial o falta de convicción por parte de los profesionales sobre su beneficio en la atención y mejoría de los pacientes. Por otra parte, la incorporación de medidas de la CVRS en las consultas de atención primaria resulta de gran utilidad, pues sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas y contribuye a mejorar la relación médico-paciente al posibilitar al enfermo la participación en la elección de la opción más conveniente.

Por tanto los cuestionarios de CVRS son herramientas que intentan objetivizar una variable subjetiva y dimensional. Por ejemplo, la enfermedad causada por el VIH puede considerarse actualmente una enfermedad crónica gracias a la eficacia del tratamiento antirretroviral disponible. En estas circunstancias, las prioridades tanto del sistema sanitario como de los propios pacientes se han visto alteradas. Ya no preocupa tanto “si voy a vivir” como el “cómo voy a vivir”.

Dentro de la amplia carta de cuestionarios para valoración de CVRS, entre los más utilizados y adaptados para su uso en España, nos encontramos el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile)⁽¹³⁾, el Cuestionario de Salud

SF-36 (SF-36 Health Survey)⁽¹⁴⁾ y el EuroQol-5D⁽¹⁵⁾. Estos cuestionarios se encuadran dentro de los cuestionarios genéricos, ya que están validados para diferentes enfermedades. Existen también los cuestionarios específicos que nos servirán para valorar el estado de calidad de vida relacionado con la salud del paciente en determinadas patologías como es el caso del MOS-HIV⁽¹⁶⁾ cuestionario específico diseñado y validado expresa-mente para pacientes infectados por el VIH. En general, la aplicación de estos cuestionarios nos permitirá estimar un parámetro de calidad de vida y tanto nuestro objetivo asistencial como personal sanitario como el objetivo vital del paciente será el aumentar el valor de dicho parámetro.

El estudio de la CVRS puede ayudar también a la toma de decisiones de política sanitaria, orientando sobre las opciones más eficientes, y además vamos a poder contar con la opinión del paciente sobre su estado de salud, facilitando el acercamiento y la relación sanitario-paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003
2. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescription: JAMA 2002; 288 (22): 2868-70.
3. Paterson DL, Swindell S, Squier et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000; 133(1):21-30.
4. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Junio 2008
5. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral]. Granada; 2003
6. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor PW, Roberts RS. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. The Lancet 1975;1:1205-7
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74
8. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizado en la práctica clínica. Aten Primar. 2008; 40(8): 413-8.
9. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28(5): 113-120.
10. Márquez Contreras E, Casado Martínez JJ, Márquez Cabeza JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. FMC. 2001; 8: 558-573.

11. World Health Organization. Basic Documents. World Health Organization. Ginebra: WHO, 1948. 2.
12. Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Madrid. Editores Médicos S.A., 1995: 51-76.
13. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. Am J Public Health 1990; 80: 704-708. 7. Alonso J, Prieto L, Antó JM.
14. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.
15. Badía X, Roset Montserrat, Herdman M. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin 1999; 112:79-86
16. Badía X, Podzamcer D, Casado A. Evaluating changes in health status in HIV-infected patients: Medical Outcomes Study-HIV and Multidimensional Quality of life-HIV quality of life questionnaires. Spanish MOS-HIV and MQOL-HIV Validation group. AIDS 2000; 14: 1439-47.

CAPÍTULO. FARMACIA AMBULATORIA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Pablo Pérez Huertas. Facultativo Especialista de Departamento. Unidad de AF a Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Emilio Monte Boquet. Jefe de sección. Responsable de la Unidad de AF a Pacientes Externos. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

1. INTRODUCCIÓN

La farmacia ambulatoria, como unidad perteneciente al Servicio de Farmacia Hospitalaria, surgió con la finalidad de responder a las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que acuden a las consultas externas del hospital.

La dispensación de medicamentos a estos pacientes viene regulada por la Ley General de Sanidad de 1986 y por la fase V del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos (PROSEREME V) de 1991, la cual establece que los medicamentos de Uso Hospitalario deben ser prescritos por un médico adscrito a los servicios de un hospital y el Servicio de Farmacia Hospitalaria será el responsable de su dispensación.

