



Sociedad Española de
Farmacia Hospitalaria

Continuidad Asistencial del Paciente con Antineoplásicos Orales

Editor

N. Víctor Jiménez Torres

Autores

Daniel Almenar	Inmaculada López
Beatriz Bernárdez	Ana Moya
Juan J. Carrasco	Ramón Orueta
Mónica Climente	Begoña Porta
Mariano Esteban	José L. Poveda
Carlos Fluixá	M. Sacramento Ruiz de la Hermosa
M. Queralt Gorgas	Juan A. Schoenenberger
N. Víctor Jiménez	Mónica Tallón
M ^a Jesús Lamas	Irene Zarra



REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA

Reservados todos los derechos. Este libro, no puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información, y sistema de recuperación, sin permiso escrito de los editores. No obstante, es de libre acceso a través de su descarga de la plataforma web de la RANF (www.ranf.com) para fines académicos, docentes o uso personal.

This Monograph is freely accessible online from www.ranf.com

© Fundación José Casares Gil
Farmacia, 11 – 28004 Madrid
Tels. 91 531 03 07 / Fax: 91 531 03 06

© N. Víctor Jiménez Torres, editor.

Diseño y maquetación: Rubén Hernandis

ISBN 78-84-942290-7-7
Depósito Legal: M-3832-2015

Imprime 2N Impresores
Paterna (Valencia)

AUTORES

Dr. Daniel Almenar Cubells.

Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Beatriz Bernárdez Ferrán

Unidad de Farmacia Oncológica. Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

Juan José Carrasco Fernández

Analista de Datos. Universidad de Valencia. IMF. Valencia.

Mónica Climente Martí

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Mariano Esteban Rodríguez

Presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia

Carlos Fluixá Carrascosa

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benimaclet-Valencia. Valencia.

María Queralt Gorgas Torner

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell. Prof. Asociado Farmacología. Facultad de Medicina UAB.

N. Víctor Jiménez Torres

Académico de Número. Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid. España.

María Jesús Lamas Díaz

Jefe de Servicio. Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

Inmaculada López Caballero

Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Ana Moya Gil.

Farmacéutica Especialista. Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Ramón Orueta Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Begoña Porta Oltra

Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

José Luis Poveda Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

M. Sacramento Ruíz de la Hermosa Lara

Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Juan Antonio Schoenenberger Arnáiz

Jefe de Servicio de Farmacia Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Prof. Asociado de Farmacología. Facultad de Medicina. UdL.

Mónica Tallón Guerola

Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Irene Zarra Ferro.

Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

Continuidad Asistencial del Paciente con Antineoplásicos Orales

Índice General

Presentación del Presidente de la RANF	7
Mariano Esteban Rodríguez	
Presentación del Presidente de la SEFH	9
José Luis Poveda Andrés	
Introducción	13
N. Víctor Jiménez Torres	
Capítulo 1. Continuidad Asistencial del Paciente con Cáncer	17
N. Víctor Jiménez Torres	
Capítulo 2. Prescripción Oncológica en Transición Asistencial.....	29
Daniel Almenar Cubells	
Capítulo 3. Atención Farmacéutica en Transición Asistencial	43
María Queralta Gorgas Torner	
Juan Antonio Schoenenberger Arnáiz.	
Capítulo 4. La Enfermería en Transición Asistencial	53
M. Sacramento Ruiz de la Hermosa Lara	
Inmaculada López Caballero	
Mónica Tallón Guerola.	
Capítulo 5. Conciliación de la Medicación en Transición Asistencial	63
N. Víctor Jiménez Torres	
Begoña Porta Oltra	
Mónica Climente Martí	
Capítulo 6. El Médico de Familia en la Transición Asistencial	75
Ramón Orueta Sánchez	
Carlos Fluixá Carrasco	

