

Adaptación del Modelo de Atención Farmacéutica **CMO** al **Paciente con Patologías Respiratorias**

Coordinadores:

Dr. Ramón Morillo Verdugo. Coordinador proyecto MAPEX-SEFH

Dr. Noé Garin Escrivà. Coordinador grupo Neumo-SEFH



ÍNDICE

GRUPO DE TRABAJO	4
AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	6
ALGORITMO DE APLICACIÓN	8
CAPACIDAD	10
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MODELO DE ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.....	11
III. VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA EL PACIENTE CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS	12
IV. PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES.....	16
V. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AF) SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CADA PACIENTE.....	17
MOTIVACIÓN	23
I. INTRODUCCIÓN.....	23
II. BARRERAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA.....	24
OPORTUNIDAD	33
I. INTRODUCCIÓN. ATENCIÓN FARMACÉUTICA “DUAL”	33
II. ENTREVISTA TELEMÁTICA APLICADA AL PACIENTE CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.....	33
III. HERRAMIENTAS PARA LA TELEMONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA.....	36
CASOS CLÍNICOS.....	43
I. CASO CLÍNICO 1	43
II. CASO CLÍNICO 2	48
III. CASO CLÍNICO 3	53
IV. CASO CLÍNICO 4	57
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63

CAPACIDAD	63
MOTIVACIÓN	65
OPORTUNIDAD.....	67
ANEXO	68

GRUPO DE TRABAJO

Coordinadores

Noé Garin Escrivà

*Coordinador grupo Neumo-SEFH
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

Ramón Morillo Verdugo

*Coordinador del proyecto MAPEX/SEH
Hospital Universitario de Valme, Sevilla*

Capacidad

Borja Zarate Tamames

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

Isabel Plo Seco

*Hospital Universitari de Tarragona Joan
XXII, Tarragona*

José Javier Martínez Simón

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón,
Madrid*

Lidia Carabias Ané

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

Marta Calvin Lamas

*Complejo Hospitalario Universitario de A
Coruña, La Coruña*

Sara García Gil

*Complejo Hospitalario Universitario de
Canarias, Tenerife*

Sonia Jornet Montaña

*Hospital Universitari de Tarragona Joan
XXIII, Tarragona*

Motivación

Gregorio Romero Candel

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Javier Milara Payá

*Hospital Clínico Universitario de Valencia,
Valencia*

M^a del Mar López-Gil Otero

Complejo Hospitalario de Vigo, Vigo

Oportunidad

Elena Villamañán Bueno

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Eugenia Navarrete Rouco

Hospital del Mar, Barcelona

Eva M^a García Rebolledo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

AGRADECIMIENTOS

A **Boehringer Ingelheim España S.A.**, **CSL Behring S.A.**, **Novartis Farmacéutica S.A.** y **Sanofi-Aventis S.A.**, por su patrocinio y apoyo al proyecto.



INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de las enfermedades crónicas, en los últimos años el número de pacientes externos o ambulatorios atendidos en las unidades de Atención Farmacéutica (AF) y la cantidad de medicamentos de dispensación hospitalaria disponibles han incrementado significativamente, resultando en una mayor carga presupuestaria para el sistema sanitario y acelerando la problemática asistencial en la atención a este tipo de pacientes (1).

Para tratar de paliar el impacto de la cronicidad tanto en la sociedad como en el sistema sanitario, desde el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y otros agentes del entorno sanitario (sociedades científicas, organizaciones de pacientes, etc.) se han impulsado diferentes planes y estrategias para mejorar la gestión de la cronicidad, garantizar la sostenibilidad del sistema y mantener los estándares de calidad, seguridad y eficacia en la asistencia sanitaria.

En 2012, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) elaboró el **“Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica (AF) al Paciente Crónico”**, orientado a abordar los retos actuales y futuros del sistema sanitario. Este plan define seis líneas estratégicas para mejorar la gestión y la atención a los pacientes crónicos. Se definió que el punto de partida sería el eje 2, correspondiente a la **“Orientación centrada en el paciente”**, constituyendo un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos por parte del Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria (FH) (2,3).

Posteriormente, en 2014, la SEFH desarrolló diferentes modelos de atención para avanzar en el abordaje de la cronicidad desde el ámbito de la Atención Farmacéutica (AF) Hospitalaria, tanto para la población adulta, con el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica (AF) de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”** (3), como para la población pediátrica, con el **“Modelo de Selección y Atención Farmacéutica (AF) de Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”** (4). Dichos modelos dejan atrás la orientación aislada al tratamiento de la enfermedad y la atención puntual y episódica de los problemas de salud, para centrarse en la transversalidad del paciente y su corresponsabilidad en la toma de decisiones (1).

Asimismo, en 2014 dio comienzo al **“Proyecto MAPEX: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica (AF) al Paciente Externo”** (5), cuyo objetivo principal era reforzar el marco de actuaciones que permitieran a los FH anticiparse a las necesidades de estos pacientes, de cara a contribuir de manera eficaz a la consecución de los resultados en salud y la sostenibilidad del sistema. Una de las prioridades resultante del Proyecto MAPEX es el desarrollo, la implantación y la evaluación de modelos de actuación farmacéutica para pacientes con las patologías crónicas más prevalentes en la sociedad española, así como la evaluación de los beneficios clínicos de la actuación de los FH. Hasta la fecha se han desarrollado modelos de selección y Atención Farmacéutica (AF) para las siguientes patologías: esclerosis múltiple (6), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis C (VHC) (7), enfermedades inflamatorias inmunomediadas (8) y neoplasias oncológicas y hematológicas (9).

En 2016 se publicó el **“Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria”**(1), que define las bases del nuevo modelo de AF y plantea una nueva relación con los pacientes y con el resto de los profesionales sanitarios. El nombre “CMO”, surge de las iniciales de los tres pilares asistenciales en los que se basa: **C - Capacidad, M - Motivación y O - Oportunidad**. El pilar Capacidad hace referencia a la atención multidisciplinar y centrada en el paciente, sustentado en modelos de estratificación y Atención Farmacéutica (AF). El segundo pilar, Motivación, hace referencia al alineamiento de los objetivos farmacoterapéuticos entre el paciente y los diferentes profesionales sanitarios que le atienden. El último pilar, Oportunidad, consiste en hacer uso del desarrollo de las tecnologías de la información (TICs), para poder realizar la AF en cualquier lugar que necesite el paciente.

En los últimos años se han venido publicando diferentes investigaciones destinadas a demostrar la utilidad del modelo, con gran éxito, tanto en la medición de resultados en salud como en aceptación de intervenciones farmacéuticas y otros aspectos relacionados con la atención al paciente externo, lo que refuerza la necesidad de seguir expandiendo e implantado esta metodología.

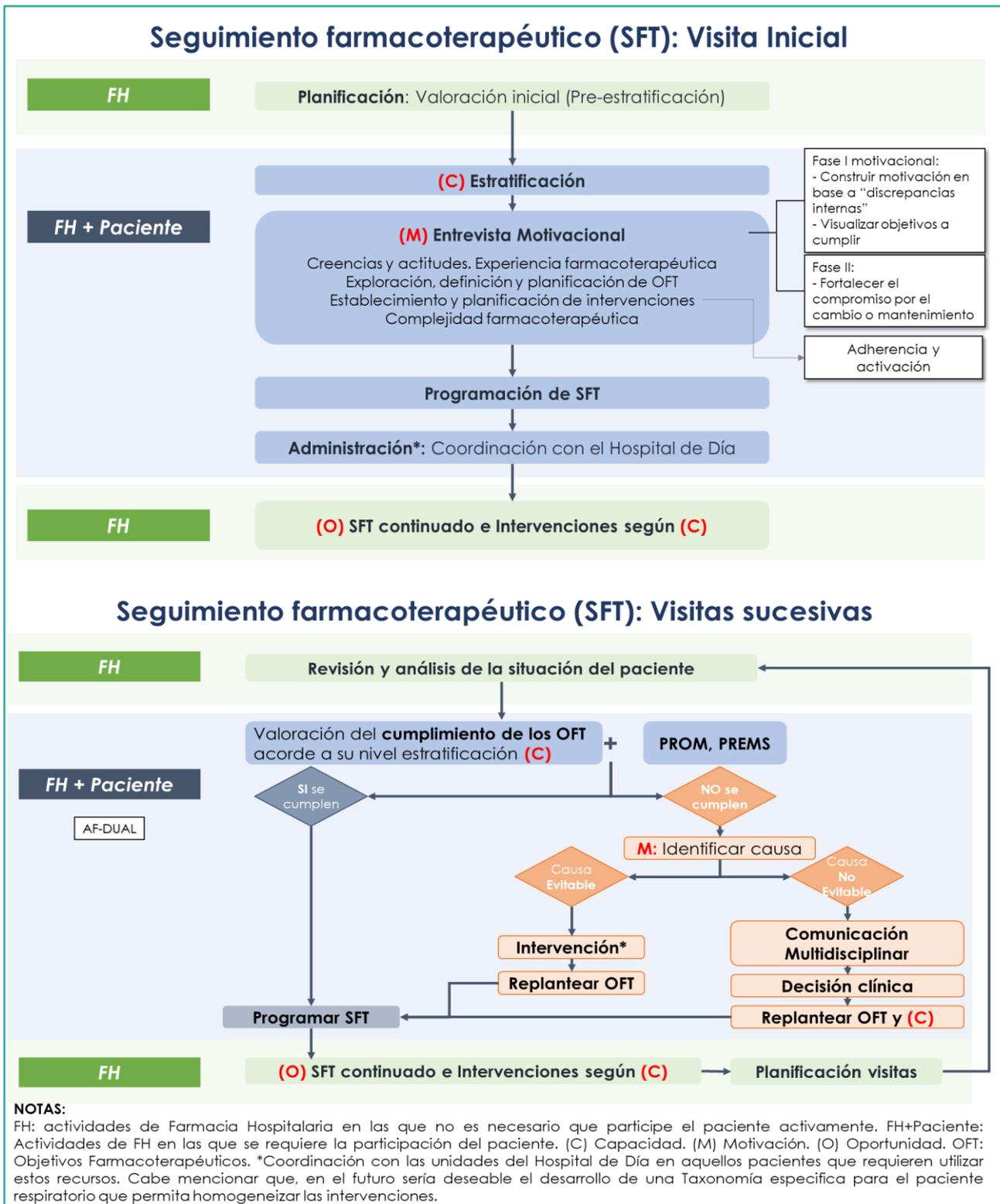
El paciente con patologías respiratorias presenta unas características determinadas, que no solo tienen un impacto negativo en la vida de los pacientes y el entorno, sino que dificultan el abordaje por parte del FH. Es por ello por lo que resulta necesario la publicación del presente documento, el **“Modelo CMO para pacientes con patologías respiratorias”**, centrado específicamente en la atención de este tipo de paciente.

Para el desarrollo del modelo se ha contado con la colaboración de especialistas en Farmacia Hospitalaria miembros de la SEFH, durante el periodo comprendido entre marzo de 2022 y enero de 2023. Este trabajo ha contado con la colaboración de Ascendo Sanidad&Farma como oficina técnica y soporte metodológico.

ALGORITMO DE APLICACIÓN

A continuación, se presenta un algoritmo recomendado para la aplicación del Modelo CMO al Paciente con Patologías Respiratorias (**Figura 1**):

Figura 1. Algoritmo de aplicación del Modelo CMO



Para la implantación de esta metodología en consultas de AF se recomienda tener en cuenta que es probable que el paso de un modelo clásico al modelo CMO incluya 3 fases que, a continuación, describimos:

- **Fase inicial o de sobreesfuerzo:** se corresponde con los primeros pasos de la puesta en marcha de esta forma de trabajar. La misma supondrá inicialmente informar tanto a pacientes, como al resto de profesionales de esta nueva orientación profesional. Como en todo nuevo proceso, es la fase en la que se debe familiarizar con el modelo en general y con la herramienta de estratificación y la EM en particular. Se recomienda ir progresivamente en su implantación. Por último, se debe asumir que supone, de entrada, un extra de actividad laboral con respecto a lo que históricamente se ha venido realizando.
- **Fase intermedia o “caótica”:** es la fase clave del proyecto, ya que durante esta fase van a convivir ambos modelos, el clásico y el CMO. Es necesario tener en cuenta que, probablemente surgirán posibles escenarios de “conflicto” o controversia en el seguimiento al paciente. Es importante que ante estas nuevas circunstancias se mantenga la metodología y sus procedimientos para poder alcanzar el denominado “umbral de desilusión” que se define como el punto a partir del cual se empieza a visualizar el retorno del esfuerzo invertido para la implantación de esta metodología y se dé comienzo a la última fase de implantación.
- **Fase final o “de éxito y retorno de resultados”:** una vez superado el punto anteriormente comentado (la diferencia entre lo que se cree que debería estar ocurriendo y lo que ocurre en términos de crecimiento asistencial) empiezan a percibirse los resultados y beneficios de la implantación de esta nueva sistemática de trabajo. Es el momento al que debemos aspirar a llegar. Hay que considerar también, que este punto, además, es diferente en términos temporales (para algunos pueden ser semanas y para otros, meses) de acuerdo con su estructura, soporte humano, medios técnicos, etc.) para cada servicio de farmacia. A partir de ahí, será más fácil seguir trabajando con esta metodología que con la clásica.

CAPACIDAD

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias presentan una elevada prevalencia y multimorbilidad asociada, siendo el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la bronquitis crónica o la fibrosis quística, entre otras, algunas de las patologías respiratorias crónicas más frecuentes en España (10). Estas enfermedades se caracterizan por su elevada complejidad y variabilidad farmacológica (terapia inhalada, agentes biológicos, fármacos de dispensación hospitalaria, inmunosupresores, etc.)(11).

Para los pacientes con patologías respiratorias, la terapia farmacológica es esencial para el manejo de su salud y su bienestar. Si bien es cierto que algunas de ellas pueden ser tratadas a través de medicamentos dispensados en la farmacia comunitaria, para aquellas patologías más complejas o para las exacerbaciones, se requieren medicamentos de dispensación hospitalaria y la atención por parte de los FH. El papel del FH es fundamental en el manejo de la terapia farmacológica y todo lo que esto comprende (indicación, posología, técnica de inhalación, adherencia, educación, efectos adversos, interacciones, nuevas tecnologías etc.), para garantizar la eficacia del tratamiento y seguridad del paciente (11).

Dentro de la **“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)”** (12), elaborada en 2012 por el Ministerio de Sanidad, se definen las líneas estratégicas que deben reorientar la asistencia sanitaria, pasando de estar centrada en la patología a orientarse hacia las personas, teniendo en cuenta tanto las necesidades de la población en su conjunto, como las de cada individuo en particular. Asimismo, se establecen los modelos de estratificación y predicción como herramientas fundamentales para el manejo de la cronicidad (12).

Esta orientación encaja con el **Modelo CMO** de la SEFH, el cual se encuentra orientado a la consecución de la máxima eficiencia y seguridad del tratamiento en el paciente. Para ello, el pilar de **Capacidad (C)** permite identificar y clasificar a los pacientes por medio de modelos de estratificación, para ofrecer una AF personalizada y ajustada a las necesidades de cada uno de los pacientes (1).

II. MODELO DE ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

El Modelo de Estratificación de Pacientes con patologías respiratorias permite estratificar a pacientes que padezcan al menos una de las siguientes patologías: **asma grave, rinosinusitis crónica con poliposis nasal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica “EPOC” (incluye déficit alfa-1-antitripsina, bronquitis y enfisema), fibrosis quística, bronquiectasias no fibrosis quística, fibrosis pulmonar idiopática, otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas “EPID” (incluye silicosis, neumonitis por hipersensibilidad, etc.) e hipertensión pulmonar.**

La estratificación de los pacientes con patologías respiratorias supone un gran avance en la adecuación de la AF en función de la situación individual con respecto a la salud y la complejidad de la enfermedad. La categorización de los pacientes se lleva a cabo a través de una valoración global que **aborda todas las dimensiones biopsicosociales** de la persona, y tiene en cuenta diferentes **variables**: demográficas, clínicas, relacionados con el tratamiento, relacionadas con ámbito sociosanitario y relacionadas con la 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 el grupo de expertos.

