

Adaptación del Modelo de  
Atención Farmacéutica

# CMO

al Paciente con Neoplasias  
Oncológicas y Hematológicas

Coordinadores:

Dr. José Antonio Marcos Rodríguez

Dra. Estela Moreno Martínez

Dr. Ramón Morillo Verdugo

# Índice

<b>Índice</b>	<b>GRUPO DE TRABAJO</b> . . . . .	4
	<b>AGRADECIMIENTOS</b> . . . . .	5
<b>Grupo de trabajo</b>	<b>REQUERIMIENTOS TÉCNICOS</b> . . . . .	6
<b>Introducción</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> . . . . .	7
<b>Capacidad</b>	<b>CAPACIDAD</b> . . . . .	10
	1. INTRODUCCIÓN . . . . .	10
	2. MODELO DE ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ONCOLÓGICAS Y HEMATOLÓGICAS . . . . .	11
<b>Motivación</b>	3. VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA EL PACIENTE CON NEOPLASIAS ONCOLÓGICAS Y HEMATOLÓGICAS . . . . .	12
<b>Oportunidad</b>	4. PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES. . . . .	17
	5. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CADA PACIENTE . . . . .	18
<b>Casos Clínicos</b>	6. CONCLUSIONES . . . . .	22
	<b>MOTIVACIÓN</b> . . . . .	23
<b>Palabras clave</b>	1. INTRODUCCIÓN . . . . .	23
	2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS . . . . .	23
<b>Índice de abreviaturas</b>	3. FASES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL . . . . .	24
	4. LA ENTREVISTA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO: ASPECTOS CLAVE . . . . .	26
<b>Bibliografía</b>	5. OBJETIVOS IDENTIFICABLES A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA . . . . .	31
	6. CONCLUSIONES . . . . .	46

**Índice**

**Grupo de trabajo**

**Introducción**

**Capacidad**

**Motivación**

**Oportunidad**

**Casos Clínicos**

**Palabras clave**

**Índice de abreviaturas**

**Bibliografía**

**OPORTUNIDAD** ..... 49

1. INTRODUCCIÓN ..... 49

2. NUEVAS TECNOLOGÍAS ..... 50

3. TELEFARMACIA ..... 55

4. COMUNICACIONES INTERNIVELES ..... 61

5. COMUNICACIÓN PRESENCIAL CON PACIENTES OH ..... 64

6. CONCLUSIONES ..... 66

**CASOS CLÍNICOS** ..... 68

CASO CLÍNICO 1 ..... 68

CASO CLÍNICO 2 ..... 73

CASO CLÍNICO 3 ..... 76

**PALABRAS CLAVE** ..... 81

**ÍNDICE DE ABREVIATURAS** ..... 83

**BIBLIOGRAFÍA** ..... 84

# GRUPO DE TRABAJO

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## Coordinadores

**José Antonio Marcos Rodríguez\***

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

**M<sup>a</sup> Estela Moreno Martínez\***

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

**Ramón Morillo Verdugo\***

*Coordinador Proyecto MAPEX/SEFH  
Hospital Universitario de Valme, Sevilla*

## Capacidad

**María José Martínez Bautista\***

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz*

**Beatriz Bernárdez Ferrán\***

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela*

**Ana Rosa Rubio Salvador\***

*Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo*

## Motivación

**Paula de Juan-García Torres\***

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara*

**Margarita Garrido Siles\***

*Hospital Costa del Sol, Marbella*

**María Sacramento Díaz-Carrasco\***

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia*

## Oportunidad

**María Dolores Alvarado Fernández\***

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla*

**Virginia Martínez Callejo\***

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander*

**Irene Mangues Bafalluy\***

*Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida*

**Mario García Gil**

*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid*

*\*Nota: los autores han participado de forma equitativa en la elaboración del capítulo*

# AGRADECIMIENTOS

Índice

A **Marcos Calvo Martínez**, psicooncólogo colaborador, por su revisión del capítulo de Motivación.

Grupo de trabajo

A **Boehringer Ingelheim España S.A.** por su patrocinio y apoyo al proyecto.



Introducción

A **GOC** por su soporte como asesor metodológico y secretaría científica.



Capacidad

Motivación

A **i2e3** por su soporte en *medical writing*.



Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# REQUERIMIENTOS TÉCNICOS

## Índice

Para la correcta visualización y el buen funcionamiento de este documento necesitará tener actualizada la versión del lector de PDF recomendado, Adobe Acrobat Reader.

Si accede desde un ordenador puede actualizarlo en el siguiente enlace

## Grupo de trabajo



## Introducción

## Capacidad

Si accede desde un dispositivo móvil o tableta puede actualizar la aplicación en los siguientes enlaces:



## Motivación

## Oportunidad

Este documento contiene elementos interactivos que le facilitarán la navegación por el mismo.

## Casos Clínicos

Para empezar, tanto el apartado **“Índice”** como la **botonera lateral** le llevarán al apartado correspondiente con tan solo un clic. Una forma rápida y sencilla de moverse entre los capítulos y apartados.

## Palabras clave

Dentro del contenido del libro, encontrará palabras **destacadas en azul** que indicarán cuáles son las palabras clave. A estas palabras se les puede hacer clic para dirigirse al apartado de **“Palabras clave”** y poder ver sus definiciones. Solo la primera vez que aparezca una palabra clave aparecerá destacada, aunque todas las que se repitan contendrán el enlace que llevará al apartado **“Palabras clave”**.

## Índice de abreviaturas

## Bibliografía

Por último, los textos que aparezcan de *color azul y en cursiva*, indicarán que ese texto contiene un enlace a una web externa.

# INTRODUCCIÓN

José Antonio Marcos Rodríguez  
M<sup>a</sup> Estela Moreno Martínez  
Ramón Morillo Verdugo

## Índice

## Grupo de trabajo

## Introducción

## Capacidad

## Motivación

## Oportunidad

## Casos Clínicos

## Palabras clave

## Índice de abreviaturas

## Bibliografía

Ser el puente que une al paciente con su farmacoterapia y al sistema sanitario con la máxima eficiencia. Esa fue la visión con la que, hace ya cinco años, empezó a desarrollarse dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) el denominado proyecto MAPEX o Mapa Estratégico para la Atención al Paciente Externo. Una iniciativa que busca cambiar la práctica farmacéutica planteando una serie de elementos clave que el farmacéutico de hospital debe identificar, y a los que debe adaptarse y saber responder. Todo ello dentro de una sociedad que ha avanzado enormemente en los últimos años, con un sistema sanitario que busca superar los diferentes retos políticos y clínicos que están sobre la mesa, y un paciente que ya no se parece en nada a aquél que únicamente se relacionaba con el profesional sanitario bajo el paraguas de una relación paternalista y desigual (1).

La fuerza de todo un colectivo embarcado en la búsqueda permanente de la excelencia — y que ha decidido no acomodarse en los clásicos pilares de una definición de su actividad ya establecida — ha tenido como consecuencia, la definición, desarrollo y expansión de un nuevo modelo de Atención Farmacéutica (AF) que plantea una nueva relación con los pacientes y con el resto de profesionales sanitarios (2). Y todo esto a partir de la identificación de las necesidades individuales y colectivas de los pacientes a los que atendemos, quienes son nuestra principal razón de ser, y olvidando viejas premisas asentadas en un enfoque más cercano al medicamento. Identificando que la relación con ellos es longitudinal y no episódica ni transversal. Aprendiendo que se puede hacer AF incluso cuando los pacientes no están en los Servicios de Farmacia de forma presencial. Entendiendo que tenemos que hablar el mismo idioma que el resto del entorno en el que nos movemos. Y apostando por los objetivos en relación a la farmacoterapia (3).

Toda esa metodología tiene un nombre, conocido por las siglas que identifican a cada uno de sus pilares — los cuales van a ser expuestos a lo largo de todo este documento —: **Capacidad**, **Motivación** y Oportunidad, es decir, CMO. La Capacidad hace referencia a la provisión de la AF al paciente teniendo en cuenta sus necesidades individuales. La Motivación es la capacidad de alinear los objetivos a corto plazo con los objetivos a medio y largo plazo de forma individual para cada paciente y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para su consecución. Por último, la Oportunidad se define como estar cerca del paciente cuando este lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías (**Tabla 1**).

Este documento llega en un momento importante para nuestra profesión, ya que se ha publicado recientemente una nueva definición de AF a través del denominado “Documento de Atención Farmacéutica de Barbate”. Esta nueva definición nos plantea cambios y novedades en los próximos años (4). Una definición que ha salido por primera vez desde nuestra sociedad, la SEFH, y que nace del trabajo colectivo de un proyecto que ha aglutinado más de 200 hospitales, a numerosos farmacéuticos de hospital y que ya ha llevado a cabo múltiples iniciativas en sus cinco años de trayectoria.

El Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico 2020 del Grupo de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO-SEFH) (5) tiene como misión que el farmacéutico oncohematológico (FOH) provea a su paciente AF de calidad para conseguir el máximo beneficio clínico y contribuir a mejorar los resultados en salud de una manera eficiente. El presente documento está alineado con este Plan Estratégico y con el modelo de **estratificación** en función de la complejidad de los pacientes oncológicos y hematológicos (OH) (6), y tiene como objetivo desarrollar el Modelo de Atención Farmacéutica CMO basada en el desarrollo de sus tres pilares fundamentales — Capacidad, Motivación y Oportunidad — , permitiendo que esta atención sea individualizada y basada en las características propias del paciente OH.

Aunque ya existe un documento anterior que aborda el modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria (3), el paciente OH presenta unas características determinadas que dificultan el abordaje por parte del FOH y hacen necesario la publicación de un nuevo documento centrado específicamente en este tipo de paciente.

Es importante reconocer la situación de fragilidad que siente el **paciente OH** y la elevada carga emocional que conlleva esta patología, además de su gran impacto social.

La complejidad intrínseca de la enfermedad y las posibles consecuencias del tratamiento farmacológico pueden desencadenar alteraciones de la capacidad cognitiva o dificultades para entender ciertos mensajes. Son pacientes con necesidades especiales, lo que nos obliga a estar atentos y establecer una AF adaptada a cada paciente según sus aspectos sociales, culturales y familiares (7). De hecho, el papel de la familia en estos pacientes cobra especial importancia, ya que es parte fundamental durante el proceso, sin olvidar que el paciente debe sentirse integrado en todo momento (7).

**Índice****Grupo de trabajo****Introducción****Capacidad****Motivación****Oportunidad****Casos Clínicos****Palabras clave****Índice de abreviaturas****Bibliografía**

El lector de este documento tiene en sus manos una poderosa arma de transformación asistencial, basada en los innumerables éxitos y aportaciones que el FOH dedicado al paciente OH, por su conocimiento y capacidad de aportación de valor, ha demostrado en innumerables publicaciones científicas. Se trata pues, de dar un paso más para alcanzar la excelencia asistencial que nuestros pacientes nos demandan. Como cualquier transformación, el proceso no será fácil, pero el resultado, sin duda, merecerá la pena.

**Tabla 1:** Definición de los tres pilares en los que se basa el modelo CMO de atención farmacéutica (4).

## MODELO CMO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

<b>Capacidad</b>	Provisión de la Atención Farmacéutica al paciente teniendo en cuenta sus necesidades individuales.
<b>Motivación</b>	Capacidad de alinear los objetivos a corto plazo con objetivos a medio y largo plazo para cada paciente de forma individual y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para su consecución.
<b>Oportunidad</b>	Estar cerca del paciente cuando este lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# CAPACIDAD

María José Martínez Bautista  
Beatriz Bernárdez Ferrán  
Ana Rosa Rubio Salvador

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad del mundo. De acuerdo con los últimos datos disponibles estimados del proyecto GLOBOCAN, el número de tumores continúa creciendo, habiendo aumentado desde los 14 millones de casos en el mundo estimados en el año 2012 a los 18,1 millones en 2018. Este incremento se debe a diversas causas tales como el aumento de la población, el envejecimiento, la exposición a factores de riesgo — tabaco, alcohol, obesidad o sedentarismo — y también a los programas de detección precoz, que han permitido un mayor número de diagnósticos en estadios tempranos de la enfermedad. Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas, alcanzando los 29,5 millones en 2040 (8).

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que el abordaje en la consulta de AF del paciente diagnosticado de cáncer, ya sea una neoplasia oncológica o hematológica, resulta especialmente complicado no solo por la complejidad intrínseca de la enfermedad, sino por su elevado impacto social, por la situación de vulnerabilidad que siente el paciente y por la elevada carga emocional asociada (7). Una adecuada formación y capacitación del personal que atiende a estos pacientes, así como la utilización de herramientas que nos permitan una estratificación dinámica serán fundamentales para llevar a cabo una correcta AF a los pacientes con neoplasias OH.

Dentro de la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, existe una línea estratégica de reorientación de la asistencia sanitaria en la cual se recomienda llevar a cabo modelos de estratificación y predicción. Para ello se establece como estrategia de implantación el desarrollo del Proyecto de Estratificación de la población en el SNS. Este proyecto promueve un cambio de enfoque en el SNS: pasa de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, teniendo en cuenta tanto las necesidades de la población en su conjunto, como las de cada individuo en particular (3).

Esta orientación encaja con el modelo CMO de AF, en el que la **C** representa la capacidad para atender a los pacientes de las consultas de AF según sus necesidades particulares.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha trabajado en esta línea desde el año 2012 con la publicación del "**Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico**" y a través del proyecto MAPEX, mediante el cual ha ido desarrollando modelos de estratificación en distintas patologías (1).

Este esfuerzo se plasma también en el **Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico: Líneas Estratégicas y Objetivos 2020** (5), proyecto llevado a cabo por GEDEFO-SEFH, en el que se establecen seis líneas estratégicas con las que se pretende potenciar la incorporación de cambios organizativos, tecnológicos y en procesos, que permitan mejorar la organización y la calidad, así como la seguridad y el cuidado integral en el proceso farmacoterapéutico del paciente OH. En este plan estratégico se definen los pacientes candidatos a recibir AF, que son aquellos que se encuentran en tratamiento con antineoplásicos orales y/o parenterales, ya sea en protocolos asistenciales o de investigación, y en cualquier entorno asistencial (hospitalización, hospital de día o ambulatorio).

La línea estratégica sobre AF establece que esta se realizará de manera continuada al paciente y al cuidador ofreciendo información acerca del tratamiento antineoplásico y una visión, en soporte escrito, del plan farmacoterapéutico global. Esta atención se debe orientar a la consecución de la máxima eficiencia y seguridad del tratamiento en el paciente y para ello es necesario establecer modelos de estratificación que permitan ofrecer una adecuada AF a los pacientes que más se beneficien.

## 2. MODELO DE ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ONCOLÓGICAS Y HEMATOLÓGICAS

La estratificación de los pacientes OH (6) supone un gran avance en la adecuación de la AF en función de las características del paciente y su tratamiento. Esta categorización se hace en base a una visión global del paciente que tiene en cuenta, además de **variables** relacionadas con el tratamiento, variables demográficas, variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional, y variables clínicas y de utilización de recursos sanitarios. Su aplicación conlleva el desarrollo de estrategias de intervención farmacéutica estandarizadas, adecuadas a cada uno de los niveles de riesgo establecidos y consensuadas por un grupo de expertos.

Para la validación de este modelo de estratificación del paciente OH, el proyecto se presentó como estudio clínico en dos fases, siendo evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, que fue el comité de referencia. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) lo clasificó como estudio no-EPA (estudio observacional no post-autorización). En todos los hospitales participantes se cumplieron los requisitos exigidos: aprobación por los CEICs locales, firma o no de contrato con el centro, y pago o no de tasas. Al ser un estudio prospectivo, todos los pacientes incluidos otorgaron su consentimiento informado.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

La primera fase del estudio se desarrolló entre los meses de noviembre de 2017 y febrero de 2018, e incluyó una muestra de 199 pacientes OH provenientes de siete hospitales del grupo de trabajo de estratificación. El objetivo principal de esta primera fase fue establecer los puntos de corte para definir los tres niveles de riesgo. El modelo y los puntos de corte establecidos en esta primera fase o fase piloto se están validando actualmente en una segunda fase del estudio.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

### 3. VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA EL PACIENTE CON NEOPLASIAS ONCOLÓGICAS Y HEMATOLÓGICAS

El Modelo de Estratificación de Pacientes OH se desarrolla en torno a un conjunto de 22 variables, cada una asociada a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente (9).

Las variables se agrupan en cuatro bloques: **variables demográficas** (Fig. 1), **variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional** (Fig. 2), **variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios** (Fig. 3) y **variables relacionadas con el tratamiento** (Fig. 4).

**Figura 1.** Variables demográficas y el peso correspondiente de cada una de ellas para la medición del riesgo global del paciente con neoplasias oncológicas y hematológicas. En la parte inferior de la figura se indica la puntuación máxima que un paciente podría obtener según las variables demográficas.

BLOQUE 1. Variables demográficas	
<b>Edad</b>	
Paciente pediátrico (de 0 a 18 años)	
Si	4
No	0
No disponible	0
<b>Peso: Riesgo Nutricional</b>	
Determinación del % pérdida de peso del paciente: El paciente presenta una pérdida de peso involuntaria > 5% en los últimos 3 meses	
Si	3
No	0
No disponible	0
<b>Paciente embarazada</b>	
Si	4
No	0
No disponible	0
<i>Puntuación máxima variables demográficas</i>	
<b>11</b>	

Figura extraída de la web del proyecto MAPEX: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

**Figura 2.** Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional y el peso correspondiente de cada una de ellas para la medición del riesgo global del paciente con neoplasias oncológicas y hematológicas. En la parte inferior de la figura se indica la puntuación máxima que un paciente podría obtener en función de estas variables.

BLOQUE 2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional																																																							
<b>Índice</b>																																																							
<b>Grupo de trabajo</b>																																																							
<b>Introducción</b>																																																							
<b>Capacidad</b>																																																							
<b>Motivación</b>																																																							
<b>Oportunidad</b>																																																							
<b>Casos Clínicos</b>																																																							
<b>Palabras clave</b>																																																							
<b>Índice de abreviaturas</b>																																																							
<b>Bibliografía</b>																																																							
	<p><b>Hábitos de vida no saludables</b></p> <p>Consumo de drogas y/o de alcohol &gt; 17 UBE/semana en mujeres y &gt;28 UBE/semana en hombres</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>3</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table> <p><b>Factores relacionados con el trato paciente-profesional</b></p> <p>Paciente con barreras culturales y/o de comunicación</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>2</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table> <p><b>Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional</b></p> <p>Paciente con antecedentes psiquiátricos, incluyendo depresión</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>2</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table> <p>Paciente con síntomas de ansiedad, depresión y/o malestar psicológico (tristeza, preocupación, angustia)*</p> <p>- <b>Cuestionario HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria)</b></p> <table border="1"> <tr><td>Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) &gt; 10</td><td>3</td></tr> <tr><td>Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) &lt; 10</td><td>2</td></tr> <tr><td>Puntuación cuestionario &lt; 15</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table> <p>- <b>EVA Distress (NCCN)</b></p> <table border="1"> <tr><td>Eva de Distress = 7-10</td><td>3</td></tr> <tr><td>Eva de Distress = 5-6</td><td>2</td></tr> <tr><td>Eva de Distress &lt; 5</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table> <p>Deterioro cognitivo: En caso de sospecha de dificultad de comprensión, determinación del deterioro cognitivo mediante el <b>Índice de Pfeiffer</b></p> <p>- El paciente sabe leer y escribir</p> <table border="1"> <tr><td>Errores cuestionario ≥ 3</td><td>2</td></tr> <tr><td>Errores cuestionario &lt; 3</td><td>0</td></tr> </table> <p>- El paciente no sabe leer y escribir</p> <table border="1"> <tr><td>Errores cuestionario ≥ 4</td><td>2</td></tr> <tr><td>Errores cuestionario &lt; 4</td><td>0</td></tr> </table> <p><b>Dependencia funcional: Escala ECOG</b></p> <table border="1"> <tr><td>ECOG = 3</td><td>3</td></tr> <tr><td>ECOG = 2</td><td>2</td></tr> <tr><td>Otro valor</td><td>0</td></tr> </table> <p><b>Soporte social y condiciones socioeconómicas</b></p> <p>Paciente con soporte social y condiciones socioeconómicas que no le permiten llevar a cabo</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td>4</td></tr> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td>0</td></tr> </table>	Si	3	No	0	No disponible	0	Si	2	No	0	No disponible	0	Si	2	No	0	No disponible	0	Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) > 10	3	Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) < 10	2	Puntuación cuestionario < 15	0	No disponible	0	Eva de Distress = 7-10	3	Eva de Distress = 5-6	2	Eva de Distress < 5	0	No disponible	0	Errores cuestionario ≥ 3	2	Errores cuestionario < 3	0	Errores cuestionario ≥ 4	2	Errores cuestionario < 4	0	ECOG = 3	3	ECOG = 2	2	Otro valor	0	Si	4	No	0	No disponible	0
Si	3																																																						
No	0																																																						
No disponible	0																																																						
Si	2																																																						
No	0																																																						
No disponible	0																																																						
Si	2																																																						
No	0																																																						
No disponible	0																																																						
Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) > 10	3																																																						
Puntuación cuestionario ≥ 15. Valoración pares (depresión) o impares (ansiedad) < 10	2																																																						
Puntuación cuestionario < 15	0																																																						
No disponible	0																																																						
Eva de Distress = 7-10	3																																																						
Eva de Distress = 5-6	2																																																						
Eva de Distress < 5	0																																																						
No disponible	0																																																						
Errores cuestionario ≥ 3	2																																																						
Errores cuestionario < 3	0																																																						
Errores cuestionario ≥ 4	2																																																						
Errores cuestionario < 4	0																																																						
ECOG = 3	3																																																						
ECOG = 2	2																																																						
Otro valor	0																																																						
Si	4																																																						
No	0																																																						
No disponible	0																																																						
	<p><i>Puntuación máxima variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional</i> <b>19</b></p>																																																						

Figura extraída de la web del proyecto MAPEX: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

**Figura 3.** Variables clínicas y de utilización de servicios y el peso correspondiente de cada una de ellas para la medición del riesgo global del paciente con neoplasias oncológicas y hematológicas. En la parte inferior de la figura se indica la puntuación máxima que un paciente podría obtener en función de estas variables.

