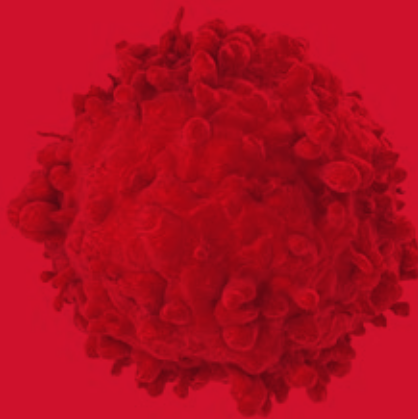




ENTREVISTA CLÍNICA
Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA

AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO



ENTREVISTA CLÍNICA
Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA

AL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO



© 2018 Astellas.

© Kateryna_Kon/Fotolia (Imagen de portada)

ISBN: 978-84-697-9550-7

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado y la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de los Autores y/o de Astellas.

Aunque se ha tenido el máximo cuidado en la recopilación y verificación de la información contenida en esta publicación con el objeto de asegurar su veracidad, los Autores, Astellas y sus asociados no se responsabilizarán de la actualización continuada de la información ni de cualquier omisión, inexactitud o error expresado en esta publicación. Tampoco se responsabilizarán de los posibles perjuicios y/o daños que se pudieran ocasionar a individuos o instituciones que pudieran ser consecuencia de la utilización de la información, métodos, productos, instrucciones e ideas que se proporcionen en esta publicación. Dado el rápido progreso con el que avanzan las ciencias médicas, los Autores, Astellas y sus asociados recomiendan que se realicen las comprobaciones oportunas al margen de los diagnósticos y dosificaciones que se indican en esta publicación. La inclusión o exclusión de cualquier producto no implica que su uso esté recomendado o rechazado. El uso que se haga de marcas comerciales se destina únicamente a meros fines de identificación del producto y no implica el respaldo o patrocinio del mismo. Las opiniones manifestadas no reflejan necesariamente las de los Autores o las de Astellas y sus asociados.

Editado por:

 **Springer** Healthcare

Springer Healthcare Ibérica, S.L.

Rosario Pino, 14 – 4ª Planta. 28020 Madrid. España

Centralita: +34 91 555 40 62

www.springerhealthcare.com

www.springernature.com

Part of the Springer Nature group

ÍNDICE DE AUTORES

Grupo de Farmacia Oncológica de la SEFH (GEDEFO)

Coordinadoras del documento

Beatriz Bernárdez Ferrán

Board Certified Oncology Pharmacist, Facultativa Especialista de Área, Unidad de Farmacia Oncológica, Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Irene Mangues Bafalluy

Board Certified Oncology Pharmacist, Unidad de Farmacia Oncohematológica, Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

M. Estela Moreno Martínez

Board Certified Oncology Pharmacist, Adjunta de Farmacia, Equipo Atención Farmacéutica Onco-Hematología, Servicio de Farmacia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Autores del documento

José Antonio Marcos Rodríguez

Board Certified Oncology Pharmacist, Área Onco-Hematología, Unidad de Gestión Clínica Farmacia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

M. Ángeles Parada Aradilla

Board Certified Oncology Pharmacist, Área Onco-Hematología, Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, Barcelona.

Margarita Garrido Siles

Board Certified Oncology Pharmacist, Facultativa Especialista Farmacia Hospitalaria, Unidad de Farmacia Oncológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Virginia Martínez Callejo

*Board Certified Oncology Pharmacist, Facultativa Especialista de Área,
Farmacia Oncológica, Servicio de Farmacia,
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

David Conde Estévez

*Board Certified Oncology Pharmacist, Servicio de Farmacia Hospitalaria,
Hospital del Mar, Barcelona IMIM (Institut Hospital del Mar
d'Investigacions Mèdiques), Barcelona.*

Paula de Juan-García Torres

*Board Certified Oncology Pharmacist, Facultativa Especialista de Área,
Unidad de Farmacia Oncohematológica, Servicio de Farmacia,
Hospital Universitario, Guadalajara.*

INTRODUCCIÓN

El farmacéutico oncohematológico debe optimizar la farmacoterapia y proveer al paciente de información sobre su tratamiento con el fin de mejorar la seguridad, la comprensión y adherencia al tratamiento, y potenciar su autonomía. La comunicación y, por lo tanto, la entrevista clínica, son puntos clave para conseguir estos objetivos.

Este documento de entrevista clínica está alineado con el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico 2020 y con el Mapa Estratégico de Pacientes Externos Oncohematológicos (MAPEX-OH) y abarca tanto al paciente en tratamiento antineoplásico parenteral como oral. Disponer de un documento de excelencia en la entrevista clínica que abarque aspectos estructurales, habilidades comunicativas, estandarización de la validación farmacéutica y educación al paciente, resulta de gran utilidad para el farmacéutico oncohematológico.

Se plantea un documento eminentemente práctico que ayude a estandarizar la comunicación directa entre el paciente y el farmacéutico oncohematológico, que garantice una atención farmacéutica de calidad para conseguir el máximo beneficio clínico y que contribuya a mejorar los resultados en salud de una manera eficiente.

El desarrollo de este documento técnico sobre la entrevista clínica sigue un modelo de entrevista motivacional basado en el abordaje de las necesidades del paciente por encima del fármaco en sí.

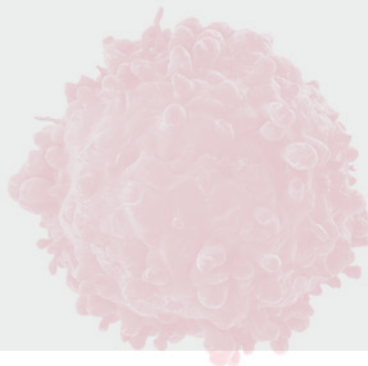
Al farmacéutico oncohematológico no siempre le será posible realizar una entrevista clínica que incluya todas las recomendaciones de este documento técnico. Por ello, cada hospital debe disponer de un procedimiento normalizado de actuación que haya sido aceptado por la dirección del centro y que incorpore los aspectos imprescindibles de una entrevista clínica que ayuden a conseguir su objetivo.

En la actualidad, el Grupo de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO_SEFH) está desarrollando un modelo de estratificación de pacientes oncohematológicos en función de la complejidad de este y de su tratamiento con la finalidad de ofrecer atención farmacéutica individualizada y conseguir el máximo beneficio clínico de una manera eficiente. Todo ello a partir de la información documentada en la historia clínica y de la entrevista clínica que el farmacéutico oncohematológico realiza al paciente.

Los autores en representación de GEDEFO
Abril de 2018

ÍNDICE

1. Aspectos que se deben tener en cuenta en la entrevista	1
1.1. Aspectos relacionados con el entorno y el tiempo	1
1.2. Aspectos relacionados con el farmacéutico. Habilidades de comunicación	2
1.3. Aspectos relacionados con el paciente. Tipos de pacientes	4
2. Tipos de entrevistas	6
2.1. Entrevista estructurada	6
2.2. Entrevista libre	6
2.3. Entrevista semiestructurada	6
3. Estructura de la entrevista	6
3.1. Fase previa (preentrevista)	6
3.2. Entrevista	7
3.3. Fase posterior (postentrevista)	17
4. Validación	17
5. Fichas de comprobación de la entrevista	18
Ficha 1. Aspectos generales que se deben tener en cuenta en la entrevista	18
Ficha 2. Aspectos que se deben tener en cuenta en la fase previa a la entrevista clínica	19
Ficha 3. Aspectos que se deben tener en cuenta en la entrevista inicial ...	20
Ficha 4. Aspectos que se deben tener en cuenta en la visita de seguimiento	21
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	22
RECURSOS DE INFORMACIÓN	24



1. Aspectos que se deben tener en cuenta en la entrevista

La entrevista clínica es una habilidad esencial en cualquier profesional sanitario que tenga contacto directo con el paciente y es la clave de la comunicación entre ambos. Una buena comunicación constituye una herramienta esencial de aproximación al paciente y a sus familiares, y está relacionada con una mayor satisfacción y una mejor comprensión por parte del paciente, reduce la ansiedad y conlleva mejores resultados en salud¹.

Las características propias de cada paciente (edad, cultura, creencias, situación familiar, etc.) intervienen en la relación entre el farmacéutico y el paciente. La información que emite el paciente, tanto verbal como no verbal, debe ayudar a adaptar la información a cada uno de forma particular².