En cuanto a la atención farmacéutica, ésta se contempla por primera vez entre las funciones de los Servicios de Farmacia en la Ley 25/1990 del Medicamento. Otras disposiciones legales tales como las leyes de ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas y la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia involucran al farmacéutico en la implantación de programas de atención farmacéutica que colaboren con el uso racional del medicamento. No obstante, ninguna de estas normativas determinan claramente las actuaciones a realizar a pacientes externos. La primera y única ley

que existe en España que define claramente objetivos, actividades y necesidades de la atención farmacéutica a pacientes externos es la Orden de Creación de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de 31 de julio de 2001 de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

En base a esta última ley, además de la propia dispensación, se han descrito diferentes funciones que deben realizar las UFPE¹:

- Desarrollar programas de atención farmacéutica que promuevan el uso racional de los medicamentos, mediante formación y educación a los pacientes en cuanto al manejo y actitud frente a su tratamiento farmacológico, así como información a los profesionales sanitarios sobre aspectos relacionados con la farmacoterapia.
- Desarrollar programas de educación sanitaria que garanticen el cumplimiento de los autocuidados no farmacológicos básicos para un óptimo resultado clínico.
- Impulsar la coordinación entre los dos niveles asistenciales, atención primaria y especializada, en cuanto a la política de medicamentos y programas de educación sanitaria.
- Analizar el gasto farmacéutico extrahospitalario generado por los especialistas del hospital con la finalidad de desarrollar estrategias de mejora para optimizar la utilización de los recursos farmacoterapéuticos.

En este contexto, la implementación de nuevas tecnologías en el ámbito asistencial supone el siguiente paso en el desarrollo de estas actividades de atención farmacéutica, ya sea para su utilización por los propios profesionales sanitarios como para su explotación por los pacientes.

2. NUEVAS TECNOLOGÍAS

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se pueden considerar un concepto dinámico en la historia reciente. Por ejemplo, a finales del siglo XIX el teléfono se podía considerar una nueva tecnología según las definiciones actuales. De igual manera, se podría considerar a la televisión en los años 60 e incluso al ordenador personal hacia final del siglo XX. Sin embargo, estas tecnologías en la actualidad han sido sustituidas por nuevas TIC como las páginas web, los blogs, las redes sociales, las aplicaciones móviles (app)...

Aunque todas las TIC están siendo utilizadas en el mundo de la sanidad, las que mayor auge están teniendo en los últimos años son las vinculadas con dispositivos móviles. En este sentido, la salud móvil (mSalud, mHealth) según la OMS se define como la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes personales digitales y otros dispositivos inalámbricos².

El desarrollo de esta nueva tecnología en los últimos años se debe al aumento de la disponibilidad y utilización de dispositivos móviles (principalmente teléfonos inteligentes) por parte de la población. Así, poniendo de ejemplo las apps móviles se estima que en la actualidad ya hay más teléfonos móviles activos que personas en el mundo y que el 85% de los usuarios accede a internet desde el móvil³. En el caso de España, el 87% de las líneas móviles son teléfonos inteligentes y se estima que 7 de cada 10 españoles que posee uno conecta todos los días a internet a través de este dispositivo. Además, una reciente encuesta de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC) señala que el 93,9% de las personas que se conectan a Internet en España lo hace a través del teléfono móvil, siendo este el dispositivo más utilizado⁴.

Otro factor que explica el crecimiento de las TIC es el hecho de que cada vez se reconoce más la importancia del paciente activo e informado, dado que de él se

esperan mejores resultados en salud y mayores beneficios tanto a nivel individual como colectivo. Y, sin duda, las nuevas tecnologías pueden contribuir a conseguir un mayor empoderamiento en salud de la población.