Cabe mencionar que, aunque la fibrosis pulmonar idiopática se encuentra dentro del grupo de patologías que conforman las EPID, debido a su elevada prevalencia en la población, se ha incluido en el modelo de estratificación de manera independiente.

Asimismo, dada la frecuencia de comorbilidades en los pacientes con patologías respiratorias, el modelo contempla más de un diagnóstico por paciente. La patología principal diagnosticada será aquella considerada prioritaria en el momento de la consulta, según la gravedad de la afectación y criterio profesional del FH.

Para testear la validez del Modelo, se realizó un pretest entre los meses de julio, agosto y septiembre de 2022, que incluyó una muestra aleatoria de 201 pacientes con patologías respiratorias, provenientes de los seis hospitales de los miembros del grupo de trabajo de estratificación. Este pretest permitió establecer y validar los puntos de corte para definir los tres niveles de riesgo.

III. VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN PARA EL PACIENTE CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

El Modelo de Estratificación de Pacientes con Patologías Respiratorias se compone de un total de **22 variables**, cada una asociada a un peso relativo que varía **entre 1 y 4 puntos** en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente. Las variables se agrupan en cinco bloques: **variables demográficas (Figura 2)**, **variables clínicas (Figura 3)**, **variables relacionadas con el tratamiento (Figura 4)**, **variables sociosanitarias (Figura 5)** y **variables relacionadas con la utilización de servicios sanitarios (Figura 6)**.

Figura 2. Variables demográficas para la medición del riesgo global del paciente con patologías respiratorias

Variables demográficas		
Variable	Descripción	Puntuación
Embarazo	Paciente embarazada y puerperio	Prioridad 1*
Edad	Paciente con edad entre 0 y 15 años, o hasta la edad en la que el paciente sea derivado a consulta de adultos <i>Variable condicionada a los criterios de cada Comunidad Autónoma.</i>	Utilización del modelo de paciente crónico pediátrico*
	Paciente con edad inferior a 18 años atendido en consulta de adultos <i>Variable condicionada a los criterios de cada Comunidad Autónoma.</i>	Prioridad 1*
	Paciente mayor de 65 años	2
Índice de Masa corporal (IMC)	Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	3
	Desnutrición (IMC<18,4 kg/m ²)	1
	<i>En el caso de un paciente con fibrosis quística la variable de desnutrición (IMC<18,4 kg/m²), pasará a tener una puntuación de 3.</i>	3
Puntuación máxima		5

*Estas variables se consideran excepciones del Modelo y, por tanto, no llevan asociadas un valor numérico.

Figura 3. Variables clínicas para la medición del riesgo global del paciente con patologías respiratorias

Variables clínicas		
Variable	Descripción	Puntuación
Comorbilidad respiratoria	Paciente con más de una patología respiratoria que requiera medicación	2
Comorbilidad no respiratoria	Paciente con presencia de al menos una patología no respiratoria que requiera medicación. Excluye enfermedades psiquiátricas	3
Desórdenes mentales	Paciente con desórdenes mentales o conductuales no transitorios con prescripción de medicamentos específicos	3
Deterioro cognitivo	Paciente con presencia de deterioro cognitivo-sensorial, desde leve hasta grave <i>Se considera presencia de deterioro cognitivo si existe referencia en la Historia Clínica (HC) o si existe sospecha por parte del profesional sanitario.</i>	4
Gravedad de la afectación	<p>Paciente con afectación grave de la patología o requiere oxigenoterapia. <i>Se considerará afectación grave en las siguientes situaciones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma grave: <i>El paciente posee asma grave no controlado (13).</i> • Hipertensión pulmonar: <i>El paciente se sitúa en la clase funcional III o IV (14-16).</i> • EPOC. <i>Se ofrecen dos alternativas:</i> <ol style="list-style-type: none"> (1) <i>El paciente se encuentra clasificado en el grupo E según la guía GOLD 2023 (17) (anteriores grupos C y D en la guía GOLD 2022 (18)).</i> (2) <i>El paciente se encuentra estratificado con riesgo alto según la guía GesEPOC (19).</i> • Rinosinusitis crónica con poliposis nasal. <i>Se ofrecen dos alternativas:</i> <ol style="list-style-type: none"> (3) <i>El paciente posee un VAS superior a 7 (20).</i> (4) <i>Si está disponible en la HC. El paciente posee una puntuación superior a 50 en el cuestionario SNOT-22(21).</i> • Fibrosis pulmonar idiopática (EPID): <i>se ofrecen 4 medidas alternativas:</i> <ol style="list-style-type: none"> (5) <i>El paciente posee FVC<50% (22).</i> (6) <i>El paciente posee DLCO<30% (22).</i> (7) <i>El paciente ha experimentado una reducción absoluta en FVC ≥10% en los últimos 6-12 meses (23).</i> (8) <i>El paciente ha experimentado una reducción absoluta en DLCO ≥15% en los últimos 6-12 meses (23).</i> • Fibrosis Quística: <i>el paciente posee un FEV1<40% (24).</i> • Bronquiectasias no fibrosis quística: <i>se ofrecen 4 medidas alternativas.</i> <ol style="list-style-type: none"> (1) <i>El empeoramiento clínico o progresión según el criterio del responsable clínico en la HC.</i> (2) <i>Si está disponible en la HC. El paciente posee una puntuación superior a 8 puntos en el BSI (25).</i> (3) <i>Si está disponible en la HC. El paciente posee una puntuación superior a 5 puntos en el cuestionario FACED (26).</i> (4) <i>Si está disponible en la HC. El paciente posee una puntuación superior a 21 puntos en el cuestionario CAT (27).</i> 	2
Puntuación máxima		14

Figura 4. Variables relacionadas con el tratamiento para la medición del riesgo global del paciente con patologías respiratorias

Variables relacionadas con el tratamiento (1/2)		
Variable	Descripción	Puntuación
Falta de adherencia	<p>Paciente con falta de adherencia a cualquier medicamento <i>Se considera falta de adherencia si el paciente no es adherente a cualquier medicamento prescrito con independencia de si es para la patología respiratoria.</i> <i>La falta de adherencia deberá ser validada mediante uno de los siguientes métodos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario Morinsky-Green-Levine: se considerará buena adherencia si las respuestas son las siguientes: 1. No; 2. Sí; 3. No; 4. No. Cualquier otra combinación se considerará mala adherencia. • Tasa de Posesión de Medicación (MPR-Medication Possession Ratio). Se define como: suma de todos los días que el paciente tiene medicamentos / n° de días que el medicamento se le recetó en el periodo de estudio. Se considerará mala adherencia una Tasa de Posesión de Medicación inferior a 0,8. • En el caso de los pacientes con las patologías de Asma Grave y EPOC, se evaluará la adherencia mediante el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) además del Cuestionario Morinsky-Green-Levine. Se considerará mala adhesión según el TAI si el paciente posee una puntuación inferior a 45. 	4
Medicamentos que pueden empeorar la patología respiratoria	Paciente con medicamentos prescritos que pueden empeorar la patología respiratoria (véase ANEXO)	4
Medicamentos de alto riesgo	Paciente con medicamentos prescritos que figuran en el listado ISMP(28)	4
Objetivos farmacoterapéuticos*	<p>Paciente con objetivos en relación a la farmacoterapia no alcanzados (incluye comorbilidades) La respuesta será "No" si el paciente no ha alcanzado los objetivos establecidos en relación a la farmacoterapia o si acaba de empezar su tratamiento y no tiene objetivos farmacoterapéuticos previos. La respuesta será "Sí" si el paciente ha alcanzado los objetivos establecidos en relación a la farmacoterapia. <i>En el caso de que un paciente no cuente con objetivos farmacoterapéuticos específicos, se revisará de forma general el cumplimiento y el control y manejo de la patología (por ejemplo, hipertensión = paciente con tensión controlada, diabetes = control del azúcar en sangre, etc.)</i></p>	2
Polimedicación	<p>Uso de 6 o más principios activos <i>En el caso de que se encuentre disponible en el centro, se recomienda valorar la complejidad del régimen de medicación mediante el Índice de Complejidad del Régimen de Medicamentos (MRCI). Se considerará medicación compleja según el MRCI si el paciente posee una puntuación superior a 11.</i></p>	3
Medicamentos complejos	<p>Paciente con prescripción de medicamentos hospitalarios que requieren una manipulación previa a la administración y/o un dispositivo para la administración (por ejemplo: nebulizadores, pluma, inyección intravenosa, etc.) <i>Los inhaladores no se consideran medicamentos complejos a este nivel.</i></p>	2

Variables relacionadas con el tratamiento (2/2)		
Variable	Descripción	Puntuación
Paciente Naive	Paciente NAIVE a terapia de uso hospitalario <i>En el caso de pacientes con EPOC marcar "Sí" ya que dado que no se disponen de medicamentos de uso hospitalario la variable se considerará en todos los casos.</i>	1
Cambios en la medicación en los últimos 6 meses	Modificación en el régimen regular de la medicación prescrita en los últimos 6 meses <i>Se considerará toda la medicación prescrita, no solo aquella relacionada con la patología respiratoria.</i>	1
Puntuación máxima		21

**Esta variable se podrá obtener mediante la entrevista con el paciente.*

Figura 5. Variables sociosanitarias para la medición del riesgo global del paciente con patologías respiratorias

Variables sociosanitarias		
Variable	Descripción	Puntuación
Tabaco	Paciente fumador	4
Alcohol/drogas*	Paciente con alcoholismo y/o drogadicción	3
Exposición laboral a partículas	Paciente con exposición laboral a partículas <i>Se considerará la variable si el paciente ha tenido una exposición reiterada a toxinas o gases nocivos tales como: humos (procedentes de combustión), gases (formaldehído, amoníaco, cloro, dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno, etc.) polvo, entre otros (13,18).</i>	3
Bajo nivel socioeconómico*	Paciente con condiciones socioeconómicas desfavorables <i>Se considerará paciente con condiciones socioeconómicas desfavorable si sus condiciones pueden provocar que no mantenga la medicación o no se administre el tratamiento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables; o si se encuentra en una situación sin hogar, en aislamiento social, sin apoyo familiar (con o sin dependencia funcional), inestabilidad financiera, etc.</i>	3
Calidad de vida	Paciente con disminución o afectación grave en alguna de las dimensiones de la calidad de vida del Cuestionario EQ-5D-5L. <i>Se deberá realizar el cuestionario cuando exista sospecha de afectación grave o disminución de la calidad de vida. La valoración de la disminución o afectación grave de la calidad de vida será a criterio del especialista. Se considerará mala calidad de vida según el EQ-5D-5L si el paciente posee problemas moderados o de gravedad superior en cualquiera de las dimensiones y/o una puntuación inferior a 50 en la escala numerada de 0 a 100.</i>	3
Puntuación máxima		16

**Estas variables se podrán obtener mediante la entrevista con el paciente.*

Figura 6. Variables relacionadas con el uso de recursos sanitarios para la medición del riesgo global del paciente con patologías respiratorias

Variables relacionadas con el uso de recursos sanitarios		
Variable	Descripción	Puntuación
Hospitalizaciones y visitas a urgencias	El paciente ha tenido al menos dos ingresos y/o dos visitas a urgencias, tanto atención primaria como hospitalaria, por descompensación de la patología respiratoria en el último año	3
Puntuación máxima		3

Cabe mencionar que los cuestionarios y los *tests* recomendados para cada variable se podrán utilizar como herramienta de soporte en caso de que existan dudas sobre la puntuación de la variable, no siendo estrictamente necesaria su realización para el uso del modelo.

IV. PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

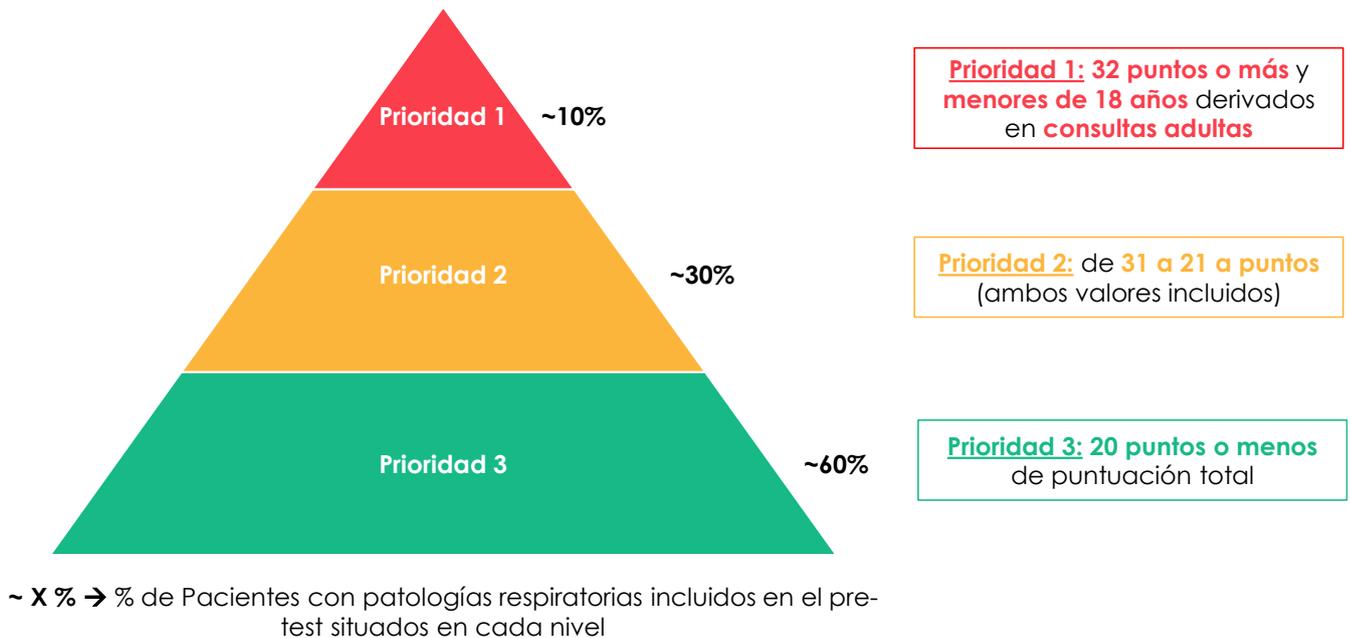
La puntuación global se obtiene tras la suma de las puntuaciones individuales de cada variable y en función de ello, el paciente es clasificado en uno de los tres niveles de estratificación definidos (**Prioridad 1**, **Prioridad 2** y **Prioridad 3**), los cuáles van a determinar la AF que recibirá dicho paciente.

Los puntos de corte se han establecido de manera que los pacientes con patologías respiratorias se distribuyan según la pirámide de Káiser Permanente, de modo que los pacientes con **Prioridad 1** representen el 10% del total de pacientes con patologías respiratorias atendidos en los servicios de FH, los pacientes con **Prioridad 2** supongan el 30% del mismo total y los pacientes con **Prioridad 3** supongan el 60%. Para ello, se establecieron los siguientes puntos de corte (**Figura 7**): **21 puntos** para el nivel de **Prioridad 2** y **32 puntos** para el nivel de **Prioridad 1**.

Como **excepciones** al modelo, se ha establecido que las mujeres **embarazadas** y en **estado de puerperio** y los **pacientes menores de 18 años atendidos en consulta de adultos** se clasificarán en **Prioridad 1** independientemente de la puntuación global (aquellos marcados con un asterisco en la **Figura 2**). Asimismo, para los **pacientes pediátricos**, se utilizará el “**Modelo de Selección y Atención Farmacéutica (AF) de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH**”, en lugar de hacer uso del presente modelo.

Para facilitar su uso y la labor del FH durante las consultas, el modelo se diseñó de manera que 19 de las 22 variables se pudiesen obtener a partir de la información recogida en la Historia Clínica Electrónica (HCE) o en otras fuentes disponibles en el hospital relacionadas con el estado de salud del paciente. Las tres variables restantes (bajo nivel socioeconómico, uso de alcohol y/o drogas y los objetivos farmacoterapéuticos) se podrán obtener mediante la entrevista con el paciente.