Existen tres pilares fundamentales sobre los que se desarrolla la entrevista clínica: el entorno y el tiempo, el farmacéutico y el paciente.

1.1. Aspectos relacionados con el entorno y el tiempo

- En la medida de lo posible, la consulta debería estar integrada en el hospital de día o cerca de las consultas médicas.
- El espacio debe ser:
 - Amplio, pues el paciente suele acudir acompañado por familiares.
 - Cómodo, para que el paciente sienta la tranquilidad y confianza necesarias para expresar sus inquietudes.
 - Accesible, para permitir el paso de los pacientes con movilidad reducida.
- Es importante que reúna las condiciones necesarias para garantizar la confidencialidad del paciente.
- La situación del asiento dependerá del espacio disponible, pero se recomienda que las sillas estén a la misma altura y cercanas entre sí, sobre todo en el caso de pacientes mayores con dificultades auditivas o con cualquier otra dependencia.
- Sería deseable que, para los momentos de espera previos a la entrevista, se disponga de un espacio adecuado que permita la comodidad del paciente.

Para mejorar la atención del paciente es importante evitar aquellos aspectos que puedan hacerle pensar que no estamos centrados en su entrevista:

- Se recomienda que haya contacto visual directo con el paciente, de forma que no haya objetos que lo dificulten (por ejemplo, pantallas de ordenador) y puedan afectar a la calidad de la comunicación³.
- Se aconseja desconectar el móvil, bajar el volumen del teléfono fijo y evitar interrupciones por parte de compañeros u otros profesionales sanitarios.
- Se sugiere que el asiento sea cómodo y accesible, y que el ambiente no sea ruidoso para facilitar la comunicación⁴.

Respecto a la duración de la entrevista, dependiendo de la complejidad del paciente, el tiempo máximo para la visita de inicio será de 45 minutos, mientras que en las de seguimiento la entrevista suele durar unos 15 minutos.

1.2. Aspectos relacionados con el farmacéutico. Habilidades de comunicación

Una comunicación adecuada debería contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

- Empatía. Es la capacidad para entender lo que piensa o siente el paciente. Se muestra tanto a nivel verbal como no verbal. Es imprescindible estar atento a las palabras y gestos, y demostrar que se entiende lo que el paciente transmite.
- Calidez o cercanía con el paciente. Se transmite en gran medida en forma no verbal, como por ejemplo con el tono de voz o con determinadas expresiones faciales.
- Respeto. Es importante no enjuiciar. El paciente debe percibir que se respetan sus puntos de vista y decisiones, aun cuando no se esté de acuerdo con ellas. Este aspecto permite una comunicación más eficaz.
- Claridad y honestidad con la información transmitida al paciente.
- Concreción. La información excesiva puede hacernos parecer poco seguros y crear dudas en el paciente.
- Actitud del farmacéutico adecuada, relajada, sin mostrar prisas o impaciencia.
- Escucha activa. Supone comprender la comunicación, situándonos en la perspectiva del paciente y que perciba que hemos entendido sus necesidades y sentimientos. Durante la escucha activa debemos centrar toda nuestra atención en el paciente, mantener contacto visual permanente, dejar que el paciente se exprese sin interrupciones, sin variar el tema de conversación e indicar que se escucha y comprende a través de expresiones verbales y no verbales.

Comunicación verbal

- Prestar atención a aspectos como el volumen, la entonación, la pronunciación y la velocidad durante la entrevista pueden ayudar a mejorar la comunicación.
- Cambios de tono y timbre incontrolados, o hablar muy deprisa, pueden poner de manifiesto nerviosismo o falta de control.
- Elevar mucho la voz puede resultar agresivo, y hablar demasiado bajo expresa timidez.

Algunas características del código verbal que se ha de emplear serían:

- Claridad. Hay que procurar transmitir mensajes de la manera más clara posible, evitando sintaxis complicadas, reduciendo el empleo de tecnicismos y usando, en definitiva, palabras adaptadas al nivel de comprensión de los pacientes.
- Riqueza léxica. El profesional ha de disponer de un vocabulario variado y rico.
- Evitar utilizar terminología traumatizante o que implique impacto emocional (por ejemplo, muerte).
- Usar un lenguaje apropiado para cada paciente.

Comunicación no verbal

Durante toda la entrevista se establece una comunicación no verbal que debe tenerse en cuenta, y que es básica para conseguir una adecuada relación y comunicación con el paciente. Hay varios aspectos de la comunicación no verbal que deben tenerse presentes:

- Los pacientes comunican su grado de estrés y ansiedad principalmente de forma no verbal. Se ha de ser prudente en la interpretación que se da al lenguaje no verbal del paciente. Por ejemplo, no interpretar necesariamente un bostezo como aburrimiento o falta de interés, también puede ser consecuencia del cansancio.
- El lenguaje no verbal también es una herramienta de comunicación para el farmacéutico. Se puede usar para controlar la entrevista, profundizar en un tema, dar por terminado un aspecto, reforzar comentarios verbales, etc. Al igual que el paciente, el farmacéutico también responde a determinadas preguntas o gestos del paciente de forma no verbal, y de la misma manera, el paciente puede percibir esos matices de la comunicación.

El área de la comunicación no verbal se divide en cinco aspectos o componentes: cinésica, proxémica, paralinguaje, contacto físico y factores ambientales. Siguiendo el esquema de Rodríguez Salvador, se describe a continuación cada uno de ellos⁵.

Cinésica

Es la información expresada a través de los movimientos corporales:

- *Gestos y postura.* Son la forma más evidente de comunicación no verbal y, en muchas ocasiones, pueden sustituir a las palabras. Los gestos deben estar integrados y ser adecuados a la actitud general del cuerpo.
- *Expresión facial.* Se ha postulado que la expresión facial de las emociones básicas (alegría, tristeza, sorpresa, miedo, enfado y asco) está determinada biológicamente, es universal y se aprende de forma parecida en todas las culturas⁶. Quizás la sonrisa, entre las múltiples expresiones faciales, sea la que más facilite el flujo de comunicación, creando un ambiente cordial y amortiguando aspectos menos agradables que puedan surgir durante la entrevista clínica.
- *Mirada.* Puede expresar sentimientos y emociones, y es fundamental a la hora de mostrar empatía con el paciente. Fijar nuestros ojos en la cara del paciente supone reconocerle como el centro de nuestro acto clínico.

Proxémica

- Se refiere al uso e interpretación del espacio por parte de las personas, el ambiente que rodea a los interlocutores y la distancia entre ellos.
- Todas las personas tenemos un espacio propio, personal, en el que nos sentimos seguros y cuya invasión genera ansiedad e indefensión.
- La distancia entre los interlocutores también afecta a la comunicación. Se debe evitar invadir la llamada distancia íntima (15-45 cm), reservada a personas muy cercanas emocionalmente al paciente.

Paralenguaje

- Lo constituyen la voz y los sonidos vocales que acompañan a las palabras en la comunicación verbal.
- La entonación que se le da a determinados mensajes verbales puede transmitir distintas emociones, aunque el contenido verbal sea idéntico.
- El silencio es un componente esencial de la escucha activa. Permite crear un clima de serenidad y concentración, facilita la exposición de la información relevante y es un facilitador para el diálogo interno del paciente, que le permite encajar emociones y reestructurar sus ideas y emociones cuando se utiliza de manera correcta.

Contacto físico

- Se suele usar para transmitir apoyo, mostrar cordialidad, calmar la sensación de soledad, etc.
- Para evitar que el contacto físico genere incomodidad en el paciente, este debe ser acorde con la situación en la que se realiza (saludo, despedida, momentos concretos durante la entrevista).

Aspectos ambientales

- Un aspecto personal cuidado en un entorno ordenado también proporciona información en nuestro encuentro con los pacientes y genera confianza.