Índice	BLOQUE 3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios									
Grupo de trabajo	<p><b>Pluripatología/comorbilidades</b></p> <p>El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas (sin incluir la enfermedad oncohematológica)</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	4	No	0	No disponible	0			
Sí	4									
No	0									
No disponible	0									
Introducción	<p><b>Variables analíticas y otros parámetros que repercuten en el ajuste de dosis</b></p> <p>El paciente presenta variables analíticas y otros parámetros alterados que repercuten en el ajuste de dosis. P.Ej.: alteraciones hepáticas, alteraciones renales, FEVI y toxicidades asociadas al medicamento</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	4	No	0	No disponible	0			
Sí	4									
No	0									
No disponible	0									
Capacidad	<p><b>Paciente con mal control del dolor</b></p> <p>Determinación de la intensidad de dolor mediante la <b>Escala EVA</b></p> <table border="1"> <tr><td>EVA ≥ 7</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>EVA &lt; 7</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	EVA ≥ 7	4	EVA < 7	0					
EVA ≥ 7	4									
EVA < 7	0									
Motivación	<p><b>Nº hospitalizaciones y visitas a Urgencias</b></p> <p>El paciente ha tenido al menos un ingreso/visita a urgencias en el último mes</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	1	No	0	No disponible	0			
Sí	1									
No	0									
No disponible	0									
Oportunidad	<p><b>Dificultad de deglución</b></p> <p>El paciente presenta dificultades de deglución</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No procede</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	4	No	0	No procede	0	No disponible	0	
Sí	4									
No	0									
No procede	0									
No disponible	0									
Casos Clínicos	<p><b>Líneas de tratamiento</b></p> <p>Primer ciclo de tratamiento o cambio de tratamiento</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	4	No	0	No disponible	0			
Sí	4									
No	0									
No disponible	0									
Palabras clave	<p>3ª línea de tratamiento o posteriores</p> <table border="1"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Sí	4	No	0	No disponible	0			
Sí	4									
No	0									
No disponible	0									
Índice de abreviaturas	<p><i>Puntuación máxima variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios</i>      <b>25</b></p>									

Figura extraída de la web del proyecto MAPEX: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

**Figura 4.** Variables relacionadas con el tratamiento y el peso correspondiente de cada una de ellas para la medición del riesgo global del paciente con neoplasias oncológicas y hematológicas. En la parte inferior de la figura se indica la puntuación máxima que un paciente podría obtener en función de estas variables.

Índice	BLOQUE 4. Variables relacionadas con el tratamiento									
Grupo de trabajo	<p><b>Polimedición</b></p> <p>El paciente toma 6 medicamentos o más (tratamiento domiciliario), entendiéndose como medicamento la forma farmacéutica acompañada de dosis y vía (no incluir el tratamiento que forma parte del proceso oncológico)</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	3	No	0	No disponible	0			
Si	3									
No	0									
No disponible	0									
Introducción	<p><b>Cambio de vía de administración o forma farmacéutica, cambio a genérico o biosimilar</b></p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	No disponible	0			
Si	1									
No	0									
No disponible	0									
Capacidad	<p><b>Modificación del régimen regular de la medicación</b></p> <p>El paciente, por su situación clínica, ha requerido un ajuste o atraso de dosis de la medicación antineoplásica en los últimos 2 meses</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No procede / Paciente Naïve</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	4	No	0	No procede / Paciente Naïve	0	No disponible	0	
Si	4									
No	0									
No procede / Paciente Naïve	0									
No disponible	0									
Motivación	<p><b>Riesgo de la medicación</b></p> <p>Además del tratamiento antineoplásico, el paciente toma algún otro medicamento de alto riesgo (incluido en el <b>listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos</b> y/o en el <b>listado ISMP americano de medicamentos ambulatorios de alto riesgo</b>)</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	3	No	0	No disponible	0			
Si	3									
No	0									
No disponible	0									
Oportunidad	<p>El paciente toma medicamentos con especiales recomendaciones de almacenaje/conservación (p.ej. medicamentos que requieren una determinada temperatura, protección de la luz, condiciones de humedad, etc.)</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	1	No	0	No disponible	0			
Si	1									
No	0									
No disponible	0									
Casos Clínicos	<p><b>Complejidad de la pauta posológica</b></p> <p>El paciente toma un medicamento antineoplásico oral (sin contar el tratamiento de soporte) con pauta discontinua. P.ej.: capecitabina, sunitinib.</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	2	No	0	No disponible	0			
Si	2									
No	0									
No disponible	0									
Palabras clave	<p>El paciente toma dos o más medicamentos antineoplásicos orales (sin contar el tratamiento de soporte) con pautas discontinuas y/o pautas de administración diferentes. P.ej.: lapatinib + capecitabina; MPV, KRd; Lena+Dexa; palbociclib + letrozol; palbociclib + fulvestrant; abiraterona + prednisona.</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>No disponible</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Si	4	No	0	No disponible	0			
Si	4									
No	0									
No disponible	0									
Índice de abreviaturas										
Bibliografía										

Figura extraída de la web del proyecto MAPEX: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

Figura 4. (Continuación)

Índice	<b>Interacciones</b>		
	Se utilizará la base de datos <i>Lexicomp</i> o <i>Medinteract</i>		
	<b>Consulta interacciones CAM (Medicina Complementaria y Alternativa)</b>		
	Si		3
	No		0
	No disponible		0
	<b>Inicio de un tratamiento oncológico con perfil farmacocinético complejo</b>		
	Si		3
	No		0
	No disponible		0
Grupo de trabajo	<b>Interacciones nivel C</b>		
	Si		3
	No		0
	No disponible		0
	<b>Interacciones nivel D o X</b>		
	Si		4
Introducción	No		0
	No disponible		0
	<b>Toxicidad asociada al tratamiento</b>		
El paciente ha presentado/presenta toxicidad grado $\geq 2$ asociada al tratamiento en los últimos tres ciclos. Evaluación de la toxicidad mediante la Escala Common Toxicity Criteria (CTC) del National Cancer Institute (NCI) americano (OMS)			
Capacidad	Si		4
	No		0
	No procede / Sin toxicidad		0
	No disponible		0
Motivación	<b>Adherencia al tratamiento</b>		
	Si existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento oncológico, determinación de la adherencia mediante dos métodos indirectos de validación: registros informáticos de dispensación + Cuestionario Morinsky-Green-Levine.		
Oportunidad	Paciente no adherente: registro de dispensación $\leq 90\%$ y en cuestionario no contesta bien a alguna de las 4 preguntas		
	Si		4
	No		0
	No disponible		0
Casos Clínicos	<b>Tratamiento en condiciones especiales</b>		
	Paciente en Ensayo Clínico		4
	Paciente con tratamiento de uso especial		3
	Paciente con tratamiento recientemente comercializado (primer año de autorización)		2
	Paciente sin tratamiento en condiciones especiales		0
<i>Puntuación máxima variables relacionadas con el tratamiento</i>			<b>41</b>

Figura extraída de la web del proyecto MAPEX: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 4. PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

Según la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación, el paciente es clasificado en uno de los tres niveles de estratificación definidos (**Prioridad 1**, **Prioridad 2** y **Prioridad 3**), los cuáles van a determinar la AF que recibirá dicho paciente.

En función de los resultados de la fase 1 o fase piloto del estudio de estratificación MAPEX-OH, para conseguir una distribución en una pirámide de Káiser de forma que se seleccione un 10% de pacientes que necesiten un máximo de AF (**Prioridad 1**), un 30% que requieran un nivel 2 de AF (**Prioridad 2**) y un 60% de pacientes que requieran una AF de nivel 3 (**Prioridad 3**), se estableció 16 como punto de corte para el **nivel de Prioridad 2** y 28 para el nivel de **Prioridad 1** (Figura 5). Hay que tener en cuenta que estos puntos de corte podrían sufrir alguna variación una vez que se complete la fase 2 de validación del estudio.

Como excepción, el grupo de trabajo decidió que a determinados pacientes, debido a su riesgo específico, se les asignase directamente un nivel de **Prioridad 1**, independientemente de la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación. Se trata de los **pacientes pediátricos, las pacientes embarazadas y los pacientes con condiciones socioeconómicas que no les permiten llevar a cabo correctamente el tratamiento**.

**Figura 5.** Puntos de corte y niveles de prioridad establecidos en la primera fase del estudio de estratificación MAPEX-OH.

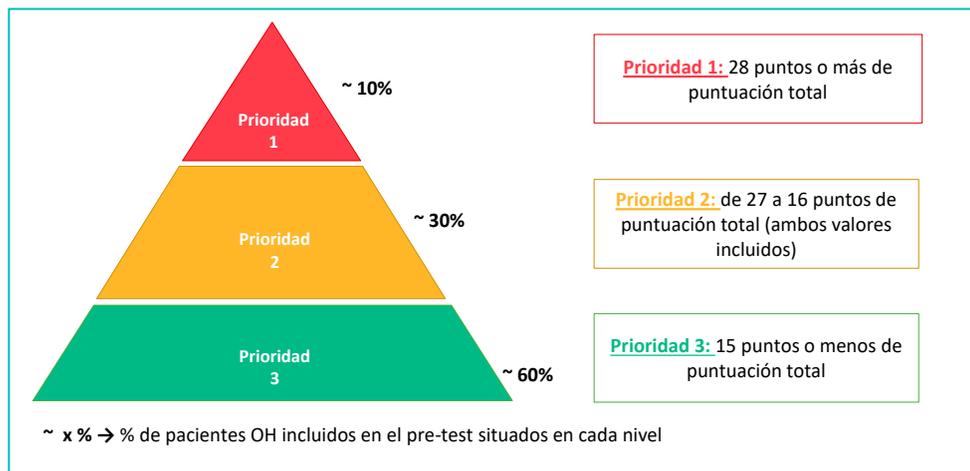


Figura extraída de la web del proyecto MAPEX (enero 2020):  
<https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

## 5. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CADA PACIENTE

Las **actuaciones** de AF a realizar se adaptarán a las necesidades de cada paciente según el nivel en el que este se encuentre. Estas acciones se engloban en **tres grandes ámbitos de actuación**:

- **Seguimiento farmacoterapéutico:** revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos.
- **Formación y educación al paciente:** información sobre la medicación, apoyo a la tramitación administrativa de los tratamientos, y fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- **Coordinación con el equipo asistencial:** elaboración de protocolos, guías, Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), docencia, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación/Historia Clínica Compartida, etc.

Las actuaciones de AF se desarrollarán de manera específica para los distintos niveles de prioridad (Figuras 6, 7 y 8). Estas actuaciones son acumulativas, de manera que a los pacientes de **Prioridad 1** se les realizarán las propias de dicho nivel más las de **Prioridad 2** y **Prioridad 3**, y, a su vez, a los de nivel de **Prioridad 2**, las propias de su nivel más las de nivel de **Prioridad 3**.

Para la óptima realización de las actuaciones propuestas cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones farmacéuticas deberán quedar registradas en la historia clínica del paciente.

En cuanto a la periodicidad de uso del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica del Paciente OH, se ha establecido la conveniencia de aplicar el Modelo al inicio de tratamiento y/o cambio de esquema de tratamiento, y a su vez, en los siguientes casos:

- **Prioridad 1:** valoración en ciclos alternos.
- **Prioridad 2:** valoración cada 3 ciclos.
- **Prioridad 3:** valoración cada 6 ciclos.

No obstante, aunque la reevaluación del paciente se realice en los periodos indicados, no implica que la AF se realice únicamente en estos momentos del tratamiento. El FOH puede aplicar este modelo siempre que lo considere necesario, atendiendo a las

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

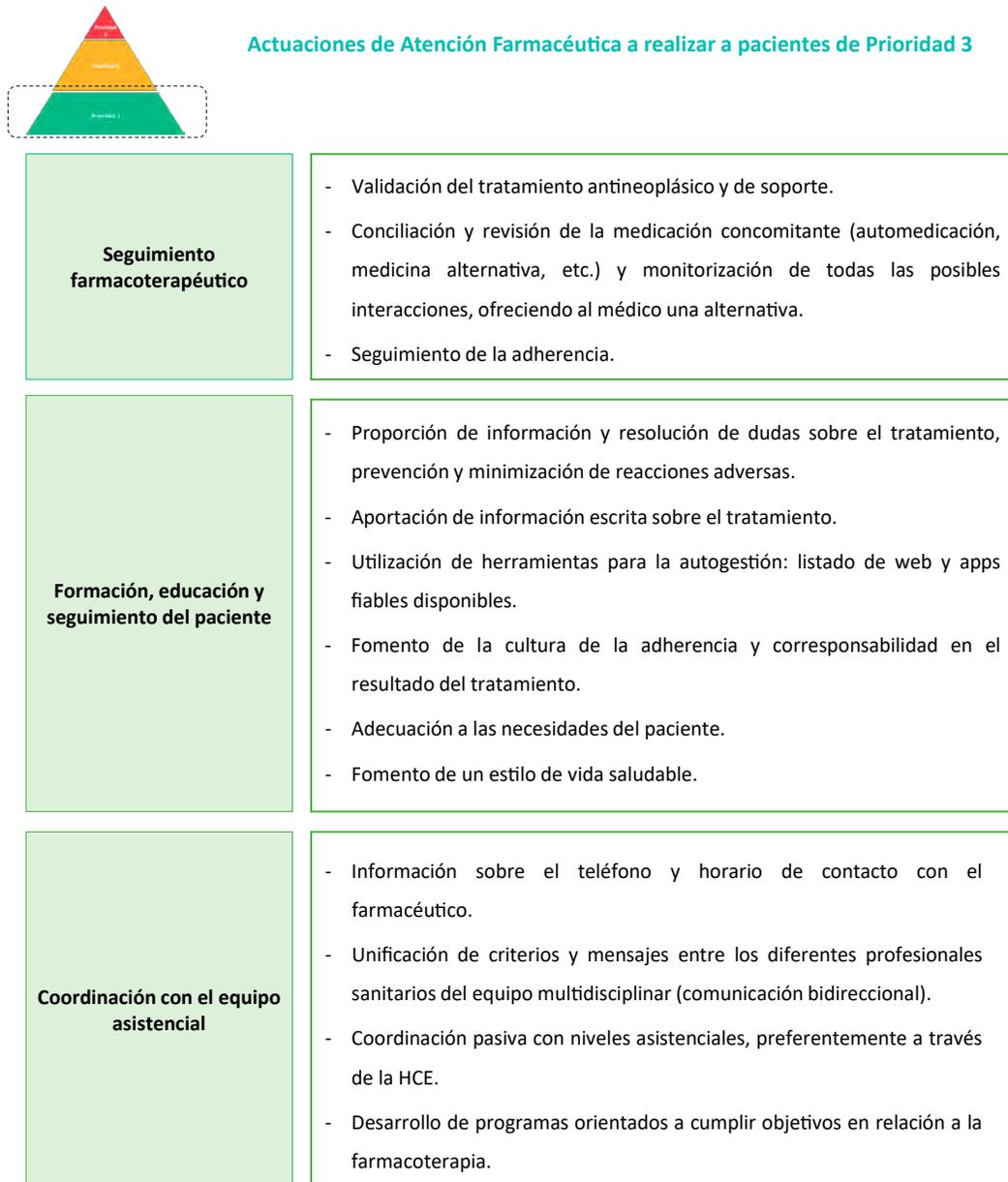
Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

características específicas de cada paciente. Además, la puntuación del modelo no exime el criterio profesional: si se considera elevar a un paciente a un nivel superior de estratificación por circunstancias particulares o puntuales, es conveniente realizarlo. También hay que tener en cuenta que la situación del paciente es cambiante y puede pasar de un nivel a otro en distintos momentos del proceso.

**Figura 6. Actuaciones de atención farmacéutica** a realizar a pacientes de **Prioridad 3**.



- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

**Figura 7.** Actuaciones de atención farmacéutica a realizar a pacientes de **Prioridad 2**.

Índice	 <p data-bbox="509 363 1256 388"><b>Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 2</b></p>	
Grupo de trabajo	<p data-bbox="329 614 517 662"><b>Seguimiento farmacoterapéutico</b></p>	<ul data-bbox="591 517 1287 763" style="list-style-type: none"> <li>- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.</li> <li>- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.</li> <li>- <b>Aplicación del doble método de seguimiento de la adherencia.</b></li> <li>- <b>Monitorización y seguimiento de la actividad del tratamiento antineoplásico.</b></li> <li>- <b>Registro de Patient Related Outcomes (PRO) en cada visita.</b></li> </ul>
Introducción	<p data-bbox="309 952 540 1000"><b>Formación, educación y seguimiento del paciente</b></p>	<ul data-bbox="591 836 1287 1116" style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.</li> <li>- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.</li> <li>- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.</li> <li>- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.</li> <li>- Adecuación a las necesidades del paciente.</li> <li>- Fomento de un estilo de vida saludable.</li> </ul>
Capacidad	<p data-bbox="298 1367 548 1416"><b>Coordinación con el equipo asistencial</b></p>	<ul data-bbox="591 1180 1272 1605" style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.</li> <li>- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).</li> <li>- Coordinación pasiva con niveles asistenciales, preferentemente a través de la HCE.</li> <li>- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.</li> <li>- <b>Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicios de Psico-Oncología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).</b></li> <li>- <b>Proporción de Atención Farmacéutica programada presencial (coincidiendo con visita médica) o mediante teleasistencia.</b></li> <li>- <b>Recomendación o información de uso de SPD en coordinación con Farmacia Comunitaria.</b></li> </ul>
Motivación		
Oportunidad		
Casos Clínicos		
Palabras clave		
Índice de abreviaturas		
Bibliografía		

**Figura 8.** Actuaciones de atención farmacéutica a realizar a pacientes de **Prioridad 1**.



**Actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar a pacientes de Prioridad 1**

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

<b>Seguimiento farmacoterapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validación del tratamiento antineoplásico y de soporte.</li> <li>- Conciliación y revisión de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa.</li> <li>- Aplicación del doble método de seguimiento de la adherencia.</li> <li>- Monitorización y seguimiento de la actividad del tratamiento antineoplásico.</li> <li>- Registro de Patient Related Outcomes (PRO) en cada visita.</li> <li>- <b>Contacto adicional con el paciente entre visitas mediante teleasistencia.</b></li> <li>- <b>Planificación de la próxima visita a la Unidad en coordinación con el equipo asistencial para garantizar un estrecho seguimiento.</b></li> <li>- <b>Realización de un entrevista clínica en todos los ciclos de tratamiento.</b></li> <li>- <b>Involucración del paciente en el Plan Farmacoterapéutico previsto, compartiendo con él la evolución de sus objetivos y acordando acciones.</b></li> </ul>
<b>Formación, educación y seguimiento del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de información y resolución de dudas sobre el tratamiento, prevención y minimización de reacciones adversas.</li> <li>- Aportación de información escrita sobre el tratamiento.</li> <li>- Utilización de herramientas para la autogestión: listado de web y apps fiables disponibles.</li> <li>- Fomento de la cultura de la adherencia y corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.</li> <li>- Adecuación a las necesidades del paciente.</li> <li>- Fomento de un estilo de vida saludable.</li> <li>- <b>Elaboración de material personalizado para cada paciente y/o cuidador (p.ej.: hoja de medicación, diario o similar), en formato papel o electrónico.</b></li> <li>- <b>Formación y educación a familiares y/o cuidadores para el correcto seguimiento del paciente.</b></li> <li>- <b>Fomentar la necesidad de comunicar cualquier proceso nuevo del paciente (nueva enfermedad, toma de nuevo medicamento, problema social...).</b></li> <li>- <b>Seguimiento del paciente entre visitas: telefarmacia (sms, llamadas telefónicas, etc.).</b></li> </ul>
<b>Coordinación con el equipo asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre el teléfono y horario de contacto con el farmacéutico.</li> <li>- Unificación de criterios y mensajes entre los diferentes profesionales sanitarios del equipo multidisciplinar (comunicación bidireccional).</li> <li>- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.</li> <li>- Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicios de Psico-Oncología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).</li> <li>- Proporción de Atención Farmacéutica programada presencial (coincidiendo con visita médica) o mediante teleasistencia.</li> <li>- Recomendación o información del uso de SPD en coordinación con Farmacia Comunitaria.</li> <li>- <b>Coordinación activa con niveles asistenciales (Oficinas de Farmacia para realización de SPD, Centros Sociosanitarios para verificación de planes farmacoterapéuticos, etc.).</b></li> <li>- <b>Elaboración de informes periódicos para el resto del equipo multidisciplinar sobre los casos de pacientes de nivel 1 de prioridad (telefónicos, registro en HCE o en sesiones multidisciplinares) y establecimiento de algoritmos de actuación.</b></li> <li>- <b>Proporcionar información al resto del equipo (a determinar por cada centro el canal de comunicación) sobre los pacientes de nivel 1 de prioridad. P.ej.: llamada de atención en el sistema de información.</b></li> </ul>

En el siguiente enlace se puede acceder a la herramienta de estratificación del paciente OH (enero 2020): <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>

## 6. CONCLUSIONES

- El pilar de **capacidad** del modelo CMO para el paciente OH se basa en el **Modelo de Estratificación del paciente oncohematológico**, el cual permite **clasificar a los pacientes** para poder ofertarles una **AF dimensionada a sus necesidades**, continua en el tiempo, y con todos los medios de apoyo entre niveles asistenciales y tecnológicos necesarios.
- La estratificación y selección para AF del paciente OH se desarrolla en base a **variables demográficas, sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional, clínicas y de utilización de servicios sanitarios, y relacionadas con el tratamiento**.
- El paciente OH es clasificado en **tres niveles de prioridad** según la puntuación obtenida en el Modelo de Estratificación, a partir de la cual debe llevarse a cabo una serie de actuaciones farmacéuticas diferentes según el nivel de intensidad necesario para ayudar a cubrir las necesidades identificadas en el paciente de forma concreta. Además, estas actuaciones desarrolladas de manera específica para los distintos niveles de prioridad son acumulativas.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# MOTIVACIÓN

Paula de Juan García-Torres  
Margarita Garrido Siles  
María Sacramento Díaz-Carrasco

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 1. INTRODUCCIÓN

El documento de Atención Farmacéutica de Barbate define “Motivación”, como la “capacidad de alinear los objetivos a corto con objetivos a medio y largo plazo para cada paciente, de forma individual y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para la consecución”(10).

Algunos de los aspectos clave de este documento inciden en que el nuevo modelo de AF debe centrarse en el paciente y sus objetivos farmacoterapéuticos, siendo estos los que determinen las acciones y actividades a llevar a cabo para asegurar los resultados en salud previstos para cada tipo de paciente. En este modelo, la **entrevista motivacional** se incorpora como herramienta fundamental para brindar una adecuada AF, velando por obtener los mayores niveles de **activación de los pacientes** y unos niveles de adherencia adecuados para alcanzar los objetivos propuestos.