Figura 7. Pirámide de estratificación en función de la puntuación obtenida en el modelo de estratificación



V. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AF) SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE CADA PACIENTE

Cabe destacar que, independientemente del nivel de prioridad, los FH podrán hacer uso de diferentes herramientas de soporte recomendadas para llevar a cabo las actuaciones farmacéuticas:

- **Atención Farmacéutica (AF) Dual - Telefarmacia y Mobile Health**

Se potenciará el uso de dispositivos móviles y redes globales en el caso de que sea posible y siempre que se considere necesario, para ofrecer servicios de información y asistencia a distancia de manera complementaria a la atención presencial, ya sea de manera sincrónica o asincrónica:

- Teléfonos móviles (SMS o Servicio de mensajes multimedia (MMS))
- Páginas webs y aplicaciones (recomendadas en el pilar Oportunidad)

- Dispositivos Inteligentes (*wearables* y otras tecnologías de la salud)

La valoración de los pacientes candidatos a telefarmacia (dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia y seguimiento se deberá llevar a cabo utilizando el “**Modelo de priorización de pacientes en telefarmacia**” (26).

- **Herramientas de comunicación bidireccional**

Se fomentará el desarrollo y el uso de vías y herramientas de comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en todos los niveles asistenciales (entre atención hospitalaria, atención primaria y oficina de farmacia), para la unificación de criterios y la realización de consultas entre los profesionales acerca del abordaje de las reacciones adversas y la resolución de posibles incidencias.

- **Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) y registro de actuaciones en la HCE**

En cada Servicio de Farmacia Hospitalaria se dispondrán de procedimientos normalizados de trabajo que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad y la estandarización del proceso. Además, las actuaciones farmacéuticas deberán quedar registradas en la Historia Clínica del paciente. En este sentido, se recomienda el desarrollo de una taxonomía propia para homogeneizar el registro de las intervenciones.

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 (**Tabla 1**, **Tabla 2** y **Tabla 3**):

- **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 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 Electrónica, etc.

Las actuaciones de AF se desarrollarán de manera específica para los distintos niveles de prioridad. 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**.

En cuanto a la periodicidad de uso del Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica (AF) del Paciente con Patologías Respiratorias, se ha establecido la conveniencia de aplicar el Modelo al inicio de tratamiento y/o en aquellas circunstancias clínicas o farmacoterapéuticas que orienten hacia un cambio de nivel de estratificación y, por tanto, de la necesidad de intensificar la AF necesaria para alcanzar los objetivos farmacoterapéuticos establecidos para cada paciente. A su vez, de forma tentativa, en los siguientes casos:

- **Prioridad 1:** valoración cada 3 – 6 meses.
- **Prioridad 2:** valoración anual, salvo que se detecte la necesidad según el criterio del FH.
- **Prioridad 3:** en caso de que se detecte la necesidad según el criterio del FH.

El FH puede aplicar este modelo siempre que lo considere necesario, atendiendo a las 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.

En los próximos meses estará disponible en la web del proyecto MAPEX (www.sefh.es/mapex/cmo-capacidad) una herramienta que automáticamente permitirá la estratificación y reestratificación de los pacientes y permitirá gestionar las intervenciones y el seguimiento a cada paciente en consultas de AF.

Tabla 1. Actuaciones farmacéuticas para el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con patologías respiratorias, según su nivel de prioridad

Actuaciones Farmacéuticas	Prioridad 3	Prioridad 2	Prioridad 1
Estratificación o reestratificación para cada paciente en seguimiento de acuerdo con los criterios ordinarios establecidos o situaciones clínicas extraordinarias que así lo aconsejen.	✓	✓	✓
Revisión, validación y conciliación de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorización de todas las posibles interacciones, ofreciendo al médico una alternativa para la medicación concomitante.	✓	✓	✓
Control y seguimiento de la adherencia y del uso adecuado de los dispositivos. Se recomiendan dos métodos de medición a través de registros y cuestionarios validados.	✓	✓	✓
Valoración multidimensional y análisis de la situación de objetivos farmacoterapéuticos (OFT).	✓	✓	✓
Monitorización y toma de decisiones multidisciplinares en función de los <i>Patient Related Outcomes</i> (PROs) y <i>Patient reported experience measurements</i> (PREMs) utilizados para el seguimiento de los pacientes.	N/A	✓	✓
Contacto adicional con el paciente entre visitas mediante teleasistencia (SMS, llamadas telefónicas, etc.) en caso de que el FH considere que este puede ser positivo para el paciente.	N/A	✓	✓
Establecimiento de OFT a corto plazo según las recomendaciones dependiendo de la patología respiratoria definidos en el Modelo y a criterio del FH.	N/A	N/A	✓

Tabla 2. Actuaciones farmacéuticas para la formación y educación al paciente con patologías respiratorias, según su nivel de prioridad

Actuaciones Farmacéuticas	Prioridad 3	Prioridad 2	Prioridad 1
Promoción de la adherencia.	✓	✓	✓
Identificación de pacientes no adherentes primarios y secundarios. Refuerzo de la entrevista motivacional e intervenciones específicas en aquellos pacientes cuya falta de adherencia repercute en el cumplimiento de los OFT establecidos (información acerca de sistemas que fomenten la adherencia).	N/A	✓	✓
Fomento de un paciente activo e informado, que se corresponsabilice en el resultado del tratamiento.	✓	✓	✓
Proporción de información y resolución de dudas: <ul style="list-style-type: none"> • Sobre la enfermedad y tratamiento: conocimientos sólidos sobre su enfermedad, sobre el tratamiento (posología, conservación del medicamento, interacciones, reacciones adversas, etc.) • Sobre hábitos de vida saludable: tabaco, alcohol, actividad física y sueño, entre otros. • Sobre higiene ambiental: uso de mascarillas, higiene de manos, ambientes poco contaminados (evasión de alérgenos, partículas en suspensión, humedad, ambientes cerrados, etc.) • Sobre la prevención de enfermedades infectocontagiosas: repaso del calendario de vacunación (gripe, neumococo, COVID, etc.) 	✓	✓	✓
Formación del correcto manejo de dispositivos de administración, inyectores/perfusión, inhaladores, nebulizadores y ejercicios respiratorios (técnicas y objetivo).	✓	✓	✓
Proporción de recursos web y apps con fines informativos para la formación del paciente, y de monitorización de los pacientes mediante el uso de las nuevas tecnologías, aplicando programas de telefarmacia y de dispensación domiciliaria. <i>*Para pacientes en prioridad 2 y 1 se proporcionará recursos web y apps con fines informativos también a los familiares/cuidadores.</i>	✓	✓	✓
Aportación de material personalizado para el paciente y/o los familiares/cuidador (hoja de medicación personalizada, diario o similar), en formato papel o digital.	N/A	N/A	✓

Tabla 3. Actuaciones farmacéuticas para la coordinación asistencial, según el nivel de prioridad

Actuaciones Farmacéuticas	Prioridad 3	Prioridad 2	Prioridad 1
Colaboración con las Asociaciones de Pacientes.	✓	✓	✓
Desarrollo de programas orientados a cumplir los objetivos en relación a la farmacoterapia.	✓	✓	✓
Coordinación de la siguiente visita con la Unidad de Paciente Externo de Farmacia Hospitalaria (UPEFH) con el equipo multidisciplinar (neumología, alergia, etc.). Optimización de la agenda para la programación de dispensaciones.	✓	✓	✓
Coordinación intrahospitalaria especializada (Servicio de Neumología, Psiquiatría y/o Servicios Sociales).	N/A	✓	✓
Recomendación o información de uso de sistemas de fomento de la adherencia, tales como los sistemas personalizados de dosificación (SPD), en coordinación con Farmacia Comunitaria y Atención Primaria.	N/A	N/A	✓
Reuniones periódicas con todo el equipo asistencial que atiende al paciente, sobre indicadores de eficacia y de adherencia del paciente.	N/A	N/A	✓

MOTIVACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

Cada vez más, los profesionales de la salud entienden la importancia de todos aquellos aspectos relacionados con la comunicación con el paciente como determinante del posterior uso de recursos sanitarios por parte de los mismos. A pesar de haber una gran disponibilidad de información en relación con el trato con el paciente, existe una importante brecha a nivel de comunicación y construcción del vínculo terapéutico entre profesionales y pacientes.

Prácticamente de manera intuitiva, establecemos un **tipo de comunicación caracterizada por centrarse en la enfermedad desde la mirada biomédica, sin tener en cuenta los deseos, necesidades, razones y valores de las personas** que atendemos. Esta barrera en la comunicación genera habitualmente en las personas un abandono del tratamiento, visitas a múltiples profesionales y especialistas en la búsqueda de una solución a medida o, al menos, sentirse comprendidos. Desde el punto de vista de la farmacia hospitalaria, el centro de atención clásico giraba en torno al medicamento (utilizando la entrevista clínica como herramienta de comunicación) siendo cada vez más claro el viraje y la evolución hacia el **enfoque centrado en el paciente, sus necesidades y objetivos a alcanzar**.

La **Entrevista Motivacional (EM)**, por definición, establece el vínculo terapéutico empático y focalizado en la persona y sus objetivos a través de herramientas y habilidades comunicacionales concretas.

Desde sus primeras definiciones, la EM ha ido evolucionando y cambiando. En sus inicios, fue descrita como un abordaje terapéutico útil en personas con problemas de alcoholismo y otras adicciones. Esto fue cambiando y, en la actualidad, su eficacia ha sido probada para el abordaje de múltiples cambios de comportamiento en diferentes tipos de pacientes y, como no, también el paciente con patología respiratoria.

Existen numerosas publicaciones que prueban que este tipo de comunicación, cuando es utilizado correctamente, aumenta la probabilidad de que la persona que atendemos alcance los objetivos planteados, a corto, medio y largo plazo.

Así, se busca que el profesional que utilice la EM como estrategia de comunicación, se

aleje de la modalidad de imponer un determinado cambio. Un ejemplo básico y habitual en consultas podría ser: "Es necesario que haga ejercicio diario y pierda peso". Habitualmente, estas indicaciones suelen ser desprendidas de los valores, deseos, creencias y experiencias farmacoterapéuticas o sanitarias previas de la persona, mientras que la EM busca tener en cuenta todos estos aspectos para situarse en un abordaje que tenga a la persona y su motivación como centro del trabajo.

No debe confundirse la EM con dar ánimos. Más allá de eso, la EM consiste en dar motivos. Es importante, igualmente, no caer en los errores clásicos de la entrevista clínica y que habitualmente han lastrado nuestra actuación en consultas de AF, pero hay que tenerlos en cuenta para no volver a caer en las mismas trampas y dar el salto que nos pide tanto el sistema sanitario como los pacientes en la actualidad.

En las [diferentes](#) versiones de las [adaptaciones del modelo CMO](#) a los diferentes pacientes donde se ha realizado se establecen las bases de la EM. [Recomendamos su lectura para profundizar en este tema.](#) Para no duplicar contenidos se ha incorporado en este capítulo una expansión de los contenidos y técnicas de la EM, específicamente adaptado al paciente con patologías respiratorias.

II. BARRERAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

En muchas ocasiones, y por diversos motivos, los profesionales sanitarios centramos nuestra práctica en dar información o consejos sobre lo conveniente de uno u otro cambio, aunque sabemos, por experiencia, que los cambios no serán sencillos. Todas las personas tomamos decisiones a menudo y en distintas áreas de nuestra vida, y muchas de estas decisiones requerirán algún tipo de cambio. Algunos ejemplos pueden ser la adherencia a un tratamiento médico, actividad física, plan de alimentación, dejar de fumar, adicciones, etc. Algunas de estas decisiones nos resultarán sencillas y el cambio se producirá con rapidez, pero, probablemente, otras pueden llegar a ser muy duras y, por lo tanto, podrán requerir mayor tiempo y esfuerzo.

La EM se enfoca en que, cuando tomar una decisión es difícil, esto no se debe principalmente a la falta de información respecto al tema en cuestión, o por negación o falta de voluntad. Incluso puede ser que comprendamos perfectamente que el cambio es beneficioso para nosotros. Sin embargo, cuando tomar la decisión de cambiar es difícil, se debe a que la persona se encuentra en un estado ambivalente. La ambivalencia ha sido definida por diferentes autores como la percepción de querer y no querer generar el cambio al mismo tiempo o desear cosas completamente incompatibles al mismo tiempo.

Esta percepción ambivalente suele generar en el paciente una gran tensión, lo que a su vez produce estrés y ansiedad. Si la persona no se encuentra preparada para resolver la ambivalencia, saldrá de esa tensión postergando la decisión y, por lo tanto, no generando el cambio deseado o planteado por los profesionales que lo atienden. En este sentido, en muchas ocasiones solemos confundir este escenario y concluir que la persona es resistente al cambio, quedándonos sin poder reconocer la ambivalencia en las personas (o reconociendo solo las razones que la persona tiene para no cambiar), punto central en donde se encuentra nuestro trabajo de colaboración para el cambio desde la EM.

Es de interés, en el inicio del manejo de la EM conocer el modelo transteórico de cambio, trabajo realizado por Prochaska y DiClemente.

Estos autores observaron que las personas que lograban cambios intencionales en sus conductas habituales lo hacían a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas, cada una de ellas con características propias más o menos marcadas.

Dichas etapas son:

- **Precontemplación**

La persona desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien conoce la existencia de un problema de salud, pero no tiene ninguna intención de realizar cambios en su conducta.

- **Contemplación**

El sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y comienza a contemplar la necesidad de cambiar.

- **Determinación**

El sujeto piensa seriamente en modificar su conducta en un futuro próximo y realiza algunas acciones para que esto ocurra.

- **Acción**

El sujeto se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.

- **Mantenimiento**

El sujeto adopta habitualmente las conductas adquiridas.

- **Recaída**

En esta etapa el individuo vuelve a la conducta no deseada.

¿Cuál es la evolución entre las diferentes etapas?

El transcurso por las diferentes etapas no siempre es lineal o secuencial, puede haber avances y retrocesos e incluso pueden saltarse algunas etapas. Es conocido que, al iniciar un cambio considerado de difícil alcance, la recaída suele ser la regla por lo que, lejos de tomarlo como un fracaso, debe ser interpretado como parte del proceso de cambio y parte del camino hacia el mantenimiento, que es la situación deseable.

Durante la etapa de **precontemplación**, la **ambivalencia será nula**, ya que la persona no ve en su conducta ningún problema por lo que no se plantea realizar cambios.

En la etapa de **contemplación** es en donde encontraremos la **ambivalencia en su máxima expresión** dado que los motivos para cambiar y no cambiar "pesan más o menos lo mismo".

En el momento de **preparación**, la **ambivalencia se estaría resolviendo a favor del cambio y se mantiene así durante la etapa de acción**, para ir disminuyendo a medida que el cambio se va consolidando y la persona entra en mantenimiento. Contrariamente a la entrevista clínica, la EM se centra en ayudar a la persona a resolver la ambivalencia, mediante la identificación y refuerzo de sus objetivos y la propia elección para el cambio.

Es fundamental resaltar que son en las expresiones y actitudes de las personas donde podemos identificar en qué etapa de cambio está. Reconocerla nos ayudará a elegir apropiadamente nuestra estrategia y acompañamiento.

Las **etapas de cambio** de Prochaska y Di Clemente **evalúan la conducta**. Para determinar la etapa, es mucho más importante lo que la persona hace que lo que dice. Con esto nos referimos a que la etapa de cambio es definida por las acciones y no por lo que la persona refiere que hará en un futuro. Por ejemplo, podemos encontrarnos con alguien que nos dice que quiere bajar de peso de manera urgente, que es en lo único que piensa, pero, a través de su discurso, identificamos que no está muy dispuesta a iniciar actividad física y que encuentra dificultades para realizar cambios en la alimentación. Si nos dejamos guiar por lo que dice y sus ganas de bajar de peso, podemos pensar erróneamente que se encuentra en etapa de preparación, pero si atendemos a lo que realmente está dispuesta a hacer, se evidencia muy claramente la ambivalencia, con la que tendremos que trabajar en primera instancia, encontrándose entonces, en la etapa de contemplación.