1.3. Aspectos relacionados con el paciente. Tipos de pacientes

- El abordaje del paciente oncohematológico en la consulta de atención farmacéutica resulta especialmente complicado por la situación de vulnerabilidad que siente el paciente y el impacto emocional que sufre.
- Son pacientes especialmente sensibles a las señales comunicativas, lo que nos obliga a prestar atención y establecer una comunicación adaptada a cada paciente según sus aspectos sociales, culturales y familiares.
- Igualmente, hay aspectos individuales de cada paciente que deben condicionar nuestra forma de comunicarnos con él⁷. Por ejemplo, pacientes con personalidades más rígidas y dogmáticas suelen comportar más dificultades de comunicación que aquellos con personalidades más flexibles. Personas con antecedentes o tendencias depresivas y/o ansiosas son mucho más vulnerables en situación de enfermedad.
- Es frecuente que, como consecuencia de la quimioterapia, la radioterapia e incluso de la propia enfermedad, los pacientes oncohematológicos sufran alteraciones en su capacidad cognitiva o presenten dificultad para entender ciertos mensajes.
- En pacientes con alguna alteración cognitiva, es importante usar un lenguaje sencillo, explicando una sola cosa cada vez, con ayuda de gestos y dando tiempo suficiente para asimilar la información y consultar cualquier duda. Sentarse más cerca o mantener cierto contacto físico también ayudan a mejorar la comunicación.
- En pacientes muy perturbados o incapaces de comunicarse, el papel de la familia cobra especial importancia, ya que es parte fundamental durante la consulta, sin olvidar que el paciente debe sentirse integrado en el proceso.

Pacientes mayores

El proceso comunicativo puede verse dificultado en pacientes mayores por alteraciones sensoriales, disminución de la memoria, retraso del proceso de información y dificultad para comunicarse con eficacia con los profesionales sanitarios.

Con los pacientes mayores tendemos a un modelo más paternalista y, casi de forma inconsciente, nos dirigimos de forma preferente a los familiares más que al propio enfermo. Se debe evitar dispensar este tipo de trato, y hemos de eludir palabras, frases, expresiones o tonos de voz usados cuando nos dirigimos a un niño.

Debemos prestar atención a la comodidad del paciente y estar pendientes del contenido emocional que comunicamos (verbal y no verbal), usando la entonación adecuada y los silencios oportunos que den tiempo a que el paciente procese la información o haga preguntas.

La distancia física puede ser más corta y los gestos, como coger de la mano o poner la mano en el hombro, poseen un valor muy significativo en este grupo de edad.

Algunas de las consideraciones que se han de tener en cuenta con este grupo de pacientes son⁸:

- Dispensar un tiempo extra. Las personas mayores, en general, requieren más tiempo para procesar la información comunicada.
- Sentarse frente a frente y mantener el contacto visual. De esta forma, se disminuyen las distracciones y el paciente se siente más escuchado, además de minimizar problemas de visión disminuida o hipoacusia que este pueda presentar.
- Hablar lentamente, con claridad y en voz alta para facilitar la comprensión y la asimilación de la información.
- Usar palabras y oraciones cortas y sencillas.
- No dar un exceso de información. Es recomendable dar información resumida y tratar un tema cuando se haya terminado de explicar el anterior.
- Emplear soporte escrito de la información que consideremos más importante, en un formato básico y fácil de comprender. Se puede acompañar de infografías o imágenes que puedan facilitar la comprensión. Es importante que el tamaño de la letra en el texto escrito sea lo suficientemente grande para facilitar la lectura.
- Animar a que el paciente haga preguntas y se exprese.

Niños y adolescentes

Son pacientes que no suelen pedir ayuda por sí mismos, sino que la demanda proviene de los adultos que los acompañan (padres, tutores o personal de servicios sociales), que son una parte fundamental.

Las capacidades cognitivas, verbales y emocionales de los niños y adolescentes obligan al entrevistador a una adaptación muy personalizada de cada caso, superior a la que se precisa para la relación con los adultos.

El conocimiento de las características evolutivas, la formación específica del farmacéutico con este grupo de pacientes y la experiencia profesional con niños son imprescindibles para trabajar de forma más eficiente.

2. Tipos de entrevistas

2.1. Entrevista estructurada

La entrevista estructurada se caracteriza por ser rígida y por la existencia de un protocolo que se debe seguir. Se suelen emplear preguntas concretas, cerradas y es el profesional sanitario el que marca de forma clara el desarrollo de la entrevista.

Se presta menos atención a factores psicosociales y emocionales del paciente, y dificulta la posibilidad de detectar preocupaciones del paciente, por lo que no la hace la mejor opción en la práctica clínica diaria⁹.

2.2. Entrevista libre

En la entrevista libre, el profesional no tiene que seguir un esquema, de modo que puede resultar más cómoda para el paciente que la estructurada. La entrevista se va construyendo a medida que esta avanza con las respuestas dadas a preguntas fundamentalmente abiertas. Requiere gran preparación por parte del profesional sanitario que la realiza, que debe documentarse previamente⁹.

2.3. Entrevista semiestructurada

Es posible que la entrevista semiestructurada sea la más adecuada:

- Se caracteriza por un diálogo abierto, donde el desarrollo es marcado por el clínico, pero compartido con el paciente. Es decir, hay un "guion", pero el farmacéutico puede ir modificando el discurso según lo que el paciente vaya comunicando.
- Se determina de antemano cuál es la información relevante que se quiere conseguir y proporcionar.
- Se hacen preguntas abiertas, de modo que es posible recibir más matices en la respuesta y permite ir entrelazando temas⁹.
- La experiencia personal también permite obtener información y aspectos más emocionales del paciente sin que sea necesario hacer preguntas sucesivamente.

3. Estructura de la entrevista

3.1. Fase previa (preentrevista)

Durante esta fase de preparación, y antes de iniciar la consulta, se debe revisar la historia clínica del paciente para conocer los datos personales, el diagnóstico, los parámetros clínicos y los datos farmacoterapéuticos necesarios para el desarrollo de la entrevista¹⁰.

Aunque esta tarea se puede realizar antes de que el paciente entre en la consulta, una vez iniciada la entrevista clínica se pueden revisar y confirmar con él, si se estima oportuno, algunos aspectos incompletos o sobre los que existan dudas.

Es importante que antes de iniciar la consulta, presentemos un adecuado nivel emocional y de concentración.

3.2. Entrevista

La entrevista clínica es la principal herramienta para obtener información de los pacientes, tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. Sin embargo, necesariamente tiene que complementarse con otras fuentes de información, como la historia clínica y la comunicación directa con el resto del equipo asistencial.

Aspectos generales de la entrevista

La entrevista entre el farmacéutico y el paciente busca los siguientes fines u objetivos:

- Presentar y permitir la identificación del farmacéutico como un profesional del medicamento.
- Revisar, validar y conciliar la prescripción médica.
- Obtener información clínica relevante del paciente que permita completar la historia farmacoterapéutica, como por ejemplo otros tratamientos sin receta médica (OTC), medicina alternativa complementaria (CAM), etc.
- Proporcionar información relevante sobre su tratamiento.

Para conseguir estos objetivos, el farmacéutico precisa:

- Averiguar lo que el paciente sabe de su enfermedad y del tratamiento.
- Conocer los hábitos cotidianos y el estilo de vida, así como los horarios de comidas y de trabajo, para establecer un esquema farmacoterapéutico optimizado e individualizado.
- Identificar y resolver los problemas reales o potenciales relacionados con la medicación.
- Preguntar y escuchar sobre la enfermedad y los tratamientos previos y actuales.
- Empatizar con el paciente.
- Adaptar el lenguaje a cada paciente y dar tiempo a que se desarrolle la entrevista.
- Informar sobre los aspectos clave del medicamento y sintetizarlo (cómo se usa, conservación, posología, efectos adversos, interacciones, qué hacer en caso de vómitos u olvido de la dosis y la importancia de la adherencia al tratamiento).
- Comprobar durante la entrevista que el paciente entiende la información más importante del tratamiento y dejar que este exprese sus dudas.
- Despedida y cita para la próxima visita, dando nuestro nombre y contacto al paciente para que pueda consultarnos por correo electrónico o por teléfono.

En la entrevista podemos distinguir varias fases: presentación, desarrollo y finalización.

Presentación

- El primer contacto con el paciente comienza con el saludo. Debemos llamar al paciente por su nombre y apellidos, evitando diminutivos o términos como "abuelo", etc.
- En el primer encuentro se puede salir a buscar al paciente a la puerta o recibirle de pie, mirándolo a los ojos, y estrechándole la mano para iniciar el saludo, de manera natural y siempre adaptándonos a las manifestaciones clínicas del

paciente (por ejemplo, evitar sonrisas con pacientes sintomáticos o con signos de depresión). Estos aspectos pueden ser valorados como una muestra de respeto, educación e interés por el proceso que se va a iniciar. En definitiva, debe ser un saludo cordial, relajado y adaptado al paciente, evitando un exceso de cortesía (no es un encuentro social), así como expresiones del tipo "me alegro de conocerte", etc.