En los últimos años se ha producido un desarrollo masivo de estas nuevas tecnologías relacionadas con la salud. El crecimiento está siendo exponencial, por ejemplo solo en Estados Unidos en el año 2011 había disponibles más de 5800 apps de salud, en 2012 ya eran más de 13.000, a partir de 2013 se contaban más de 23.000 apps⁵. Actualmente algunas publicaciones estiman que ya se disponen de más de 165.000 apps de salud en todo el mundo⁶.

El desarrollo masivo de TIC sin una regulación específica ha provocado que se lleguen a difundir algunas herramientas de mala calidad que en el contexto de la salud pueden conllevar problemas serios. Como principales razones de la falta de calidad en las TIC podemos citar:

- Escasa evidencia de su efectividad.
- No realiza correctamente la función para la que está diseñada.
- La información que contiene no está validada.
- No protege la confidencialidad y privacidad de los usuarios.

En efecto, se están desarrollando TIC que pueden producir un impacto significativo en la salud de los usuarios. En consecuencia, las autoridades reguladoras deberían tener la responsabilidad de evaluar esta tecnología sanitaria como si de un producto sanitario se tratase y regular su acceso al mercado. En este sentido, la FDA publicó en 2015 una guía con directrices para el desarrollo de apps de salud⁷. Sin embargo, se hace cada vez más necesaria una evaluación objetiva, integral y transparente de las TIC que permita al usuario conocer cuales cumplen unos mínimos estándares de calidad.

En definitiva, la gran utilidad de estas herramientas en el trabajo diario de los profesionales de la salud y en la vida cotidiana de los pacientes plantea la necesidad de saber seleccionar y evaluar críticamente estos recursos.

2.1. RECURSOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

A continuación se citan algunas páginas web y apps móviles que por su utilidad para los profesionales sanitarios y por su calidad pueden ser de interés:

Recursos web:

- Gestión de la información

La utilización de herramientas online para la gestión de procesos ha demostrado ser de utilidad en la administración de circuitos complejos. La gran limitación de estos recursos es que en muchas ocasiones la información que se maneja en el entorno sanitario es confidencial y no se puede sacar de la red interna del hospital. Por este motivo, solo se deben emplear para datos no confidenciales. Podemos destacar los siguientes recursos:

Google Drive (www.google.com/drive)

Permite guardar cualquier archivo en los 15 GB de almacenamiento online gratuitos con los que se comienza. Permite almacenar en la nube fotos, artículos, diseños, dibujos, grabaciones, videos, etc. Se puede acceder a los archivos de Drive desde cualquier teléfono inteligente, tablet u ordenador. Permite invitar fácilmente a otros usuarios a ver todos los archivos además de descargarlos y trabajar en ellos, sin necesidad de enviar archivos adjuntos por correo electrónico.

Google Forms (www.google.es/intl/es/forms/about)

Una aplicación de Google Drive que merece especial atención es Google Forms. Permite realizar formularios y encuestas para adquirir estadísticas sobre la opinión de un grupo de personas. En los últimos años, se ha convertido en una de las herramientas más prácticas para adquirir cualquier tipo de información. Muy sencilla de utilizar y con gran versatilidad.

Google Calendar (www.google.com/calendar)

Se trata de una agenda y calendario electrónico desarrollado por Google. Permite sincronizarlo con otras herramientas de Google como Gmail, Keep o Drive. También se pueden mandar invitaciones y compartir eventos.

Google Keep (www.google.com/keep)

Aplicación desarrollada por Google que permite organizar la información personal a través de notas. La parte más interesante para el trabajo colaborativo es la posibilidad de compartir estas notas con otros usuarios y trabajar en paralelo.

Slack (www.slack.com)

Facilita la comunicación y el trabajo colaborativo. Permite crear salas de chat organizadas por temas, así como grupos privados y mensajes directos. Se puede compartir información con otras aplicaciones como Google Drive o Dropbox.

Trello (www.trello.com)

Trello es una herramienta de gestión de proyectos que facilita la colaboración. Empleando el sistema kanban, para el registro de actividades con tarjetas virtuales

organiza tareas, permite agregar listas, adjuntar archivos, etiquetar eventos, agregar comentarios y compartir tableros.