Antes de introducir los elementos y las herramientas que utiliza la EM para lograr el objetivo,

es importante aclarar algunas actitudes y características que necesita el profesional que quiera llevar adelante este tipo de relación de colaboración y que están expresadas en lo que Miller y Rollnick denominaron Espíritu de la EM.

Por tanto, la EM no es una colección de las técnicas o intervenciones sino una serie de comportamientos del profesional guiados por esta idea.

Existen cuatro componentes en el espíritu de EM, ellos son: la colaboración, evocación, compasión y respeto por la autonomía.

- **Colaboración**

La relación terapéutica se da en el contexto en donde, el profesional trabaja en asociación con la persona de manera colaborativa y no en el habitual rol de experto. Si bien el profesional aporta su experiencia significativa a esta relación, la postura colaborativa reconoce que las personas son expertas en sí mismos, sus historiales, sus circunstancias y sus esfuerzos anteriores para el cambio.

- **Evocación**

En concordancia con la colaboración, y dado que las personas son expertas en sí mismas, las mejores ideas y soluciones para lograr el cambio provendrán de ellas mismas. Por lo tanto, la EM proporciona herramientas para facilitar la expresión de dificultades, fortalezas, opciones, etc. Nuestro objetivo es evocar las razones y métodos potenciales para el cambio y ofrecer, según sea apropiado, ideas para la consideración de la persona.

- **Compasión**

Se refiere a desear lo mejor para la persona que asistimos.

- **Autonomía**

Es posible que tengamos opiniones contrarias en relación con ciertos comportamientos o hábitos, pero dentro de la EM reconocemos que es la persona quien en última instancia es responsable de escoger sus caminos. Este componente del espíritu de la EM puede ser especialmente desafiante para los profesionales. El profesional que practique la EM comparte esta preocupación y, al mismo tiempo reconoce que ellos no pueden obligar a nadie a cambiar. Este principio es, en definitiva, la plena aceptación de encontrarnos viviendo un proceso, y no corriendo hacia un resultado. Y también es la convicción de que los cambios sucederán con mayor probabilidad si mantenemos una actitud de aceptación, de la que antes hablamos.

A continuación, se detallan las habilidades o herramientas comunicacionales básicas. Esto es, para tener una visión global y se oriente como una instancia compleja y multidimensional, en la cual estas herramientas no aparecen solas y aisladas sino interrelacionadas.

Dichas herramientas son:

- **Preguntas abiertas**

Tienen el objetivo principal de estimular a la persona a expresar lo que tiene en mente, qué lo preocupa, cuáles son sus prioridades y valores, etc.

Un ejemplo básico y sencillo en el que podemos ver la diferencia entre ambas formas de preguntar es:

Pregunta cerrada: ¿Cuánto alcohol toma diariamente?

Pregunta abierta: ¿Cómo cree que el alcohol afecta a su salud?

Es necesario recalcar que las preguntas cerradas son útiles cuando se busca obtener información concreta sobre algo, y son inapropiadas cuando lo que se busca es que el paciente cuente con libertad, por ejemplo, su visión sobre un problema.

- **Afirmaciones**

Se refiere al refuerzo, por parte del profesional, de los logros y cosas positivas que encuentre en el comportamiento de la persona. Tienen como objetivo fortalecer la autoconfianza, que es la percepción de que se cuenta con la capacidad de lograr un objetivo puntual.

Veamos algunos ejemplos:

“Ha logrado hacer este cambio en el pasado.”

“Realmente se preocupa mucho por su familia.”

“Se necesita mucho valor para venir a la consulta sabiendo que ha bebido, se encuentra decidido a lograr dejarlo.”

- **Escucha reflexiva**

Entender lo que la persona está sintiendo o diciendo para luego devolverlo a la persona a través de una oración. Son afirmaciones y no preguntas y se denominan “reflejos”. Se utilizan para transmitir empatía y entendimiento, y especialmente para ser capaces de entender el punto de vista de la otra persona. Dada la importancia de esta habilidad, le dedicaremos una unidad completa a entenderlos y saber cómo y cuándo usarlos.

- **Resúmenes**

Son reflejos largos que abarcan más de un aspecto de lo que la persona ha dicho. Pueden tener muchos objetivos, aunque uno de los más importantes puede ser orientar a la persona hacia el cambio, resumiendo selectivamente las razones para cambiar.

Su uso facilita la construcción de un tipo de comunicación que favorece la relación terapéutica colaborativa, evocativa y empática. Asimismo, contribuye a fortalecer la autoconfianza y nos ayuda a comprender la perspectiva de la otra persona.

Es válido aclarar que, utilizar correctamente estas habilidades, **requiere de un largo tiempo, práctica y dedicación**. A su vez, es necesario comprender que dominar las herramientas no quiere decir dominar la EM en sí misma, pero, sin duda, permite lograr los procesos que la EM abarca y establecer la comunicación mencionada anteriormente.

En la EM podemos encontrar 4 procesos fundamentales que se dan más o menos en el siguiente orden:

1. Lograr una relación terapéutica o de compromiso
2. Enfocar en una conducta problema y generar una agenda conjunta
3. Evocar la motivación y el lenguaje de cambio
4. Generar un plan de acción

De este modo, es necesario lograr una relación de confianza antes de poder generar una agenda y focalizar en un determinado comportamiento o problema a cambiar, necesitaremos focalizar en un objetivo antes de poder evocar y comprender la motivación de la persona para realizar ese cambio y finalmente, necesitaremos comprender la motivación para poder guiar en la realización de un plan de acción para el cambio.

1. Lograr una relación terapéutica o de compromiso

Se define la relación terapéutica o de compromiso como el proceso de establecer una relación de mutuo respeto y confianza.

Para lograr este tipo de relación es tan importante saber qué hacer como saber qué no hacer.

¿Cuáles son los errores más comunes que habitualmente han lastrado nuestra comunicación con el paciente en consultas de AF?

Una de las cosas que dificulta la relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente es interrogar a la persona con múltiples preguntas cerradas que no le permitan compartir sus preocupaciones, creencias, actitudes o experiencias farmacoterapéuticas previas. Preguntas del tipo: *¿Cuántas comidas hace al día? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Te tomas la medicación correctamente?* Con ese tipo de enfoque el paciente no mantendrá una relación de confianza si en el espacio de intercambio lo único que hace es responder pregunta tras pregunta al estilo “partido de tenis”. Este tipo de preguntas deberán tener una función y momento apropiado en la consulta, según los objetivos que nos planteemos alcanzar en cada momento.

Otra de las estrategias que perjudican el desarrollo de la relación terapéutica es, una vez que hicimos un rápido diagnóstico, decir a las personas lo que tienen que hacer, cómo solucionar sus problemas, una actitud tan frecuente en los profesionales de la salud que también se la llama “reflejo de enderezar”.

Queremos ayudar a la persona a cambiar su situación y así alcanzar sus objetivos farmacoterapéuticos. La dificultad del reflejo de enderezar es que no tiene en cuenta la existencia de la ambivalencia, ni valores y creencias diferentes a las nuestras.

Para ayudar a los pacientes en este proceso, tenemos que crear un **ambiente en consulta en el que pueden explorar con seguridad los conflictos y enfrentar realidades difíciles**, por tanto, la atención en consulta de AF privada y con tiempo resulta fundamental para el abordaje óptimo de la EM.

Otra conducta que no ayuda y que es un viejo error procedente del enfoque tradicional de la entrevista clínica, es tomar una actitud de poder, en donde nos situamos en el rol de expertos, con el paciente como ente pasivo y actitud paternalista de los profesionales sanitarios.

Adicionalmente, debido a las circunstancias propias del contexto en el que se ha movido la AF al paciente externo en general y, al paciente con patología respiratoria, podemos identificar siete errores comunes en el abordaje de la comunicación con estos pacientes y que, obviamente, no debemos repetir:

- **Descuidar la comunicación no verbal**
- **No saber empezar ni terminar una entrevista**
- **La improvisación**

- **Déficit o exceso de emoción**
- **El descontrol del tiempo**
- **La falta de escucha**
- **La arrogancia**

Es necesario, por tanto, identificar y generar todas aquellas actitudes o situaciones que hagan sentir a la persona comfortable, bienvenida, entendida y considerada en relación a sus expectativas. También, una actitud que favorezca la construcción de una agenda común entre el profesional y el paciente.

2. Enfocar en objetivos

El segundo proceso es enfocarse, que lo definiremos como la habilidad de buscar y mantener una dirección.

En este proceso debemos lograr consensuar una agenda con la persona que asistimos en la cual puedan estar presentes tanto sus objetivos y prioridades como los del profesional. Esto se logra mediante la **utilización de las herramientas comunicativas** y **brindando información** cuando esto es oportuno y necesario. La creación de un plan de acción dará una dirección clara a las futuras consultas y será la base para la generación del plan de acción.

3. Evocar la motivación y el lenguaje del cambio

El tercer proceso será evocar, es decir, habilitar a la persona a que exprese sus propios motivos para cambiar. Lo que en realidad evocaremos es lo que en la EM se llama **“lenguaje de cambio”**. El lenguaje de cambio es simplemente todos aquellos comentarios que la persona hace a favor de la realización del cambio (*por ejemplo: yo quiero..., me gustaría..., yo puedo..., la razón es..., etc.*). El profesional prestará mucha atención para detectar estas expresiones, para luego reforzarlas y de este modo impulsar a la persona hacia el cambio.

La EM entiende que la motivación viene desde dentro de la persona. Nuestro rol no es desmotivar o instalar una motivación externa, sino **evocar y encontrar la propia motivación en la persona** y **ayudar a reconocerla**.

Hay algunas estrategias para ayudar a facilitar la expresión de la propia motivación. Este tema tendrá una unidad completa para su desarrollo.

4. Generar un plan de acción

El cuarto proceso es planear, es decir, **desarrollar un plan específico** y **consensuado para implementar el cambio**. Este plan tendrá la característica de ser específico, medible, posible de lograr, relevante y definido en el tiempo.

Recomendamos a todos los farmacéuticos utilizar la técnica "POP" (Paciente-objetivo-plan de acción). En el que cada paciente, cada objetivo y cada plan de acción es **siempre individualizado y dinámico**.

Como se viene indicando a lo largo de todo el documento, es fundamental la programación de visitas asistenciales, el disponer de una agenda diaria de atención a los pacientes y conocer perfectamente el nivel de estratificación para poder llevar a cabo la EM en toda su plenitud. De esa manera, se establecerá un doble vínculo profesional, por una parte, con los pacientes y sus objetivos farmacoterapéuticos y, por otra, con el resto del equipo multidisciplinar que atiende al paciente a la hora de llevar a cabo actuaciones profesionales coordinadas con cada uno de ellos.

Se recomienda seguir el algoritmo de la para incorporar la EM y sus diferentes aspectos dentro de la metodología CMO, tanto en visitas de inicio como de continuación.

OPORTUNIDAD

I. INTRODUCCIÓN. ATENCIÓN FARMACÉUTICA “DUAL”

La llegada de la pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto necesidades en la actividad asistencial que se venían demandando en los últimos años. Las nuevas tecnologías que se han venido incorporando recientemente, unidas al nuevo enfoque asistencial más longitudinal, más conectado y vinculado entre profesionales y pacientes han tenido como consecuencia la **llegada definitiva de la teleasistencia** o lo que en términos de AF conocemos como **telefarmacia**.

La telefarmacia es mucho más que el sobrevenido concepto de entrega informada de la medicación a distancia. La SEFH ha definido la telefarmacia como la prestación a distancia de la asistencia farmacéutica con ayuda de las nuevas tecnologías, incorporando cuatro grandes campos de desarrollo: **formación/información masiva a pacientes, coordinación con los equipos asistenciales, seguimiento farmacoterapéutico y, por supuesto, entrega información y dispensación a distancia de los tratamientos prescritos**.

Han sido varias las experiencias publicadas con éxito en los últimos años de la implantación de la telefarmacia en diferentes hospitales y comunidades autónomas. Sin embargo, una vez pasada la dura realidad que hemos pasado con la pandemia, el término debe asentarse y, a su vez, combinarse con la asistencia presencial. Es lo que, en otras palabras, se define como “Atención Farmacéutica (AF) Dual”.

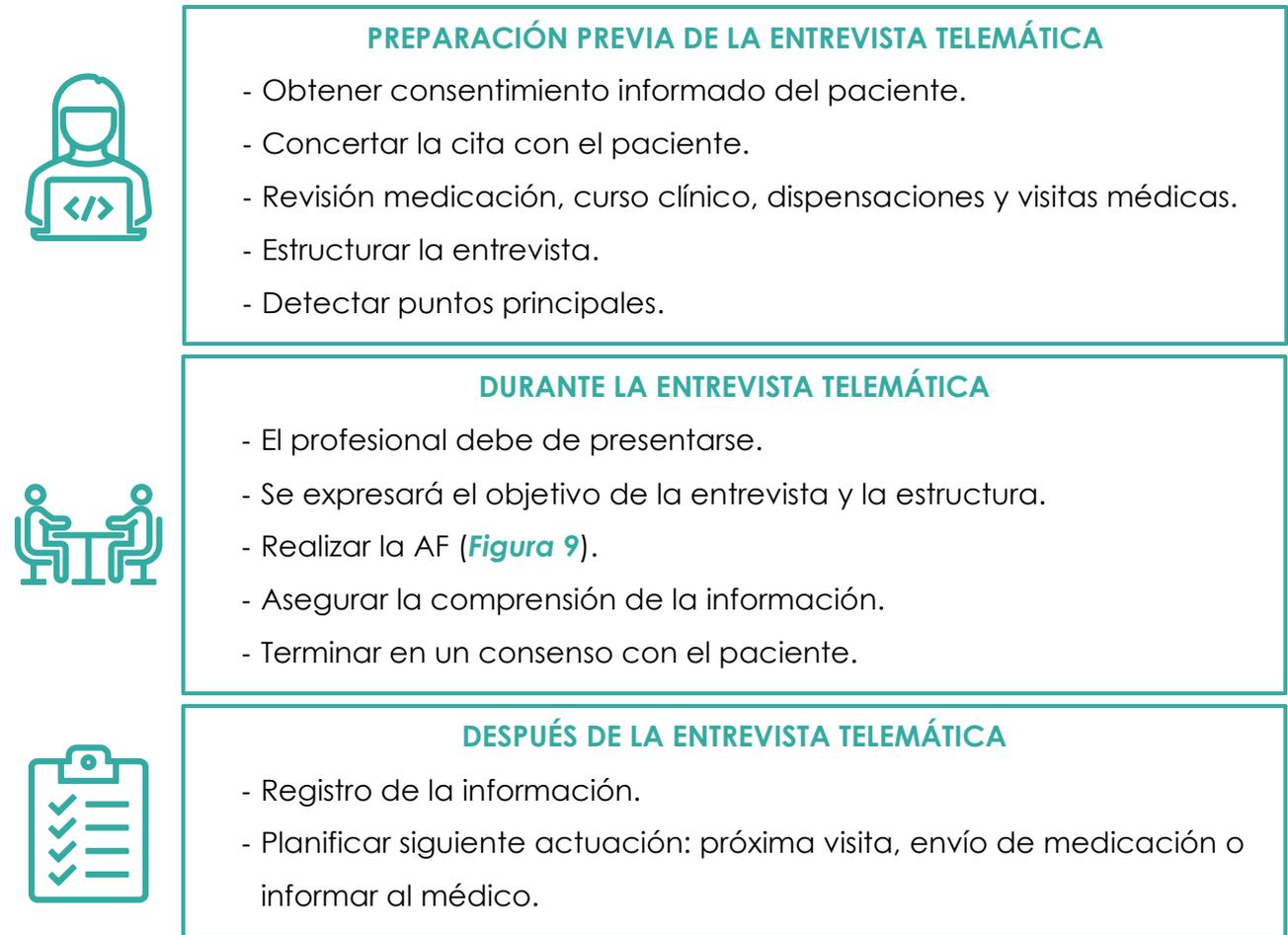
Para asentar el concepto y ayudar a los servicios de farmacia hospitalaria y, por ende, a los pacientes, se han elaborado diferentes documentos de apoyo metodológico útiles para incorporar o expandir la telefarmacia, según la situación en cada centro. Adicionalmente, **priorizar pacientes**, entre los cuales se encuentran los pacientes con patología respiratoria y, por supuesto, aumentar la calidad con el documento de indicadores de calidad y la norma de certificación de consultas externas QPEX.