- Nos presentaremos por nuestro nombre y apellidos, informando de nuestro papel y de forma breve el motivo de la consulta.
- En los primeros momentos se puede dejar un tiempo para que el paciente se adapte a la situación, indicándole dónde puede sentarse con palabras y gestos.

Desarrollo

El desarrollo de la entrevista variará en función del nivel intelectual, social y cultural, y del estado psicopatológico del paciente. Por ello, el farmacéutico debe ser flexible a la hora de encarar y conducir la entrevista para cumplir los objetivos preestablecidos.

Existen determinados aspectos que pueden facilitar que la entrevista se desarrolle de forma adecuada y eficiente:

- Se deben abordar todos los aspectos que previamente hayamos definido, uno tras otro, sin mezclar objetivos. En situaciones en las que la entrevista se complique, por ejemplo, por presentarse un paciente muy sintomático, se deben buscar alternativas: esperar unas horas, hacer la entrevista en la habitación si el paciente se encuentra en cama, tratar lo esencial con el paciente y hacer más partícipe a la familia o acompañantes.
- Es importante dar la información "justa". Cuando una persona recibe una mala noticia, no suele recordar lo que oye después y resulta negativo un exceso de información que puede bloquear al paciente. Igualmente, los pacientes con peor pronóstico recuerdan menos información.
- Evitar temas cuya competencia sea del médico. No informar sobre el pronóstico, el diagnóstico del paciente y la evolución de la enfermedad.
- Durante la entrevista se pueden tomar notas concretas, pero intentando que esta actividad interfiera mínimamente, de modo que se pueden completar una vez que la consulta haya terminado. Se aconseja no tomar notas al principio, así como informar al paciente cuando se vaya a empezar a escribir.
- Se pueden destacar aspectos positivos del paciente (aunque normalmente se evitarán en la primera consulta), poner de manifiesto los esfuerzos que está haciendo y señalar sus fortalezas, aunque sin crear falsas expectativas. Debemos ser cautelosos con la generalización de circunstancias adversas, se pueden generalizar ciertos aspectos, pero sin abusar.
- En situaciones de llanto, no se debe cambiar el tema, salvo que el paciente así lo pida, y se debe intentar normalizar la situación. Nuestra respuesta podría ser mantener un silencio para que el paciente pueda vivir sus emociones y mirar al paciente, respetando el momento y transmitiendo nuestro apoyo. En este punto, son importantes aspectos no verbales de la comunicación.

- La familia, y la pareja especialmente, desempeñan un papel clave en la comunicación con el paciente, pues en la mayoría de los casos sienten todo el aspecto emocional y las repercusiones de la enfermedad. Debemos integrar a los familiares en la comunicación con el paciente, sin olvidar que es este el protagonista de nuestra asistencia.

Al igual que hay aspectos que facilitan la entrevista, durante su desarrollo debemos considerar determinados factores que pueden dificultarla y que se deben evitar: hacer varias preguntas a la vez, no tener claros los objetivos de la consulta, "etiquetar", mostrar señales de apresuramiento, no atender a los documentos que aporte el paciente o mantener una conversación social excesiva (puede desviar la atención del objetivo e interferir en el papel del farmacéutico).

Por último, debería contemplarse una fase resolutive, que abarcaría los siguientes aspectos:

- Informar al paciente. Proporcionar educación sanitaria, promoción de conductas positivas y modificación de conductas negativas, información concreta previamente definida (por ejemplo, manejo de efectos adversos). No se debe enmascarar la complejidad de una situación ni omitir los efectos negativos de una recomendación, debiendo prevalecer los hechos sobre las emociones.
- Atender a todas las preguntas que realice el paciente, adaptando nuestras explicaciones a sus demandas y características.
- Lograr mantener los cambios. Para ello, haremos uso del refuerzo positivo, corresponsabilidad del cambio, revisando las consecuencias en un plazo de tiempo.

Finalización

Antes de dar por concluida la entrevista, debemos asegurarnos de que el paciente ha entendido e interiorizado los aspectos más importantes de la información. Se pueden seguir una serie de puntos en esta última fase:

- Repetir, clarificar y resumir el contenido de la información, tanto la que transmite el paciente (para hacerle ver que se ha interpretado correctamente su mensaje), como nuestra propia información (para asegurarnos de que la ha comprendido).
- A través del *feedback* podremos conocer la interpretación que ha hecho el paciente de la información dada durante la entrevista y de si su grado de comprensión es el adecuado. En ocasiones, obliga a modificar o adaptar de nuevo el mensaje que comunicamos a partir de la información que el paciente transmite. Hacer que nos repita la pauta de administración, o qué hacer ante determinadas situaciones, son ejemplos que pueden ayudar a verificar la comprensión de la información. No es suficiente preguntar "¿Lo ha entendido todo?".
- Invitar al paciente a preguntar sobre sus dudas o inquietudes antes de terminar la entrevista.

De la misma forma que en la fase de la presentación, la comunicación no verbal es clave. Es importante que centremos nuevamente la mirada en los ojos del paciente,

demostrando que es el protagonista y acompañarlo de una sonrisa. Esto permite un cierre cordial de la entrevista, ayudando a dejar la puerta abierta para nuevas consultas. Principalmente en la primera entrevista, se debe despedir al paciente estrechándole de nuevo la mano y, en la medida de lo posible, sería recomendable levantarnos de nuestro asiento en el momento que lo hace él.

Aspectos concretos de la entrevista

Conciliación y revisión

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) define la conciliación de la medicación como el proceso formal de obtener una lista completa de la medicación del paciente previa al ingreso y compararla con la que se le ha prescrito en el centro sanitario al ingresar, los traslados y en el momento del alta¹¹. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el prescriptor y, en su caso, corregir.

No hay consenso en la terminología que se ha de utilizar o en la categorización de las discrepancias, pero la conciliación está reconocida como una importante estrategia para aumentar el uso seguro de la medicación¹². Recientemente se ha llevado a cabo un estudio en el que se observó una reducción en la incidencia de errores de conciliación que alcanzan al paciente tras la implementación de un programa de conciliación en pacientes oncohematológicos ambulatorios¹³. Los factores que influyen todavía no se han establecido completamente, pero el grado de polimedicación y el estado general del paciente serían factores que se deben tener en cuenta.

El tratamiento oncohematológico del paciente es una parte del plan farmacoterapéutico. Después de la primera fase de validación del tratamiento oncohematológico debemos integrarlo con el resto de tratamientos del paciente de forma segura y simplificada¹⁴. En la revisión se valora la medicación que recibe el paciente para identificar problemas relacionados con los medicamentos y asegurar un tratamiento óptimo¹⁵.

Por ello, debemos analizar el plan farmacoterapéutico que el paciente tenía prescrito con anterioridad y revisarlo con la finalidad de detectar:

- Omisión de medicamentos: medicamentos no prescritos (tratamiento del dolor y antieméticos) que el paciente tiene que utilizar.
- Medicamentos prescritos que pueden simplificarse en cuanto a tomas diarias (simplificación).
- Desprescripción: medicamentos prescritos no necesarios en el momento actual del paciente o de bajo valor terapéutico.
- Medicamentos prescritos, que el paciente no toma, toma incorrectamente o debe tomarlos de forma diferente (seguridad y educación al paciente).
- Asegurar el correcto conocimiento y utilización de medicamentos incluidos en el listado del *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (Tabla 1)¹⁶⁻²².
- Detectar medicamentos con la misma indicación farmacoterapéutica.

Interacciones entre medicamentos, alimentos y terapias alternativas

Los tratamientos oncohematológicos, tanto intravenosos como orales, pueden asociarse a interacciones con otros medicamentos, alimentos y terapias alternativas y/o complementarias que pueden reducir significativamente la efectividad de estos o generar daños importantes en los pacientes¹⁷.

Es muy importante conocer y tener en cuenta estas interacciones a la hora de realizar cambios en los tratamientos farmacológicos de los pacientes o cuando se perciban toxicidades no esperadas. Además, también es de gran importancia educar al paciente, monitorizar los parámetros bioquímicos que puedan verse afectados y, si fuera necesario, considerar otras alternativas de tratamiento.