Appear (www.appear.in)

Página web que permite hacer llamadas y videoconferencias de manera muy sencilla. No requiere registro ni suscripción de ningún tipo, simplemente se comparte un link y se accede a la llamada.

Evernote (www.evernote.com)

El objetivo de Evernote es facilitar la organización de información personal mediante el archivo de notas. Todas estas notas, fotos, documentos, archivos de audio y páginas web guardadas en una de las versiones de Evernote se sincroniza automáticamente en las otras plataformas que utilice el usuario. En el ámbito colaborativo, se potencia el uso compartido tanto de libros de notas como de documentación corporativa. Se puede hacer accesible a todos los empleados según su perfil.

Dropbox (www.dropbox.com)

Dropbox es un servicio de alojamiento de archivos multiplataforma en la nube, similar a Google Drive. Las desventajas frente a Drive son que el espacio gratuito es mucho menor (2,25 frente a 15 GB) y no permite la edición online.

- Información sobre medicamentos

AEMPS - CIMA (www.aemps.gob.es/cima)

Página web del Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). En ella se pueden

consultar todos los medicamentos comercializados en España buscando por nombre comercial, principio activo, código nacional, laboratorio, etc. También se puede ver la familia ATC (Sistema de Clasificación de Medicamentos Anatómica, Terapéutica, Química), las condiciones de prescripción de los medicamentos (diagnóstico hospitalario, uso hospitalario o prescripción médica) y los excipientes.

Una vez localizado el medicamento de interés se puede descargar la ficha técnica, el prospecto y el Informe Público de Información. Estos tres documentos cuentan con toda la información imprescindible sobre cada medicamento.

AEMPS - MSE (www.mse.aemps.es)

Página web de la AEMPS para la Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales. Su utilidad principal es la gestión de medicamentos importados del extranjero, pero también cuenta con las fichas técnicas de estos medicamentos especiales para poder descargarlas.

Se requiere de un usuario que identifica a cada Servicio de Farmacia de cada hospital de España.

Bot Plus (botplusweb.portalfarma.com)

Versión web del programa Bot Plus desarrollado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Se trata de una potente base de datos que incluye medicamentos de uso humano y veterinario, productos sanitarios y productos de parafarmacia. Cabe destacar su buscador de interacciones.

Micromedex (www.micromedexsolutions.com)

Base de datos online de medicamentos desarrollado por la americana Truven Health Analytics Inc. Es una aplicación de pago que cuenta con la información

más actualizada y detallada sobre los medicamentos. La principal ventaja con el resto de bases de datos es que en esta se incluye información de ensayos clínicos que no está en ficha técnica. También a destacar son las calculadoras que dispone y la herramienta para detectar interacciones.

Drugs.com (www.drugs.com)

Página web gratuita desarrollada por una entidad privada americana que agrupa información sobre medicamentos de varias bases de datos diferentes.

Informes GENESIS (gruposdetrabajo.sefh.es/genesis)

Página web del grupo de trabajo GENESIS de la SEFH. Este grupo se dedica a la selección y la evaluación de medicamentos. Por su calidad destacan los Informes de Evaluación con Metodología Programa MADRE en los que evalúan gran parte de los medicamentos que se comercializan en España.

- Guías clínicas

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud
(www.guiasalud.es)

GuíaSalud es un organismo dependiente del Sistema Nacional de Salud (SNS) creado en el año 2002 para reunir guías de práctica clínica de las 17 comunidades autónomas. En esta página se puede acceder de manera libre a guías sobre diferentes enfermedades.

UpToDate (www.uptodate.com)

Recurso de información clínica de medicina basada en la evidencia. Incluye una colección de información médica, acceso a monografías de medicamentos e

información sobre interacciones entre fármacos y varias calculadoras médicas. Ha sido desarrollada por la empresa privada Wolters Kluwer Health y se accede a ella mediante suscripción.