II. ENTREVISTA TELEMÁTICA APLICADA AL PACIENTE CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

La entrevista telemática es una visita complementaria a la consulta presencial, con el objetivo de reforzar el seguimiento terapéutico. Deberá ser programada y, de este modo,

el paciente estará avisado con suficiente anterioridad para poder prepararse. Se podrá realizar mediante teléfono o videollamada (**Figura 8**).

Figura 8. Fases de la entrevista telemática



El organigrama de la entrevista de AF debería seguir lo siguiente (**Figura 9**):

Figura 9. Organigrama de la entrevista de AF



En la **Tabla 4** se señalan algunas recomendaciones a valorar durante la entrevista según la patología respiratoria que se consensuó en la Guía SEPAR para la *teleconsulta*.

Tabla 4. Recomendaciones de AF según la patología respiratoria

Patología respiratoria	Recomendación
Asma	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la adherencia de inhaladores: Test Adherencia Inhaladores (TAI). - Reforzar la técnica inhalatoria: ForoAsma de SEPAR; GEMA Inhalapp, Inhaladores e Inhalchek (requiere el registro por parte del FH).
Bronquiectasias	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar la técnica de aerosolterapia por medio de alguna de las siguientes plataformas: ForoAsma de SEPAR; GEMA Inhalapp, Inhaladores e Inhalchek (requiere el registro por parte del FH). - Recordatorio de vacunas (antigripal y antineumocócica).
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del hábito tabáquico. - Reforzar el ejercicio físico (30 minutos/día). - Ver el cumplimiento tratamiento no farmacológico (oxigenoterapia, vacunación). - Realizar el cuestionario TAI. - Reforzar la técnica inhalatoria: ForoAsma de SEPAR; GEMA Inhalapp, Inhaladores e Inhalchek (requiere el registro por parte del FH).
Fibrosis pulmonar idiopática	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer medidas no farmacológicas: dieta, protección solar y probióticos. - Recordatorio de vacunas (antigripal y antineumocócica). - Revisar exhaustivamente efectos secundarios.
Fibrosis quística del niño y adulto	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar el seguimiento pulsimetría, peso y talla. - Motivar para una adecuada adherencia al tratamiento. - Comprobar una adecuada técnica inhalatoria y una correcta higiene del material usado. - Fomentar medidas no farmacológicas: uso de mascarilla, lavado de manos, evitar sitios cerrados y una adecuada alimentación.
Hipertensión pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar la necesidad de uso de anticonceptivos en mujeres fértiles. - Reforzar la adherencia al tratamiento concomitante.
Embolismo pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una correcta administración de los anticoagulantes, así como un control mediante el INR. - Potenciar el abandono tabáquico.
Silicosis y otras neumoconiosis	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el grado de motivación del abandono del tabaco. - Ofrecer consejos para controlar los síntomas de abstinencia: irritabilidad, aumento de apetito, insomnio, etc.

Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar toxicidad: fiebre, alteraciones visuales, digestivas o cutáneas, etc. - Repasar el horario de administración. - Reforzar la adherencia al tratamiento.
--------------	--

III. HERRAMIENTAS PARA LA TELEMONITORIZACIÓN DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Como se ha comentado anteriormente, la asistencia sanitaria telemática a pacientes crónicos ha supuesto un desafío a raíz de la irrupción de la pandemia por COVID-19. Los profesionales sanitarios nos vimos obligados a cambiar el paradigma, pasando a una nueva forma de atender a los pacientes mediante el uso de tecnologías.

Actualmente, la atención a distancia, si bien no sustituye a la presencial, constituye una herramienta de gran utilidad para el seguimiento de pacientes crónicos. La telefarmacia en patología respiratoria supone un nuevo modelo en la AF que facilita el seguimiento de los enfermos y la colaboración entre profesionales. El fin último es mejorar el control de las enfermedades respiratorias y la calidad de vida de los pacientes mediante acceso remoto usando tecnologías de la información y comunicación (TIC), transmisión de datos, *hardware* y *software*.

Para ello, es preciso identificar y seleccionar adecuadamente los componentes y herramientas tecnológicas, tal y como como se recoge el Marco estratégico en telefarmacia, anidado en el proyecto MAPEX de la SEFH. Estas herramientas han de reunir los requisitos necesarios para cubrir los dos ámbitos principales de la telefarmacia: la teleconsulta, ya sea sincrónica (llamada o videollamada) o asincrónica (correo electrónico, vídeo, consulta web) y la telemonitorización (dispositivos móviles, *wearables*, aplicaciones móviles, etc.), también de manera sincrónica o asincrónica.

Para hacer una selección correcta de dichas herramientas, se recomienda que éstas sean intuitivas y fáciles de usar por pacientes y profesionales sanitarios. Asimismo, de acuerdo con el Marco estratégico antes mencionado, previamente a la puesta en marcha de la AF telemática, se debe valorar en qué medida dichas herramientas disponen de:

- **Integración en los sistemas de información sanitarios.**
- **Mantenimiento garantizado.**
- **Plan de formación adecuada al personal involucrado para la capacitación de este**

servicio.

- **Estrategias para mitigación de riesgos (por ejemplo, ante equipos dañados, servicios de asistencia, *software* de protección, protocolos para virus, hackeo, etc.).**
- **Plan de revaloración periódica de las soluciones tecnológicas disponibles en el mercado y si se adecuan al objetivo clínico establecido.**
- **Plan para evaluar periódicamente la experiencia de los usuarios (profesionales y pacientes) e implementar las mejoras detectadas.**
- **Plan para establecer cómo se llevará a cabo la atención al usuario para la formación y resolución de dudas e incidencias.**

1. Selección de pacientes capaces de utilizar las herramientas propuestas

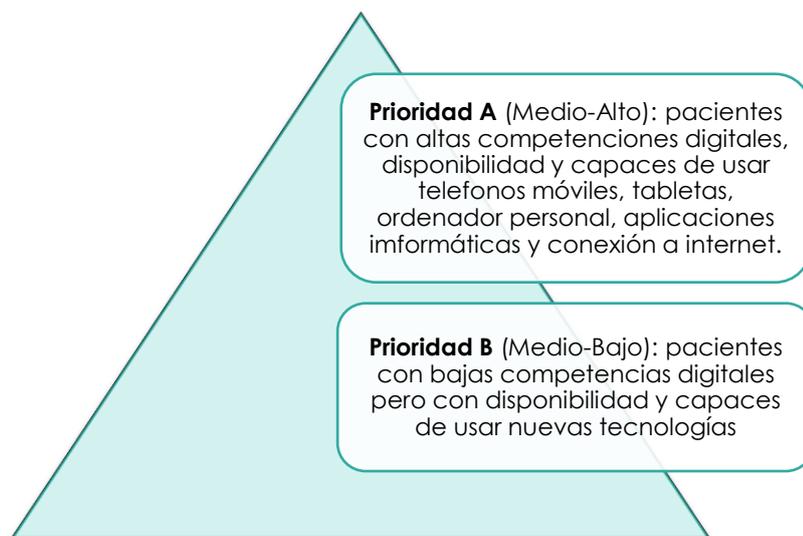
No todos los pacientes son candidatos para un seguimiento telemático, por tanto, es necesario seleccionar y priorizar a los mismos. Una propuesta específica para pacientes con patologías respiratorias, en línea con los directrices propuestas en los documentos de telefarmacia MAPEX-SEFH, podrían ser los siguientes:

- **Mayores de 18 años.**
- **Con capacidad de utilización de las herramientas tecnológicas necesarias.**
- **Con disponibilidad de las herramientas tecnológicas requeridas y conexión a internet.**
- **Con disposición positiva para la conexión telemática mantenida en el tiempo.**

2. Priorización de pacientes según disponibilidad y manejo de herramientas

En este sentido, a la hora de priorizar a los pacientes, se propone esta diferenciación entre pacientes: prioridad media-alta vs prioridad media-baja (**Figura 10**).

Figura 10. Priorización de pacientes según disponibilidad y manejo de herramientas



3. Propuesta de herramientas necesarias para llevar a cabo la AF por telefarmacia en pacientes con patología respiratoria

- Plataforma segura que permita videollamada o llamada telefónica con acceso a la HCE, conexión a internet con teléfono inteligente u ordenador personal.
- Aplicaciones móviles y wearables de cuestionarios de control de la enfermedad, calidad de vida, PREMS y PROMS.
- Tecnología para monitorización de adherencia terapéutica (App cuestionario TAI de adherencia a terapias inhaladas, accesibilidad a registros de dispensación en Farmacia Comunitaria (RDFC), acceso a datos sobre recuento de dosis administradas transferidas desde dispositivos para inhalación enlazados con smartphones).
- Tecnología para monitorización de la técnica inhalatoria. Preferiblemente observada por videollamada.

Estas herramientas se requieren para las siguientes acciones básicas:

- **Seguimiento del control de la enfermedad (Figura 11)**

Figura 11. Esquema de la AF por telefarmacia de pacientes con enfermedades respiratorias

1 Criterios de priorización de pacientes:

- Mayor de 18 años (> 18 años).
- Capacidad de utilización de tecnologías.
- Disponibilidad las herramientas tecnológicas requeridas y conexión a internet.
- Disposición positiva para su utilización.

Para aquellos pacientes que reúnan los criterios propuestos. Se **priorizan según las competencias tecnológicas***:



2 Preparación de la teleconsulta:

- Programación de la cita
- Revisión de control de la enfermedad (PREMS y PROMS, calidad de vida, etc.)
- Cumplimiento de los tratamientos
- Comorbilidad y tratamientos concomitantes.

3 Teleconsulta:

- Solicitud de consentimiento y registro del mismo en la HCE.
- Entrevista estructurada:
 - Control de la enfermedad
 - Adherencia terapéutica
 - Técnica inhalatoria
 - Comorbilidad y tratamientos concomitantes
 - Plan farmacoterapéutico
 - Programación siguiente visita

• **Formación e información de pacientes**

*** Herramientas según las competencias tecnológicas**

Prioridad A	<p>Herramientas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envío de cita programada por SMS, e-mail o aplicación móvil. • Telemonitorización: enlace HCE, MUP, RDFC, Apps y wearables de medición de datos clínicos, farmacoterapéuticos y adherencia (transmisión de información desde dispositivos tecnológicos de manera pasiva o activa por parte del enfermo). <p>Herramientas-Competencias</p> <p>Plataforma segura que permita videollamada o llamada telefónica, SMS, e-mail. Con acceso a la HCE, MUP,RDFC, conexión a internet con teléfono inteligente u ordenador personal.</p>
Prioridad B	<p>Herramientas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cita programada por llamada telefónica. • Telemonitorización: enlace HCE, MUP y RDFC. <p>Herramientas-Competencias</p> <p>Plataforma segura que permita llamada telefónica con acceso a la HCE, MUP,RDFC.</p>

Prioridad A

Con el objetivo de fomentar el conocimiento de las enfermedades respiratorias y ayudar a los pacientes a autogestionar su enfermedad, se **utilizarán herramientas como canales de comunicación vía web y plataformas médicas con instrucciones sobre la enfermedad, síntomas y manejo terapéutico** que permitan una transmisión de la información ágil y fácilmente entendible.

Por otro lado, las plataformas de formación a pacientes expertos en las distintas ER también pueden resultar útiles para los pacientes respiratorios, permitiendo establecer una nueva vía de comunicación y *feedback* de información entre pacientes y farmacéuticos.

También los sistemas de e-learning o enseñanza online se muestran como herramientas útiles. Éstas pueden facilitar la interacción del enfermo con el material mediante la utilización de **diversas herramientas informáticas** (texto, audio, vídeo, imagen).

Prioridad B

Con el fin de no dejar atrás a pacientes con menos habilidades o capacidad de acceso a las tecnologías, sería recomendable el **compromiso solidario de profesionales sanitarios** y pacientes del nivel A. En este último caso, se trataría de seleccionar a pacientes expertos dispuestos a colaborar en **la tutela educativa del paciente** con nivel B. La formación en este estrato se haría mediante llamada telefónica. Ésta correría a cargo, además de los profesionales sanitarios, de dichos pacientes expertos dispuestos a ayudar a otros con menos conocimientos.

● **Coordinación con el equipo asistencial**

Se utilizarán **tecnologías que faciliten la coordinación e interacción** con otros profesionales sanitarios: clínicos, otros farmacéuticos de hospital o de farmacia comunitaria y personal de enfermería. Ello con el fin de mejorar la continuidad asistencial sin incidencias y promover el trabajo multidisciplinar en beneficio del paciente.

○ **Herramientas para la coordinación con el equipo asistencial:**

- Web 2.0
- Interconsultas HCE

- Correo electrónico
- Llamada telefónica o videollamada

Todas las herramientas utilizadas deberán reunir los requisitos necesarios para mantener en todo momento la confidencialidad de la información según la normativa vigente (**Tabla 5**).

Se recomienda incorporar al seguimiento de los pacientes diferentes recursos tecnológicos que complementen la información oral y escrita en las consultas de AF. Para ello, se sugiere trasladar información visual y emocional que acompañe al paciente en todo momento al paciente y sus decisiones en el manejo de su farmacoterapia. En las **Tabla 5** y

Tabla 6 se incluyen algunos de los recursos más destacados tanto en páginas web, aplicaciones móviles, referentes en redes sociales y Asociaciones de Pacientes.

Tabla 5. Recursos informáticos vigentes para la coordinación con el equipo asistencial

Web	App	Twitter
www.separcontenidos.es www.gesepoc.com www.hipertensionpulmonar.es www.sefq.es www.ecfs.eu www.taitest.com	GesEPOC® Inhaladores® Inhalapp® AsmaControl® ForoAsma® FISSIOS® ICODEX® CheckEPOC® iDoctus® Vivir con EPOC® MyTherapy® VikAsma®	@SeparRespira @NeumoMadrid @ArchBronconeumo @SEAIC_Alergia @NEUMO_SEFH

Tabla 6. Asociaciones de Pacientes y Fundaciones para pacientes con patologías respiratorias

Patología	Asociaciones de Pacientes y Fundaciones
Asma	FENAER - Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias
	SEPAR – Asociaciones de Pacientes Asmáticos Autonómicos
EPOC	APEPOC – Asociación de Pacientes con EPOC
	EPOC España – Asociaciones Española de Pacientes y Cuidadores de EPOC

Hipertensión pulmonar	FCHP – Fundación contra la Hipertensión Pulmonar
	ANHPP – Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar
	Hipertensión Pulmonar España
Fibrosis quística	FEFQ - Federación Española de Fibrosis Quística
Enfermedad Intersticial Pulmonar	AFEFPI - Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática
Déficit de alfa-1 antitripsina	Alfa1 - Asociación Alfa-1 de España, de pacientes y familiares afectados por el Déficit de Alfa-1 Antitripsina
Otras	FEDER - Enfermedades raras

Por último, se recomienda profundizar en todos los aspectos relacionados con la telefarmacia y el seguimiento en AF dual, a partir de la lectura de los denominados “Documentos de apoyo metodológico” dentro del proyecto MAPEX-SEFH disponibles en: www.sefh.es/mapex/cmo-oportunidad.

CASOS CLÍNICOS

I. CASO CLÍNICO 1

1. Antecedentes

Paciente de 68 años diagnosticada desde 2005 por el Servicio de Alergología de asma bronquial grave eosinofílico corticodependiente y rinitis perenne con exacerbaciones estacionales.

- **Comorbilidades**

Osteopenia multifactorial severa (esteroides, postmenopausia), signos de espondiloartrosis y discartrosis lumbar, diabetes mellitus tipo II, talasemia menor, polineuropatía sensitivo-motora mixta leve de predominio en miembros inferiores de probable origen diabético, disfonía por uso prolongado de corticoides inhalados, enfermedad por reflujo gastroesofágico, dislipemia, hipertensión.