## 2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

La entrevista motivacional se ha definido como una herramienta para ayudar a los pacientes a adquirir un compromiso y a alcanzar el deseo de cambiar (11,12). Desde la óptica del farmacéutico de hospital en general, y el FOH en particular, se busca el compromiso con objetivos relacionados tanto con la farmacoterapia como con hábitos saludables, para alcanzar la situación clínica ideal dentro de la realidad propia de cada paciente. Durante la entrevista motivacional debe prevalecer siempre una premisa básica: los objetivos que se van a planificar en nuestros pacientes deben ser claros, realistas y alcanzables.

Este nuevo modelo de AF precisa la integración de dos aspectos inseparables:

- Un componente puramente científico, que precisa formación específica en farmacología y farmacoterapia.
- Un componente de tipo emocional, en el que son imprescindibles herramientas y habilidades prácticas de comunicación (3) (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** Acciones necesarias durante la entrevista motivacional

### Acciones necesarias durante la entrevista motivacional

Índice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar la comunicación no verbal además de la verbal</li> </ul>
Grupo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber cómo empezar y cómo terminar la entrevista</li> </ul>
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar</li> </ul>
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener actitud de asertividad</li> </ul>
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar el tiempo</li> </ul>
Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar de manera activa</li> </ul>
Casos Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener empatía</li> </ul>

La entrevista motivacional se enmarca en un modelo de comunicación basado en una corresponsabilidad con los resultados farmacoterapéuticos individuales del paciente.

## 3. FASES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional consta de dos fases: una primera fase orientada a generar discrepancias internas, y una segunda fase orientada a afrontar las resistencias y mantener las fortalezas (3). Hay que tener en cuenta que la entrevista dependerá de cada paciente y de cada momento, pudiendo variar el peso de las fases.

### 3.1 Fase I. Generación de discrepancias internas

Esta primera fase es la de identificación, planificación y valoración de los objetivos en relación con la farmacoterapia. Durante esta fase es fundamental establecer una buena relación farmacéutico-paciente, obtener datos relevantes, sintetizar la información obtenida y, a partir de ella, delimitar, clarificar y planificar los objetivos.

Los datos relevantes para establecer objetivos pertenecen a distintos ámbitos:

- Conocimiento por parte del paciente de su patología y tratamiento
- Creencias y expectativas
- Actitudes
- Experiencias farmacoterapéuticas

Las preguntas deben ir orientadas a obtener información de estos ámbitos, sin introducir recomendaciones o instrucciones, las cuáles deben posponerse para el final de la entrevista, una vez analizados todos los factores.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 3.2 Fase II. Afrontar las resistencias y mantener las fortalezas

Esta fase se fundamenta en la información obtenida y sintetizada en la fase previa, a partir de la cual se determinan los objetivos que se han de conseguir y las intervenciones que se llevarán a cabo.

Los aspectos clave de esta fase incluyen:

### 3.2.1 Información al paciente

El entrevistador debe enunciar los problemas hallados e informar al paciente del plan de actuación. Los objetivos principales de proporcionar información al paciente son su educación sanitaria, la modificación de conductas negativas y la promoción de las positivas. Para mejorar la comunicación del mensaje o mensajes clave, la información debe ser previamente seleccionada y ordenada.

### 3.2.2 Negociación con el paciente

El papel del entrevistador debe ser ayudar y motivar al paciente para conseguir los cambios propuestos. Con el objeto de optimizar la negociación, es conveniente conocer el entorno del paciente (estado sociofamiliar, nivel de preparación, características demográficas, etc.), así como conocer sus necesidades y sus creencias en salud sobre el problema que se va a negociar.

### 3.2.3 Lograr mantener los cambios

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

## 4. LA ENTREVISTA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y HEMATOLÓGICO: ASPECTOS CLAVE

El modelo CMO es una metodología de trabajo ambiciosa que pretende orientar y dar herramientas para un cambio de modelo en la AF. El modelo general debe ser adaptado a los distintos tipos de pacientes. En este sentido, el paciente OH es un paciente particular en el cual se dan una serie de características diferenciales que deben ser tenidas en cuenta al aplicar el modelo.

La gravedad de las patologías, la complejidad de los tratamientos y sus toxicidades, o la interacción de múltiples especialidades en el cuidado del paciente, son aspectos a tener en cuenta no solo en la estratificación, sino también en la entrevista motivacional.

Estas características diferenciales del paciente OH deben tenerse en consideración dentro de los distintos ámbitos de la entrevista:

### 4.1 Conocimiento por parte del paciente de su patología y tratamiento

La gravedad de la patología, y el estigma social asociado clásicamente con el cáncer, en ocasiones conllevan dificultades para informar al paciente. Es importante conocer hasta qué punto ha sido informado por el médico y hasta qué punto el paciente desea conocer detalles de su enfermedad. La necesidad de información del paciente puede variar en función del momento de su enfermedad.

Es necesario proporcionar la información adaptada a cada paciente, considerando la complejidad terapéutica, el potencial de interacciones o la adherencia, la cual puede estar condicionada, además, por el potencial de toxicidad de los tratamientos.

### 4.2 Creencias y expectativas

El diagnóstico de cáncer, las recaídas de la enfermedad, los síndromes y los efectos adversos asociados, suelen provocar estrés emocional, fragilidad y miedo. En muchas ocasiones el entorno próximo al paciente evita hablar con él directa y abiertamente de la enfermedad y sus posibles consecuencias. Por otra parte, la percepción social de los efectos adversos asociados al tratamiento del cáncer puede condicionar la actitud del paciente, incluso si no va a recibir tratamientos que produzcan los efectos clásicos de la quimioterapia.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Otra situación característica es la negativa de algunos pacientes a recibir derivados mórficos para controlar el dolor, al percibirlo como un punto de no retorno en su enfermedad. También puede darse el problema de que estos pacientes no comenten las toxicidades por miedo a que se les retire el tratamiento activo, que perciben como su tabla de salvación.

Abordar los aspectos que preocupan al paciente puede colaborar a su bienestar, mejorar sus expectativas y contribuir a la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones proporcionadas.

### 4.3 Experiencias farmacoterapéuticas

La experiencia previa del paciente en torno a la medicación, especialmente los efectos adversos, tan comunes con la terapia anticancerosa, pueden condicionar la actitud e influir en aspectos clave como la adherencia.

### 4.4 Actitudes

Las actitudes del paciente derivarán de múltiples aspectos, como los ya comentados, algunos de ellos modificables con una información y soporte adecuados. Proveer una información clara y fiable, con el enfoque motivacional, puede ser un factor clave, que contribuya además a la activación del paciente (13).

Todo ello sin olvidar la importancia particular del cuidador y de la familia tanto en aspectos positivos de apoyo y refuerzo al paciente, como en posibles aspectos negativos, por influencia de sus propias creencias y actitudes en el comportamiento del paciente. Puede haber ocasiones en las cuales la entrevista tenga que realizarse con el cuidador habitual o, incluso, en las que la entrevista al paciente deba realizarse en ausencia del familiar o cuidador, para evitar este efecto.

Es importante incidir en que el cáncer no es una entidad homogénea, que las situaciones clínicas pueden ser muy diversas, con requerimientos diferenciales en las distintas etapas o “momentos” de la enfermedad: adyuvancia, enfermedad curable, recaída/s, tratamiento paliativo... La enfermedad y su tratamiento pueden originar cambios en el estado físico, nutricional y cognitivo del paciente, que también deben ser valorados y abordados.

En la **Tabla 3** se recogen algunos ejemplos de preguntas destinadas a facilitar la comunicación con el paciente para obtener información clave para establecer objetivos. El nivel de las preguntas deberá adaptarse a cada paciente y variarán en función de que se trate del primer contacto o de los sucesivos. Durante toda la entrevista — tanto en la Fase I como en la Fase II — se podrán utilizar **técnicas de apoyo narrativo**, con expresiones como las incluidas en la **Tabla 4**.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

**Tabla 3.** Ejemplos de preguntas para la entrevista motivacional

Tema	Ejemplos de preguntas
<b>Explorar el conocimiento del paciente sobre su patología y tratamiento</b>	<p>Por favor, me gustaría saber con sus palabras el problema que le trae aquí desde el principio.</p> <p>¿Podría explicarme el motivo por el que le han prescrito este medicamento?</p> <p>¿Recuerda para qué le han prescrito este medicamento?</p> <p>¿Qué espera de su tratamiento?</p> <p>¿Cómo afronta usted esta etapa?</p> <p>¿Le preocupa algo relacionado con el tratamiento que va a empezar?</p>
<b>Explorar la idea del paciente acerca de los problemas derivados de la farmacoterapia</b>	<p>¿Ha recibido otros tratamientos previamente?</p> <p>¿Tolera bien la medicación que está tomando o la que ha tomado en otras ocasiones?</p> <p>¿Nota algún efecto o sensación distinta a antes de tomar la medicación que le preocupe?</p> <p>¿A qué lo atribuye?</p> <p>¿A qué cree usted que puede deberse?</p> <p>¿Se ha notado más cansado...percibe mayor cansancio...?</p> <p>¿Le preocupa la pérdida de pelo, la pérdida de atención...?</p> <p>¿Sabe que, en ocasiones, las terapias naturales pueden causar problemas mientras se toma medicación para su enfermedad?</p> <p>¿Le gustaría que analizáramos si los productos que está tomando son seguros en este momento?</p> <p>¿Conoce la importancia de comunicar a su oncólogo y a su farmacéutico cualquier cambio en el tratamiento por parte de otros médicos? ¿También si utiliza medicamentos de venta libre o de herboristería?</p>

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

**Promover adherencia**

¿Le cuesta mantener las pautas de medicación que le han prescrito en otras ocasiones? (*para inicios de tratamiento*)

¿Le cuesta mantener, por cualquier motivo, la pauta de medicación que está recibiendo en estos momentos?

¿Le resulta difícil cumplir el tratamiento tal y como se lo ha mandado el médico?

¿Conoce la importancia de tomar el tratamiento tal como se lo han prescrito?

¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de no tomar adecuadamente la medicación?

La toma correcta de sus fármacos puede hacer que disminuya mucho el riesgo de recaída. O bien: Puede conseguir mantener la enfermedad controlada durante mucho tiempo, ¿qué tal si revisamos toda la medicación y vemos si tiene alguna duda...o si podemos ayudarle a que la tome correctamente?

**Abordar sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad o miedo a las consecuencias**

Es habitual cierto grado de preocupación en estas situaciones...  
¿Le sucede a usted?

¿Hay algo que le preocupe, XXX? / ¿Qué le preocupa, XXX?  
(*Utilizando el nombre de pila del paciente*).

¿Qué es lo que más le preocupa de todo este problema?

¿Le preocupa algo en torno a la medicación que debe tomar?

**Explorar percepción y actitudes relacionadas con cambios en el estado físico, nutricional y cognitivo del paciente**

¿Se ha notado más cansado...percibe mayor cansancio...?

¿Sabe que hacer un poco de ejercicio físico puede ayudarle a mejorar esa sensación?

¿Le preocupa la pérdida de pelo, la pérdida de atención...?

¿La alimentación se ha convertido en un problema para usted?

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

**Tabla 4.** Ejemplos de técnicas de apoyo narrativo

	<b>Técnicas de apoyo narrativo</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Índice</b>	<b>Facilitación</b>	Continúe, por favor. <i>(A nivel no verbal: postura atenta, contacto ocular, asentir con la cabeza y sonreír)</i>
<b>Grupo de trabajo</b>		Le escucho. Siga.
<b>Introducción</b>		Estaba diciendo... <i>(Se recomienda tener en cuenta que repetir alguna de las frases que ha dicho el paciente puede facilitar que continúe. Además, el uso del silencio es una forma de facilitación para expresar emociones del paciente y encontrar la palabra exacta para describirlas)</i>
<b>Capacidad</b>	<b>Empatía (utilizar expresiones que indiquen que nos ponemos en su lugar)</b>	Creo entender cómo se siente.
<b>Motivación</b>		Me imagino que no debe ser sencillo pasar por una situación así. Es frecuente que las personas reaccionen como usted en situaciones similares a la suya. <i>(Empatizamos con el paciente con una frase en la cual reconocemos lo difícil de la situación...)</i>
<b>Oportunidad</b>	<b>Señalamiento</b>	Le veo preocupado.
<b>Casos Clínicos</b>		Parece como si estuviera inquieto.  Desde hace un tiempo parece que no está del todo conforme con la medicación.
<b>Palabras clave</b>	<b>Clarificación</b>	¿Qué ha querido decir con eso?
<b>Índice de abreviaturas</b>		¿Puede explicarme qué ha querido decir? <i>(Una técnica útil es resumir lo dicho por el paciente y confrontar con el si la información coincide con lo que quería decir. Por ejemplo: "Entonces está tomando las pastillas blancas por la mañana y las rojas por la noche... ¿No es así?")</i>
<b>Bibliografía</b>	<b>Devolver con una propuesta*</b>	¿Qué tal si nos planteamos juntos objetivos a corto plazo con respecto a su medicación? Verá como con un pequeño esfuerzo diario los resultados se alcanzan y usted mismo se notará mejor. Nosotros estaremos siempre dispuestos a ayudarle cuando lo necesite.

Índice	<p><b>Realizar preguntas evocadoras para generar afirmaciones automotivadoras*</b></p> <p>¿Cómo le dificulta esta situación hacer lo que a usted le gustaría?</p> <p>¿Se le ocurre alguna manera de afrontar este problema?</p> <p>¿Cuáles serían las ventajas de llevar a cabo el cambio que le estoy proponiendo?</p> <p>¿Qué aspectos son los que más le pueden dificultar llegar a alcanzar el objetivo que perseguimos y cómo podemos vencer esas dificultades?</p>
Grupo de trabajo	
Introducción	<p><b>Validación</b></p> <p>Se recomienda dejar ver al paciente que sus preocupaciones o reacciones emocionales son normales, ya que muchas personas muestran dudas, preocupaciones o reacciones similares.</p> <p>Ejemplo:</p>
Capacidad	<p>Muchas personas se sienten como usted.</p>

\* Estrategias especialmente útiles en la Fase II de la entrevista

Motivación

## 5. OBJETIVOS IDENTIFICABLES A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA

Oportunidad

De la síntesis de la información obtenida en la primera fase de la entrevista motivacional se fijarán con el paciente una serie de objetivos, los cuáles deben ser claros, realistas y alcanzables. Durante la segunda fase de la entrevista, se informará y negociará con el paciente cómo conseguir esos objetivos, de manera que se logre alcanzarlos de forma duradera.

Casos Clínicos

Palabras clave

En el ámbito de los pacientes oncológicos es fundamental adaptar esos objetivos a la situación real del paciente y a su pronóstico, evitando proyecciones poco realistas o inalcanzables que frustren la obtención de objetivos más modestos pero realistas.

Índice de abreviaturas

Durante la entrevista es importante tener en cuenta la calidad de vida del paciente ya que puede tener un impacto en el tratamiento o en la consecución de los objetivos planteados, o ser un objetivo en sí mismo. Existe la posibilidad de medir la calidad de vida con cuestionarios validados, ya sean con una escala general o con una escala particular de la patología.

Bibliografía

Un aspecto clave en la consecución de los objetivos es la **activación del paciente**, que consiste en la responsabilización del paciente, en colaboración con los profesionales sanitarios, de su propio cuidado, del adecuado mantenimiento de su salud y de su tratamiento. Esto implica que el paciente conozca su papel en este proceso y que tenga los conocimientos, habilidades y confianza necesarios para sentirse responsable

de su tratamiento y cuidados. Estudios en otros ámbitos demuestran que la activación de los pacientes se asocia con una mejora en los resultados, ya que los pacientes activados suelen comprometerse con hábitos de vida saludables y con una mayor adherencia al tratamiento. Además, parece que también repercute en una mayor satisfacción (14, 15).

En un reciente estudio publicado en 2019 se mostraba cómo la consulta del paciente OH con un FOH puede incrementar la activación del paciente. En dicho estudio, la consulta incluyó tanto información sobre el tratamiento de quimioterapia como la validación farmacéutica del tratamiento farmacológico del paciente. Sin embargo, son necesarios más estudios que relacionen la mejora de la activación del paciente OH con una mejora de los resultados clínicos (13).

A continuación, se detallan algunos objetivos generales relativos al autocuidado y al conocimiento de la farmacoterapia que pueden plantearse al paciente. Sin embargo, no hay que olvidar que las prioridades y el alcance en cada paciente deberá adaptarse de forma individualizada.

## 5.1 Autocuidado

### 5.1.1 Estado nutricional

Las consecuencias de la desnutrición en el pronóstico del paciente OH se manifiestan tanto a nivel funcional como estructural. Numerosos estudios han demostrado su repercusión en la efectividad del tratamiento antineoplásico, en el aumento de toxicidad secundaria al tratamiento, en la evolución clínica de la enfermedad, en el incremento de complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria, y en la calidad de vida de los pacientes (16-18).

Entre las causas implicadas en la etiología de la malnutrición destacan factores relacionados con el propio tumor, con el tratamiento antineoplásico y con características propias del paciente. Es importante destacar en este sentido el hecho de que, entre los distintos factores pronósticos en pacientes OH, el estado nutricional, a diferencia de otros, es un factor sobre el que es posible incidir, siendo potencialmente sensible a la intervención terapéutica (18, 19). Por este motivo, es necesario incluir el mantenimiento o recuperación de un estado nutricional adecuado como uno de los objetivos a tratar y consensuar con el paciente durante la consulta de AF. Este es un punto que el paciente debe conocer y constituye un elemento motivador importante en el que puede desempeñar un papel activo en su autocuidado.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

La familia juega también un papel fundamental en la estrategia nutricional de los pacientes con cáncer y es, de hecho, una de las preguntas más habituales en las consultas de farmacia con pacientes OH. La familia o cuidadores deben ser soporte y ayuda, pero deben ser conscientes de que muchas alteraciones físicas y efectos secundarios hacen realmente muy difícil una correcta alimentación, por lo que es necesario que presenten una actitud motivadora, pero sin presiones y respetando el ritmo del paciente.

Además, es importante que el paciente nos oriente sobre cualquier síntoma asociado que limite su ingesta, preguntando si ha notado cambios en el gusto, si tiene dificultad para deglutir o dolor al comer o cualquier otro síntoma asociado y sobre el que se pueda actuar, previniéndolo o reduciendo su intensidad.

Existen numerosas guías clínicas y documentos con recomendaciones para prevenir o tratar cada uno de los síntomas relacionados con el estado nutricional del paciente (prevención de náuseas o vómitos, mucositis, disgeusia, etc.), que este debería conocer y que deberían ser adaptadas a sus propias características clínicas e individuales (20). Pero además de todas las recomendaciones de prevención de estos síntomas asociados a la enfermedad o al tratamiento, es necesario ir consensuando pequeños objetivos con el paciente en cuanto a recuperación de peso o parámetros nutricionales. Al estar implicados muchos factores en el estado nutricional del paciente — no sólo físicos, sino también culturales, familiares, socioeconómicos, etc. —, es importante indagar sobre algunos puntos que permitan al paciente tener un papel activo, hacerlo partícipe y planificar objetivos factibles (a veces el mantenimiento del peso o una leve recuperación puede ser suficiente). La **Tabla 5** muestra, a modo de ejemplo, algunas preguntas que se podrían plantear al paciente.

**Índice****Grupo de trabajo****Introducción****Capacidad****Motivación****Oportunidad****Casos Clínicos****Palabras clave****Índice de abreviaturas****Bibliografía**

**Tabla 5.** Ejemplos de preguntas relacionadas con el estado nutricional que se pueden plantear al paciente.

<b>Índice</b>	<b>¿Cómo piensa que podría mejorar su ingesta diaria?</b>	A veces cambiando la preparación culinaria, la textura de la comida o la forma de presentación se puede estimular la alimentación, al facilitar, por ejemplo, la masticación o deglución.
<b>Grupo de trabajo</b>	<b>¿Qué obstáculos tenemos que superar para mejorar su alimentación diaria?</b>	
<b>Introducción</b>	<b>¿Vería posible hacer cinco o seis comidas de menor volumen al día?</b>	Es deseable que el paciente haga varias comidas de menor cantidad al día, intentando no omitir ninguna. La familia puede acompañar en estas comidas o no. Dependiendo de las preferencias del paciente este punto puede ser un aspecto estimulante o todo lo contrario.
<b>Capacidad</b>	<b>¿Hay algún momento en que tenga más apetito?</b>	Normalmente los pacientes con cáncer tienen más apetito por la mañana. Sin embargo, es importante que sea el paciente quien marque el ritmo y que aproveche el momento de mayor apetito para hacer entonces comidas de mayor volumen.
<b>Motivación</b>	<b>¿Hay alimentos que le apetezcan más que otros y que pudiéramos aprovechar en nuestro objetivo de recuperar un poco de peso?</b>	Hay que respetar los gustos y preferencias del paciente, intentando informar sobre alimentos que puedan ayudar a aumentar el aporte energético y/o proteico de las comidas.
<b>Oportunidad</b>	<b>¿Le ayudaría cambiar de suplemento nutricional?</b>	A veces, en pacientes en tratamiento con suplementos nutricionales orales, el cambio de sabor o de fórmula ayuda a mejorar la ingesta.
<b>Casos Clínicos</b>	<b>¿Hay alguna cuestión emocional o de su entorno que influye en su alimentación?</b>	En ocasiones, puede que algún factor emocional, familiar o del entorno del paciente pueda influir en las cuestiones nutricionales... Como la presión de las familias, por ejemplo.
<b>Palabras clave</b>		
<b>Índice de abreviaturas</b>		
<b>Bibliografía</b>		

### 5.1.2 Astenia y ejercicio

La **astenia** relacionada con el cáncer se define como “una sensación angustiosa, persistente y subjetiva de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o cognitivo relacionado con el cáncer o su tratamiento que no se debe a actividades recientes e interfiere con el funcionamiento habitual” (21). Constituye uno de los síntomas con mayor prevalencia en pacientes con cáncer, especialmente en los enfermos que están en tratamiento, variando su prevalencia en función de la escala y población estudiada (22, 23).

Debido a la importante repercusión en la calidad de vida y a su impacto en la capacidad funcional de los pacientes (24), es importante implementar herramientas que permitan detectar la presencia de astenia desde la primera visita, evaluar y manejar adecuadamente la fatiga y realizar una reevaluación periódica del síntoma. Dicha evaluación se puede realizar mediante escalas sencillas que miden la presencia/ausencia de astenia y su intensidad (como por ejemplo la *Visual Analog Fatigue Scale*) o bien mediante herramientas más complejas, que consideran además otros aspectos como el impacto de la astenia en el comportamiento del paciente o su función cognitiva, física y/o afectiva. Entre estas últimas se encuentran algunas escalas como MFI (*Multidimensional Fatigue Inventory*), FACT (*Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue Scale*) o el cuestionario PERFORM, desarrollado y validado en nuestro país (25).