Los principales procesos farmacocinéticos que pueden verse afectados en las interacciones de los citostáticos orales son la absorción y su metabolismo. La absorción de los fármacos puede verse alterada por la toma concomitante de ciertos alimentos o por cambios en el pH gástrico, los cuales pueden disminuirla de forma significativa. Además, puesto que la mayoría de los medicamentos se metabolizan a través del citocromo P450, la inducción o la inhibición de este sistema enzimático alteraría considerablemente su metabolismo.

Entre los diferentes grupos de citostáticos orales, el que más destaca por la variedad e implicación de sus interacciones farmacológicas es el de los inhibidores de la tiro-sincinasa. Además, varios de estos fármacos tienen la capacidad de prolongar el intervalo QT, lo que requiere monitorización en caso de emplearse junto con otros fármacos que produzcan el mismo efecto.

El farmacéutico oncohematológico debe disponer de bases de datos de interacciones actualizadas y de fácil acceso para poder informar al paciente y a los médicos de referencia de las interacciones clínicamente más significativas (Tabla 1).

Dosis personalizadas

La dosis del fármaco se ha de adecuar a las características individuales del paciente:

- Edad y/o fragilidad.
- Peso y talla:
 - Si se dispone de báscula en la consulta, pesar y tallar nuevamente.
 - Si no se dispone de báscula, confirmar con el paciente, familiares o cuidadores la información del peso y la talla recogida en la estación de trabajo clínico.
 - En el caso de existir discrepancias, deben consensuarse con el médico y documentarse.
- Antecedentes y situación clínica del paciente (enfermedades crónicas, insuficiencia renal o hepática).
- Farmacogenética y/o farmacocinética (p. ej., irinotecán en pacientes homocigotos para UGT1A1*28; capecitabina en pacientes con poca o ausencia de la enzima dihidropirimidina deshidrogenasa).

Tabla 1. Lista de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos

Grupos terapéuticos¹⁶
Antiagregantes plaquetarios (incluyendo ácido acetilsalicílico)
Anticoagulantes orales
Antiepilépticos de estrecho margen (carbamazepina, fenitoína y ácido valproico)
Antiinflamatorios no esteroideos
Antipsicóticos
Benzodiazepinas y análogos
β-bloqueantes adrenérgicos
Citostáticos orales
Corticosteroides de largo plazo (≥ 3 meses)
Diuréticos del asa
Hipoglucemiantes orales
Inmunosupresores
Insulinas
Opioides
Medicamentos específicos¹⁷⁻²²
Amiodarona ¹⁷ /dronedarona ¹⁸
Digoxina ¹⁹
Espironolactona ²⁰ /eplerenona ²¹
Metotrexato oral (uso no oncohematológico) ²²

Adaptada de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁶.

Alergias a medicamentos, alimentos y látex

- Debe comprobarse con el paciente, los familiares o los cuidadores la existencia de alergias recogidas en los informes médicos o programas de prescripción electrónica.
- En caso de existir discrepancias, estas deben ser consensuadas con el médico y documentadas.
- Se debe preguntar por la existencia de alergias a alimentos o a los excipientes de tratamientos orales (por ejemplo, intolerancia hereditaria a galactosa, alactasia lapona o malabsorción de glucosa o galactosa).
- También es importante comprobar la existencia de alergia al látex, pues algunas presentaciones lo contienen (viales, plumas, jeringas, etc.).

Embarazo y lactancia

- Es conveniente recordar que hay que evitar el embarazo mientras cualquiera de los miembros de la pareja esté en tratamiento con fármacos antineoplásicos²³.
- Deben emplearse medidas anticonceptivas eficaces. También puede sugerirse la posibilidad de la criopreservación por si se desea tener hijos más adelante.
- En el caso de que la paciente esté embarazada, o tenga deseos de estarlo, se ha de informar a su médico.
- También ha de evitarse la lactancia durante el tratamiento²⁴.

Administración y manipulación segura

La administración y manipulación de medicamentos orales requiere de una serie de consideraciones importantes que se han de tener en cuenta²⁵:

- En el caso de que el paciente requiera medicamentos con restricciones dietéticas, conviene facilitarle información sobre cómo debe tomarse correctamente el tratamiento prescrito (esperar un tiempo antes de tomar cualquier alimento, esperar un tiempo después de comer antes de tomar el fármaco o si precisa alimentos especiales que favorezcan la absorción del fármaco). Es importante tener en cuenta si existen recomendaciones especiales de administración en aquellos pacientes que reciben nutrición enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea.
- En el caso de que se produzcan vómitos, se ha de proporcionar información concreta sobre cuándo se debe repetir la dosis o si se requiere una dosis extra (por ejemplo, cuando se produzcan vómitos durante la administración de capecitabina, únicamente se ha de repetir la dosis si vomita antes de 30 minutos después de la última toma).
- Si el paciente tiene problemas de deglución o es portador de una sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea para la administración de nutrición enteral, se ha de consultar la posibilidad de elaborar una dispersión o una disolución del tratamiento, o buscar formas orales que se adapten mejor a sus necesidades. En el caso de pacientes pediátricos, la elaboración de formas líquidas facilita que la toma se haga de una forma correcta y se evitan prácticas de riesgo como machacar comprimidos o abrir cápsulas²⁶.
- Cuando el paciente olvide tomar una dosis, se ha de explicar cuándo puede recuperarla o si debe omitirla y esperar a la siguiente dosis. Aun con todo, en caso de producirse este olvido, se ha de informar tanto al médico como al farmacéutico.
- Es importante educar al paciente sobre la administración de medicación subcutánea proporcionándole material informativo.
- Los comprimidos o cápsulas deben tragarse enteros con un vaso de agua, sin masticar, chupar ni disolver en la boca.

Sobre la manipulación de los tratamientos citostáticos, también se han de considerar una serie de aspectos²⁶⁻²⁸:

- Manipular lo menos posible los comprimidos o cápsulas.
- Lavarse las manos antes y después de manipular la medicación.
- Extraer los comprimidos o cápsulas del envase inmediatamente antes de la administración.

- Intentar mantener siempre el mismo horario de administración, con el fin de evitar equivocaciones y olvidos.
- Si se produce contacto con la piel o las mucosas, lavar la zona con abundante agua.
- Si se indica disolver/dispersar los comprimidos o el contenido de las cápsulas en agua u otro líquido, hacerlo siempre en el mismo vaso de cristal y usar este vaso únicamente para este fin.
- Si la manipulación de los medicamentos la realiza el cuidador del paciente, debe seguir estas mismas recomendaciones, utilizando siempre guantes y lavándose las manos antes y después de la administración.
- Se debe recomendar a los pacientes que, en el caso de disponer de citostáticos orales sobrantes en su domicilio, los devuelvan al hospital para su correcta manipulación o eliminación. Nunca se deben desechar por el baño ni tirar a la basura.

Recomendaciones para la gestión de excretas de pacientes en tratamiento con citostáticos orales

Las excretas de pacientes que hayan recibido determinados antineoplásicos pueden contener restos de estos fármacos y/o de sus metabolitos hasta varios días después de la administración²⁵. Para estas situaciones se pueden establecer las siguientes recomendaciones²⁸:

- Las excretas se eliminarán por el desagüe general diluidas en gran cantidad de agua. Se recomienda utilizar dos o tres veces la cisterna, siempre con la tapa del inodoro cerrada, cada vez que se haga uso de él. Tras esto se puede añadir un tapón de lejía al inodoro.
- El paciente debe lavarse las manos con agua y jabón tras usar el baño o haber estado en contacto con orina, vómito o heces.
- Otros miembros del domicilio pueden utilizar el baño siempre que las excretas se hayan eliminado por el desagüe. Se recomienda que los niños o mujeres embarazadas no utilicen el baño inmediatamente después del paciente.
- El material en contacto con excretas (por ejemplo, el orinal) se debe lavar dos veces con abundante agua y jabón, y descontaminar con lejía.
- Si el cuidador del paciente va a estar en contacto con vómitos o excretas, debe usar guantes y lavarse las manos después de quitarse los guantes o tras el contacto con excretas, especialmente durante y tras las 48 horas siguientes a la administración del medicamento.
- La ropa contaminada con excretas se debe lavar separada del resto. Si se almacena antes de lavarla, debe guardarse en una bolsa de plástico cerrada.
- Se recomienda que para pacientes con incontinencia o que vomiten, se emplee una funda protectora para el colchón. Si el paciente tiene incontinencia, se aconseja utilizar un pañal desechable con forro de plástico y capa absorbente. En cuanto se ensucie, el pañal debe cambiarse y la piel debe lavarse con agua y jabón. Si el paciente tiene una ostomía, se deben utilizar guantes para vaciarla y cambiarla, y lavarse las manos después de quitarse los guantes o tras el contacto con excretas.