- **Evolución del tratamiento biológico para el asma**

Inició tratamiento con omalizumab en 2007, retirado tras un año de tratamiento por falta de respuesta.

Se incluyó en ensayo clínico de mepolizumab en 2015, continuando posteriormente tratamiento con dicho fármaco hasta finales de 2016, cuando se retira por haber sufrido 3 exacerbaciones a lo largo de ese año.

Inicia en junio de 2016 tratamiento con reslizumab que se mantiene hasta enero de 2020, durante este tiempo se consigue retirada completa del tratamiento de base con corticoides orales. Por petición de la paciente, al preferir cambio de vía de administración, se decide cambio de tratamiento a benralizumab en febrero de 2020.

En abril de 2021 ante control parcial del asma se acorta intervalo de administración de benralizumab a cada 6 semanas, manteniéndose esta pauta hasta la retirada del fármaco por falta de respuesta en noviembre de 2021.

Se decide en ese momento entre médico responsable y la propia paciente no introducir nuevamente tratamiento biológico ante falta de respuesta y observar evolución de la enfermedad.

Durante 2022 recibe nuevamente 3 ciclos de prednisona por exacerbaciones asmáticas por lo que se decide en el Comité de Asma Grave No Controlado (AGNC) inicio de tratamiento con dupilumab.

- **Tratamiento actual**

Atorvastatina, esomeprazol, enalapril beclometasona/formoterol, bromuro de tiotropio, bromazepam, metamizol, fluticasona, insulina, calcifediol, salbutamol.

2. Resolución

CAPACIDAD

La paciente acude a la consulta de farmacia de pacientes externos tras la decisión del equipo multidisciplinar de iniciar tratamiento con dupilumab. Se realiza entrevista clínica en base al modelo de estratificación de pacientes con enfermedades respiratorias obteniendo una puntuación total de 32 puntos, por lo que quedaría encuadrada en Prioridad 1 de atención farmacéutica.

Al tratarse de una paciente mayor de 65 años, con un asma grave históricamente corticodependiente, con múltiples comorbilidades se estima una puntuación de 9 en las variables clínicas. En las variables relacionadas con el tratamiento la puntuación calculada sería de 18 puntos, teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento, el elevado número de fármacos y siendo alguno de ellos considerados fármacos peligrosos e incluso fármacos que pueden empeorar el curso de la enfermedad.

La afectación de la calidad de vida le otorga 3 puntos en las variables sociosanitarias.

Las actuaciones de atención farmacéutica serán las correspondientes al **nivel de prioridad 1** en los tres ámbitos correspondientes: seguimiento farmacoterapéutico, formación y educación al paciente y coordinación asistencial.

MOTIVACIÓN

Durante la entrevista motivacional con la paciente se realiza la confirmación del tratamiento prescrito confirmando adherencia al tratamiento, técnica inhalatoria y potenciales interacciones. Con su tratamiento habitual no se esperan interacciones clínicamente

relevantes, se pregunta sobre medicina alternativa, fitoterapia o suplementos y la paciente nos confirma que toma colágeno debido a sus problemas óseos, se confirma que no interacciona con su tratamiento habitual pero también del dudoso beneficio clínico del mismo ante la falta de ensayos clínicos que lo avalen. Se acuerda un plan dietético y de ejercicio adaptado a su situación personal y probar a no tomar dicho suplemento para ver posibles cambios en sus molestias óseas en la siguiente revisión programada dentro de 3 meses.

Asimismo, se informa de la posibilidad de valorar sustituir enalapril por otro fármaco antihipertensivo debido al riesgo potencial de aparición de tos no productiva que pueda llegar a confundirse con sintomatología propia del asma. La paciente se muestra favorable a este cambio por lo que se contactará con el médico responsable para que valore una alternativa. Preguntada por la toma de metamizol refiere tomarlo muy esporádicamente por diferentes dolores, se informa de que existe cierto riesgo de hipersensibilidad en pacientes asmáticos por lo que sería preferible intentar control analgésico con paracetamol, se acuerda de nuevo consultarlo con el médico responsable.

Siendo conscientes de que la paciente no retira correctamente la medicación de la oficina de farmacia, por lo que la adherencia no sería correcta, durante el repaso de medicación se pregunta por posibles olvidos en la toma de la medicación o posibles causas de esta falta de adherencia. La paciente comenta que toma correctamente el antihipertensivo, se administra la insulina, utiliza a diario el inhalador de beclometasona/formoterol, con el que no tiene ningún problema de manejo, y toma atorvastatina por la noche. Comenta que esomeprazol no suele tomarlo salvo cuando nota molestias o si va a realizar una comida copiosa, se refuerza la importancia de este tratamiento teniendo en cuenta que padece enfermedad por reflujo gastroesofágico y que la falta de control de esta enfermedad puede provocar síntomas similares a una crisis asmática. También nos dice que suele olvidarse de utilizar el inhalador de tiotropio e incidimos en que es fundamental el tratamiento de base del asma para alcanzar los objetivos terapéuticos al introducir el tratamiento biológico.

Se explica a la paciente y a su acompañante el nuevo fármaco biológico prescrito, pauta posológica, forma de administración, condiciones de conservación, posibles efectos adversos y manejo de los mismos. Se entrega calendario para favorecer la adherencia en el que deberá marcar los días de administración, así como los posibles efectos adversos que puedan aparecer y en qué fecha se producen.

Durante la entrevista se consensua con la paciente los objetivos a alcanzar con el tratamiento que va a iniciar. El primer objetivo es la disminución de las exacerbaciones asmáticas y por

tanto disminuir la necesidad de tomar corticoides orales, algo que la paciente valora muy positivamente teniendo en cuenta las múltiples complicaciones derivadas de su uso prolongado en el pasado. Por otro lado, la paciente es consciente del mal control glucémico durante el año previo consecuencia de la elevada cantidad de corticoides que ha tomado, pero también ha influido en el mal control glucémico su sedentarismo. Se refuerza la necesidad de adaptar un plan de ejercicios adaptados a su situación personal para ir incrementando de forma progresiva la actividad física que ayudará al control glucémico.

El siguiente objetivo terapéutico que proponemos es la retirada a medio plazo de la toma de lorazepam, ya que lleva tomándolo de manera prácticamente ininterrumpida desde hace 8 años por un trastorno ansioso-depresivo provocado en parte por su enfermedad. Se comenta con la paciente que este tipo de fármacos no aportan beneficio clínico al tomarlo de manera crónica más allá de las 8-12 semanas y por el contrario tienen considerables efectos adversos. Se muestra reacia a la retirada por lo que se comenta la posibilidad de derivar a atención psicológica con quien realizar terapia y ayudarle a conseguir retirar la toma de benzodiazepinas.

OPORTUNIDAD

Le recordamos a la paciente las vías de contacto que tiene con el Servicio de Farmacia, tanto número de teléfono directo como contestador por si no es posible localizarnos y un buzón de email en el que consultarnos cualquier duda o problema relacionados con la medicación, así como reforzar conceptos tratados en la primera visita o en visitas sucesivas.

Dado que llama la atención el estado de ánimo y la afectación de la calidad de vida de la paciente, se informa de la existencia de FENAER, al igual que de la posibilidad de contactar con Asociación de Asmáticos de Madrid (ASMAMADRID), con el fin de complementar la terapia realizada con psicología y compartir experiencias con pacientes en su misma situación.

Dado que la paciente no se siente cómoda con el uso de aplicaciones móviles para mejorar la adherencia al tratamiento, se propone la posibilidad de incluir alarmas en el teléfono a modo de recordatorio ya que le parece más sencillo.

Se comunicará a la paciente la decisión de su médico responsable sobre los posibles cambios en su medicación concomitante que se han planteado en la primera visita.

Se hará un seguimiento telefónico tras el primer mes de tratamiento para ver la evolución de la paciente, por lo que se programa una cita en ese momento. Fijamos que esta primera llamada será para confirmar principalmente tolerancia tras el inicio del tratamiento biológico y valorar si ha empezado a notarse físicamente mejor.

II. CASO CLÍNICO 2

1. Antecedentes

Paciente varón de 68 años, Intervenido de CENS por poliposis nasosinsual bilateral (8/08/2017 y (10/11/2019), en controles con periodo asintomático de al menos 4 años, desde hace unos 12-18 meses comienza con hiposmia frecuente y cefalea frontal ocasional. rinorrea posterior. Poliposis grado II - III bilateral, además presenta adelgazamiento de hueso propio derecho, con tumefacción por remodelación ósea derecha.

Como comorbilidades respiratorias el paciente presenta un asma moderado perfil Th2 high con ACT actual de 14.

En base a estas consideraciones se decide en comité multidisciplinar iniciar mepolizumab* para el control de la rinosinusitis crónica con pólipos nasales refractaria a cirugía.

- **Scores clínicos**

SNOT22: 52 puntos; NPS: 5 puntos; y EVA: 7 puntos.

- **Antecedentes personales**

Hipertensión arterial e hiperuricemia.

- **Tratamiento actual**

Omeprazol 20 mg cada 24h, amlodipino 5 mg DE, valsartan 160 mg DE, solifenacina 10 mg cada 24h, febuxostat 80 mg cada 24h, salbutamol Clickhaler a demanda, budesonida/formoterol fumarato (Spiromax) 160/4,5 microgramos 1 inh cada 12h, furoato de fluticasona 27,5 microgramos pulverización nasal 2 pulv cada 24h, lorazepam 1 mg CE y bilastina 20 mg DE.

* Medicamento con indicación aprobada pero no financiado a la fecha de edición del documento en marzo-2023.

2. Resolución

CAPACIDAD

El paciente acude a la primera consulta de pacientes externos para iniciar mepolizumab. Se realiza entrevista siguiendo el modelo de estratificación de pacientes con enfermedades respiratorias. El nivel de estratificación al que pertenece el paciente en base a las características clínicas y demográficas anteriormente citadas es el **nivel 2**, obteniendo una puntuación total de 25. Dicha puntuación total se obtiene a su vez a partir de:

Variables demográficas (en las cuales el paciente ha obtenido una puntuación total de 2), destacando en este apartado la edad del paciente como variable principal.

Para las **variables clínicas** la puntuación total obtenida es de 9; siendo en este caso relevante la comorbilidad respiratoria (asma) que presenta el paciente y las comorbilidades no respiratorias (hiperuricemia e hipertensión arterial). Además, dada la gravedad de la patología principal (SNOT22>50 y EVA: 7 puntos), en este subapartado también se obtiene una puntuación de 3 puntos.

En el apartado de **variables relacionadas con el tratamiento** el paciente obtiene una puntuación de 1, destacando principalmente la falta de adherencia obtenida en los cuestionarios específicos del modelo, así como en la polimedicación. Por último, en el ámbito de variables sociosanitarias destaca como único apartado de puntuación el resultado obtenido en la calidad de vida según el Cuestionario EQ-5D-5L, el cual indica una mala calidad de vida del paciente debido a la patología.

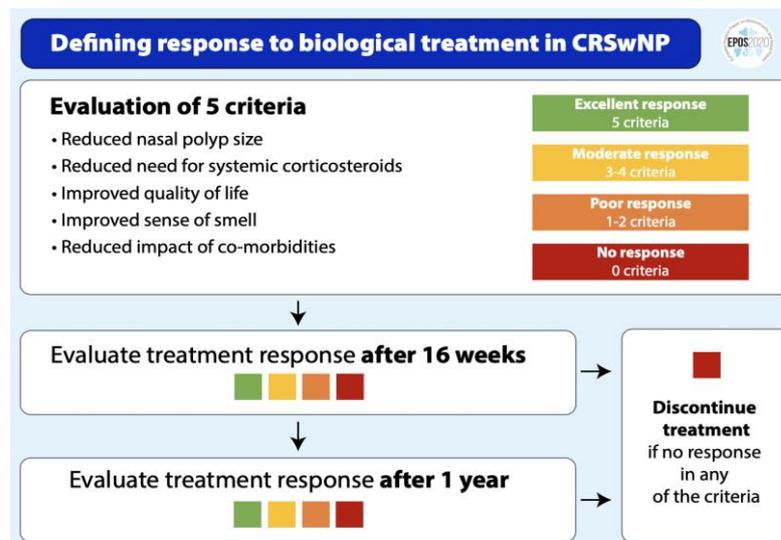
En base a los resultados obtenidos se establece un **plan de actuación farmacéutica**:

Dado el nivel de prioridad del paciente consideramos que las herramientas de Atención Farmacéutica Dual y la Telefarmacia podrían ser beneficiosos para este paciente. En base a ello recomendamos al paciente páginas webs relacionadas con su patología de base respiratoria, así como para su comorbilidad respiratoria. No recomendamos aplicaciones dado que al darle la opción nos comunica que prefiere el uso de esta herramienta. Además, aportamos el teléfono y correo electrónico de la consulta para su uso en caso de cualquier duda y/o consideración sobre su enfermedad y comorbilidades.

Dentro de las **actuaciones de AF establecidas** para el paciente encontramos:

1. Estratificación basal y anual (o en caso de variación de la farmacoterapia).

2. Se lleva a cabo validación y conciliación de la medicación concomitante. Contactamos con el especialista en neumología responsable del paciente comunicándole el resultado del ACT actual y para una posible revaloración del plan farmacoterapéutico establecido para el control de su asma. Comunicamos además el resultado obtenido en el TAI (Mala adherencia), así como una desviación en la frecuencia de la dispensación de inhaladores en la farmacia comunitaria (a tener en cuenta para valoración de dicho ACT). Reforzamos también la técnica inhalatoria.
3. Dados los resultados obtenidos, establecemos seguimiento más exhaustivo de la adherencia de manera presencial en la próxima consulta mensual. Explicamos la necesidad de ser adherentes para conseguir mejorar la calidad de vida en base a la consecución de los problemas de salud. Resto de actuaciones objetivadas en pilar Motivación.
4. Pactamos con el paciente la valoración de PROs y PREMs en la consulta de valoración de respuesta al tratamiento (16 semanas tras inicio de terapia biológica).



Fuente: Fokkens WJ, et al. Rhinology.2020 Apr 1;58(2): 82-111

5. Aportamos al paciente información propia del Servicio estandarizada sobre la enfermedad, el tratamiento, además de hábitos de salud beneficiosos.
6. En cuanto al manejo de dispositivos de autoadministración, confirmamos la primera administración en la consulta de enfermería y además, aportamos tríptico con instrucciones.

7. Se han establecido junto con el Servicio de Otorrinolaringología y el Servicio de Neumología una serie de objetivos terapéuticos según las recomendaciones de los principales grupos de expertos.

Según las especificaciones del Modelo y el grado de prioridad del paciente acordamos la reevaluación de dicha prioridad tras un año de tratamiento o en caso de variaciones clínicas relevantes en su patología respiratoria y/o comorbilidades de interés.

MOTIVACIÓN

Se establecen con el paciente los objetivos terapéuticos a largo plazo (Prioridad 2) en cuanto al control de su rinosinusitis crónica con pólipos nasales y el resto de las comorbilidades. Dado que detectamos tal y como se comentaba en el apartado Capacidad una falta de adherencia que puede estar dando lugar a ese mal control de su asma intentamos abordar este punto con el paciente explicando el concepto de adherencia de manera sencilla (objetivamos que la falta de adherencia sucede específicamente cuando el paciente se encuentra bien y resaltamos que se trata de un tratamiento de mantenimiento) y dialogando sobre su relevancia para conseguir esos objetivos que nos hemos planteado. Pactamos con el paciente el uso de recordatorios de toma de medicación inhalada los fines de semana (fechas de mayor olvido por su parte ya que es cuando logra desconectar de sus enfermedades).

Detectamos que al paciente le preocupa la asiduidad con la que debe acudir al hospital a recoger su nueva medicación, pactamos de manera conjunta intentar hacer coincidir las fechas con el resto de las especialidades médicas y/o analíticas para las dispensaciones, además de, la opción de hacer uso de consultas telefónicas para los seguimientos que sean necesarios.