Son varios los mecanismos fisiopatológicos implicados en la fatiga relacionada con el cáncer. Estos probablemente estén relacionados con una alteración en la regulación de varios sistemas junto con otros factores que pueden contribuir a su aparición o mantenimiento, como la presencia de dolor, anemia, deterioro nutricional, caquexia tumoral, alteraciones emocionales, trastornos del sueño, abuso de alcohol, efectos secundarios de algunos fármacos o nivel de actividad física (25). Es fundamental, para un manejo efectivo de la astenia, hacer una evaluación específica durante la entrevista clínica, preguntando al paciente sobre este síntoma, con el fin de identificar aspectos que contribuyan a la astenia y sobre los que se pueda actuar. Es igualmente importante informar de las posibles causas, lo que permitiría al paciente tener un papel activo en el proceso terapéutico y fijar objetivos que colaboren a mitigar la fatiga.

Índice
Grupo de trabajo
Introducción
Capacidad
Motivación
Oportunidad
Casos Clínicos
Palabras clave
Índice de abreviaturas
Bibliografía

Además del tratamiento farmacológico, existen una serie de medidas generales que pueden ayudar a mitigar los efectos de la astenia, como planificar conjuntamente con el paciente un programa de actividad y descanso, programar actividades durante las horas de menos fatiga o establecer prioridades para la realización de las mismas, así como establecer unos buenos hábitos que ayuden a mejorar el sueño. Respecto al beneficio de las terapias no farmacológicas, estas contribuyen de forma significativa en la reducción de la fatiga relacionada con el cáncer, especialmente el ejercicio físico y las intervenciones psicosociales (26).

El **ejercicio físico** es la opción no farmacológica con mayor evidencia científica en la reducción de la astenia durante y tras el tratamiento oncológico (27). Por ello, se debería consensuar con el paciente un plan de prevención de la astenia que incluyera la realización de una actividad física adecuada a sus características clínicas. En los casos en los que sea posible sería deseable que el paciente contactara con algún especialista que individualizara el tipo y nivel de actividad, pero como norma general se recomienda iniciar con actividades de bajo nivel que gradualmente se pueden ir incrementando con el tiempo. No hay suficiente evidencia para recomendar tipo, frecuencia y duración específica de los ejercicios, aunque algunos estudios sugieren entre tres y cinco horas de actividad moderada por semana para mejorar los resultados (21). El *American College of Sports Medicine* tiene publicadas guías específicas con pruebas y programas de ejercicios para pacientes con cáncer que podrían servir de orientación y estímulo al paciente (28).

### 5.1.3 Reducción de hábitos tóxicos

Algunos hábitos tóxicos como son el tabaco, el alcohol o el consumo de drogas, podrían tener consecuencias negativas en el resultado del tratamiento oncológico. En algunos casos, los hábitos del paciente pueden conducir a la aparición de efectos adversos potencialmente graves, mientras que en otros casos, el beneficio del tratamiento podría verse reducido. En ocasiones, los profesionales sanitarios y los pacientes no son conscientes de estos hechos ni del mayor riesgo que estos hábitos tóxicos podrían suponer para el paciente.

#### **Tabaquismo**

La relación entre el **tabaco** y la aparición de tumores está ampliamente demostrada: el tabaquismo se relaciona con el origen de más de diez tipos diferentes de tumores, y es el responsable de 9 de cada 10 muertes por cáncer de pulmón. Sin embargo, la relación entre los efectos farmacocinéticos del tabaco en los tratamientos empleados para tratar el tumor no ha sido investigada con el mismo detalle, aunque sí se ha demostrado que el tabaco puede interaccionar sobre las enzimas metabolizadoras y transportadoras de fármacos (29).

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

El 25-30% de los pacientes oncológicos siguen fumando durante y después del tratamiento antineoplásico. Este hecho puede tener un impacto importante en la eficacia y toxicidad de los tratamientos, así como en la supervivencia de estos pacientes (30). El metabolismo o la eliminación de algunos fármacos, como erlotinib o irinotecan, puede verse alterado por el tabaco. Por ejemplo, el aclaramiento de erlotinib es un 24% mayor en fumadores que en no fumadores, lo que podría afectar negativamente a la supervivencia del paciente. En el caso de irinotecan, la neutropenia de grado 3 y 4 es menor en fumadores, y la concentración de SN-38 un 40% menor. Por este motivo, es necesario evaluar la influencia del tabaquismo en la actividad antitumoral de los fármacos antineoplásicos (29).

Muchos pacientes presentan dificultades para abandonar el tabaco, debido a factores como el estrés, la dependencia, factores relacionados con el entorno familiar, laboral, social, y a la falta de recursos y apoyo. En el caso del paciente OH hay que sumar también otros factores específicos como el dolor, el deseo de mantener el control, la exposición como fumador pasivo, la culpa, el miedo, y el fatalismo sobre el pronóstico de la enfermedad. Por último, también hay que tener en cuenta la falta de consciencia del paciente sobre los daños asociados a continuar fumando cuando se diagnostica una neoplasia.

El *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), ha elaborado una guía para el abandono del tabaco en pacientes oncológicos. La guía recomienda interrumpir el consumo de cualquier tipo de tabaco sin importar el tipo de tumor o el estadio en el que se encuentren los pacientes. Debido a que los pacientes oncológicos que fuman presentan a menudo una elevada dependencia de la nicotina, el abordaje debe ser multimodal y debe incluir tres aspectos: estrategias motivacionales basadas en la evidencia y terapia conductual (*counseling*), farmacoterapia basada en la evidencia y un seguimiento cercano que implique incluso volver a tratar al paciente si fuera necesario (31).

### **Consumo de alcohol**

El consumo de **alcohol** también está relacionado con el riesgo de desarrollar un tumor, aunque esta relación puede estar sesgada por el hábito tabáquico, especialmente en tumores de cabeza y cuello y de esófago. En los tumores relacionados con el consumo de alcohol, la posibilidad de recaída o de aparición de un segundo tumor es mayor en los pacientes que continúan consumiendo alcohol después del diagnóstico o del tratamiento (29).

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Con respecto a la interferencia del alcohol con el metabolismo de los medicamentos, se sabe que el consumo prolongado de alcohol puede inducir el CYP2E1. Este citocromo juega un papel poco importante en el metabolismo de los antineoplásicos, por lo que su papel parece limitado. Sin embargo, parece que cada vez hay más evidencia sobre la interferencia del alcohol con el CYP3A4, induciendo su actividad (29).

Las bebidas alcohólicas pueden contener otras sustancias además del alcohol que afecten al metabolismo de los fármacos, como son los flavonoides que contiene el vino tinto y otros ingredientes polifenólicos que también podrían interactuar con los fármacos. Debido a las posibles interacciones tanto en el metabolismo como en el transporte de fármacos, y a la falta de estudios clínicos rigurosos en este ámbito, es necesario conocer los hábitos de consumo de alcohol de los pacientes, y debería comentarse con ellos las consecuencias negativas del consumo de alcohol sobre el tumor y sobre su tratamiento, así como concienciar al paciente de tener hábitos saludables y valorar con él la ingesta de alcohol antes y durante el tratamiento antineoplásico. En contraste con otras recomendaciones — como el abandono del tabaco —, los pacientes suelen abandonar el alcohol sin requerir mucha insistencia (29).

### ***Otras sustancias tóxicas***

Por último, el consumo de **otras sustancias tóxicas** se ha visto que reduce el cumplimiento de los tratamientos, empeora el pronóstico del tumor, y parece ser un factor negativo para la calidad de vida de los pacientes OH (32). Por ello, es importante conocer si el paciente consume alguna droga de abuso para abordar la necesidad de abandonar su consumo y llevar a cabo la intervención médica necesaria para ello.

### **5.1.4 Control del estrés**

El estrés relacionado con el cáncer es definido por el NCCN como “una experiencia desagradable, multifactorial, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional), social, espiritual y/o física que puede interferir con la capacidad de enfrentarse al cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. El estrés se extiende de forma continuada variando desde síntomas comunes y habituales de vulnerabilidad, tristeza y miedo, a problemas que pueden llegar a ser discapacitantes como la depresión, la ansiedad, el pánico, el aislamiento social y las crisis existenciales y espirituales” (33).

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Debido a los efectos de la enfermedad y de su tratamiento, todos los pacientes experimentan algún grado de distrés cuando son diagnosticados de cáncer. El distrés se da independientemente del estadio de la enfermedad: puede resultar de la reacción al diagnóstico de cáncer o a las distintas situaciones que atraviesa el paciente durante el proceso de la enfermedad, incluso una vez superada.

Algunos pacientes experimentan niveles de distrés clínicamente significativos y es importante identificarlos y tratarlos adecuadamente. Los pacientes con mayor riesgo de presentar distrés moderado o severo son aquellos que reúnen algunos de los factores que se recogen en la **Tabla 6**.

**Tabla 6.** Factores de riesgo de presentar distrés moderado o severo.

### Factores de riesgo de distrés

- Antecedentes de patología psiquiátrica
- Depresión
- Abuso de sustancias tóxicas
- Alteración cognitiva
- Comorbilidades graves
- Síntomas no controlados
- Barreras de comunicación
- Factores de riesgo social: por ejemplo, ser joven, vivir solo, tener niños pequeños, haber sufrido traumas previos y/o abusos físicos, sexuales, emocionales y/o verbales.

El distrés es un factor de riesgo para la falta de adherencia a los tratamientos, sobre todo si son orales. Además, la falta de reconocimiento y de tratamiento del distrés puede conducir a una mayor dificultad para el paciente a la hora de decidir sobre su tratamiento, por lo que acuda con más frecuencia a la consulta médica o a urgencias. También va aparejado a una peor calidad de vida e incluso podría afectar negativamente a la supervivencia (33).

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

El cribado y detección precoz del distrés en los pacientes oncológicos permite un abordaje temprano y adecuado de este, lo que mejora el manejo médico del paciente. Existen varias herramientas para detectar distrés:

- **Termómetro de Distrés del NCCN:** herramienta rápida y sencilla, desarrollado por el NCCN, para detectar distrés relacionado con el cáncer. Consiste en una escala visual que va de 0 (no distrés) a 10 (máximo distrés) (33).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS):** escala que consiste en una serie de preguntas encaminadas a detectar distrés en los pacientes. Consiste en dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión (33).

La detección de distrés elevado durante la entrevista motivacional (por ejemplo, una puntuación mayor de 4 en el Termómetro de Distrés del NCCN) debe alertarnos sobre los problemas derivados. Debemos indagar sobre medidas ya establecidas para su control y/o proponer estrategias al paciente, incluyendo la consulta con un profesional cualificado.

## 5.2 Conocimiento y comprensión de farmacoterapia

El cambio de visión en el modelo de AF no debe hacernos olvidar los objetivos clásicos de esta, es decir, la mejora de los resultados en la salud del paciente mediante la optimización del tratamiento y de aspectos relacionados con este, como conciliación, adherencia, interacciones, etc., sino que debe dar énfasis a la implicación del paciente en la consecución de estos objetivos.

En 2010, una revisión Cochrane valoró el impacto de las actividades del farmacéutico — no meramente de dispensación — sobre los resultados en el paciente. Los autores describen, por ejemplo, como la reducción de duplicidades terapéuticas y del número de fármacos prescritos redundan en la mejora de resultados clínicos y de la calidad de vida del paciente (34).

El documento de entrevista clínica y atención farmacéutica al paciente OH, publicado previamente por GEDEFO-SEFH, sigue siendo de gran utilidad, aportando aspectos clave para la AF en este colectivo (35).

### 5.2.1 Manejo de la medicación

Los objetivos básicos de correcta manipulación, conservación y administración de la medicación deben incorporarse desde la primera visita del paciente, motivándole e informándole de la repercusión de su mal uso en los objetivos terapéuticos. Se deben incorporar en la entrevista preguntas o refuerzos para asegurar la comprensión de la información.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Teniendo en cuenta el tipo de medicamentos empleados por este tipo de pacientes, se debe incorporar también como objetivo conseguir una adecuada manipulación y gestión de residuos tóxicos en el domicilio, asegurando que el paciente comprenda la importancia de estos aspectos para su seguridad y la de su entorno (36).

### 5.2.2 Interacciones

Los pacientes oncológicos son especialmente susceptibles de presentar interacciones farmacológicas por los distintos tratamientos que reciben de forma habitual: antineoplásicos y tratamientos de soporte, junto a otros fármacos para tratar comorbilidades y síndromes relacionados con el tumor, tales como el dolor y la depresión. Suelen recibir medicamentos de estrecho margen terapéutico a lo que se suma el deterioro orgánico, que acompaña tanto a la patología de base en sí misma como al proceso de envejecimiento, y repercute en los procesos de metabolización y excreción renal de los fármacos. Muchos de los efectos derivados de las interacciones medicamentosas en oncología no se reconocen como tales porque se encuentran enmascaradas por algunos síntomas de la propia patología o bien porque se superponen con la toxicidad inherente al tratamiento (37). Por ello, puede ser especialmente relevante concienciar al paciente de la importancia de informar sobre todos los cambios de medicación que se produzcan durante su tratamiento, incluidos los fármacos de venta sin receta y los preparados de herboristería o los conocidos como “terapias naturales”.

En pacientes oncológicos se han realizado estudios de interacciones en escenarios clínicos diversos, tanto en pacientes ingresados como en pacientes ambulatorios, con resultados dispares, condicionados también por la base de datos utilizada para su estudio (38). En general, los fármacos implicados con más frecuencia pertenecen a los tratamientos de soporte o para las comorbilidades; y el riesgo de interacciones es mayor con antineoplásicos orales, en especial de terapia dirigida, que con la quimioterapia parenteral clásica (39, 40).

Tampoco hay que olvidar la posibilidad de interacciones con alimentos (41) y productos de terapia alternativa y complementaria.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

### 5.2.3 Adherencia

La adherencia al tratamiento, en términos de dosis, frecuencia y horarios de administración correctos, es fundamental para optimizar resultados, minimizar toxicidad y reducir costes. Las principales barreras que impiden conseguir una buena adherencia en pacientes oncológicos incluyen la complejidad de los esquemas, la polimedicación, el nivel sociocultural o cognitivo del paciente y, muy importante, la toxicidad inherente a los tratamientos (42).

En 2014, Mathes T y col. (43) publicaron una revisión sistemática que pone de manifiesto la dificultad para evaluar la efectividad de las medidas encaminadas a aumentar la adherencia. En este trabajo, los autores aconsejan dirigir las intervenciones a pacientes de alto riesgo de incumplimiento, lo cual está en consonancia con el modelo de estratificación propuesto. Además, identifican como intervenciones más prometedoras la educación y el consejo directo al paciente, también en consonancia con el modelo de motivación propuesto en estas páginas.

Para mejorar el objetivo de adherencia es fundamental asegurar que el paciente entienda, conozca y distinga su medicación, pero además, es importante conseguir un adecuado nivel de activación del paciente para que sea consciente de la importancia de la misma y esté implicado en conseguir este objetivo que depende directamente de él.

Para ayudar al paciente en este objetivo fundamental, el farmacéutico debe implicarse mediante la educación continua sobre la medicación, sin olvidar que los efectos adversos pueden estar en el origen de la falta de adherencia y que hay que instruir al paciente en la detección y comunicación inmediata de aquellos que se consideren críticos.

Otras medidas de apoyo pueden incluir: proponer simplificaciones del tratamiento tanto como sea posible, elaborar calendarios o plantillas para registrar las tomas, hacer coincidir los horarios de toma de medicamentos con actividades diarias, etc.

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

### 5.2.4 Identificación y manejo de toxicidades

El tratamiento farmacológico del cáncer se caracteriza por un estrecho margen terapéutico y un elevado riesgo de reacciones adversas, algunas de las cuales pueden poner en riesgo la vida del paciente. Por ello es especialmente importante informar y entrenar al paciente y/o al cuidador en la identificación de signos y síntomas que requieran atención inmediata, o que aconsejen no tomar la medicación, así como en las medidas para reducir las toxicidades más habituales. Además, en la actualidad, es especialmente importante distinguir las toxicidades relacionadas con la inmunoterapia (reacciones inmunomediadas) ya que pueden requerir una atención temprana y un manejo distinto a los tratamientos convencionales (44).

Por todo ello, y dada la enorme complejidad de la terapéutica del cáncer, se requiere una formación específica por parte de los FOH.

Por otra parte, el paciente necesita recibir información práctica y adaptada a su capacidad de comprensión para conocer la toxicidad del tratamiento y cómo manejarla. Existen múltiples fuentes de información al respecto con herramientas de apoyo, como las **hojas de información al paciente** elaboradas por GEDEF0-SEFH (<https://www.sefh.es/informacion-al-paciente-hojas-de-informacion.php>) En ocasiones es necesario ir dosificando la información en las sucesivas visitas para facilitar la comprensión. También es importante que tengan un FOH de referencia, con un teléfono de contacto o a través de correo electrónico o aplicaciones móviles. Durante la entrevista motivacional, debemos informar al paciente de la posible implicación de otros factores en la toxicidad, como un mal uso de la medicación, errores de dosificación, interacciones con otros medicamentos, alimentos u otras terapias, e incidir en la importancia de informar sobre estos aspectos tanto al médico como a su farmacéutico habitual.

### 5.2.5 Información al paciente con respecto a información “tóxica” o falsa

El diagnóstico de una enfermedad oncológica es un momento complicado para el paciente; suele ser un momento inesperado y también dramático, ya que en muchos casos el tratamiento no logra la curación. Son los pacientes jóvenes los que presentan más riesgo de distrés debido al impacto que la enfermedad tiene a nivel reproductivo, como cuidador — de hijos o familiares —, o en la actividad laboral. Además, en muchas ocasiones los pacientes expresan la dificultad para asimilar la gran cantidad de información que reciben en las primeras consultas y la dificultad para realizar las preguntas que les surgen y manejar la ansiedad provocada por los procedimientos médicos (45).

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Por este motivo, el paciente puede sentir la necesidad de informarse por su cuenta. Internet es una fuente frecuente de información sobre salud en la población en general y en concreto en los pacientes OH. Hay estudios que afirman que este medio supone la primera fuente de información para el 68 % de la población de EEUU y que el 57 % de los supervivientes a un cáncer lo usa para informarse sobre su enfermedad (46). Por otra parte, la autorresponsabilización del paciente en su cuidado requiere como condición básica que el paciente esté bien informado. Dado que internet supone una fuente de acceso rápido a la información, los pacientes OH a menudo emplean esta información para tomar decisiones sobre su enfermedad y tratamiento. El principal inconveniente de la búsqueda de información en internet es la dificultad a la hora de distinguir la información fiable y de calidad sobre la enfermedad y su tratamiento.

Algunas organizaciones como la **American Cancer Society** facilitan algunos criterios a tener en cuenta para reconocer la información fiable en internet. (<https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/cancer-information-on-the-internet.html>). Por su parte, el **National Center for Complementary and Integrative Health** proporciona información útil sobre medicina complementaria o alternativa. (<https://nccih.nih.gov/health/decisions/consideringcam.htm>).

Debido a la gran vulnerabilidad de estos pacientes que se enfrentan a enfermedades graves, hay un gran número de páginas web que ofrecen información no contrastada sobre la enfermedad y su manejo, o publicitan “tratamientos milagrosos” alegando curaciones con testimonios de supuestos pacientes que ofrecen falsas esperanzas con un coste económico elevado en muchas ocasiones.

Algunas características que deben hacernos sospechar de información dudosa son:

- Testimonios de un “hito científico”, “cura milagrosa”, “ingrediente secreto” o “remedio ancestral”.
- Reclamos de productos que pueden curar una gran cantidad de enfermedades diferentes.
- Historias de pacientes con resultados espectaculares sin datos científicos que lo avalen.
- Productos que sólo están disponibles por parte de un único proveedor (sobre todo si hay que pagar con antelación).
- Páginas donde no figura ningún dato de la empresa.

Índice
Grupo de trabajo
Introducción
Capacidad
Motivación
Oportunidad
Casos Clínicos
Palabras clave
Índice de abreviaturas
Bibliografía

El farmacéutico de hospital tiene un papel muy importante facilitando información de calidad al paciente o incluso resolviendo consultas sobre información no contrastada en la red. Iniciativas recientemente empleadas en otras patologías, por ejemplo, la creación en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de escritorios virtuales (**symbaloo**) con información fiable y clasificada según la necesidad de información del paciente en cada momento, son de gran utilidad para los pacientes. También existen blogs o *podcast* con información para pacientes que facilitan mucho el acceso a la información fiable y de calidad.

### 5.2.6 Terapias alternativas y fitoterapia

En muchas ocasiones los pacientes OH o sus familiares buscan tratamientos alternativos a la medicina convencional movidos por encontrar algún tratamiento que cure la enfermedad o elimine los efectos adversos del tratamiento. Como se ha comentado en el apartado anterior, muchas veces el paciente (o el familiar) se ve influido por reclamos “pseudocientíficos” que, basándose en “testimonios de pacientes” o en un discurso plagado de términos científicos, alienta la esperanza de un resultado favorable sin que haya estudios científicos que lo avalen.

La principal dificultad con la que se encuentran los pacientes y los profesionales a la hora de valorar tomar algún producto de herbolario o “alternativo” es la falta de información rigurosa sobre la eficacia y toxicidad de estos productos. Esta es un área donde el farmacéutico de hospital tiene dos aspectos a trabajar:

- Por un lado, establecer una comunicación de confianza con el paciente haciéndole comprender la importancia de consultar con el farmacéutico cualquier tratamiento alternativo o complementario que tome o esté valorando, ya que podría reducir la eficacia o aumentar la toxicidad del tratamiento prescrito por su médico.
- Por otra parte, la de encontrar la información fiable para poder informar al paciente y al médico sobre si es seguro o no el empleo de la terapia que está valorando. Algunas bases de datos que pueden ayudar son:
  - **About herbs** (<https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>)
  - **Herbs at a glance** (<https://nccih.nih.gov/health/herbsataglance.htm>)
  - **Lexicomp®**

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Si la información encontrada no contraindica la toma del producto que consulte el paciente, es importante valorar su opción y no rechazar sistemáticamente cualquier tratamiento no farmacológico, ya que podría ocurrir que el paciente dejara de confiar en nosotros y decidiese tomar los tratamientos sin consultar con un farmacéutico, con el riesgo que esto conlleva.