Conservación, almacenamiento y residuos de embalaje

Los medicamentos empleados en el tratamiento de estos pacientes deben seguir unas normas de conservación y almacenamiento, así como un manejo concreto de los residuos generados²⁹.

- Es muy importante explicar al paciente el correcto mantenimiento de la cadena de frío de los medicamentos (manteniéndolos entre 2 y 8 °C) durante su transporte y almacenamiento en el domicilio del paciente, pues muchos de estos fármacos son termolábiles. Se recomienda guardar la medicación en un recipiente cerrado (para evitar la contaminación cruzada) e introducir ese recipiente en una de las estanterías de la nevera, tratando de evitar utilizar la puerta, pues es donde más variaciones de temperatura se pueden registrar. En la primera visita se recomienda entregar una nevera y acumuladores de frío para su transporte.
- Muchos medicamentos pueden conservarse a temperatura ambiente (< 25 °C) en lugar cerrado y protegidos de la humedad, la luz directa y el calor excesivo (debe evitarse su almacenamiento en la cocina o el baño). Se recomienda almacenar el 5-fluorouracilo a una temperatura no inferior a 18 °C porque tiene el riesgo de precipitar. A los pacientes portadores de bombas de infusión en el domicilio se les debe advertir que han de evitar temperaturas inferiores a 18 °C, pues fármacos como el 5-fluorouracilo pueden precipitar y obstruir la bomba.
- Para el manejo de los residuos o del material punzante se han de proporcionar contenedores rígidos o alternativas domésticas. Los blísteres o envases vacíos de la quimioterapia oral deberían llevarse a los puntos habilitados para su correcta eliminación.
- En cualquier caso, todos los tratamientos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.

Efectos adversos

Los efectos adversos provocados por la quimioterapia intravenosa y oral son el resultado de su actividad tanto sobre células sanas como cancerosas. Sin embargo, los efectos adversos de los nuevos agentes orales difieren, en muchas ocasiones, de la toxicidad habitual de la quimioterapia tradicional. Es muy importante explicar al paciente los principales efectos adversos que pueden surgir con el tratamiento, así como otras recomendaciones útiles para su correcto manejo en el domicilio. Para el manejo de los efectos adversos graves, el paciente debe contactar directamente con su médico o acudir a urgencias.

Una preocupación de los profesionales sanitarios es la infradetección de los efectos adversos, bien sea por falta de información sobre la toxicidad de la medicación, bien por el miedo a una posible suspensión del tratamiento, con la consiguiente progresión del tumor. Por todo ello, la seguridad del paciente oncohematológico exige la participación interdisciplinar y el conocimiento de los efectos secundarios asociados a cada tipo de antineoplásico. De esta forma, se podrá prevenir o detectar la aparición de toxicidades, permitiendo un buen control sintomático y una mejor calidad de vida.

Adherencia al tratamiento

Se debe explicar al paciente la importancia que tiene cumplir correctamente con todo el tratamiento prescrito. Una forma de fomentar la adherencia al tratamiento es dispensarlo cada ciclo.

Se ha de prestar especial atención a aquellos pacientes con riesgo de mal cumplimiento (voluntario o involuntario):

- Paciente polimedicado (aquel que toma más de seis medicamentos). En estos casos se ha de intentar simplificar las pautas de administración³⁰.
- Paciente con antecedentes de mala adherencia.
- Paciente con dificultades de comprensión y enfermos con trastornos psiquiátricos que precisen de una monitorización especial del cumplimiento.

Es esencial analizar la adherencia del paciente y reforzarla en caso necesario. Hay que considerar que, al contrario de lo que ocurre con la quimioterapia convencional, la quimioterapia oral se administra en el domicilio del paciente sin supervisión directa de ningún profesional sanitario. Esta mayor autonomía puede conllevar una adherencia subóptima, problema detectado en los últimos años. Los datos recogidos en la bibliografía más reciente informan de una gran variabilidad en los porcentajes, que pueden variar desde el 14% hasta el 100%³¹.

La falta de adherencia puede tener un impacto significativo en la respuesta, en la supervivencia global y libre de enfermedad. Así se deduce de estudios previos en los que se ha observado una fuerte correlación entre el grado de adherencia terapéutica y la tasa de respuesta al tratamiento³². Además, la falta de adherencia se ha asociado a un aumento de los costes sanitarios en términos de consultas e ingresos hospitalarios. Consecuentemente, se requiere de una mayor responsabilidad por parte de los pacientes y cuidadores en cuanto a la adherencia óptima, es decir, la toma de la dosis correcta, de la forma adecuada y en el momento oportuno.

En cuanto a la evaluación de la adherencia, se recomienda que se asocien varios métodos de medida (al menos un cuestionario validado y el registro de dispensación) para que la información sea lo más exacta posible. No existe un método validado para el paciente oncohematológico, pero los métodos no electrónicos podrían sobreestimar la adherencia³³. Tampoco existe un consenso acerca de cuál debe ser el nivel de adherencia para considerar al paciente como buen adherente, pero todo porcentaje distinto al 100% debe interpretarse como una oportunidad de mejora en la que centrar nuestros esfuerzos.

Documentos que se deben entregar al paciente

Material que puede facilitarse al paciente:

- Plan terapéutico que integre toda la información actualizada de los medicamentos (por ejemplo, tablas horarias). Existen recursos como Infowin® o el Centro de Información de Medicamentos de Cataluña (CedimCat).
- Dípticos informativos del tratamiento oncohematológico, donde se recojan todos los aspectos relevantes para su utilización segura, su administración, posología, qué hacer en caso de vómitos, cómo proceder en caso de olvido de dosis, técnicas de administración, contraindicaciones y reacciones adversas, así como su manejo.

- Documento dirigido al médico de atención primaria o al oncólogo, con información sobre interacciones (en caso de que se detecten) cuando no se trabaje con la historia clínica electrónica en todos los niveles asistenciales.
- Contactos con la Unidad de Atención Farmacéutica: teléfonos, correo electrónico y horarios.
- Cita para la siguiente visita en la consulta de atención farmacéutica de pacientes oncohematológicos.

Aspectos diferenciales entre la entrevista inicial y la de seguimiento

La finalidad de la entrevista de seguimiento es llevar a cabo un seguimiento farmacoterapéutico mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, identificando las posibles nuevas necesidades del paciente.

- Revisar el tratamiento oncohematológico y preguntar por cambios en su tratamiento domiciliario y/o administración de tratamientos alternativos.
- Monitorizar las reacciones adversas a partir de variables analíticas, pruebas complementarias, curso clínico y entrevista con el paciente.
- Reforzar la adherencia al tratamiento evaluándola con métodos directos (recuento de medicación) o indirectos (registro de dispensación, cuestionarios o preguntando directamente al paciente).
- Dispensar la medicación con atención farmacéutica o convencional.

3.3. Fase posterior (postentrevista)

La entrevista clínica deberá estar integrada en el proceso de atención farmacéutica y debe registrarse en la historia clínica del paciente para que sea accesible para el resto del equipo asistencial.

4. Validación

La validación farmacéutica es una actividad de prevención, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos, entendidos estos como resultados clínicos negativos derivados de la farmacoterapia que, por diversas causas, conducen a no lograr el objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

Gracias a la validación de la prescripción se garantiza que el tratamiento prescrito está debidamente adaptado y es adecuado para el paciente de acuerdo con su condición clínica específica. Además de garantizar la precisión adecuada del tratamiento, resulta esencial para evitar errores de medicación. Los medicamentos oncohematológicos no deberían ser dispensados o administrados hasta que un farmacéutico capacitado haya validado la prescripción.

Siguiendo con el Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico de GEDEFO, actualmente se está desarrollando un documento que expone las recomendaciones necesarias para llevar a cabo la validación de las prescripciones del paciente oncohematológico³⁴.