OPORTUNIDAD

- **Uso de herramientas para telemonitorización**

El paciente cumple las especificaciones para el uso de este tipo de herramientas (mayor de 18 años, capacidad de uso de herramientas tecnológicas necesarias, aunque como comentamos anteriormente prefiere uso de páginas web a aplicaciones móviles, disposición positiva para la conexión telemática mantenida en el tiempo).

Se le aporta al paciente un teléfono de contacto con la unidad de pacientes externos, cuya finalidad es permitir a los pacientes contactar mediante llamada telefónica en caso de que este tenga cualquier tipo de duda y/o problema con su medicación.

Además, consideramos al paciente posible candidato a seguimiento telefónico cuya frecuencia será instaurada en base a los objetivos que vayan siendo obtenidos.

Para el seguimiento multidisciplinar del mismo se dispone de un sistema de interconsultas en HCE, así como un sistema de notificaciones internas en el aplicativo informático utilizado para la prescripción electrónica y dispensación de medicamentos. Además, en caso de detectar cualquier variación relevante relacionada con la medicación o con la progresión de la misma, se contactará de manera directa con el facultativo médico responsable del paciente.

En base al problema con la adherencia detectado, recomendamos al paciente el uso de los dispositivos telefónicos para el establecimiento de alarmas que recuerden la toma de medicación (al menos los fines de semana, fecha en la que refiere olvidarse de las tomas con mayor asiduidad, con respecto al resto de días de la semana).

III. CASO CLÍNICO 3

1. Antecedentes

Javier es un hombre de 54 años que acude a la Unidad de Asma derivado de atención primaria por diagnóstico de asma grave no controlada. No fumador. Trabaja de carnicero.

El paciente, a pesar de estar en tratamiento con dosis altas de corticoides inhalados (propionato de fluticasona), necesita usar diariamente el salbutamol un total de 3-4 veces al día. Refiere despertares nocturnos frecuentes por disnea. El resultado del cuestionario del asma (ACT) es de 7 puntos, indicando todo ello un mal control del asma. Además, ha presentado 2 crisis asmáticas en el último año necesitando corticoides orales.

La espirometría muestra un volumen espiratorio (FEV₁) del 50%, IgE de 1817 UI/mL, IgE específicas a *D. pteronyssius*, *D. microceras*, *caspa de gato y perro*; y eosinofilia de 380 u/μL.

En base a la clínica del paciente, las pruebas funcionales y la analítica, se presenta el caso en la sesión multidisciplinaria de la Unidad de Asma y se decide iniciar tratamiento con omalizumab.

- **Antecedentes personales**

Asma desde la infancia, adenocarcinoma esofágico (intervenido en 2020), trastorno depresivo, cirrosis hepática por consumo de alcohol moderado/grave.

- **Tratamiento actual**

Furoato de fluticasona/vilanterol 184/22 mcg, bromuro de tiotropio 2,5 mcg, salbutamol (a demanda), fluoxetina, gemfibrozilo, omeprazol, quetiapina y gabapentina.

2. Resolución

CAPACIDAD

El paciente acude al área de pacientes externos en el Servicio de Farmacia para iniciar tratamiento biológico por su diagnóstico de asma grave no controlado. Se lleva a cabo la entrevista clínica en base al modelo de estratificación de pacientes con enfermedades respiratorias. Se obtienen de la historia clínica del paciente distintas variables: demográficas, clínicas, relacionadas con el tratamiento, sociosanitarias y relacionadas con los recursos sanitarios.

Tras la verificación de la información, se estratifica al paciente en el **nivel 3** (16 puntos). El paciente entiende su enfermedad y su tratamiento. Además, no existen posibles interacciones con la medicación que toma el paciente, no existe deterioro cognitivo ni funcional y no existen dificultades sociosanitarias. Es necesario señalar que, a nivel de variables clínicas, se obtiene una puntuación de 9/15, por lo que se tendrían que tener en cuenta en las sucesivas visitas. Nuestra valoración, sin la estratificación, hubiera coincidido.

A pesar de que el paciente no necesite un seguimiento de atención farmacéutica estrecho, se considera necesario llevar a cabo diferentes actuaciones de atención farmacéutica:

- **Atención farmacéutica.** Mediante visitas presenciales, visitas de telefarmacia o comunicación vía email con el paciente.
- **Seguimiento farmacoterapéutico.** Revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos. Así como de la adherencia al tratamiento.
- **Formación y educación al paciente.** Intentar que el paciente esté informado sobre su enfermedad y su tratamiento y que se mantenga a lo largo de todo el proceso.
- **Aplicación de estrategias de comunicación con el paciente.** Para el abordaje de posibles efectos adversos o posibles incidencias (mala adherencia).
- **Coordinación asistencial** a través de la unidad multidisciplinar de asma.

Teniendo en cuenta el resultado obtenido, no se volverá a llevar a cabo el modelo de estratificación hasta el 6º mes tras el inicio del tratamiento, salvo que se detecte algún cambio o incidencia.

MOTIVACIÓN

Tras la consulta con la doctora, se lleva a cabo la visita de atención farmacéutica de inicio con el paciente en el Servicio de Farmacia. La "entrevista con el paciente" tiene como objetivo informar y asentar conceptos sobre la enfermedad, así como en la educación sobre el tratamiento: objetivos a lograr con la medicación, el esquema terapéutico, modo de administración, posibles efectos adversos, interacciones, conservación, importancia de una correcta adherencia y finalizar con un tiempo para dudas y preguntas.

Durante la visita, el paciente refiere que, en ocasiones, se olvida de administrarse los inhaladores y piensa que los corticoides inhalados van a hacer que engorde. Además, comenta el deseo de dejarlos una vez inicie el tratamiento biológico.

Objetivos en esta primera visita:

- Entender el asma como una enfermedad crónica inflamatoria. Se deja un tiempo para que el paciente explique que entiende él como asma. Con imágenes, reforzamos de forma visual la inflamación que se produce y que se mantiene en el tiempo.
- Aclarar los efectos adversos de la corticoterapia inhalada. Comparamos la diferencia entre la vía oral y la inhalada.
- Informar sobre el nuevo tratamiento y el plan terapéutico que ha de seguir. Se explica el objetivo a conseguir con este tratamiento, pero recalamos que el efecto final se observará al hacer el tratamiento combinado.

Al cabo de 6 meses, el paciente vuelve a tener una visita presencial programada. Antes de la visita, detectamos que hace dos meses que no va a la farmacia a buscar los inhaladores de mantenimiento. Por otro lado, desde hospital de día han hecho la educación necesaria para que el paciente se autoadministre la medicación. Por tanto, en este caso los objetivos han cambiado:

- Potenciar la adherencia. Explicamos que, aunque haya notado una gran mejoría, debe de seguir administrándose el tratamiento inhalador de base. Le explicamos que la doctora ya ha ajustado la dosis de los inhaladores. Le volvemos a dar información sobre varias apps para mejorar la adherencia.
- Autoadministración en domicilio, sin necesidad de que acuda a hospital de día. Se le explica el funcionamiento de recogida de medicación y la responsabilidad que conlleva.
- Se consensua realizar una visita al año de tratamiento.

OPORTUNIDAD

En la primera visita en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, se le hace entrega al paciente de un díptico con toda la información explicada. Se ofrecen los números de contacto y el correo electrónico tanto del Servicio de Farmacia como de la Unidad de Asma. Este recurso es de ayuda para una comunicación directa con los servicios involucrados con el fin de resolver dudas, detectar cualquier problema relacionado con el tratamiento o reforzar algún aspecto en concreto.

Por decisión del paciente, la administración del tratamiento será en hospital de día.

El paciente presenta dudas sobre la enfermedad y quiere conocer más detalles sobre ella. Le respondemos las dudas, mostrándole una imagen y llevando a cabo una explicación de la misma. Así mismo, le informamos sobre asociaciones de pacientes, tales como: FENAER y Asociaciones autonómicas (la SEPAR tiene un apartado de contacto con las diferentes asociaciones autonómicas).

Se programa otra visita presencial de seguimiento en el Servicio de Farmacia, al 6^a mes, para valorar junto con la Unidad de Asma, la respuesta al tratamiento biológico, la adherencia y la presencia de efectos adversos. Así mismo, se pregunta si hay algún cambio en su plan terapéutico.

En esta visita de seguimiento, se le proporciona información sobre varias aplicaciones útiles para recordar el día de la administración así como potenciar el uso de los inhaladores (*Mytherapy, Asma control, RecuerdaMed, patientMpower, etc*). Además, se le envía al correo, un vídeo explicativo de la forma de administración de la medicación para su consulta en caso de duda.

IV. CASO CLÍNICO 4

1. Antecedentes

Pedro es un paciente de 71 años diagnosticado de una enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) con patrón fibrosante progresivo. Pedro está actualmente jubilado, había trabajado como soldador con exposición laboral a partículas. Exfumador desde 2007 (20-30 paquetes/año).

Como antecedentes neumológicos destacan: EPOC con limitación del flujo aéreo leve, no agudizador y enfisema; Apnea Obstructiva del Sueño en tratamiento con CPAP nocturna; nódulos pulmonares inespecíficos en seguimiento desde octubre del 2020.

Factores de riesgo cardiovasculares: Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en 2007, estable actualmente con FEVI 45%; hipertensión y dislipidemia.

Otros antecedentes de interés: Lumbalgia que inició en 2003 en el trabajo, que ha requerido hospitalización y en seguimiento por clínica del dolor. Síndrome ansioso-depresivo. Psoriasis cutánea.

Actualmente Pedro refiere empeoramiento de la clínica respiratoria desde hace meses asociada con tos y expectoración blanquecina, con mala tolerancia a la CPAP nocturna y al decúbito. Refiere disnea a esfuerzos y astenia asociada que le dificultan las actividades diarias, explica que no puede cuidar de su huerto y apenas sale a caminar porque siente mucha debilidad.

El TAC actual muestra progresión de la fibrosis respecto al anterior realizado en 2021, además de enfisema asociado. Nódulos pulmonares inespecíficos en lóbulo superior derecho estables respecto al previo.

Pruebas respiratorias funcionales (PRF): FVC 2.92 L (82%), FEV1 2.28 L (83%), DLCO 9.56 (40%), KCO 60%.

Se comenta el caso en comité y se propone como candidato a tratamiento con nintedanib 150mg cada 12h.

2. Resolución

CAPACIDAD

Pedro acude a consulta externa de farmacia para inicio de tratamiento con nintedanib 150mg cada 12h. Previo a la entrevista clínica, se obtiene información a través de la historia clínica que se confirma y completa con el paciente en base al Modelo de Estratificación de Pacientes con patologías respiratorias.

En cuanto a las variables demográficas y sociosanitarias, Pedro es un paciente de 71 años. Sin hábitos tóxicos en la actualidad, con exposición laboral a partículas en el pasado. Durante la entrevista clínica nos manifiesta encontrarse muy fatigado y triste por no poder realizar tareas que antes realizaba con normalidad, ya que actualmente tiene dolor por su lumbalgia. Se aplica el cuestionario de calidad de vida viéndose afectadas las dimensiones de movilidad, dolor o malestar y ansiedad y depresión. Dispone de buen soporte familiar, acude a consulta con su mujer e hija.

Referente a las variables clínicas, las comorbilidades respiratorias no se consideran en su forma grave; no constan ingresos hospitalarios, ni consulta a urgencias en contexto de exacerbación de EPOC, lo cual se confirma con el paciente. Así mismo, para la EPID, aunque ha habido progresión radiológica, las pruebas respiratorias funcionales se han mantenido estables durante el último año. Durante la entrevista clínica Pedro se muestra ansioso por persistencia del dolor en contexto de la lumbalgia, no muestra signos de deterioro cognitivo.

Durante la visita de atención farmacéutica es clave la revisión de la medicación desde una visión global del paciente que abarque todas las comorbilidades. Revisamos con el paciente su plan terapéutico:

Trazodona 100mg - 2 comprimidos cada 24 horas

Pregabalina 150mg - 1 cápsula cada 12 horas

Losartan/hidroclorotiazida 50/12,5mg - 1 comprimido cada 24 horas

Carvedilol 6,25mg - 1 comprimido cada 12 hora

Nitroglicerina sublingual 20mg - si precisa

Ezetimiba/atorvastatina 10/40mg - 1 comprimido cada 24 horas

Ácido acetilsalicílico - 1 comprimido cada 24 horas

Tramadol Retard 50mg - 1 comprimido 24 horas

Tramadol Retard 150mg - 1 comprimido 12 horas

Oxcarbazepina 600mg - 1 comprimido 12 horas

Tiotropio/olodaterol Respimat 2,5/2,5mcg - 2 inhalaciones cada 24 horas

Zolpidem 10mg - 1 comprimido cada 24 horas

Pantoprazol 20mg - 1 comprimido cada 24 horas

Se identifican varios depresores del Sistema Nervioso Central (SNC) - zolpidem, tapentadol, pregabalina, desloratadina, trazodona – que por efecto sinérgico podrían incrementar la depresión a nivel del SNC aumentando el riesgo de efectos tóxicos.

Pedro es un paciente polimedicado y con prescripción de medicamentos de alto riesgo como los opiáceos. Además, utiliza dispositivos inhaladores, por lo que realizamos el test de adhesión a inhaladores, así como el cuestionario de adherencia Morisky-Green, obteniéndose en ambos casos un perfil de paciente no adherente.

En base a todas las variables se ha obtenido una puntuación de 30, asignándose un nivel de prioridad 2, se realizarán las siguientes actuaciones farmacéuticas:

Seguimiento farmacoterapéutico: se realizará un seguimiento estrecho del plan de medicación, asegurando su adecuación, seguridad y eficacia.

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, información detallada acerca del tratamiento: posología, forma de administración, efectos secundarios y manejo, etc. Se proporcionarán también recursos online.
- Promoción de la adherencia y formación del correcto manejo de inhaladores.

Coordinación asistencial: elaboración de protocolos, guías, PNTs, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación/Historia Clínica Electrónica, etc. Coordinación de la siguiente visita con la UPEFH con el equipo multidisciplinar. Optimización de la agenda para la programación de dispensaciones.

MOTIVACIÓN

Primera visita:

Durante la entrevista motivacional se informa sobre necesidades del tratamiento y se establecen los objetivos de este. En el caso de Pedro se informa que se trata de un tratamiento que evitará la progresión de la enfermedad, pero su intención no es curativa.

Se informa sobre el manejo de efectos secundarios, en el caso de nintedanib cobran especial importancia los efectos a nivel gastrointestinal. Pedro nos comenta que habitualmente come fritos, por lo que fijamos los objetivos de:

- Mantener hábitos de vida saludables.
- Realizar comidas sencillas, evitando la ingesta de café, alcohol, comidas grasas, alimentos ricos en fibra.

Para favorecer el cumplimiento de estos objetivos:

- Se entrega información escrita sobre hábitos de vida saludable.
- Se entrega libro recetario con harina de algarroba.
- Se informa sobre signos de alarma en caso de deshidratación por diarrea grave.

En la revisión del plan farmacoterapéutico se ha identificado una alta carga de fármacos depresores del SNC. Durante la entrevista clínica, Pedro se muestra muy fatigado y refiere debilidad a la deambulación y este hecho le afecta negativamente a su calidad de vida. Juntamente con mujer que se muestra como apoyo, acordamos como objetivo, intentar adaptar las actividades a su condición clínica actual, intentar salir a caminar trayectos cortos, etc. Además, se contactará con clínica del dolor para valorar ajuste de pauta analgésica.

Respecto a la adherencia, se informa sobre la importancia de una correcta adherencia para asegurar la eficacia clínica, y al tratarse de un paciente polimedicado se ofrece la posibilidad de contactar con su oficina de farmacia para la preparación del SPD, así mismo se entrega un plan de medicación adaptado al paciente. Mediante recursos online se realiza educación sanitaria sobre el uso de inhaladores y establecemos el objetivo de un correcto uso.

Visita tras 12 meses de tratamiento con nintedanib:

Pedro refiere una buena tolerancia a nintedanib, con alguna molestia gastrointestinal de forma ocasional que no le afecta a su calidad de vida por lo que no será necesario ajuste a dosis inferiores de nintedanib. Además, refiere encontrarse mejor desde que realiza dieta sencilla y ha reducido el consumo de fritos.