En este ámbito es muy importante lograr una relación fluida y facilitarle el contacto del farmacéutico de referencia para contactar en caso de duda.

## 6. CONCLUSIONES

- El cambio de enfoque de la AF que supone el modelo CMO y la incorporación de la **entrevista motivacional**, se perfilan como **herramientas de mejora** en el cuidado del paciente oncológico.
- El **paciente oncológico** presenta una serie de **características diferenciales** que deben ser tenidas en cuenta al aplicar la entrevista motivacional dentro del modelo CMO.
- El FOH necesita **nuevas herramientas y habilidades prácticas de comunicación** para desarrollar el modelo.
- Un aspecto clave en la **consecución de los objetivos** es la **activación del paciente**, entendida como la asunción de responsabilidad en su cuidado, en el adecuado mantenimiento de hábitos saludables y en su tratamiento, potenciando su autonomía en colaboración con los profesionales sanitarios.
- El paciente debe recibir la **información** de forma **gradual y adaptada a su comprensión**. Estas necesidades pueden ir variando según el momento de la enfermedad en que se encuentre.
- En el ámbito de los pacientes oncológicos es fundamental **adaptar los objetivos** a la situación real del paciente y a su pronóstico, evitando proyecciones poco realistas o inalcanzables.
- Los **objetivos pueden incluir aspectos no farmacológicos** como la nutrición, el ejercicio o la reducción de hábitos tóxicos.
- Con relación a la **farmacoterapia**, se podrán establecer objetivos orientados a un buen manejo de la medicación, aumentar o mantener la adherencia, evitar interacciones en general y las derivadas del uso de terapias alternativas que puedan provocar a su vez toxicidades o reducción de efectividad.
- Es importante **educar al paciente** en las principales **toxicidades potenciales** derivadas del tratamiento y los signos o **síntomas de alerta** que requieren atención inmediata.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## Objetivos identificables a través de la entrevista motivacional

### Relacionados con el autocuidado

<b>Índice</b>	<b>Estado nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar peso</li> <li>• Mantener peso</li> <li>• Mejorar hábitos dietéticos             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementar ingesta calórica, de fibra, proteínas, fruta, etc., en función del paciente particular.</li> </ul> </li> <li>• Identificar y reducir síntomas que dificultan la ingesta             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nauseas/vómitos</li> <li>- Mucositis</li> <li>- Disgeusia</li> </ul> </li> </ul>
<b>Grupo de trabajo</b>		
<b>Introducción</b>		
<b>Capacidad</b>	<b>Astenia y ejercicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la astenia             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el descanso</li> <li>- Realizar actividad física</li> </ul> </li> <li>• Aumentar el ejercicio físico             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer objetivos concretos de forma paulatina y escalonada</li> </ul> </li> </ul>
<b>Motivación</b>		
<b>Oportunidad</b>	<b>Reducción de hábitos tóxicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del consumo de tabaco</li> <li>• Reducción consumo de alcohol</li> <li>• Evitar consumo de drogas u otras sustancias tóxicas en general</li> </ul>
<b>Casos Clínicos</b>		
<b>Palabras clave</b>	<b>Control de distrés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el nivel de distrés, mediante consulta o no con profesionales especializados, en función de las necesidades individuales</li> </ul>
<b>Índice de abreviaturas</b>		
<b>Bibliografía</b>		

## Relacionados con el conocimiento y la comprensión de la farmacoterapia

Índice
Grupo de trabajo
Introducción
Capacidad
Motivación
Oportunidad
Casos Clínicos
Palabras clave
Índice de abreviaturas
Bibliografía

### Manejo de la medicación

- Mejorar el manejo domiciliario de la medicación, los residuos y las excretas
- Mejorar la identificación de efectos secundarios y conocer estrategias y medidas a seguir en caso de aparición

### Interacciones

- Reducir interacciones potenciales evitables
- Aumentar la comunicación con los profesionales sanitarios respecto a cambios en la medicación y uso de terapias alternativas y fitoterapia

### Adherencia

- Mejorar la adherencia
- Reducir los olvidos de medicación
- Reducir las tomas perdidas por toxicidad
- Mejorar la administración adecuada en horario, alimentos simultáneos, etc.

### Identificación y manejo de toxicidades

- Mejorar la identificación de efectos secundarios y conocer estrategias y medidas a seguir en caso de aparición
- Reducir toxicidades específicas con medidas concretas: náuseas y vómitos, estreñimiento, mucositis, etc.
- Mantener la tolerancia al tratamiento

### Información al paciente con respecto a información "tóxica" o falsa

- Mejorar el nivel de información sobre su enfermedad y su medicación
- Mejorar el nivel de confianza en la información aportada por los profesionales sanitarios
- Reducir la utilización de fuentes de información no fiables
- Aumentar la utilización de fuentes fiables de información

### Terapias alternativas y fitoterapia

- Aumentar la comunicación con los profesionales sanitarios respecto al uso de terapias alternativas y fitoterapia
- Reducir el consumo de terapias alternativas o fitoterapia que representen un problema potencial de interacciones, toxicidades, etc.

## Otros

- Mantener calidad de vida
- Mejorar la calidad de vida

# OPORTUNIDAD

María Dolores Alvarado Fernández  
Virginia Martínez Callejo  
Irene Mangues Bafalluy  
Mario García Gil

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 1. INTRODUCCIÓN

Oportunidad, según el documento de Atención Farmacéutica de Barbate, se define como “estar cerca del paciente cuando este lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías”. Concretamente, se establece que “a todos los pacientes deberá proporcionárseles las herramientas tecnológicas acordes a sus niveles de competencias digitales, tanto de la información y la comunicación, como del aprendizaje y el conocimiento, para mantener un contacto en tiempo real o tiempo útil con su farmacéutico” (10).

Esta misma idea se recoge en el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico, desarrollado por *GEDEFO-SEFH* (5). La primera de las seis líneas estratégicas que contiene el Plan, Desarrollo organizativo, en su punto 1.10 establece que “los farmacéuticos OH participarán activamente en la implantación de nuevas tecnologías orientadas a la correcta educación del paciente y que faciliten una mayor participación activa del paciente, así como su acceso a información sobre su propio proceso. Se incluyen, por ejemplo, aplicaciones, dispositivos móviles, teleasistencia y plataformas que abran canales de comunicación con pacientes”. También en el mismo Plan, en la línea estratégica de atención farmacéutica al paciente OH, en el punto 4.6 se propone que “los hospitales establecerán programas de adherencia al tratamiento antineoplásico y de soporte. Se potenciarán las **TIC** para favorecer la adherencia”.

Como podemos deducir de lo anteriormente comentado, el tercer pilar del modelo de atención farmacéutica CMO, oportunidad, responde a una necesidad detectada por los profesionales y demandada por los pacientes.

El siguiente paso en este proceso es la aplicación de tecnologías y comunicaciones de red móviles a la AF, de una manera correcta y fiable. Y ahí es donde nuestra intervención puede ayudar a mejorar la información, orientaciones y otros contenidos; de manera que suplemente, y no sustituya, a la facilitada directamente por el equipo de profesionales (47).

## 2. NUEVAS TECNOLOGÍAS

### 2.1 Medios audiovisuales

#### Podcasts

Como en muchos otros ámbitos, la falta de tiempo y la comodidad de escuchar, en lugar de leer, están llevando al auge de un buen número de *podcast* con contenidos sobre salud. Los *podcast*, archivos multimedia para la distribución y redifusión de contenidos audiovisuales de carácter informativo y divulgativo, se están convirtiendo en herramientas importantes en la comunicación. La cantidad de información disponible y el poco tiempo para descubrirla y asimilarla, hacen que se convierta en una alternativa que los profesionales sanitarios y los usuarios interesados están aprovechando cada vez con más asiduidad. Se trata de documentos audiovisuales almacenados y difundidos mediante visualización directa o descarga desde plataformas varias. En el ámbito de la oncología, hay muchos disponibles. Precisamente, las Asociaciones de Pacientes se han convertido en auténticas comunidades virtuales, en cuyas páginas web podemos encontrar *podcasts* sobre diferentes tipos de cáncer, consejos para el autocuidado, recomendaciones acerca de las toxicidades de los tratamientos o experiencias de pacientes. Podemos encontrar ejemplos de estos contenidos en la **Escuela de Pacientes** ([www.escueladepacientes.es](http://www.escueladepacientes.es)), la **Asociación Española Contra el Cáncer** ([www.aecc.es](http://www.aecc.es)) o el **Grupo Español de Pacientes con Cáncer** ([www.gepac.es](http://www.gepac.es)), entre otros.

#### Páginas web

Además de las páginas web que se acaban de comentar, existen muchas otras opciones disponibles y de diferentes tipos. A nivel internacional y dirigidas tanto a pacientes como a la sociedad en general, se encuentran direcciones como **PatientsLikeMe** (<https://www.patientslikeme.com>) o **e-Patient Dave** (<https://www.epatientdave.com/communities/>). Ambas surgieron directamente de experiencias personales y contienen una gran cantidad de recursos (sobre todo la segunda). La página **PatientsLikeMe** podría considerarse una red social en salud; muestra información, experiencias o comentarios, directamente introducida por pacientes o cuidadores.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Hay otra familia de páginas, también internacionales, pero con traducción al español, como [www.cancer.net](http://www.cancer.net) o [www.cancer.org](http://www.cancer.org), en las que se puede encontrar apartados interesantes dirigidos a los pacientes. La primera está respaldada por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) y la segunda, por la Sociedad Americana Contra el Cáncer (*American Cancer Society*), con la posibilidad de chats en directo e infografías muy útiles para los pacientes. Otros ejemplos, con contenidos especialmente interesantes, como el área de los tratamientos complementarios y alternativos, son [www.mskcc.org](http://www.mskcc.org) (**Memorial Sloan Kettering Cancer Center**) y [www.cam-cancer.org](http://www.cam-cancer.org) (de **NAFKAM**). Esta última solo en inglés y más orientada específicamente a profesionales.

Por supuesto, todas las sociedades científicas cuentan con una página web pero aún queda mucho por recorrer en lo que a información orientada al paciente se refiere. La **Sociedad Española de Oncología Médica** ([www.seom.org](http://www.seom.org)) tiene, además de un vídeo en el que aconseja acerca de la visita al oncólogo, un apartado (**saludable.es**) también con consejos en relación con el tratamiento quimioterápico.

## Aplicaciones móviles

Son muchas las aplicaciones existentes para pacientes oncológicos y las hay de diferentes tipos. Por ejemplo, **e-OncoSalud**<sup>®</sup> es una aplicación muy completa desarrollada en el Hospital Gregorio Marañón para el seguimiento de sus pacientes con tratamientos orales. Contiene una gráfica animada del porcentaje de cumplimiento terapéutico y gráficas con los resultados de las últimas mediciones de variables de control. Además, está conectada con la Agencia del Medicamento y permite registrar un síntoma. Solicita usuario y contraseña y la descarga es gratuita. Sin embargo, no es una aplicación abierta y solo se encuentra disponible para sus pacientes. Otras aplicaciones útiles, y actualmente disponibles, para mejorar la adherencia son, entre otras muchas, **My Therapy** (<https://www.mytherapyapp.com/es>) o **RecuerdaMed** ([app store/googleplay](https://appstore.googleplay)), también gratuitas.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## Chatbots

Otro modelo de asistencia virtual son los *chatbot*. Los hay aún experimentales, como el proyecto Kristina (a nivel europeo), en el que mediante un *chatbot* disponemos de un asistente social multilingüe, y otros más específicos de oncología y de mayor desarrollo. Una de las ventajas de interactuar con un chat robot en vez de con una persona, es que permite evitar valoraciones o juicios de valor, característica que puede ser de gran utilidad en temas sensibles como la fertilidad o la sexualidad. Otros temas frecuentemente tratados en este tipo de medio son la epidemiología, tratamientos y efectos secundarios, calidad de vida, hábitos saludables y alimentación.

Existe muy poca bibliografía sobre los *chatbots* en general, y menos aún acerca de los sanitarios y su relación con los pacientes. Un reciente estudio francés, publicado en 2019, analizó prospectivamente un año de conversaciones de 4.737 pacientes con cáncer de mama. Los datos de satisfacción fueron muy altos: 93,95% de los pacientes se mostraron satisfechos y 88% afirmaron haber encontrado en esta herramienta soporte y ayuda para seguir su tratamiento. Además, a un grupo de 61 pacientes se le ofreció la posibilidad de activar una función recordatorio de la toma. Se observó que en este grupo de pacientes la adherencia subió más de un 20% (48).

## Big data

Un tema de gran actualidad son los modelos de extracción de información a partir de la historia clínica, como el proyecto Savana. Esta tecnología reutiliza el texto libre de manera que los distintos profesionales sanitarios puedan disponer de un *big data* descriptivo, predictivo y prescriptivo:

- Descriptivo porque permite evaluar resultados en salud, identificar relaciones previamente desconocidas, conectar todas las fuentes de datos generados en la práctica clínica y reclutar pacientes para ensayos clínicos.
- Predictivo porque puede predecir sucesos clínicos.
- Prescriptivo porque permite tomar decisiones en tiempo real basadas en mejores prácticas.

Sin embargo, el uso de *big data* podría no ser posible en algunos hospitales, ya que va a depender de los criterios de confidencialidad y de la legislación de cada comunidad autónoma

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

La transformación digital en salud se produce a tal velocidad, que ideas actualmente en fase de creación y validación podrían ser una realidad en un breve espacio de tiempo. Y aquí las oportunidades son muy amplias: impresión 3D para simular la anatomía de un tumor y así ayudar a comprender mejor la enfermedad; microsensores que permitan un seguimiento y comunicación; robotización, etc.

## 2.2 Características de las nuevas tecnologías recomendables

Este tipo de tecnologías pretenden mejorar la calidad de vida y la seguridad de los pacientes, pero plantean también importantes desafíos para los sistemas sanitarios y los propios pacientes.

En esta línea, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha impulsado una iniciativa para garantizar que los procesos y desarrollos derivados solo contribuyan a la mejora de los servicios y no al perjuicio de los usuarios. Así, ha creado el distintivo AppSaludable, un sello de garantía para reconocer aquellas aplicaciones móviles que sean fiables para los usuarios. Este distintivo es el primero en español que, de forma gratuita, reconoce a todas las aplicaciones de salud — tanto de iniciativas públicas como privadas — que lo soliciten. El proceso se basa, principalmente, en la autoevaluación de la aplicación de acuerdo a la Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de apps de salud (49), y la posterior evaluación por parte de un comité de expertos de la Agencia. Una vez concedido el distintivo, la aplicación pasa a formar parte de un repositorio de aplicaciones móviles de salud que destacan por su seguridad y calidad.

Las 31 recomendaciones publicadas en la guía mencionada se estructuran en cuatro bloques:

### 1. Diseño y pertinencia:

- Definición clara de su alcance funcional y finalidad con la que se ha desarrollado, identificando los colectivos a los que se destina la información y los objetivos que se persiguen respecto a estos colectivos.
- Seguir los principios del Diseño Universal, así como los estándares y recomendaciones de accesibilidad de referencia.
- Atender a las recomendaciones, patrones y directrices de diseño recogidas en las guías oficiales que las diferentes plataformas ofrecen.
- Haber sido testada con usuarios potenciales de forma previa a su puesta a disposición del público.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 2. Calidad y seguridad de la información:

- Adecuación a la audiencia.
- Transparencia: identificación de propietarios, fuentes de financiación, promoción, patrocinio y conflictos de intereses.
- Autoría: autores/responsables y cualificación profesional.
- Actualización de la información: fecha de la última revisión y aviso de actualizaciones.
- Contenidos y fuentes de información: información fiable, evidencia científica, detalle del proceso usado para selección de contenidos, valores éticos.
- Gestión de riesgos: identificación de los riesgos potenciales para la seguridad del paciente y análisis de riesgos y eventos adversos.

## 3. Prestación de servicios:

- Disponer de un sistema de ayuda sobre su manejo, que permita entender la aplicación.
- Mecanismos de contacto para posibles consultas.
- Aspectos relacionados con el comercio electrónico, el uso eficiente del ancho de banda para descargas y la publicidad.

## 4. Confidencialidad y privacidad (las recomendaciones de este bloque tratan de abordar las garantías exigibles en materia de protección de datos):

- Antes de su descarga e instalación, informar sobre qué datos del usuario se recogen y para qué fin, políticas de acceso y tratamiento de datos y acerca de posibles acuerdos comerciales con terceros.
- Términos y condiciones de forma clara y comprensible.
- Contar con consentimientos expresos y garantizar medidas de seguridad al usuario.
- Informar si tiene acceso a otros recursos del dispositivo, cuentas del usuario o perfiles en redes sociales.
- Garantía del derecho de acceso a la información registrada.
- Actualización ante cambios en la política de privacidad.
- Contar con medidas de protección a menores según la legislación vigente.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 2.3 Objetivo de las nuevas tecnologías

El objetivo último es optimizar la farmacoterapia individualizada, para así, obtener el máximo beneficio clínico. Alcanzar dicho objetivo exigirá la incorporación de cambios organizativos y tecnológicos en procesos. Se está trabajando mucho en monitorización y registro de parámetros, seguimiento farmacoterapéutico y AF continuada (y no necesariamente ligada a la dispensación), pero supone toda una oportunidad para establecer una comunicación (idealmente a tiempo real) entre paciente y profesional sanitario, empoderar al paciente, facilitar el acceso a determinadas poblaciones y educar en la prevención y promoción de la salud.

## 3. TELEFARMACIA

La provisión de servicios de salud en el domicilio del paciente es una demanda creciente en nuestra sociedad. Los avances en las telecomunicaciones y tecnologías de la información y la comunicación (TIC) están siendo claves para facilitarlos. El aumento de la esperanza de vida, la atención a los pacientes crónicos y la atención sanitaria en áreas remotas son algunos de los factores que están potenciando la implementación de la **telemedicina** y la **telefarmacia**. Las TIC nos ofrecen a los farmacéuticos la oportunidad de estar cerca del paciente cuando este lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías (10) siguiendo el modelo CMO de capacidad, motivación y oportunidad (3) adaptándolo a la singularidad del paciente OH.

### 3.1 ¿Qué es la telefarmacia?

La *National Association of Boards of Pharmacy* define telefarmacia como la provisión de AF a distancia a través del uso de las TIC (50). Existen experiencias en diferentes patologías y países como España (51, 52), Reino Unido (53), Estados Unidos (54), Canadá (55) y Australia (56), entre otros.

En el campo de la OH, esta AF será realizada por un farmacéutico OH que tendrá una visión global del paciente y su tratamiento, tanto oncológico como domiciliario. Las bases de la AF mediante telefarmacia deben ser las mismas que las de la AF presencial: validación de la prescripción y seguimiento e información al paciente con valoración de las condiciones sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional del paciente. Estas bases se describen en los documentos GEDEFO-SEFH de **Validación Farmacéutica de la Prescripción del Paciente Oncohematológico** ([https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/gedefo\\_validacion\\_farmaceutica\\_prescripcion\\_version\\_impresion.pdf](https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/gedefo_validacion_farmaceutica_prescripcion_version_impresion.pdf)), **Entrevista Clínica y Atención Farmacéutica**

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

al **Paciente Oncohematológico** (<http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf>) y **Plan Estratégico en Farmacia Oncológica GEDEFO 2020** (<https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/plan%20estrategico%202020.pdf>). Para su aplicación se seguirá el modelo CMO (5).

### 3.2 Ventajas e inconvenientes de la telefarmacia para el paciente OH

Las ventajas que la telefarmacia puede aportar al paciente OH son:

- Recibir AF especializada sin desplazamiento al centro hospitalario evitando pérdidas de tiempo. Esto es especialmente aplicable a los pacientes con patologías crónicas y con buen control de su enfermedad. Ej.: leucemia mieloide crónica.
- Mejorar la accesibilidad al FOH de pacientes en zonas rurales sin farmacéutico.
- Evitar errores de medicación tanto en la preparación como en la dispensación tal como se explica detalladamente más adelante.
- Mejorar la seguridad del proceso farmacoterapéutico.
- Detectar precozmente reacciones adversas. Los medicamentos antineoplásicos ya sean parenterales u orales presentan en muchas ocasiones efectos adversos y existen estudios que demuestran que una estrecha monitorización de los síntomas vía resultados reportados por el paciente (PRO) mejora el control de los efectos adversos de la quimioterapia permitiendo un tratamiento antineoplásico más intensivo, de mayor duración y con un aumento de la supervivencia global (57, 58).
- Realizar un seguimiento más adaptado a las necesidades y preferencias del paciente sin pérdida en la periodicidad de la AF.
- Sistema sanitario más eficiente y sostenible.

Además cuando esta se coordina con una dispensación a domicilio permite:

- Disminuir las aglomeraciones en consultas externas de farmacia.
- Optimizar recursos físicos del Servicio de Farmacia: disminución del espacio de almacenamiento y del stock inmovilizado.
- Realizar dispensaciones domiciliarias mensuales con stock mínimo en el hogar del paciente.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Aunque existen muchas ventajas, los inconvenientes que pueden presentarse son la disminución de la interacción humana directa con un trato menos espontáneo, el coste económico que supone la infraestructura necesaria, los problemas de conectividad, la sobrecarga de trabajo para el Servicio de Farmacia y la dificultad de asegurar la confidencialidad de los datos.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

### 3.3 Criterios de inclusión del paciente en un programa de telefarmacia en OH

No todos los pacientes externos con patologías OH que reciben tratamientos antineoplásicos parenterales u orales son candidatos a entrar en un programa de dispensación domiciliaria y AF vía telefarmacia. Algunas de las características que deberían cumplir los pacientes son las siguientes (3, 59):

- Patología crónica con tratamiento antineoplásico en el que no se prevean cambios a corto plazo.
- Buena respuesta al tratamiento, lo que permite espaciar la periodicidad de la consulta oncológica.
- Valoración positiva en el seguimiento previo por parte del FOH en pacientes con buena adherencia al tratamiento, sin interacciones y sin efectos adversos graves. No se incluirán pacientes que inician tratamiento.
- Pacientes y/o cuidadores que estén familiarizados con las nuevas tecnologías.

### 3.4 Tecnología en la atención farmacéutica no presencial

La práctica de la telemedicina y la telefarmacia puede ser sincrónica (con los interlocutores presentes al mismo tiempo) o asincrónica (con respuestas diferidas en el tiempo) y la tecnología a usar se verá condicionada por ello. Incluyen el uso de correo electrónico, teléfono, videoconferencia y aplicaciones para dispositivos móviles con el uso de Internet.