Fisterra (www.fisterra.com)

Fisterra ofrece guías clínicas, imágenes y algoritmos, documentos con información sobre técnicas en atención primaria, información sobre dietas y nutrición, más de 50 calculadoras, base de datos de medicamentos y cursos de formación. Ha sido desarrollada por profesionales sanitarios y se accede a ella mediante suscripción.

Aplicaciones móviles:

Epocrates Plus

Información sobre enfermedades, guías de práctica clínica, medicamentos, guías de laboratorio, calculadoras... Requiere de una versión premium para acceder a todas las funciones. Sistemas operativos: iOS y Android.

Medscape

Una de las aplicaciones móviles de consulta más descargadas por profesionales sanitarias. Gratuita. Sistemas operativos: iOS y Android.

Salud 2.0 entre profesionales

Guía multimedia donde se reúnen artículos y vídeos relacionados con la Web 2.0 y la salud móvil, de la mano de expertos y referentes españoles. Gratuita. Sistemas operativos: iOS.

Safety Agenda Mobile App (SAMA)

Agenda dinámica que recoge un conjunto de acciones que es necesario llevar a cabo en los centros, junto a la periodicidad y momento del año en que deben realizarse. Gratuita. Sistemas operativos: iOS.

Hipot-CNV

Comunicación con un lenguaje audiovisual compuesto por pictogramas y voces sintetizadas. Gratuita. Sistemas operativos: iOS y Android.

Tradassan

Traductor para la asistencia sanitaria en español, inglés, francés, alemán, chino y árabe. Gratuita. Sistemas operativos: iOS y Android.

2.2. RECURSOS PARA PACIENTES

Cada vez son más los pacientes que acuden a internet en busca de información sobre su enfermedad o los medicamentos que está tomando. Por esta razón, se hace necesario que los técnicos de farmacia, en colaboración con los farmacéuticos y resto de profesionales sanitarios sepan evaluar y difundir nuevas tecnologías que puedan ser de utilidad para los pacientes.

La evaluación de la calidad de las páginas web destinadas a pacientes es compleja. Muchos autores han llevado a cabo estudios buscando los criterios en los que se debería basar la calidad de una web sanitaria⁸. Como parámetros más importantes a tener en cuenta destacan:

- Propiedad: quién es el autor, sus afiliaciones o patrocinadores.

- Contenido: veracidad de la información, presencia de las fuentes bibliográficas utilizadas, actualización de la información, complejidad del lenguaje, etc.
- Navegación: apartado de mapa web y de preguntas frecuentes, guía de información al usuario, motores de búsqueda, etc.
- Reconocimiento: estar en posesión de certificados externos de calidad.

Por otro lado, también existen diferentes métodos para evaluar la calidad de las aplicaciones móviles. Todas coinciden en que los principales aspectos que a tener en cuenta son: navegabilidad, utilidad, privacidad y confidencialidad y criterios tecnológicos⁹. Una de las metodologías más adecuada para evaluar apps de salud para pacientes es la MARS¹⁰. Representa un sistema de evaluación sencillo, cuantitativo y validado que permite una evaluación rápida y con poca variabilidad interoperador.

Recursos web:

Medline (www.medlineplus.gov/spanish)

Medline es un portal perteneciente al Gobierno de Estados Unidos destinado a promocionar la salud de la ciudadanía. Hay mucha información sobre enfermedades, tratamientos, dietética... Toda ella validada por profesionales sanitarios. Cuenta con una versión en castellano.

eDruida (www.edruida.com)

Se trata de una plataforma web destinada a formar a pacientes o cuidadores en el correcto manejo de los medicamentos. Incluye mucha información sobre aspectos puramente farmacéuticos que pueden ser de utilidad para cualquier tipo de paciente.

Tu farmacéutico de guardia (www.tufarmaceuticodeguardia.org)

Portal dirigido a pacientes con información sobre algunas de las enfermedades más relevantes, medicamentos concretos y vídeos tutoriales.