5. Fichas de comprobación de la entrevista

Ficha 1. Aspectos generales que se deben tener en cuenta en la entrevista

1. Comprobar la accesibilidad a la consulta del farmacéutico oncohematológico (especialmente para personas discapacitadas)	
2. Comprobar que haya sillas suficientes para el paciente y sus acompañantes	
3. Asegurar el silencio de la sala para evitar distracciones y mantener la confidencialidad (puerta cerrada, ventanas cerradas, teléfonos en silencio)	
4. Asegurarse de que no haya interferencias visuales entre el paciente y el entrevistador (que el ordenador no nos impida la visión)	
5. Fijar un cartel en la entrada de la sala para evitar interrupciones	
6. Situar la silla del paciente cerca del entrevistador, sobre todo con pacientes mayores y con poca audición	
7. Tener limpia y ordenada la sala de la entrevista	
8. Tiempo máximo recomendado de la entrevista: 45 minutos para la visita inicial y 15 minutos para la visita de seguimiento	
9. Mantenerse sentado a la altura del paciente durante la entrevista	
10. Sonreír de forma amable y no forzada tanto a la entrada como al final de la entrevista	
11. Mantener una distancia adecuada con el paciente (> 15-45 cm)	

Ficha 2. Aspectos que se deben tener en cuenta en la fase previa a la entrevista clínica

1. Revisar la historia clínica del paciente para conocer el diagnóstico y los parámetros clínicos	
2. Revisar la prescripción médica para validar el tratamiento: <ul style="list-style-type: none">• Indicación para la patología• Dosis según los datos antropométricos, analíticos y el estado de salud del paciente• Forma de administración: oral, intravenosa, subcutánea• Tratamiento de soporte que recibe el paciente• Evaluar alternativas terapéuticas más seguras y coste-efectivas	
3. Revisar la información del paciente: <ul style="list-style-type: none">• Historia farmacoterapéutica (tratamiento actual, prescripciones no documentadas, automedicación, terapia alternativa y complementaria)• Fuentes de documentación (entrevista con el paciente, registros de medicamentos de la comunidad autónoma y del propio centro sanitario)• Historia de problemas de salud	
4. Fijar los objetivos de la entrevista, en función de si se trata de una primera entrevista o una entrevista de seguimiento	

Ficha 3. Aspectos que se deben tener en cuenta en la entrevista inicial

1. Recibir al paciente de pie, mirándole a los ojos, con una sonrisa cordial y estrechándole la mano	
2. Nombrar al paciente por su nombre y apellidos	
3. Presentarse con nombre y apellidos e informar del objetivo de la consulta	
4. Indicar al paciente dónde puede sentarse y cerrar la puerta de la sala	
5. Averiguar el nivel de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad y del tratamiento actual y habitual mediante escucha activa	
6. Conocer los hábitos cotidianos y el estilo de vida (horarios de comidas y de trabajo) para establecer un esquema farmacoterapéutico optimizado	
7. Elaborar una lista con los medicamentos prescritos antes de su diagnóstico y compararla con los medicamentos prescritos en la actualidad, registrando los cambios. Incorporar otros tratamientos que no requieran prescripción, como OTC y CAM	
8. Identificar y resolver los problemas relacionados con la medicación reales o potenciales que el paciente presente (medicamentos no prescritos que el paciente debe tomar, medicamentos prescritos cuya toma puede simplificarse, desprescribir medicamentos no necesarios o de bajo valor terapéutico) y detectar duplicidades o medicamentos con la misma indicación	
9. Detectar interacciones del tratamiento con otros medicamentos y alimentos	
10. Confirmar el peso, la talla y el estado funcional del paciente	
11. Confirmar la existencia de alergias a medicamentos y alimentos	
12. Optimizar y ajustar la dosis de los medicamentos a las características individuales del paciente (edad, situación clínica, comorbilidades)	
13. Informar sobre aspectos claves de la medicación (cómo se usa, conservación, posología, efectos adversos, interacciones, qué hacer en caso de vómitos u olvido de dosis, y la importancia de la adherencia al tratamiento)	
14. Instruir al paciente en el manejo temprano de efectos adversos, como la diarrea, la mucositis, el acné o el síndrome de mano-pie	
15. Explicar cómo realizar la gestión de excretas en pacientes que tomen fármacos orales	
16. Explicar la importancia de evitar el embarazo y la lactancia durante el tratamiento antineoplásico	
17. Comprobar que el paciente ha entendido toda la información dejando que exprese todas sus dudas	
18. Proporcionar al paciente un plan terapéutico que integre toda la información sobre los medicamentos actualizada, incluyendo tablas horarias y dípticos informativos con la información proporcionada	
19. Proporcionar un teléfono y/o correo electrónico, así como cita para la siguiente visita	
20. Recordar al paciente que para la siguiente entrevista traiga los blísteres o cajas de los medicamentos que toma (para comprobar la adherencia)	
21. Despedir al paciente, levantándose a la vez que lo hace él, con una sonrisa cordial	

Ficha 4. Aspectos que se deben tener en cuenta en la visita de seguimiento

1. Recibir al paciente de pie, mirándole a los ojos, con una sonrisa cordial y estrechándole la mano	
2. Nombrar al paciente por su nombre y apellidos	
3. Revisar la historia clínica actualizada del paciente	
4. Comprobar si hay algún nuevo medicamento (prescrito o no) en la lista elaborada en la primera visita para detectar posibles interacciones o redundancias	
5. Si se han producido interacciones con otros medicamentos, sugerir posibles alternativas terapéuticas	
6. Monitorizar las reacciones adversas a partir de variables analíticas, pruebas complementarias y curso clínico	
7. Explicar la importancia de mantener una dosis correcta (sin sobredosificación ni infradosificación) y de la adherencia al tratamiento	
8. Repasar qué hacer en caso de olvido de dosis	
9. Revisar el tratamiento oncohematológico y preguntar por cambios en su tratamiento domiciliario y/o administración de tratamientos alternativos	
10. Evaluar la adherencia al tratamiento de forma directa (revisando los blísteres o cajas de la medicación) o indirecta (registro de dispensación, cuestionarios, preguntando al paciente)	
11. Si se ha realizado alguna intervención en la visita previa, hacer el seguimiento	
12. Despedir al paciente, levantándose a la vez que lo hace él, con una sonrisa cordial	

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2007.
2. Die-Trill M. Más allá de las palabras: Principios generales de la comunicación con el enfermo oncológico. Psico-oncología. Madrid: ADES Ediciones S.L.; 2003. p. 661-74.
3. Pearce C, Dwan K, Arnold M, Phillips C, Trumble S. Doctor, patient and computer: a framework for the new consultation. *Int J Med Inform.* 2009;78(1):32-8.
4. Levit L, Smith AP, Benz EJ, Ferrell B. Ensuring quality cancer care through the oncology workforce. *J Oncol Pract.* 2010;6(1):7-11.
5. Rodríguez Salvador JJ. Comunicación no verbal. *Form Med Contin Aten Prim.* 2004;11(8):433-42.
6. Ekman P, Friesen WV. Unmasking the face: a guide to recognising emotions from facial clues. Cambridge: Malor Books; 2003.
7. Brown RF, Bylund C, Kissane DW. Principles of communications skills training in cancer care. 2a ed. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederber MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editores. Oxford: Oxford University Press; 2010.
8. Robinson TE, White GL, Houchins JC. Improving communication with older patients: Tips from the literature 2006 [consultado Abr 2017]. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/2006/0900/p73.pdf>.
9. Montes Escalante I. Entrevista Clínica. 8o Curso-Taller de Casos Clínicos para Farmacéuticos de Hospital. 2015.
10. GEDEFO, SEFH. Plan estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico. Líneas estratégicas y objetivos 2020 [consultado Abr 2017]. Disponible en: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/plan%20estrategico%202020.pdf>.
11. Institute for Healthcare Improvement. Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events [consultado Abr 2017]. Disponible en: <http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>.
12. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2016;82(3):645-58.
13. Vega TG, Sierra-Sanchez JF, Martínez-Bautista MJ, García-Martin F, Suárez-Carrascosa F, Baena-Canada JM. Medication reconciliation in oncological patients: a randomized clinical trial. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(6):734-40.
14. Guia per a la implantació de programes de conciliació de la medicació als centres sanitaris [consultado Abr 2017]. Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacio/conciliacion_medica_cat.pdf.
15. Bjelbak-Olesen M, Danielsen AG, Tomsen DV, Jakobsen TJ. Medication reconciliation is a prerequisite for obtaining a valid medication review. *Dan Med J.* 2013; 60(4):A4605.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos 2014 [consultado Abr 2017]. Disponible en: http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf.
17. Ficha técnica de amiodarona (Traforex®, Sanofi Aventis S.A.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/54723/FT_54723.html.
18. Ficha técnica de dronedarona (Multaq®, Sanofi Aventis S.A.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/09591003/FT_09591003.pdf.