Es importante destacar que a todos los pacientes deberá proporcionárseles las herramientas tecnológicas acordes a sus niveles de competencias digitales, tanto de la información y la comunicación, como del aprendizaje y el conocimiento, para mantener un contacto en tiempo real o tiempo útil con su farmacéutico como se remarca en el Documento de Barbate (10).

### 3.5 Implementación de la telefarmacia

La implementación de la telefarmacia varía según los países en cuanto a su legislación y el coste de su puesta en marcha. Son pocos los países que han desarrollado una legislación en telemedicina. En Estados Unidos existen diferencias regulatorias entre los diferentes estados integrantes. En la Unión Europea tampoco existe uniformidad normativa entre sus países miembros cuyas competencias se mantienen a nivel nacional (60). En España, algunas comunidades autónomas, como Valencia y Galicia, ya han desarrollado el marco legal para la implementación de la telefarmacia.

La telefarmacia está siendo aplicada con diferentes enfoques:

- AF coordinada con la dispensación domiciliaria.
- Preparación de antineoplásicos.
- Formación.
- Agilización de las autorizaciones sanitarias.

Algunos hospitales españoles tienen implementados alguno de estos modelos como se describe a continuación.

#### 3.5.1 Telefarmacia: Atención farmacéutica coordinada con la dispensación domiciliaria.

La forma más frecuente de aplicación de telefarmacia descrita en la bibliografía es la provisión de AF al paciente no ingresado de manera remota en áreas rurales en las que no hay farmacéutico (53, 55).

Son destacables las experiencias españolas en AF al paciente con HIV usando las TIC del Hospital Clínic de Barcelona (52) y del Hospital de A Coruña (51). Actualmente se esperan los resultados del estudio que valora el efecto de las intervenciones farmacéuticas en la adherencia al tratamiento de fármacos para la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia en pacientes no adherentes y con mal control de su enfermedad (61).

Para pacientes ingresados, la telefarmacia permite que un farmacéutico valide la prescripción de diferentes hospitales más alejados mediante acceso remoto (56). Esta tecnología también favorece realizar AF especializada a distancia en las Unidades de Cuidados Intensivos que demuestran mejoras en el cumplimiento de los protocolos (62).

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

En el ámbito de la hematología se han descrito experiencias con medicación oral pero también de administración subcutánea. El Hospital de Cruces describe un interesante modelo de AF continuada mediante correo electrónico y/o llamadas telefónicas con dispensación a domicilio con rutas y horarios definidos para pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento con antineoplásicos orales (59). Aunque no se detalla la satisfacción del paciente, ningún paciente abandonó el programa de AF domiciliaria. Respecto a la administración parenteral, son varios los hospitales que disponen de programas de administración domiciliaria de azacitidina subcutánea (63, 64) aunque no describen AF a distancia. Otros hospitales, en cambio (65), describen experiencias de información al paciente para azacitidina pero cuya administración se realiza en el hospital de día. Sería interesante combinar ambos modelos y valorar la aplicación de la telefarmacia.

No hay que olvidar que aunque la dispensación sea telemática, el paciente no pierde el contacto con su farmacéutico, es decir, la AF al paciente se mantiene, ya que esta se encuentra desligada de la dispensación.

Cabe destacar que la implementación de este modelo debe realizarse en coordinación con el resto del equipo asistencial que trata al paciente y que frecuentemente implicará coordinación interniveles y debe tener un enfoque de mejora de la salud del paciente y conocer los resultados en salud de la población.

### 3.5.2 Telefarmacia: preparación de antineoplásicos

Respecto a la preparación, la telefarmacia permite un control de calidad de la elaboración del antineoplásico por parte del técnico con una supervisión a distancia del farmacéutico, guiada por un sistema de cámaras de vídeo (55, 66). El establecimiento de un circuito de seguridad en la preparación es un pilar básico que permite evitar errores en medicamentos, muchos de los cuales suelen tener un estrecho margen terapéutico.

### 3.5.3 Telefarmacia: formación especializada en oncología

En cuanto a la aplicación de la formación, destacar la experiencia del *Children Cancer's Hospital* de Egipto que realizó varias sesiones de videoconferencias con el *St Jude Children's Research Hospital* de Memphis (67), pero es especialmente interesante destacar que con posterioridad se programaron sesiones de forma continuada para comentar casos clínicos concretos del hospital egipcio con un enfoque que facilita la implementación de cambios y la mejora de la práctica clínica. Resulta especialmente interesante como una forma de compartir conocimiento entre dos hospitales distantes.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

### 3.5.4 Telefarmacia: agilización de autorizaciones sanitarias

Finalmente, y en el ámbito burocrático, existen experiencias en el área de las autorizaciones de medicamentos que evitan desplazamientos y pérdida de tiempo del paciente (68).

Para poner en marcha un programa de telefarmacia con dispensación domiciliar de medicamentos deberán definirse inicialmente los puntos básicos (3, 59): modelo más adecuado, tipo de transporte y su financiación, las TIC más apropiadas, automatización y periodicidad de la dispensación, establecimiento de rutas y horarios así como garantizar la confidencialidad de los tratamientos y el cumplimiento de la **Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** ([https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055\\_Proteccion\\_de\\_Datos\\_de\\_Caracter\\_Personal&modo=1](https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055_Proteccion_de_Datos_de_Caracter_Personal&modo=1)[https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055\\_Proteccion\\_de\\_Datos\\_de\\_Caracter\\_Personal&modo=1](https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055_Proteccion_de_Datos_de_Caracter_Personal&modo=1)).

### 3.6 Satisfacción del paciente

A medida que se extiende la aplicación de la telefarmacia, van surgiendo estudios que evalúan la satisfacción del paciente. En algunos de ellos se concluye que no existen diferencias en la satisfacción del paciente respecto a la AF recibida vía telefarmacia versus la presencial (69). En otros estudios los pacientes valoran muy positivamente la implantación de la dispensación a domicilio de medicación de uso hospitalario y el seguimiento farmacoterapéutico y la comunicación con el farmacéutico mediante el uso de las nuevas tecnologías (70). Debemos continuar evaluando la satisfacción del paciente respecto a la aplicación de la telefarmacia como medida para mejorar la calidad de la atención y las preferencias del paciente.



Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 4. COMUNICACIONES INTERNIVELES

El cáncer presenta una importante morbilidad asociada, con un aumento continuo en la incidencia en las últimas décadas. Teniendo en cuenta el aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer en los últimos años (71), así como el aumento de la edad de estos pacientes — la cual se asocia con otros procesos de enfermedades no oncológicas —, es común que los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia también necesiten tratamiento ambulatorio para otros trastornos crónicos (72, 73).

Además, las nuevas terapias para el tratamiento de la enfermedad oncohematológica, más específicas y con perfil de seguridad diferente al de la quimioterapia tradicional, junto al alto riesgo de interacciones medicamentosas que presentan muchas de ellas, requieren de un abordaje multidisciplinar que permita una monitorización y seguimiento continuo tanto a corto como a largo plazo.

Estos datos nos sitúan en un escenario con un aumento en el número de pacientes OH con diferentes necesidades asistenciales según el estadio de su enfermedad, de edad avanzada en muchos casos, con tratamiento OH adyuvante, paliativo que le permiten una calidad de vida aceptable o en situación avanzada o terminal; con existencia de comorbilidades asociadas y uso de medicación concomitante crónica. Todo ello hace necesario una coordinación entre niveles asistenciales que facilite la identificación de las necesidades individuales de los pacientes OH y que contribuya a mejorar la calidad y continuidad de la asistencia y al uso racional de los recursos sanitarios (72).

### 4.1 Necesidades farmacoterapéuticas del paciente OH entre niveles asistenciales

Se entiende por niveles asistenciales las diferentes modalidades de atención sanitaria que se ofrece a la población en cada situación específica, garantizando una atención integral y multidisciplinar.

El Sistema Nacional de Salud reconoce dos niveles asistenciales básicos, **la atención primaria** que realiza labores de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades; y **la atención especializada** que ofrece atención específica en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud que no pueden resolverse en el nivel anterior.

La falta de comunicación entre los niveles asistenciales da lugar a la existencia de factores que influyen en la aparición de problemas de salud relacionados con la medicación: información farmacoterapéutica incompleta, ausencia de un registro actualizado y único de la medicación del paciente y descoordinación entre los niveles asistenciales. El empleo de herramientas de comunicación permitiría una colaboración

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

estrecha entre los profesionales sanitarios en el ámbito hospitalario, de la atención primaria, y también con farmacéuticos comunitarios como agentes del Sistema de Salud, que harían posible la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial centrada en el paciente.

El uso inadecuado de los medicamentos es la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, según se recoge en los estudios realizados a nivel estatal sobre la seguridad del paciente en atención primaria (APEAS) (74) y durante la hospitalización (ENEAS) (75).

La **conciliación de la medicación** tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad del paciente durante sus transiciones asistenciales (76). El proceso de conciliación pretende obtener un listado completo y exacto del tratamiento del paciente para adecuarlo a la prescripción médica realizada en la transición asistencial en la que se encuentre el paciente, analizando y resolviendo las discrepancias observadas (77). De forma general, los objetivos de la conciliación (78) podrían resumirse en:

- Mejorar la seguridad de los pacientes mediante un uso adecuado de los medicamentos.
- Mejorar los resultados en salud y aumentar el control de las patologías del paciente.
- Mejorar la adherencia.
- Mejorar la calidad asistencial y de vida del paciente.

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Este proceso es especialmente complicado en el caso del paciente OH debido a que la enfermedad suele tener una evolución variable con diferentes opciones de tratamiento según el estadio en el que se encuentre:

- **Tratamiento activo:** pretende conseguir la curación de la enfermedad oncohematológica.
- **Tratamiento paliativo:** el objetivo se centra en mejorar la calidad de vida del paciente.
- **Tratamiento de soporte:** tienen como objetivo la mejora de los síntomas a través de un cuidado activo y continuado cubriendo las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales relacionadas con la enfermedad o el tratamiento.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

En un sentido amplio, la conciliación de la medicación se debe aplicar en cualquier transición del paciente entre niveles asistenciales. A nivel hospitalario incluye el ingreso, traslado de servicio y el alta hospitalaria; desde el punto de vista ambulatorio, habría que incluir la atención domiciliaria, automedicación, la asistencia a Urgencias o consultas médicas, o los ingresos en centros sociosanitarios (79, 80).

La mayoría de los tratamientos antineoplásicos son considerados fármacos de estrecho margen terapéutico y pueden comportar una importante morbimortalidad asociada a la de la enfermedad neoplásica. El desarrollo de terapias orales en el paciente con cáncer ha ido de la mano del concepto de "cronicidad de esta enfermedad" y representan más del 30 % del conjunto de los tratamientos contra el cáncer (79). La aparente simplificación en su administración, que la hace preferible al paciente, traslada la complejidad de la atención al entorno del paciente. A esta situación se suman los fármacos concomitantes prescritos o consumidos por el paciente para tratamiento o alivio de otras enfermedades. Por ello, actualmente se recomienda la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales. De forma muy especial, se recomienda la conciliación al ingreso/alta hospitalaria y también cuando se indica un cambio en la posología o se pasa de la terapia parenteral a la oral. De este modo, estas prácticas están orientadas a reforzar la información sobre pautas posológicas, efectos adversos y la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento.

La identificación de estas necesidades es especialmente importante en el caso de los pacientes con alto riesgo de tenerlas desatendidas porque éstas pueden afectar negativamente a la adherencia al tratamiento, al estado de salud y a su calidad de vida. La puesta en marcha en los servicios de farmacia de hospital del proyecto MAPEX (Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo) (1) aplicado al paciente OH persigue unificar y mejorar la calidad de la atención prestada. Sin embargo, sigue siendo necesario elaborar una metodología de implantación de procedimientos interdisciplinarios de conciliación de la medicación centrados en el paciente desde todos los niveles asistenciales (78). En este sentido, es interesante destacar la labor de Servicios de Farmacia y oficinas de farmacia para implantar estrategias conjuntas que den continuidad a la AF que se realiza en el hospital.

El reconocimiento del farmacéutico comunitario como profesional sanitario y su cercanía con el paciente lo sitúa en una buena posición para intervenir en los procesos de conciliación en el ámbito extrahospitalario y contribuir a la formación del paciente en aspectos tan importantes como la prevención y detección precoz del cáncer. Según datos de la OMS, alrededor de un tercio de las muertes por cáncer son debidas a factores evitables como el tabaco, el alcohol, el sedentarismo o las dietas

**Índice****Grupo de trabajo****Introducción****Capacidad****Motivación****Oportunidad****Casos Clínicos****Palabras clave****Índice de abreviaturas****Bibliografía**

inadecuadas, lo que pone de manifiesto la necesidad de trabajar en esta dirección.

El modelo de atención al paciente OH debe estar orientado a la implantación de sistemas de información interrelacionados que permitan una comunicación eficaz entre los diferentes profesionales implicados, permitiendo la realización de la conciliación desde cualquier nivel asistencial y que, en un segundo nivel, posibiliten la creación de una red de información sanitaria para el análisis y evaluación de los resultados.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 5. COMUNICACIÓN PRESENCIAL CON PACIENTES OH

Durante la evolución de una enfermedad OH se presentan numerosos cambios a nivel físico, emocional y social que producen una serie de necesidades tanto en el paciente como en su familia, que pueden variar tanto de un individuo a otro como con el paso del tiempo (81). Este hecho implica que los pacientes OH necesitan mayor atención por parte de los profesionales sanitarios durante las diversas etapas de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta la fase terminal (82). En este sentido, la formación del **paciente experto** y las alianzas con las asociaciones de pacientes y cuidadores se convierten en herramientas imprescindibles.

Los continuos avances en el campo de la oncohematología están haciendo posible la cronicación del cáncer en algunos casos (83). En la actualidad, más del 30 % de los antineoplásicos usados son de administración oral, lo que ha revelado un problema que hasta entonces no existía con los fármacos de administración parenteral: la falta de adherencia. Esta realidad puede tener como consecuencia el fracaso terapéutico con pérdidas de respuestas prematuras además de importantes costes para los sistemas sanitarios (79). La aparente simplificación en su administración traslada la complejidad de la atención al paciente, surgiendo una necesidad de formación tanto del paciente como de su entorno.

En este escenario, surge la figura del paciente experto. El término “paciente experto” se utiliza para referirse a un tipo de consumidor de los servicios sanitarios que recoge información sobre una condición médica en particular. El término agrupa no solo al paciente sino también a sus familiares o amigos que buscan conocer la enfermedad para ayudarlo a superarla (3). El paciente experto es capaz de identificar los síntomas de su enfermedad y responsabilizarse de su propia patología y autocuidado, convirtiéndose en modelo o referente para otros pacientes, tanto en capacidad de

asimilación de la enfermedad como en manejo clínico y terapéutico.

La participación activa de los pacientes mejora su salud y reduce el gasto sanitario (84). El desarrollo de programas y actividades encaminados a la formación y creación de pacientes y cuidadores expertos deben tener por objetivo:

- Implicar al paciente como máximo responsable de su autocuidado para un manejo correcto de la enfermedad.
- Facilitar la adquisición de conocimientos necesarios para gestionar los síntomas de la enfermedad en cada etapa.
- Concienciar sobre una adecuada adherencia terapéutica.
- Incorporar estilos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida.

Desde el nacimiento de esta nueva figura, surge la necesidad de integración de este tipo de paciente “formado” a los equipos asistenciales como un agente más implicado en su salud. Esta formación debe ser dirigida por profesionales sanitarios. En este sentido, la formación del paciente y cuidador experto supone una oportunidad para el profesional farmacéutico de liderar proyectos que permitan dar respuestas a las nuevas necesidades del paciente OH, familias y cuidadores, y que conduzcan a mejorar los resultados de salud. A continuación, se describen algunas acciones formativas — adaptadas del capítulo Oportunidad del Libro CMO (3) — orientadas a informar y formar al paciente:

- Favorecer mecanismos de comunicación entre profesionales sanitarios (oncólogos, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, etc.) y pacientes. Es importante conocer la experiencia, propuestas y necesidades del paciente para promover una atención efectiva y eficiente.
- Promover la participación y formación de pacientes y familiares en foros, grupos de discusión que permitan detectar oportunidades de mejora de la AF.
- Educar y sensibilizar sobre las posibilidades del paciente con las nuevas tecnologías como herramienta para facilitar su participación en la toma de decisiones compartidas.
- Promover la participación del paciente en el ámbito de la investigación para adecuar las líneas de estudio a las necesidades reales de los pacientes.
- Trabajar de la mano de los pacientes para poder identificar sus necesidades en cada etapa de la enfermedad. Las necesidades de información son principalmente reconocidas durante la fase del diagnóstico y tratamiento activo que pueden suponer efectos adversos importantes. Las necesidades de apoyo psicosocial aparecen más a menudo cuando el paciente percibe la situación como difícil de

**Índice**

**Grupo de trabajo**

**Introducción**

**Capacidad**

**Motivación**

**Oportunidad**

**Casos Clínicos**

**Palabras clave**

**Índice de abreviaturas**

**Bibliografía**

controlar por razones físicas o emocionales.

- Crear bancos de información más accesible para los pacientes de forma masiva, alejados de la terminología técnica.
- Implicar al paciente en procesos de gestión y evaluación de la asistencia sanitaria.
- Integrar comités de pacientes en las administraciones públicas con el fin de que tengan un papel activo en la elaboración de estrategias, planes de actuación, protocolos, etc.
- Favorecer la participación del paciente en el ámbito docente.

## 6. CONCLUSIONES

- La **relación paciente-profesional sanitario** se encuentra en continuo cambio. El farmacéutico pretende estar más cerca del paciente y este presenta cada vez más y nuevas necesidades. El **apoyo en las nuevas tecnologías** puede ser una de las soluciones para **mejorar la comunicación**.
- Existen múltiples opciones para establecer un cauce de comunicación con el paciente: **podcasts, páginas web, aplicaciones móviles, chatbots**, etc. Todas ellas igual de válidas y cuya elección dependerá de las preferencias y características de los pacientes.
- La **velocidad de desarrollo** de estas tecnologías es tal que exigirá, por parte del farmacéutico, un **esfuerzo permanente de actualización** y puesta al día; y por parte de las instituciones, una adopción rápida de dichas herramientas.
- Es muy importante asegurarse de la **fiabilidad, seguridad y calidad de las tecnologías** que se usen.
- La **telefarmacia** surge como forma complementaria de realizar AF de calidad de una forma más conveniente para el paciente y más eficiente para el sistema. La Unidad de Farmacia Oncológica y Hematológica del Servicio de Farmacia la que debe liderar y coordinar esta actividad.
- La **selección de pacientes** a incluir en un programa de Telefarmacia OH debe seguir unos **criterios de cronicidad, buena respuesta, adherencia y tolerancia al tratamiento adecuados y conocimiento del manejo de nuevas tecnologías**.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

- Para poner en marcha un programa de telefarmacia OH con dispensación domiciliaria de medicamentos debe haber un apoyo estructural del sistema sanitario al Centro implementador y garantizar la **Ley de Protección de Datos Personales** y garantía de los **derechos digitales**.
- **Faltan estudios** que demuestren que la telefarmacia obtiene la misma **satisfacción del paciente OH** y los **mismos resultados en salud que la atención presencial**.
- El paciente OH es considerado un **paciente complejo** que presenta **diferentes necesidades asistenciales** a lo largo de su proceso neoplásico y requiere de un **abordaje multidisciplinar** que permita una monitorización y seguimiento continuo independientemente del nivel asistencial en el que se encuentre. La identificación de estas necesidades es especialmente importante en el caso de los pacientes con alto riesgo de tenerlas desatendidas porque éstas pueden afectar negativamente a la adherencia al tratamiento, al estado de salud y a su calidad de vida.
- El modelo de atención al paciente OH debe estar orientado a la implantación de **sistemas de información interrelacionados** que permitan una **comunicación eficaz entre los diferentes profesionales implicados**, permitiendo la realización de la conciliación desde cualquier nivel, la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial centrada en el paciente.
- Los **pacientes OH** demandan un **papel cada vez más activo** en el sistema sanitario. La formación del **paciente experto** y las **alianzas con las asociaciones de pacientes y cuidadores**, dirigidas por profesionales sanitarios, como el **farmacéutico hospitalario**, se convierten en herramientas imprescindibles que permiten dar respuestas a las necesidades del paciente OH dirigidas a mejorar los resultados en salud de la manera más eficiente.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# CASOS CLÍNICOS

## CASO CLÍNICO 1

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

### 1. ANTECEDENTES

María es una paciente de 40 años diagnosticada de una recidiva de oligodendroglioma inoperable, que acude a la consulta de farmacia OH para inicio de quimioterapia con el protocolo PCV: lomustina 110 mg/m<sup>2</sup> el día 1, procarbazona 60 mg/m<sup>2</sup> del 8 al 21 y vincristina 1.4 mg/m<sup>2</sup> (máximo 2 mg) días 8 y 29. Ciclos cada 6 semanas por 4-6 ciclos.

Antecedentes familiares sin interés.

La paciente comienza a ser estudiada en 2007 por presentar de forma repetida crisis focales faciales tras un parto. Intervenida en dos ocasiones, realizó tratamiento con radioterapia (60 GY) más temozolomida concomitante seguido de temozolomida en monoterapia hasta completar 12 ciclos en octubre de 2013 y en seguimiento desde entonces en la consulta de oncología médica. En la resonancia magnética nuclear (RMN) de control en enero de 2019 se objetiva progresión, siendo valorada en el Comité de Tumores de Neurooncología y decidiéndose que no era candidata en ese momento a tratamientos locales, planteando tratamiento sistémico según el esquema indicado (PCV).

Clínicamente, la paciente refiere empeoramiento de acuerdo con la progresión radiológica. Presenta afectación de memoria reciente, con cierta afasia, hemiparesia y afectación de la sensibilidad en hemicuerpo derecho que le lleva a deambular con dificultad y tiene caídas frecuentes.

Actualmente, no es autónoma en tareas básicas, siendo su principal cuidador su marido. Está en tratamiento con carbamazepina 400 mg cada 24 h y levetiracetam 500 mg cada 12 h. Hemograma y bioquímica compatible con inicio de tratamiento.

## 2. RESOLUCIÓN

### Capacidad (Estratificar para proveer atención farmacéutica según las necesidades del paciente)

Al ser inicio de un tratamiento complejo, que combina medicación por vía parenteral y oral con diferentes pautas, se comienza con la estratificación del paciente, utilizando la herramienta MAPEX de oncohematología.