Se ajustó la pauta analgésica, lo cual consiguió reducir la debilidad y fatiga y permitió a Pedro realizar ejercicio adaptado a su condición, explica que sale a caminar 30 minutos al día y se nota más animado.

OPORTUNIDAD

Durante la primera visita se ofreció teléfono de contacto. Pedro no es usuario de correo electrónico, pero se le ofreció a su hija dicho recurso, así como páginas web sobre su patología y manejo de la medicación.

El paciente y su familia viven a 50km del hospital, por lo que se les ofrece el servicio de dispensación de la medicación en su Oficina de Farmacia Comunitaria, con la que nos coordinamos para facilitar las entregas y realizar el servicio SPD para asegurar una correcta adherencia.

El primer mes de tratamiento realizamos una visita telemática con el paciente, con el fin de realizar seguimiento farmacoterapéutico y detectar cualquier problema o duda relacionado con la medicación. Programamos una siguiente visita telemática a los 6 meses para comprobar adherencia y correcto uso de los inhaladores mediante TAI. Desde que le realizan el SPD la adherencia ha mejorado y el paciente nos comenta que le resulta más sencillo y cómodo tomarse su medicación. La hija de Pedro se ha mostrado comprometida y realiza educación al paciente mediante videos de técnica inhalatoria, la cual ha mejorado traduciéndose en una mejora clínica.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AF	Atención Farmacéutica
AGNC	Asma Grave No Controlado
ASMAMADRID	Asociación de Asmáticos de Madrid
CMO	Capacidad, Motivación, Oportunidad
DLCO	Capacidad de difusión del monóxido de carbono (CO)
EM	Entrevista Motivacional
EPID	Enfermedad pulmonar intersticial difusa
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ER	Enfermedad respiratoria
FEV	Volumen espiratorio forzado
FENAER	Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias
FH	Farmacéutico hospitalario
FVC	Capacidad vital forzada
HCE	Historia Clínica Electrónica
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IMC	Índice de Masa Corporal
MAPEX	Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo
MUP	Módulo único de prescripción
OFT	Objetivos farmacoterapéuticos
PNT	Procedimiento Normalizado de Trabajo
POP	Paciente-objetivo-plan de acción
PREM	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PRO	<i>Patient Related Outcomes</i>
RDFC	Registros de dispensación en Farmacia Comunitaria
SEFH	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPD	Sistemas personalizados de dosificación
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
UPEFH	Unidad de Paciente Externo de Farmacia Hospitalaria

BIBLIOGRAFÍA

CAPACIDAD

1. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria [Internet]. 2016. 119 p. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-CMO-en-consultas-externas-de-FH.pdf>
2. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2012. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf
3. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentos/pacientes-cronicos.pdf>
4. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos pediátricos [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentos/pacientes-cronicos-pediatricos.pdf>
5. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Proyecto MAPEX: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo [Internet]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Entregable-final-Proyecto-MAPEX.pdf>
6. SEFH. Atención Farmacéutica en esclerosis múltiple [Internet]. [citado 2023 ene 20]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Em19/guia_AF_EM_sefh_mapex.pdf
7. Morillo R, Manuel J, Sesmero M, Alicia D, López L. Diseño y adaptación de un modelo de selección y estratificación de la AF al paciente VIH y/o VHC.
8. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentos/pacientes-enfermedades-inmunomediadas.pdf>
9. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentos/pacientes-enfermedades-oncohematologicos.pdf>
10. Statista. Enfermedades respiratorias: prevalencia por edad 2018 [Internet]. Enfermedades respiratorias: prevalencia por edad 2018. 2020 [citado 2023 dic 20]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/577923/prevalencia-de-las-enfermedades-respiratorias-en-espana-por-grupos-de-edad/>
11. Neumo G. Grupo de trabajo de Neumología de la SEFH [Internet]. Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/neumo/index.php>
12. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012. Disponible en: www.mssi.gob.es
13. de Neumología y Cirugía Torácica SE. Guía española para el manejo del Asma [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gemasma.com/>
14. Highland KB, Crawford R, Classi P, Morrison R, Doward L, Nelsen AC, et al. Development of the Pulmonary Hypertension Functional Classification Self-Report: a patient version

- adapted from the World Health Organization Functional Classification measure. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2021 ene;19(1):202. Disponible en: [/pmc/articles/PMC8386063/](#)
15. Menéndez SC, Moreiras JM, Vega PÁ, Calle DG, Manzanas AO, Subias PE, et al. Hipertensión pulmonar (I). Hipertensión arterial pulmonar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017 nov;12(45):2655-73.
 16. Humbert M, Poland AT, Simonneau G, Peacock A, Ángel M, Sánchez G, et al. Guía ESC / ERS 2015 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. Grupo de Trabajo Conjunto para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar Aprobada por la Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2016;69(2):1-62. Doi: 10.1016/j.recesp.2016.01.002
 17. Gold Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2023 [citado 2023 ene 27]; Disponible en: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
 18. for Chronic Obstructive Lung Disease GI. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2022 Report [Internet]. 2022. Disponible en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2021/12/GOLD-REPORT-2022-v1.1-22Nov2021_WMV.pdf
 19. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2017;53(Supl 1):2-64. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177170/gpc_593_gesepoc_compl.pdf
 20. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020; Suppl 29.
 21. Toma S, Hopkins C. Stratification of SNOT-22 scores into mild, moderate or severe and relationship with other subjective instruments. *Rhinology* [Internet]. 2016;54(2):129-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27017484/>
 22. Caminati A, Cassandro R, Torre O, Harari S. Severe idiopathic pulmonary fibrosis: what can be done? Disponible en: <http://ow.ly/1apy30dYRjU>
 23. Robbie H, Daccord C, Chua F, Devaraj A. Evaluating disease severity in idiopathic pulmonary fibrosis. *European Respiratory Review* [Internet]. 2017 ene;26(145). Disponible en: <https://err.ersjournals.com/content/26/145/170051>
 24. Kerem E, Viviani L, Zolin A, MacNeill S, Hatziaorou E, Ellemunter H, et al. Factors associated with FEV1 decline in cystic fibrosis: analysis of the ECFS Patient Registry. *European Respiratory Journal* [Internet]. 2014 ene;43(1):125-33. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/43/1/125>
 25. Chalmers JD, Goeminne P, Aliberti S, McDonnell MJ, Lonni S, Davidson J, et al. The bronchiectasis severity index. An international derivation and validation study. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2014 ene;189(5):576-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24328736/>
 26. Martínez-García MA, Gracia J de, Relat MV, Girón RM, Carro LM, Carrillo DDLR, et al. Multidimensional approach to non-cystic fibrosis bronchiectasis: the FACED score. *Eur Respir J* [Internet]. 2014 ene;43(5):1357-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24232697/>
 27. la Rosa Carrillo D de, Oliveira C, García-Clemente M, Girón-Moreno RM, Nieto-Royo R, Navarro-Rolon A, et al. COPD Assessment Test in Bronchiectasis: Minimum Clinically

- Important Difference and Psychometric Validation: A Prospective Study. *Chest* [Internet]. 2020 ene;157(4):824-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31446064/>
28. Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos. Medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos. 2014.

MOTIVACIÓN

- Rollnick S, Miller WR. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. 1983
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982;19(3):276-88.
- Ambrosino N, Fracchia C. The role of tele-medicine in patients with respiratory diseases. *Expert review of respiratory medicine* 2017; 11(11): 893-900.
- Ambrosino N, Makhbah DN, Sutanto YS. Tele-medicine in respiratory diseases. *Multidisciplinary respiratory medicine* 2017; 12: 9.
- Burgos F, Disdier C, de Santamaria EL, Galdiz B, Roger N, Rivera ML, Hervas R, Duran-Tauleria E, Garcia-Aymerich J, Roca J, e-Spir@p G. Telemedicine enhances quality of forced spirometry in primary care. *The European respiratory journal* 2012; 39(6): 1313-1318.
- Chrystyn H, van der Palen J, Sharma R, Barnes N, Delafont B, Mahajan A, Thomas M. Device errors in asthma and COPD: systematic literature review and meta-analysis. *NPJ primary care respiratory medicine* 2017; 27(1): 22.
- Coma-Del-Corral MJ, Alonso-Alvarez ML, Allende M, Cordero J, Ordax E, Masa F, Teran-Santos J. Reliability of telemedicine in the diagnosis and treatment of sleep apnea syndrome. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association* 2013; 19(1): 7-12.
- David B. Rosengren. *Building Motivational Interviewing skills*. New York: The Guilford Press. 2009
- Freitas Ferreira E, Pascoal A, Silva P, Lourenco O, Valente S, Valente MJ, Loureiro M, Gama JMR, Fonseca JA, Taborda-Barata L. Inhaler training and asthma knowledge are associated with a higher proportion of patients with correct inhaler technique in young but not in elderly asthmatic patients. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma* 2020; 57(5): 556-566.
- Garuti G, Bagatti S, Verucchi E, Massobrio M, Spagnolatti L, Vezzani G, Lusuardi M. Pulmonary rehabilitation at home guided by telemonitoring and access to healthcare facilities for respiratory complications in patients with neuromuscular disease. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 2013; 49(1): 51-57.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, et al. Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. *Health Services Research* 2005; 40: 1918-1930
- Hui CY, Walton R, McKinstry B, Jackson T, Parker R, Pinnock H. The use of mobile applications to support self-management for people with asthma: a systematic review of controlled studies to identify features associated with clinical effectiveness and adherence. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA* 2017; 24(3): 619-632.
- Introduction to Motivational Interviewing. <http://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk>
- Jovanovic DM, Sterclova M, Mogulkoc N, Lewandowska K, Muller V, Hajkova M, Studnicka M, Tekavec-Trkanjec J, Littnerova S, Vasakova M, investigators Er. Comorbidity burden and

survival in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: the EMPIRE registry study. *Respiratory research* 2022; 23(1): 135.

- Lang IM, Palazzini M. The burden of comorbidities in pulmonary arterial hypertension. *European heart journal supplements: journal of the European Society of Cardiology* 2019; 21(Suppl K): K21-K28.
- Lundell S, Holmner A, Rehn B, Nyberg A, Wadell K. Telehealthcare in COPD: a systematic review and meta-analysis on physical outcomes and dyspnea. *Respiratory medicine* 2015; 109(1): 11-26.
- McLean G, Murray E, Band R, Moffat KR, Hanlon P, Bruton A, Thomas M, Yardley L, Mair FS. Interactive digital interventions to promote self-management in adults with asthma: systematic review and meta-analysis. *BMC pulmonary medicine* 2016; 16(1): 83.
- Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentos/pacientes-cronicos.pdf>
- Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernandez MA, Robustillo-Cortes MLA, Poveda-Andres JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farmacia hospitalaria: organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria* 2020; 44(4): 158-162.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67-74
- N. Galie, M. Humbert, J.L. Vachiery, S. Gibbs, I. Lang, A. Torbicki, et al. ESC/ERS guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC) International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *Eur Respir J*, 46 (2015), pp. 903-975
- Plaza V, Calle M, Molina J, Quirce S, Sanchis J, Viejo JL, Caballero F. External validation of the recommendations of the multidisciplinary consensus about inhaled therapies. *Arch Bronconeumol* 2012; 48(6): 189-196.
- Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Lano LP, et al. Validation of "Test of the adherence to inhalers" (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2016; 29:142-52.
- Pleasants RA, Hess DR. Aerosol Delivery Devices for Obstructive Lung Diseases. *Respiratory care* 2018; 63(6): 708-733.
- Roggeri A, Micheletto C, Roggeri DP. Inhalation errors due to device switch in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: critical health and economic issues. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 2016; 11: 597-602.
- Sanchis J, Gich I, Pedersen S, Aerosol Drug Management Improvement T. Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? *Chest* 2016; 150(2): 394-406.
- Santos NCD, Miravittles M, Camelier AA, Almeida VDC, Maciel R, Camelier FWR. Prevalence and Impact of Comorbidities in Individuals with Copd: A Systematic Review. *Tuberculosis and respiratory diseases* 2022.
- Segrelles Calvo G, Gomez-Suarez C, Soriano JB, Zamora E, Gonzalez-Gamarra A, Gonzalez-Bejar M, Jordan A, Tadeo E, Sebastian A, Fernandez G, Ancochea J. A home telehealth

program for patients with severe COPD: the PROMETE study. *Respiratory medicine* 2014; 108(3): 453-462.

- Shany T, Hession M, Pryce D, Roberts M, Basilakis J, Redmond S, Lovell N, Schreier G. A small-scale randomised controlled trial of home telemonitoring in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of telemedicine and telecare* 2017; 23(7): 650-656.
- Stickland MK. In chronic obstructive pulmonary disease, home-based maintenance telerehabilitation reduced the risk of exacerbations, hospitalisations and emergency visits [commentary]. *Journal of physiotherapy* 2018; 64(1): 56.
- Usmani OS, Lavorini F, Marshall J, Dunlop WCN, Heron L, Farrington E, Dekhuijzen R. Critical inhaler errors in asthma and COPD: a systematic review of impact on health outcomes. *Respiratory research* 2018; 19(1): 10.
- Vega JM, Badía X, Badiola C, López-Viña A, Olaguíbel JM, Picado C, et al. Covalair investigator Group. Validation of the Spanish versión of the Asthma Control Test (ACT). *J Asthma* 2007; 44:867-72.
- Viejo-Banuelos JL, Sanchis J. Inhaler Devices: Better Management or New Devices? The Blind Leading the Blind. *Archivos de bronconeumologia* 2018; 54(5): 245-246.
- Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, Fracchia C, Spanevello A, Balbi B, Scalvini S. Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *The European respiratory journal* 2009; 33(2): 411-418.
- Vitacca M, Paneroni M, Grossetti F, Ambrosino N. Is There Any Additional Effect of Tele-Assistance on Long-Term Care Programmes in Hypercapnic COPD Patients? A Retrospective Study. *Copd* 2016; 13(5): 576-582.
- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Chen R, Decramer M, Fabbri LM, Frith P, Halpin DM, Lopez Varela MV, Nishimura M, Roche N, Rodriguez-Roisin R, Sin DD, Singh D, Stockley R, Vestbo J, Wedzicha JA, Agusti A. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. *The European respiratory journal* 2017; 49(3).
- What is Motivational Interviewing?
<http://www.motivationalinterview.org/Documents/1%20A%20MI%20Definiton%20Principles%20&%20Approach%20V4%20012911.pdf>

OPORTUNIDAD

- Almonacid C, Plaza V. Guía SEPAR para la teleconsulta de pacientes respiratorios. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). 2020
- SEFH. Guía de entrevista telemática en atención farmacéutica. Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2022. ISBN: 978-84-09-37542-4.
- SEFH. Proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2020.

ANEXO

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN EMPEORAR LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA

A continuación, se encuentra el listado de medicamentos, clasificados por patología que pueden empeorar la enfermedad respiratoria existente. Sin embargo, no se han podido determinar medicamentos que empeoren las condiciones de fibrosis quística e hipertensión pulmonar:

Asma grave

- β -bloqueantes no cardioselectivos
- Antiinflamatorios no esteroideo (AINE)
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

EPOC

- β -bloqueantes no cardioselectivos
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

- Descongestionantes nasales >3-5 días (ej: oximetazolina)
- Ácido acetilsalicílico
- AINEs
- Antagonistas α -adrenérgicos (ej: doxazosina)
- IECAs
- β -bloqueantes
- Clorpromazina
- Gabapentina
- Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa
- Anticonceptivos
- Cocaína (abuso)
- Alcohol

Fibrosis pulmonar idiopática y otras EPID

- Adalimumab
- Amiodarona
- Bleomicina
- Certolizumab
- Erlotinib
- Etanercept
- Infliximab
- Inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) - ICI combinatorial Rx
- Interferón gamma
- Metotrexato
- Mitomicina C
- Paclitaxel
- Pemetrexed
- Penicilamina



© Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2023

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra colectiva, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del titular del copyright.

Editor: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria - Serrano, 40 2º Dcha. - 28001 Madrid

ISBN: 978-84-09-46916-1