19. Ficha técnica de digoxina (Kern Pharma S.L.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/34566/FT_34566.html.
20. Ficha técnica de espironolactona (Aldactacine®, Pfizer S.L.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/53308/FT_53308.html.
21. Ficha técnica de eplerenona (Inspra®, Pfizer S.L.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66356/FT_66356.html.
22. Ficha técnica de metotrexato (Wyeth Farma S.A.). Disponible en https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/40698/FT_40698.html.
23. Esposito S, Tenconi R, Preti V, Groppali E, Principi N. Chemotherapy against cancer during pregnancy. A systematic review on neonatal outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(38):e4899.
24. Amant F, Han SN, Gziri MM, Dekrem J, van Calsteren K. Chemotherapy during pregnancy. *Curr Opin Oncol*. 2012;24(5):580-6.
25. Citostáticos orales: ¿Qué debemos saber? [consultado Abr 2017]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_22_N_8_9_citostaticos.pdf.
26. Zimmer J, Niemann D, Seltmann K, Fischer L, Christiansen H, Frontini R, et al. Managing of oral medicines in paediatric oncology: can a handbook and a pharmaceutical counselling intervention for patients and their parents prevent knowledge deficits? A pilot study. *Eur J Hosp Pharm*. 2016;23:100-5.
27. Lam MS. Extemporaneous compounding of oral liquid dosage formulations and alternative drug delivery methods for anticancer drugs. *Pharmacotherapy*. 2011; 31(2):164-92.
28. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Dpticos de informacion al paciente. Medidas Higienicas [consultado Abr 2017]. Disponible en: http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/info_paciente/Dptico_Medidas_Higienicas.pdf.
29. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [consultado Abr 2017]. Disponible en: <http://www.seom.org/>.
30. LeBlanc TW, McNeil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *Lancet Oncol*. 2015;16(7):e333-41.
31. Barillet M, Prevost V, Joly F, Clarisse B. Oral antineoplastic agents: how do we care about adherence? *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(6):1289-302.
32. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol*. 2010;28(14):2381-8.
33. El Alili M, Vrijens B, Demonceau J, Evers SM, Hilgsmann M. A scoping review of studies comparing the medication event monitoring system (MEMS) with alternative methods for measuring medication adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(1): 268-79.
34. Grupo de Farmacia Oncológica de la SEFH (GEDEFO). Validación de la prescripción del paciente oncohematológico. 2017 (en prensa).

RECURSOS DE INFORMACIÓN

1. Agencias reguladoras: Fichas técnicas de medicamentos	
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS)	http://www.agemed.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm
<i>European Medicines Agency</i> (EMA)	http://www.ema.europa.eu/ema
<i>Food and Drug Administration</i> (FDA)	https://www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol/default.htm
2. Guías de práctica clínica	
Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)	http://www.seom.org
<i>European Society for Medical Oncology</i> (ESMO)	http://www.esmo.org
Fundación Española de Hematología y Hemoterapia (FEEHH/PETHEMA)	http://www.sehh.es/es
<i>European Hematology Association</i> (EHA)	http://www.ehaweb.org
<i>American Society of Hematology</i> (ASH)	http://www.hematology.org
<i>National Comprehensive Cancer Network</i> (NCCN)	https://www.nccn.org
<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (NICE)	https://www.nice.org.uk
<i>National Cancer Institute</i> (NCI)	http://www.cancer.gov
3. Bases de datos de oncología	
<i>BC Cancer Agency</i>	http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/cancer-drug-manual/drug-index
<i>Cancer Care Ontario</i>	https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760
4. Interacciones de medicamentos	
Grupo de Farmacia Oncológica (GEDEFO) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	http://interacitoral.sefh.es/
<i>BC Cancer Agency</i>	http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/cancer-drug-manual/drug-index

4. Interacciones de medicamentos	
<i>Cancer Care Ontario</i>	https://www.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=10760
<i>Up to Date</i>	http://www.uptodate.com/es/home
<i>Drugs</i>	https://www.drugs.com
<i>Lexicomp</i>	Acceso restringido
<i>Micromedex</i>	Acceso restringido
<i>Medscape</i>	http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker
5. Interacciones con tratamientos alternativos	
<i>Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC) EMA</i>	http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/herbal_search.jsp&mid=WC0b01ac058001fa1d
<i>Memorial Sloan Kettering</i>	https://www.mskcc.org/cancer-care/treatments/symptom-management/integrative-medicine/herbs
<i>Natural Standard</i>	http://3rdparty.naturalstandard.com/frameset.asp
<i>Plantas medicinales SEOM</i>	http://oncosaludable.es/ca/inicio/terapias-integrativas/plantas-medicinales
<i>Micromedex</i>	Acceso restringido
<i>Lexicomp</i>	Acceso restringido
<i>Lexi-Interact</i>	http://www.uptodate.com/crsql/interact/frameset.jsp
<i>Medinteract</i>	http://www.medinteract.net
<i>Stockley's Drug Interactions</i>	https://www.medicinescomplete.com/mc/stockley/current/login.htm?uri=https%3A%2F%2Fwww.medicinescomplete.com%2Fmc%2Fstockley%2Fcurrent%2F
<i>P450 Drug Interaction Table</i>	http://medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis/main-table
<i>Herbal Medicines</i>	https://medlineplus.gov/herbalmedicine.html
<i>Natural Medicines Comprehensive Database</i>	http://naturaldatabase.therapeuticresearch.com/home.aspx?cs=&s=ND
<i>Stockley's Herbal Medicines Interactions</i>	https://www.medicinescomplete.com/mc/shmi/current/login.htm?uri=https%3A%2F%2Fwww.medicinescomplete.com%2Fmc%2Fshmi%2Fcurrent%2F

6. Interacciones con medicamentos de grupos especiales	
VIH interacciones, Universidad de Liverpool	http://www.hiv-druginteractions.org
VIH interacciones, Hospital Clínico de Barcelona	http://www.interaccionesvih.com
VHC interacciones, Universidad de Liverpool	http://www.hep-druginteractions.org
Interacciones de medicamentos que alteran QT	https://crediblemeds.org
7. Embarazo y lactancia	
e-lactancia	http://e-lactancia.org
<i>Drugs and Lactation Database</i>	https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/lactmedfs.html
<i>Prescribing Medicines in Pregnancy Database</i>	https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database
<i>Micromedex</i>	Acceso restringido
<i>Lexicomp</i>	Acceso restringido
8. Pediatría	
<i>British National Formulary for Children</i>	https://www.medicinescomplete.com/mc/bnfc/2011
<i>Pediamecum</i>	http://pediamecum.es
9. Administración y preparación de medicamentos	
Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)	http://fichastecnicas.seeo.org/pages/intro.asp
<i>Micromedex</i>	Acceso restringido
<i>Lexicomp</i>	Acceso restringido
10. Desprescripción	
<i>STOPP-START</i>	http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2014/10/16/ageing.afu145.full.pdf
<i>BEERS</i>	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13702/abstract;jsessionid=4D39457CA1FBA8E10EC60666F0B861A3.f03t01
Algoritmo de Garfinkel	http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226051
Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico	https://issuu.com/sefap/docs/sefap

10. Desprescripción	
<i>Medication Appropriateness Index (MAI)</i>	http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1345/aph.1D313?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
Cuestionario <i>Hamdy</i>	http://www.aafp.org/afp/2007/1215/p1837.html
PRISCUS	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933536/
11. Información al paciente	
Micromedex	Acceso restringido
Centro Información de Medicamentos de Cataluña (CedimCat)	http://www.cedimcat.info/index.php?lang=es
Centro Información de Medicamentos "i-botika" País Vasco	http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-chpaib00/es
InformedHealth	https://www.informedhealth.org
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)	http://projectes.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/Publicacions/Arxius/Fulls_Pacients_CAMFIC.aspx
<i>JAMA For Patients</i>	@JAMA_current
<i>Medline Plus</i>	https://medlineplus.gov/spanish/
<i>NHS Choices</i>	http://www.nhs.uk/pages/home.aspx
<i>Patient UK</i>	@patientuk