Revisando las variables demográficas, no se observa pérdida de peso ni otros factores de riesgo. Para las variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional, la paciente puntúa 6 puntos — ya que es difícil mantener una conversación con ella — tiene más de 3 errores en el cuestionario de Pfeiffer, y presenta un ECOG de 2. Para variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios, la paciente obtiene una puntuación de 8.

En variables relacionadas con el tratamiento se tiene en cuenta la complejidad de la pauta posológica y las interacciones con su tratamiento habitual. En este punto, se comprueba que la combinación de carbamazepina con procarbazina está contraindicada, debiendo espaciar estos tratamientos al menos 14 días. La herramienta nos da una puntuación en este caso de 14. Comentamos el caso con la oncóloga y la neuróloga, y se decide que se cambiará a lacosamida y se citará en nuestra consulta a la semana siguiente para comenzar lomustina y garantizar así los 14 días de intervalo con el inicio del tratamiento con procarbazina. Se retrasa el tratamiento una semana.

La herramienta nos clasifica a la paciente con 28 puntos en el nivel 1, lo cual nos indica que debemos hacer un seguimiento estrecho.

### Motivación (Alinear objetivos a corto y a largo plazo para cada paciente)

La paciente acude en la semana siguiente a la consulta para inicio del tratamiento. Está muy animada por empezar el tratamiento y el nuevo fármaco anticonvulsivo lo está tolerando bien.

#### Al inicio de tratamiento:

Se le explica la toxicidad principal de los tres fármacos, reforzando la información por escrito con las hojas de información de GEDEF0 de procarbazina y lomustina, y damos pautas para el tratamiento de los efectos adversos más frecuentes con estos tratamientos (náuseas, diarrea, mucositis). Insistimos que si presenta fiebre de más de 38 °C debe acudir a urgencias y dejamos tiempo a la paciente y cuidador para que nos consulten sus dudas.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

Su esquema de tratamiento contiene un medicamento, la procarbazina, que tiene un impacto directo en su dieta. Tomando procarbazina las recomendaciones sugieren evitar además del alcohol y el tabaco, alimentos tiramínicos y bebidas como la cerveza, por riesgo de crisis tiramínica que se manifiesta con dolor de cabeza, rubor, aumento de la frecuencia cardíaca, y aumento de la presión arterial.

Los alimentos que se recomienda evitar son:

- **Productos lácteos:** Cualquier producto lácteo envejecido o no pasteurizado; todos los quesos que no sean queso crema o requesón.
- **Chocolate y café** en cantidades excesivas.
- **Carne, pescado, aves:** salchichas fermentadas secas (por ejemplo, salami, pepperoni); pescado ahumado o encurtido; carne y aves no frescas; cualquier alimento sobrante que contenga carne, pescado o aves de corral.
- **Frutas y hortalizas:** cualquier fruta sobremadurada o fermentada, aguacate sobremaduro, habas, verduras fermentadas como el chucrut.
- **Sopas, salsas, grasas y aceites** que contengan extractos de carne o queso.
- **Otros:** tofu y productos de soja, suplementos dietéticos de proteínas, extractos de carne.

En este momento María muestra su preocupación, ya que considera que su dieta diaria se verá muy afectada con estos cambios que le sugerimos, por lo que hacemos un repaso detallado de su dieta habitual y subrayamos todos aquellos productos habituales que no van a interactuar. Establecemos objetivos y le invitamos a que mantenga un diario en el que anote las dificultades con la dieta o con otros aspectos relacionados con la alimentación. Convenimos con la paciente en realizar un seguimiento especial durante su visita de la semana siguiente, aprovechando su inicio de tratamiento parenteral.

María y su cuidador nos transmiten la dificultad para entender la pauta de tratamiento, aunque ya habían recibido información detallada por parte de su oncólogo y de su FOH. Le aportamos un esquema con representación temporal de cada fase de su tratamiento que hemos elaborado para facilitar su comprensión, que contiene también información sobre los posibles efectos adversos que puede presentar con el tratamiento (Figura 9). Tras la explicación del esquema gráfico de tratamiento, aclaramos las dudas que se plantean al familiar para su correcta comprensión y compromiso de tratamiento.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

**Figura 9.** Esquema que se le proporciona a la paciente que incluye la representación temporal de cada fase del tratamiento y los posibles efectos adversos que puede experimentar.



Por último, planificamos la próxima visita a la consulta de farmacia oncológica coincidiendo con la próxima visita al oncólogo.

**En consultas sucesivas:**

La principal toxicidad que manifiesta la paciente en los seguimientos son las náuseas. Recomendamos la toma de la medicación por la noche antes de acostarse para minimizarlas así como recomendaciones dietéticas para mejorarlas. Acordamos valorar en el siguiente ciclo si el cambio en la toma impacta positivamente en el efecto adverso.

En una de las visitas, el cuidador nos refiere preocupación por el acceso venoso de María. Consideramos oportuno contactar con su oncólogo de referencia para que estudie la posibilidad de ponerle un dispositivo que proporcione un acceso venoso permanente (*port-a-cath*) y evitar así este problema. El dispositivo es colocado finalmente en la paciente, lo que impacta positivamente en su actitud ante el tratamiento, ya que acude con menos temor el día que le toca la administración del fármaco por vía parenteral (vincristina).

- Índice
- Grupo de trabajo
- Introducción
- Capacidad
- Motivación
- Oportunidad
- Casos Clínicos
- Palabras clave
- Índice de abreviaturas
- Bibliografía

En todas las consultas se comprueba que los objetivos sobre la dieta se cumplen, que es adherente al tratamiento, y que conoce, maneja y son leves, los efectos adversos que padece. El paciente y el familiar nos reconocen como aliados en la consecución de los objetivos terapéuticos.

### **Oportunidad (Responder a las necesidades del paciente en tiempo real a través de la tecnología)**

En todo momento se ofrece a la paciente y al cuidador un teléfono de contacto y una asistencia a demanda de sus necesidades.

En el primer ciclo se aprovecha que la paciente acude a recibir su tratamiento parenteral (vincristina), para visitarla y comprobar su adherencia a la dieta. Las semanas posteriores el seguimiento se realiza a través del teléfono.

Al cuidador de María le preocupa cómo mantener la calidad de vida de su esposa. Ha estado leyendo en internet sobre la enfermedad y el tratamiento y se muestra muy angustiado con la información que ha encontrado, pero no sabe si es muy fiable. Desde la consulta, buscamos con él páginas web con información contrastada y le ayudamos a encontrar información fiable. En ese sentido, para conocer y comprender la enfermedad, navegamos por la web de la asociación de tumores cerebrales en España (<http://www.asate.es>). Para entender mejor los fármacos, le enseñamos donde puede encontrar información para pacientes en inglés, después de confirmarnos que no tiene problema en este punto (<http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/cancer-drug-manual/drug-index#p-content>). También le mostramos las páginas de algunas asociaciones de pacientes (<http://www.gepac.es> y <https://www.aecc.es>) porque desde ellas se puede acceder a diversas herramientas de ayuda no solo sanitaria, sino también social y psicológica. Y, por último, también le mostramos páginas en las que se pueden compartir experiencias con otros pacientes de igual patología (<https://www.patientslikeme.com>).

Según avanzan los ciclos de tratamiento, y aunque la adherencia es buena, el esfuerzo para recordar tomar la medicación por la noche (dos horas después de la cena) hace que nos pregunten si hay algún sistema de ayuda. Le presentamos entonces el sistema de alarma de la aplicación RecuerdaMed.

Por otra parte, desde el inicio del tratamiento ofrecemos a la paciente y a su cuidador un seguimiento especial de manera coordinada con otros niveles de asistencia — atención primaria, urgencias, hospitalización y oficina de farmacia — para asegurar que el conocimiento sobre la situación clínica de la paciente, su esquema de tratamiento, y su medicación concomitante sean compartidos de manera dinámica y ágil entre todos para conseguir así el éxito terapéutico que esperamos.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## CASO CLÍNICO 2

### 1. ANTECEDENTES

#### Índice

Laura es una mujer de 69 años diagnosticada en enero de 2018 de un carcinoma seroso de alto grado de ovario bilateral estadio IIIc. Fue sometida a cirugía y tratamiento de quimioterapia adyuvante con 6 ciclos de paclitaxel más carboplatino, recibiendo la última dosis en agosto de 2018. Tras el tercer ciclo se hubo de reducir la dosis de paclitaxel por neuropatía periférica.

#### Grupo de trabajo

#### Introducción

En marzo de 2019 ingresa por cuadro de hemiparesia izquierda, alteración conductual leve y disartria. Las pruebas de imagen objetivan lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral grande, quística, frontotempoparietal derecha, sugestiva de metástasis, así como múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. La paciente ha presentado un intervalo libre de enfermedad de siete meses desde el fin de la quimioterapia adyuvante.

#### Capacidad

#### Motivación

En base a estos hallazgos y tras presentación del caso en sesión, se decide resección quirúrgica de la metástasis cerebral y posteriormente iniciar tratamiento quimioterápico con intención paliativa con esquema de carboplatino asociado a gemcitabina.

#### Oportunidad

**Antecedentes personales:** no hábitos tóxicos, no diabetes, hipertensión arterial controlada. Sin alergias conocidas.

#### Casos Clínicos

**Tratamiento actual:** levetiracetam, rosuvastatina, rabeprazol, bisoprolol, budesonida/formoterol. La antiemesis incluye granisetron y dexametasona, sin precisar otros tratamientos de soporte.

#### Palabras clave

### 2. RESOLUCIÓN

#### Índice de abreviaturas

#### Capacidad (Estratificar para proveer atención farmacéutica según las necesidades del paciente)

#### Bibliografía

La paciente acude a la consulta de farmacia oncológica tras prescripción de una nueva línea de quimioterapia. Se realiza entrevista clínica en base al modelo de estratificación de pacientes con enfermedades OH, abordando aspectos clínicos, farmacoterapéuticos y otros datos de interés de la propia paciente. Se enfoca la entrevista con el objetivo general como farmacéuticos especialistas en oncología de proveer una AF de calidad para conseguir el máximo beneficio clínico y en la medida de lo posible contribuir a mejorar los resultados en salud de nuestros pacientes y reducir la toxicidad asociada a los tratamientos.

En primer lugar, se realiza una evaluación del historial farmacoterapéutico de la paciente, tratamiento actual, incluidas alergias, intolerancias, y tratamientos de medicina alternativa y complementaria. Se revisan previamente a la entrevista los últimos episodios registrados en la historia clínica así como datos analíticos. Se confirma con la paciente el tratamiento referido en la historia, presentando una buena adherencia y control de la sintomatología. No se detectan interacciones relevantes.

Consideramos igualmente las comorbilidades y otras variables clínicas de la paciente. En nuestro caso la paciente presenta buen estado funcional (ECOG 1), pero mantiene una neuropatía periférica grado 1, consecuencia de la primera línea de tratamiento con quimioterapia, que no le impide un desarrollo normal de actividades básicas diarias ni la realización de ejercicio de baja intensidad. Se pregunta por pérdida de peso, refiriendo haber perdido 5 kg en los últimos dos meses.

En cuanto a variables sociosanitarias, la paciente presenta comunicación fluida y muy buen grado de comprensión en todo momento. No muestra síntomas de distrés emocional, con una actitud bastante equilibrada y positiva de afrontamiento de la recaída. Tiene buen soporte familiar, vive con el marido y cuenta también con el apoyo de dos hijos que viven en la misma ciudad.

Según la complejidad de la paciente y del tratamiento, y tras aplicar el modelo de estratificación a pacientes OH, se clasifica a la paciente en el nivel de prioridad 2.

### **Motivación (Alinear objetivos a corto y a largo plazo para cada paciente)**

Tras esta primera fase se plantean a la paciente los objetivos farmacoterapéuticos y se refuerza la información sobre prevención y manejo de efectos secundarios más frecuentes que pueden aparecer, y la importancia de seguir manteniendo hábitos de vida saludables. No se detectan interacciones potenciales, pero se informa de que debe comunicar cualquier cambio en su tratamiento, así como la toma de productos de fitoterapia o suplementos. Se da información por escrito y se proporciona teléfono de la consulta del Servicio de Farmacia para cualquier consulta relacionada con farmacoterapia.

Durante la consulta se detecta un problema de astenia, que la paciente refiere como cansancio que viene arrastrando desde que inició la primera línea de tratamiento con quimioterapia, así como una pérdida de peso del 6,9% respecto a su peso habitual, relacionado fundamentalmente con hiporexia, aspecto por el que se muestra especialmente preocupada, al igual que el familiar que la acompaña. Abordamos con la paciente estos dos puntos intentando

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

fijar objetivos comunes y compartidos de cara a mejorar ambos aspectos. La paciente consulta sobre la conveniencia de consumir graviola, de la que ha obtenido información en internet que apunta a un efecto beneficioso.

Así pues, durante la entrevista motivacional se establecen con la paciente dos objetivos a corto y medio plazo: mejorar la astenia y recuperar peso, que estarán alineados con los objetivos de mantener la tolerancia al tratamiento y la calidad de vida. Se objetiva, además, una necesidad específica de información sobre el uso de terapias alternativas.

Respecto a la astenia, la paciente refiere una intensidad de leve a moderada, variable según el día, pero casi diaria. Se identifican como fortalezas un buen nivel cultural de la paciente y una excelente predisposición a colaborar. Se informa a la paciente de los factores que pueden contribuir a la persistencia de este síntoma, se comparten resultados de los estudios sobre astenia relacionada con el cáncer y cómo puede ayudar a mejorar la tolerancia al tratamiento planteado y a mitigar la astenia. Se planifica con la paciente un programa de actividad y descanso, que irá incrementándose gradualmente en función de su tolerancia y preferencia (en este caso se consensúa paseo diario de 50-60 minutos, descanso breve tras la comida principal y favorecer buenos hábitos de sueño).

El otro objetivo a corto y medio plazo planteado a la paciente es la recuperación de peso. Durante la entrevista profundizamos en hábitos alimenticios, modificaciones recientes de la dieta, y síntomas asociados. La paciente refiere fundamentalmente hiporexia y sensación de plenitud tras la ingesta, sin ningún otro síntoma destacable. Se hacen recomendaciones que puedan ayudar a mejorar la ingesta como la realización de tomas de menor volumen y con mayor contenido energético y proteico, bajo contenido en grasas y de mayor apetencia para la paciente, así como aprovechar los momentos de mayor apetito. Al ser una pérdida de peso considerable, se comenta con el oncólogo la posibilidad de realizar interconsulta a la Unidad de Nutrición de cara a una evaluación más en profundidad y valorar la idoneidad de suplementación oral.

Respecto a la consulta sobre el posible efecto beneficioso de la graviola se informa a la paciente de los datos disponibles, tras revisión del tema. En concreto sobre la posible alteración de la función hepática o renal tras un consumo prolongado, así como la existencia de casos publicados de trombocitopenia que pudieran interferir con la terapia, sobre todo considerando el perfil de efectos adversos del tratamiento prescrito, especialmente por el carboplatino.

- Índice**
- Grupo de trabajo**
- Introducción**
- Capacidad**
- Motivación**
- Oportunidad**
- Casos Clínicos**
- Palabras clave**
- Índice de abreviaturas**
- Bibliografía**

## Oportunidad (Responder a las necesidades del paciente en tiempo real a través de la tecnología)

Además de facilitar un teléfono de contacto, en el Centro está instaurado desde hace tiempo el contacto mediante llamada telefónica a los pacientes al inicio de la terapia con el fin de detectar cualquier problema relacionado con el tratamiento que pueda requerir atención, resolver dudas o reforzar algún aspecto concreto. Como elemento motivador se facilita el contacto con una asociación de pacientes de la zona que recientemente ha incorporado entre sus actividades salidas y rutas guiadas al campo y se da información para poder consultar guías específicas y programas de ejercicios para pacientes con cáncer, por si la paciente descubre algún ejercicio que pueda incorporar a su rutina diaria.

Se contacta con la Unidad de Nutrición para intentar adecuar la cita según protocolo del Centro y, debido a la mayor frecuencia de visitas a la consulta de farmacia, se acuerda con ellos en realizar un seguimiento de la tolerancia a la suplementación nutricional oral y un seguimiento del peso en las consultas de farmacia, comunicando con ellos si se detectan problemas de tolerancia o ineficiencia del tratamiento nutricional (no ganancia ponderal de la paciente).

Se hará un seguimiento para ver la evolución del peso y de la astenia, por lo que se cita a la paciente para la siguiente visita en la consulta de farmacia oncológica haciendo coincidir, en este caso, con la administración del siguiente ciclo.

## CASO CLÍNICO 3

### 1. ANTECEDENTES

Alberto es un directivo de una multinacional automovilística y por su trabajo viaja mucho. Tiene 67 años y en julio de 2015 le diagnosticaron una leucemia linfocítica crónica, estadio Rai IV, Binet C. Recibió tratamiento de primera línea en 2017 según esquema FCR (fludarabina, ciclofosfamida, rituximab) por 6 ciclos, con buena tolerancia y alcanzando respuesta completa. En junio de 2018 se constata progresión e inicia ibrutinib, consiguiendo una estabilización de la enfermedad (mantenimiento de la cifra de leucocitos y del tamaño de las adenopatías).

**Antecedentes personales:** fumador de 1 paquete diario desde hace más de 30 años, hipercolesterolemia familiar. Sin alergias conocidas.

**Tratamiento actual:** simvastatina

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## 2. RESOLUCIÓN

### Capacidad (Estratificar para proveer atención farmacéutica según las necesidades del paciente)

#### Inicio de nueva línea de tratamiento

El paciente acude a la Consulta Externa de Farmacia para iniciar una nueva línea de tratamiento con ibrutinib. El farmacéutico hematológico aplica el Modelo de Estratificación de pacientes con enfermedades OH (6) y previamente a realizar la entrevista clínica (7) obtiene información a través de la historia clínica acerca de aspectos:

- Demográficos
- Sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional
- Clínicos y de utilización de recursos sanitarios
- Relacionados con su tratamiento actual y previo (hematológico y de comorbilidades)

Esta información obtenida de la historia clínica es complementada y verificada por el farmacéutico hematológico durante la entrevista clínica. El paciente se estratifica en el nivel 3, es decir, es un paciente con un buen grado de comprensión de la enfermedad y su tratamiento, sin dificultades sociosanitarias ni del estado cognitivo y funcional, con pocas comorbilidades y sin interacciones entre el tratamiento domiciliario y el ibrutinib, tampoco toma terapia alternativa ni complementaria. Documentamos en la historia clínica que es un paciente de nivel 3.

En base a este resultado, tal y como se recoge en el Modelo, las actuaciones de AF a realizar para pacientes incluidos en este grupo son:

- **Seguimiento farmacoterapéutico:** revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos
- **Formación y educación al paciente:** información sobre la medicación y fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento. En nuestro centro, se proporciona a todos los pacientes, por un lado, información detallada acerca del tratamiento: qué es, cuál es la posología, cómo se toma, qué hacer ante olvido de dosis, vómitos, cómo se conserva, qué toxicidad puede aparecer y cómo manejarla, con qué interacción y precauciones especiales de uso. Se les advierte que no tomen suplementos que contengan omega 3 ni 6 porque pueden potenciar el sangrado. Por otro lado, se ofrece una relación de direcciones web y

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

contenidos digitales, seguros y fiables, de manera que, si el paciente lo desea, pueda consultar, obtener información complementaria, interactuar con colectivos de asociaciones de pacientes y mantener abierto y fluido un canal de comunicación con todo el equipo de profesionales sanitarios al que preguntar todas sus dudas y necesidades.

- **Coordinación con el equipo asistencial:** elaboración de protocolos, guías, procedimientos normalizados de trabajo (PNT), docencia, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación/Historia Clínica Compartida, etc.

### Tras 12 meses de tratamiento

A los 6 meses y a los 12 meses del inicio de tratamiento el paciente fue reevaluado manteniéndose en el mismo nivel de estratificación: nivel 3.

### Motivación (Alinear objetivos a corto y a largo plazo para cada paciente)

#### Inicio de nueva línea de tratamiento

El paciente ha sido estratificado en el nivel 3 y los objetivos actuales son:

- Mantener hábitos de vida saludable.
- Familiarizarse con ibrutinib y saber identificar los potenciales efectos adversos y cómo actuar en caso de que aparezcan (entregada información escrita además de la información oral y teléfono de contacto con el farmacéutico hematológico).
- Ampliar conocimientos respecto a su nuevo tratamiento, por ello se le han ofrecido direcciones web y contenidos digitales, seguros y fiables.

### Tras 12 meses de tratamiento

Puesto que la situación clínica del paciente lo permite, y en coordinación con el Servicio de Hematología, se decide ampliar tanto las visitas al Servicio de Hematología como las del Servicio de Farmacia, que pasarán a ser trimestrales y se harán coincidir ambas en el mismo día para mayor conveniencia del paciente.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

El paciente reúne las características para participar en el programa de dispensación ambulatoria domiciliaria (3) y telefarmacia del centro:

- Está en seguimiento por parte del Servicio de Farmacia, es decir, no es paciente nuevo.
- El tratamiento es crónico, a priori se prevén pocos cambios a lo largo del tiempo tanto de su enfermedad hematológica como del resto de patologías.
- La adherencia ha sido > 90%.
- Está familiarizado y es capaz de utilizar adecuadamente la tecnología implementada para llevar a cabo la comunicación y el seguimiento a distancia desde el Servicio de Farmacia.
- Firma el consentimiento informado del programa de dispensación ambulatoria domiciliaria y telefarmacia.

Adicionalmente Alberto vive a 150 km del Hospital, por lo tanto, los desplazamientos al Centro le suponen un esfuerzo importante de tiempo que interfiere con sus actividades laborales.

Los objetivos actuales son:

- Mantener adherencia > 90%
- Acceso al programa de dispensación ambulatoria domiciliaria
- Paciente experto

### **Oportunidad (Responder a las necesidades del paciente en tiempo real a través de la tecnología)**

#### **Inicio de nueva línea de tratamiento**

Alberto dispone de:

- direcciones web y contenidos digitales, seguros y fiables.
- teléfono del farmacéutico hematológico para consultarle las dudas relacionadas con su tratamiento, efectos adversos, interacciones, terapia alternativa, etc.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

## Tras 12 meses de tratamiento

Alberto ha firmado el consentimiento informado del programa de dispensación ambulatoria domiciliaria y telefarmacia. Las visitas presenciales pasan a ser trimestrales y en ellas se dispensará presencialmente ibrutinib. Se programan además dos dispensaciones domiciliarias del período intermedio (una dispensación mensual) quedando fijado día y franja horaria que recibirá la nueva dispensación de ibrutinib en su domicilio

Se programa además la cita de seguimiento mediante teleasistencia en un periodo intermedio entre las dos visitas presenciales (1,5 meses). La conexión se realiza vía videoconferencia segura dentro del programa de Telefarmacia del Departamento de Salud de su Comunidad. En las visitas de seguimiento de telefarmacia se realiza la misma entrevista clínica al paciente que en la presencial y se advierte la presencia de artralgias (85) en la mano derecha que le dificultan su trabajo constante en el ordenador. La coordinación con el Servicio de Hematología permite la prescripción de prednisona 10 mg/24 h durante una semana.