PatientsLikeMe (www.patientslikeme.com)

PatientsLikeMe es una red social de salud que permite a sus usuarios compartir tratamientos y síntomas con el fin de aprender de su enfermedad junto con otros pacientes y profesionales sanitarios.

Personas que (www.personasque.es)

Página web muy parecida a la anterior pero desarrollada en España. El objetivo de Personas que es crear una sociedad online para ayudar a convivir mejor con su enfermedad.

Aplicaciones móviles:

Existen bibliotecas de apps especializadas en el mundo de la salud en las que podemos encontrar apps certificadas, evaluadas o recomendadas por diferentes instituciones. Podemos destacar:

- AppSaludable (www.calidadappsalud.com)
- AppSalut (www.appsalut.gencat.cat)
- iSYS Score (www.fundacionisys.org)
- NHS library (www.nhs.uk/tools/pages/toolslibrary.aspx)
- my health apps (www.myhealthapps.net)
- eDruida (www.eDruida.com)

Como ya se ha comentado, existen miles de apps para pacientes. Lo primero que se debe conocer antes de realizar una recomendación es qué necesidad quiere cubrir el paciente. Por ejemplo, si es poco adherente porque se le olvida tomar la medicación podemos recomendar un app de recordatorio de medicación, si por otro lado es un paciente que quiere formarse sobre su enfermedad, se deberá recomendar otra de información sobre medicamentos.

Información sobre medicamentos

Estas apps permiten a los pacientes tener información sobre sus medicamentos. Podemos destacar:

- CIMA - AEMPS
- Prospectos
- Medicamento Accesible Plus

Recordatorios de medicación

Son apps en las que el paciente introduce los medicamentos que tiene prescritos y la posología. La app le envía notificaciones con cada toma para recordar al paciente la administración. También pueden tener otras utilidades como la medida de la adherencia, información sobre medicamentos o comunicación con los profesionales sanitarios. Podemos destacar:

- RecuerdaMed
- MediSafe
- ExpertSalud
- iStayHealthy
- Care4Today
- MyTherapy Med Reminder Pillbox

Gestión de consultas

Son apps de agenda que facilitan a los pacientes la gestión de las consultas, analíticas, visitas a la farmacia... A modo de ejemplo podemos destacar la app Pregunta por tu salud

3. EL FUTURO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Como comentamos al inicio del tema, las TIC son dinámicas, lo que hoy se considera una nueva tecnología en 10 años seguramente no sea así o directamente ni exista. Es por ello que debemos mirar hacia el futuro de las nuevas tecnologías para estar preparados. Las tres grandes tendencias que se están empezando a utilizar en nuestro campo son la creación de comunidades, la telemedicina o telefarmacia, la interconectividad y la gamificación.

La creación de comunidades de pacientes no es algo nuevo. Tenemos la web ya comentada de PatientsLikeMe que agrupa a pacientes con la misma enfermedad para fomentar el apoyo y transmisión de la comunicación entre ellos. La novedad está en la incorporación de los profesionales sanitarios a estas redes. Así, un médico o un farmacéutico tiene a sus pacientes conectados con los que puede interactuar en cualquier momento.

La telemedicina o la telefarmacia tampoco es algo novedoso. Cada vez más se utilizan las consultas telefónicas en nuestro medio como alternativa a la presencial para realizar entrevistas, comunicar resultados o preguntar por la tolerancia al tratamiento. La mejora de los sistemas informáticos en los hospitales, así como la garantía de confidencialidad y privacidad en las conexiones, pueden suponer un auge de las videollamadas entre profesionales sanitarios y pacientes en los próximos años.

La tercera futura tecnología es la interconectividad. Ahora mismo se dispone de mucha información sobre la salud de una persona que proviene de diferentes fuentes. Tenemos las analíticas, las notas de evolución clínica, los registros de adherencia, pero también tenemos su actividad física que recoge en una app, las calorías que consume de su lista de la compra, las horas de sueño que se recoge cuando se pone el despertador. Toda esta información que cada persona recoge sobre sus hábitos de vida puede ser de mucha utilidad para los profesionales

sanitarios, por lo que el siguiente paso puede ser integrarlos en las historias clínicas electrónicas.