## Tras 18 meses de tratamiento

El paciente mantiene el beneficio clínico del tratamiento y la adherencia al tratamiento; no hay cambios en el resto del tratamiento domiciliario y el paciente manifiesta mayor comodidad con el programa de dispensación ambulatoria domiciliaria y telefarmacia, que le evita pérdidas de horas laborales innecesarias tanto de él como de su esposa, que le acompaña en la mayoría de las visitas, con lo que el paciente se mantiene dentro del programa.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# PALABRAS CLAVE

## Índice

## Grupo de trabajo

## Introducción

## Capacidad

## Motivación

## Oportunidad

## Casos Clínicos

## Palabras clave

## Índice de abreviaturas

## Bibliografía

## CAPACIDAD

**Capacidad:** La capacidad en el modelo CMO se relaciona con la posibilidad de organizar de una forma objetiva a los pacientes en estratos, y de esta manera poder dirigir el mayor esfuerzo de atención farmacéutica a aquellos pacientes que más lo requieren.

**Estratificación:** categorización de los pacientes para ofrecerles una atención farmacéutica adecuada a sus necesidades.

**Variables de medida:** medida de características relacionadas con el tratamiento, con el estado y situación clínica del paciente, con datos demográficos, situación socioeconómica y del estado cognitivo y funcional para desarrollar estrategias de atención farmacéutica estandarizada y adecuada a cada uno de los niveles de prioridad establecidos, del uno al tres.

**Nivel de prioridad:** cada una de las tres categorías obtenidas según el modelo de estratificación que van a implicar distintos niveles de atención farmacéutica. Cuando un paciente es de prioridad 1, requiere el máximo nivel de atención farmacéutica.

**Actuaciones de atención farmacéutica:** acciones o intervenciones farmacéuticas sobre el seguimiento del paciente, su formación y educación, y todo aquello que procura buscar la óptima coordinación del equipo asistencial, en beneficio del paciente.

**Paciente OH:** Paciente oncológico y hematológico.

## MOTIVACIÓN

**Activación del paciente:** responsabilización del paciente, en colaboración con los profesionales sanitarios, de su propio cuidado, del adecuado mantenimiento de su salud y de su tratamiento.

**Atención farmacéutica (AF):** actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin último de mejorar los resultados en salud.

**Entrevista motivacional:** herramienta para ayudar a los pacientes a adquirir un compromiso y a alcanzar el deseo de cambiar.

**Motivación:** capacidad de alinear los objetivos a corto con objetivos a medio y largo plazo para cada paciente, de forma individual y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para la consecución.

## OPORTUNIDAD

**Telefarmacia:** provisión de atención farmacéutica a distancia a través del uso de las telecomunicaciones y las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Puede ser llevada a cabo desde farmacias comunitarias u hospitales. Se considera incluida en la telemedicina.

**Telemedicina:** De *telos* (a distancia) y *meden* (curar). Es el intercambio de la información médica de un lugar a otro, por medio de las comunicaciones electrónicas, con el objeto de mejorar el estado de salud de un individuo. Incluye a la telefarmacia.

**TIC:** tecnologías de la información y comunicación. Se definen como el conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y enviarla de un lugar a otro.

**Conciliación de la medicación:** proceso que pretende detectar y evitar acontecimientos adversos y errores relacionados con los medicamentos mediante la revisión de la prescripción, así como prevenir los posibles resultados negativos derivados de una prescripción inadecuada.

**Paciente experto:** consumidor de los servicios sanitarios que ha sido formado y capacitado sobre una condición médica en particular mediante programas diseñados para aumentar la autoconfianza en su capacidad de controlar los síntomas, administrar mejor sus problemas de salud, y mejorar su calidad de vida.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

# ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Índice	<b>AEMPS</b>	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
	<b>AF</b>	Atención farmacéutica
Grupo de trabajo	<b>CEIC</b>	Comité Ético de Investigación Clínica
	<b>CMO</b>	Capacidad, Motivación, Oportunidad
Introducción	<b>EPA</b>	Estudio post-autorización
	<b>FACT</b>	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue Scale</i>
Capacidad	<b>FOH</b>	Farmacéutico oncohematológico
	<b>GEDEFO-SEFH</b>	Grupo Español de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
Motivación	<b>HADS</b>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
	<b>HCE</b>	Historia Clínica Electrónica
Oportunidad	<b>LOE</b>	Lesión Ocupante de Espacio
	<b>MAPEX</b>	Mapa de Atención al Paciente Externo
Casos Clínicos	<b>MFI</b>	<i>Multidimensional Fatigue Inventory</i>
	<b>NCCN</b>	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
Palabras clave	<b>OH</b>	Oncohematológico / Oncológico y hematológico
	<b>PNT</b>	Procedimiento Normalizado de Trabajo
Índice de abreviaturas	<b>PRO</b>	<i>Patient Related Outcomes</i>
	<b>RMN</b>	Resonancia magnética nuclear
Bibliografía	<b>SEFH</b>	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
	<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud.
	<b>TIC</b>	Tecnologías de la información y comunicación

# BIBLIOGRAFÍA

## Índice

## Grupo de trabajo

## Introducción

## Capacidad

## Motivación

## Oportunidad

## Casos Clínicos

## Palabras clave

## Índice de abreviaturas

## Bibliografía

- Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MÁ. MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. *Farm Hosp*. 2015 Jul 1;39(4):189–91.
- Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, de las Aguas Robustillo-Cortés M. A New Pharmaceutical Care Concept: More Capable, Motivated, and Timely. *Hosp Pharm*. 2019 Aug 1;001857871986765.
- Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MÁ. El modelo CMO en consultas externas de farmacia hospitalaria [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 15]. Available from: [https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro\\_CMO.pdf](https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf)
- Morillo Verdugo R, Calleja Hernández M, Robustillo-Cortes M, Poveda-Andres J. Una nueva definición y reenfoque de la atención Farmacéutica: el documento de Barbate. *Farm Hosp*. 2020;En prensa.
- Cajaraville G, Carreras MJ, Lamas MJ, Mangues I, Martínez MJ, Poveda JL. Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico: líneas estratégicas y objetivos 2020 [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 15]. Available from: [http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/plan\\_estrategico\\_2020.pdf](http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/plan_estrategico_2020.pdf)
- Mangues Bafalluy I, Bernárdez Ferrán B, Martínez Bautista MJ, Marcos Rodríguez JA, Fernández Ávila JJ, Martínez Callejo V, et al. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas [Internet]. [cited 2019 Jul 15]. Available from: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmacéutica-pacientes-oncohematologicos.pdf>
- Bernárdez Ferrán B, Mangues Bafalluy I, Moreno Martínez ME, Marcos Rodríguez JA, Parada Aradilla MÁ, Garrido Siles M, et al. Entrevista clínica y atención farmacéutica al paciente oncohematológico. [Internet]. [cited 2019 Jul 10]. Available from: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Madrid; 2019 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://seom.org/dmccancer/wp-content/uploads/2019/Informe-SEOM-cifras-cancer-2019.pdf>
- Herramienta de estratificación del paciente oncohematológico. [Internet]. [cited 2019 Jul 15]. Available from: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Fundación Española de Farmacia Hospitalaria. Documento de Atención farmacéutica de Barbate (31- Mayo - 2019) [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate\\_VF.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate_VF.pdf)
- Miller WR (William R, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2a. Guilford Press; 2002. 428 p.
- Rollnick S, Kinnnersley P, Stott N. Methods of helping patients with behaviour change. *BMJ*. 1993;307(6897):188–90.
- Bates JS, Auten J, Sketch MR, Patel T, Clark SM, Morgan KP, et al. Patient engagement in first cycle comprehensive chemotherapy consultation pharmacist services and impact on patient activation. *J Oncol Pharm Pract*. 2019;25(4):896–902.
- Kinney RL, Lemon SC, Person SD, Pagoto SL, Saczynski JS. The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(5):545–52.
- Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff*. 2013;32(2):207–14.
- Argilés JM, Busquets S, Felipe A, López-Soriano FJ. Molecular mechanisms involved in muscle wasting in cancer and ageing: cachexia versus sarcopenia. *Int J Biochem Cell Biol*. 2005;37(5):1084–104.
- Candela CG, Peña GM, de Cos Blanco AI, Rosado CI, Rabaneda RC. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. *Suporte Nutr en el Paciente Oncológico*. 2004;4(1):43–56.
- Gómez-Candela C, Albendea C, Palma Milla S, de Paz Arias R, Díaz Gómez J, Rodríguez-Durán D, et al. Intervención nutricional en el paciente oncohematológico. *Nutr Hosp*. 2012;27(3):669–80.
- Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med*. 1980;69(4):491–7.

20. National Cancer Institute. Consejos de alimentación: Antes, durante y después del tratamiento del cáncer [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/consejos-de-alimentacion.pdf>
21. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue [Internet]. Vol. Version 1, National Comprehensive Cancer Network. 2013 [cited 2019 Jul 2]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.aspx#fatigue](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#fatigue)
22. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the US. *Support care cancer*. 2008;16(7):791–801.
23. Wang XS, Zhao F, Fisch MJ, O'Mara AM, Cella D, Mendoza TR, et al. Prevalence and characteristics of moderate to severe fatigue: a multicenter study in cancer patients and survivors. *Cancer*. 2014;120(3):425–32.
24. Díaz N, Menjón S, Rolfo C, García-Alonso P, Carulla J, Magro A, et al. Patients' perception of cancer-related fatigue: results of a survey to assess the impact on their everyday life. *Clin Transl Oncol*. 2008;10(11):753–7.
25. Rodríguez CA, Ruiz M, Alonso R, Viotti F, El-Hayaj M, Del Barco E, et al. Evaluación de la astenia en oncología. Aplicación del Cuestionario Perform. *Psicooncología*. 2012;9(1):65.
26. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2017;3(7):961–8.
27. Puetz TW, Herring MP. Differential effects of exercise on cancer-related fatigue during and following treatment: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;43(2):e1–24.
28. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sport Exerc*. 2010;42(7):1409–26.
29. de Jong FA, Sparreboom A, Verweij J, Mathijssen RHJ. Lifestyle habits as a contributor to anti-cancer treatment failure. *Eur J Cancer*. 2008;44(3):374–82.
30. Karam-Hage M, Oughli HA, Rabius V, Beneventi D, Wippold RC, Blalock JA, et al. Tobacco cessation treatment pathways for patients with cancer: 10 years in the making. *J Natl Compr Cancer Netw*. 2016;14(11):1469–77.
31. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Smoking Cessation [Internet]. Vol. Version 2, National Comprehensive Cancer Network. 2019 [cited 2019 Jul 5]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/smoking.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/smoking.pdf)
32. Moussas GI, Papadopoulou AG. Substance abuse and cancer. *Psychiatriki*. 2017 Jul 1;28(3):234–41.
33. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Distress Management. Vol. Version 3, National Comprehensive Cancer Network. 2019.
34. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane database Syst Rev*. 2010;(7).
35. Grupo de Farmacia Oncológica de la SEFH (GEDEFO). Entrevista clínica y atención farmacéutica al paciente oncohematológico [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 12]. Available from: <http://gruposedetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf>
36. Goodin S, Griffith N, Chen B, Chuk K, Daouphars M, Doreau C, et al. Safe handling of oral chemotherapeutic agents in clinical practice: recommendations from an international pharmacy panel. *J Oncol Pract*. 2011;7(1):7–12.
37. Díaz-Carrasco MS, Almanchel-Rivadeneira M, Tomás-Luiz A, Pelegrín-Montesinos S, Ramírez-Roig C, Fernández-Ávila JJ. Observational study of drug-drug interactions in oncological inpatients Estudio observacional sobre interacciones farmacológicas en pacientes oncológicos ingresados. *Farm Hosp*. 2018;42(1):10–5.
38. Fernández de Palencia-Espinosa MÁ, Espuny-Miro A, Díaz-Carrasco MS. Consistency among two drug interaction compendia in onco-haematological inpatients. *Eur J Clin Pharm atención Farm*. 2016;18(2):90–7.
39. Fernández de Palencia Espinosa MÁ, Díaz Carrasco MS, Alonso Romero JL, de la Rubia Nieto A, Espuny Miró A. Potential drug–drug interactions in oncological adult inpatients at a Spanish hospital: epidemiology and risk factors. *Int J Clin Pharm*. 2015 Dec 21;37(6):1021–7.
40. van Leeuwen RWF, Brundel DHS, Neef C, van Gelder T, Mathijssen RHJ, Burger DM, et al. Prevalence of potential drug-drug interactions in cancer patients treated with oral anticancer drugs. *Br J Cancer*. 2013 Mar 19;108(5):1071–8.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

41. Jiménez Torres NV, Romero Crespo I, Ballester Solaz M, Albert Marí A, Jiménez Arenas V. Interacción de los antineoplásicos orales con los alimentos: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2009;24(3):260–72.
42. Geynisman DM, Wickersham KE. Adherence to targeted oral anticancer medications. *Discov Med.* 2013;15(83):231.
43. Mathes T, Antoine S-L, Pieper D, Eikermann M. Adherence enhancing interventions for oral anticancer agents: a systematic review. *Cancer Treat Rev.* 2014;40(1):102–8.
44. Haanen J, Carbonnel F, Robert C, Kerr KM, Peters S, Larkin J, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2017;28(suppl\_4):iv119–42.
45. Watson R, Bryant J, Sanson-Fisher R, Turon H, Hyde L, Herrmann A. Do haematological cancer patients get the information they need about their cancer and its treatment? Results of a cross-sectional survey. *Support Care Cancer.* 2019;27(4):1509–17.
46. White V, Farrelly A, Pitcher M, Hill D. Does access to an information-based, breast cancer specific website help to reduce distress in young women with breast cancer? Results from a randomised trial. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(6):e12897.
47. West HJ. Online Cancer Information and Patient Groups. *JAMA Oncol.* 2019;
48. Chaix B, Bibault J-E, Pienkowski A, Delamon G, Guillemassé A, Nectoux P, et al. When Chatbots Meet Patients: One-Year Prospective Study of Conversations Between Patients With Breast Cancer and a Chatbot. *JMIR cancer.* 2019;5(1):e12856.
49. Listado completo de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de apps de salud [Internet]. [cited 2019 Dec 12]. Available from: <http://www.calidadappsalud.com/listado-completo-recomendaciones-app-salud/>
50. Casey MM, Sorensen TD, Elias W, Knudson A, Gregg W. Current practices and state regulations regarding telepharmacy in rural hospitals. *Am J Heal Pharm.* 2010;67(13):1085–92.
51. Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Castro-Iglesias Á, Mena-de-Cea Á, Rodríguez-Orsorio I, Pernas-Souto B, et al. Teleconsultation for the Pharmaceutical Care of HIV Outpatients in Receipt of Home Antiretrovirals Delivery: Clinical, Economic, and Patient-Perceived Quality Analysis. *Telemed e-Health.* 2019;25(5):399–406.
52. Martín Conde M. Telefarmacia en el paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. In: *Monografías de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria Innovación en procesos*(no7). Barcelona: Bayer Hispania SL; 2017.
53. Inch J, Notman F, Watson M, Green D, Baird R, Ferguson J, et al. Tele-pharmacy in rural Scotland: a proof of concept study. *Int J Pharm Pract.* 2017;25(3):210–9.
54. Scott DM, Friesner DL, Rathke AM, Peterson CD, Anderson HC. Differences in medication errors between central and remote site telepharmacies. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52(5):e97–104.
55. Gordon HL, Hoeber M, Schneider A. Telepharmacy in a rural Alberta community cancer network. *J Oncol Pharm Pract.* 2012;18(3):366–76.
56. McFarland R. Telepharmacy for remote hospital inpatients in north-west Queensland. *J Telemed Telecare.* 2017;23(10):861–5.
57. Basch E, Deal AM, Dueck AC, Scher HI, Kris MG, Hudis C, et al. Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA.* 2017;318(2):197–8.
58. Denis F, Basch E, Septans A-L, Bennouna J, Urban T, Dueck AC, et al. Two-year survival comparing web-based symptom monitoring vs routine surveillance following treatment for lung cancer. *JAMA.* 2019;321(3):306–7.
59. San José Ruiz B, Lemus G, Ángeles M, Figuero Echeverría MP. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. *Farm Hosp.* 2015;39(1):13–22.
60. Baldoni, Amenta, Ricci. Telepharmacy Services: Present Status and Future Perspectives: A Review. *Medicina (B Aires).* 2019 Jul 1;55(7):327.
61. Choudhry NK, Isaac T, Lauffenburger JC, Gopalakrishnan C, Khan NF, Lee M, et al. Rationale and design of the Study of a Tele-pharmacy Intervention for Chronic diseases to Improve Treatment adherence (STIC2IT): A cluster-randomized pragmatic trial. *Am Heart J.* 2016;180:90–7.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

62. Kosmisky DE, Everhart SS, Griffiths CL. Implementation, Evolution and Impact of ICU Telepharmacy Services Across a Health care System. *Hosp Pharm*. 2019;0018578719851720.
63. Carrascosa O, Cornejo S, Lluch R, De la Vega I, Aparicio C SA. Programa de administración domiciliar de 5-Azacitidina. Gijón: 61 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2016.
64. Pereira Vazquez M, Iglesias Fernández M, Sáenz Fernández CA, Rodríguez Vazquez A, López Doldán MC SMJ. Home azacitidine administration: a new alternative to complying the 7-days regime. Bilbao: 57 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2012. p. Poster 308.
65. Vega Acuña A, Marín Pozo JF, Alcalá Sanz A, Cantudo Cuenca MD, Vargas Lorenzo M CPI. Programa de información a pacientes tratados con azacitidina. Bilbao: 57 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2012. p. Poster 316.
66. Benizri F, Dalifard B, Zemmour C, Henriquet M, Fougereau E, Le Franc B. DrugCam®—An intelligent video camera system to make safe cytotoxic drug preparations. *Int J Pharm*. 2016;502(1–2):198–207.
67. AlFaar AS, Kamal S, AbouElnaga S, Greene WL, Quintana Y, Ribeiro RC, et al. International telepharmacy education: another venue to improve cancer care in the developing world. *Telemed e-Health*. 2012;18(6):470–4.
68. Sanmartín-Ucha M, Piñeiro-Corrales G, Grupo de Trabajo de Continuidad Asistencial de la EOXI Vigo. Modelo de teleconsulta farmacéutica integrada en la historia clínica electrónica del paciente. *Farm Hosp*. 2019;43(1):1–5.
69. Hatton J, Chandra R, Lucius D, Ciuchta E. Patient satisfaction of pharmacist-provided care via clinical video teleconferencing. *J Pharm Pract*. 2018;31(5):429–33.
70. Saez Belló M, Ramos García AC, Frías Ruiz P AMA. Farmacia domiciliar: encuesta de valoración a pacientes ambulatorios. Bilbao: 57 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2012. p. Poster 1323.
71. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 22]. Available from: [https://seom.org/images/SEOM\\_cifras\\_cancer\\_2019.pdf](https://seom.org/images/SEOM_cifras_cancer_2019.pdf)
72. Vega TGC, Sierra-Sánchez JF, Martínez-Bautista MJ, García-Martín F, Suárez-Carrascosa F, Baena-Cañada JM. Medication reconciliation in oncological patients: A randomized clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016 Jun 1;22(6):734–40.
73. Nicholas Z, Hu N, Ying J, Soisson P, Dodson M, Gaffney DK. Impact of comorbid conditions on survival in endometrial cancer. *Am J Clin Oncol Cancer Clin Trials*. 2014;37(2):131–4.
74. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. 2006 [cited 2019 Nov 22]. Available from: [https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)
75. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: APEAS 2008 [Internet]. 2008 [cited 2019 Nov 22]. Available from: [https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
76. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: A systematic review. Vol. 158, *Annals of Internal Medicine*. 2013. p. 397–403.
77. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events [Internet]. [cited 2019 Nov 22]. Available from: <http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>
78. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla de Salut 2011-2015. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, Desprescripción y adherencia. 2014.
79. Calleja Hernández MÁ, Garrido Siles M, Lozano Blázquez A, Martínez Sesmero JM, Moreno Martínez E, Albert Marí A, et al. 10 Temas candentes en Farmacia Oncohematológica [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.sefh.es/biblioteca-documentos.php>.
80. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Conciliación de la Medicación. Información farmacoterapéutica de la comarca (INFAC). Volumen 21. [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 22]. Available from: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2013/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_21\\_n\\_10.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf)
81. Cossich T, Schofield P, McLachlan SA. Validation of the cancer needs questionnaire (CNQ) short-form version in an ambulatory cancer setting. *Qual Life Res*. 2004 Sep;13(7):1225–33.

Índice

Grupo de trabajo

Introducción

Capacidad

Motivación

Oportunidad

Casos Clínicos

Palabras clave

Índice de abreviaturas

Bibliografía

82. Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Beltrami E, Boeri P, Borreani C, et al. Assessment of hospitalised cancer hospitalised cancer patient's needs by the needs evaluation questionnaire. *Ann Oncol.* 2000;11(1):31–7.
83. Martínez Sesmero J, Pi Corrales G. Perspectivas Innovadoras en farmacia hospitalaria Oncohematológica [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <http://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/Perspectivas-Innovadoras-en-Farmacia-Hospitalaria-onco-hematologica.pdf>
84. National Association for Patient Participation. Working towards a gold standard PPG [Internet]. 2014. p. 34–6. Available from: [https://napp.org.uk/34-36\\_PB\\_May14\\_\(2\).pdf](https://napp.org.uk/34-36_PB_May14_(2).pdf)
85. CHMP. IMBRUVICA. FICHA TÉCNICA O RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imbruvica-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imbruvica-epar-product-information_es.pdf)

**Índice****Grupo de trabajo****Introducción****Capacidad****Motivación****Oportunidad****Casos Clínicos****Palabras clave****Índice de abreviaturas****Bibliografía**