Por último, la gamificación se podría definir como la utilización de mecánicas de juego en entornos y aplicaciones no lúdicas con el fin de potenciar la motivación, la concentración, el esfuerzo, la fidelización y otros valores positivos comunes a todos los juegos. En otras palabras, la gamificación pretende persuadir a los usuarios para que realicen una actividad como si fuera un reto atractivo. Es importante diferenciar juego de gamificación, el primero es un fin en sí mismo mientras que el segundo es un medio para lograr un objetivo.

La gamificación se empezó a utilizar en grandes empresas como una manera de motivar e incentivar a los empleados mediante retos y dinámicas de juego. Actualmente, podemos ver muchos ejemplos en el mundo de la publicidad o de la docencia. Desde hace unos años, la gamificación también está encontrando su hueco en el mundo de la sanidad a través de apps móviles. Podemos destacar algunas en concreto:

- TriviFarma: versión móvil del Trivial pero para profesionales sanitarios que quieren repasar la farmacología mientras se divierten.
- GoalPost: juego de doce semanas de duración para dejar de fumar de una forma muy divertida. La app te lanza pequeños retos con los que ganar puntos y subir niveles. Además, permite compartir tu avance en redes sociales para poder recibir el apoyo de amigos y motivarte en los momentos más complicados.
- MangoHealth: una app que sirve como recordatorio de toma de medicamentos pero que además premia a los más cumplidores dando puntos que servirán para subir niveles y desbloquear nuevas funciones.
- SuperBetter: sirve para aquellas personas que tienen un objetivo muy claro y complicado como cumplir con un tratamiento y les cuesta

llevarlo a cabo. La app mediante retos y mensajes te permite estar motivado y ser optimista.

- Bant: app para pacientes con diabetes que permite llevar el control de las ingestas diarias, calcular dosis de insulina y compartir experiencias con otros pacientes en tu misma situación. Además, si mantienes un buen control de la enfermedad la app te va premiando.

En definitiva, las TIC son herramientas de uso habitual en el entorno sanitario. El técnico de farmacia, junto con el farmacéutico, debe ser capaz de identificar y recomendar las más adecuadas para cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEFH. Recomendaciones para el desarrollo de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (Sin Dispensación); 2015. (disponible en: http://www.sefh.es/normas/Pacientes_externos.pdf)
2. WHO. Global Observatory for eHealth Series - Volume 3: mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies.; 2011. (Disponible en: http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf).
3. Ditrendia. Informe Ditrendia: Mobile En España Y En El Mundo 2015.; 2015.
4. AIMC. 18o Informe Navegantes En La Red. Encuesta a Usuarios de Internet.; 2016.
5. Kamerow D. Regulating medical apps: which ones and how much? *BMJ*. 2013;347(3):f6009.
6. IMS Institute for Healthcare Informatics. Patient Adoption of mHealth. Use, Evidence and Remaining Barriers to Mainstream Acceptance.; 2015. (Disponible en: <http://www.imshealth.com/en/thought-leadership/ims-institute/reports/patient-adoption-of-mhealth>).
7. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Mobile Medical Applications. Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff.; 2015.
8. Jiménez Pernet J, García Gutiérrez JF, Bermúdez Tamayo C, Silva Castro MM, Tuneu i Valls L, Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. *Atención Primaria*. 2009;41(7):330-336.
9. European Commission. Public consultation on the Green Paper on mobile Health; 2016. (Disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/public-consultation-green-paper-mobile-health>. Published 2016.)
10. Stoyanov SR, Hides L, Kavanagh DJ, Zelenko O, Tjondronegoro D, Mani M. Mobile App Rating Scale: A New Tool for Assessing the Quality of Health Mobile Apps. *JMIR mHealth uHealth*. 2015;3(1):e27. doi:10.2196/mhealth.3422.