Capítulo 7. Impacto de la Historia Clínica Electrónica en Transición Asistencial.....	87
Beatriz Bernárdez Ferrán	
Irene Zarra Ferro	
María Jesús Lamas Díaz	
Capítulo 8. Percepción del Paciente Onco-hematológico en Transición Asistencial.....	101
Mónica Climente Martí	
Ana Moya Gil	
Begoña Porta Oltra	
Capítulo 9. Estado del Arte de la Continuidad Asistencial del paciente con Antineoplásicos Orales	115
N. Víctor Jiménez Torres	
Juan José Carrasco Fernández	
Conclusiones Generales	131

Presentación del Presidente de la Real Academia Nacional de Farmacia

Un reto importante de la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF) es su compromiso con la sociedad, aportando información sobre los avances de los medicamentos, su impacto en el paciente y en el Sistema Sanitario. Con esta finalidad, en la RANF se organizan múltiples actividades, como conferencias, mesas redondas, tertulias, encuentros con la industria farmacéutica, asociaciones del sector y publicaciones, entre otros eventos, donde se exponen variedad de temas, como se recogen en el informe anual de actividades de la RANF del año 2014 (Anales de la RANF), y presentado en la inauguración del curso académico 2015.

Estamos viviendo una transformación de la ciencia, donde las nuevas tecnologías están abriendo nuevos horizontes en el conocimiento de los seres vivos con abundancia de datos moleculares, “big data”, que sería imposible de procesar por el ser humano. Gracias a los avances en métodos bioinformáticos, matemáticas, física, química y biología, podemos acometer objetivos impensables hace unos pocos años. Vemos con satisfacción cómo las especialidades se solapan.

El conocer los genes, cómo se activan y actúan en un momento determinado, bien en tumores, durante la metástasis, como resultado de una lesión cardíaca o cerebral, en procesos neurodegenerativos, alteraciones inmunológicas, procesos infectivos, durante la diferenciación celular y formación de órganos, la senescencia, etc, nos está llevando al diseño de nuevos fármacos con mayor especificidad. Los casos de fármacos antivirales frente al VIH, y recientemente frente a hepatitis C, son ejemplos paradigmáticos de diseño molecular con gran especificidad. Gracias a la identificación de dianas moleculares en procesos tumorales, se están desarrollando nuevos antineoplásicos orales de lo que ya se están aplicando en los pacientes con éxito. Hay que tener en cuenta que el cáncer produce una de las mayores tasas de mortalidad habiendo producido 8,2 millones de muertes en 2012.

Debido a la naturaleza de los fármacos, y a la del organismo humano, la eficacia terapéutica de los medicamentos va a estar condicionada por muchos factores, como la edad del paciente, género, diversidad genética, factores de riesgo, hábitos alimentarios, estado físico, y adherencia al tratamiento, lo que condicionará la respuesta del medicamento. Es precisamente en esta área del tratamiento del paciente oncológico donde la RANF debe ser foro de discusión de todos estos avances científicos, y servir de puente de comunicación entre los profesionales del sector farmacéutico y la sociedad.

Dentro de las actividades llevadas a cabo por la RANF, destacan las ponencias sobre “Continuidad Asistencial del Paciente con Antineoplásicos Orales”, coordinadas por el académico Excmo. Sr D. N. Víctor Jiménez Torres, llevadas a cabo en colaboración con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, y cuyas presentaciones entre 2012 al 2014 se recogen en esta Monografía. Debo indicar que en la misma se hace una valoración extensa sobre los principios que rigen los criterios de atención al paciente, los profesionales que se relacionan con ellos, oportunidades y propuestas de mejora en los tratamientos para garantizar la calidad y seguridad del paciente. En su conjunto, el trabajo que se presenta representa una valoración muy detallada sobre la situación del paciente oncológico, y los principios que deben de gobernar una optimización de recursos y uso del medicamento, para que la interacción entre el paciente con los profesionales a su alrededor sea lo mas óptima posible, con el fin de mejorar su salud. Por ello, saludo la publicación de esta Monografía, con interés hacia los pacientes, personal sanitario, estudiantes y profesionales del sector farmacéutico.

Mariano Esteban Rodríguez

Madrid, a 22 de enero de 2015.

Presentación del Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

El ser humano siembra un pensamiento y recoge una acción. Siembra una acción y recoge un hábito. Siembra un hábito y recoge un carácter. Siembra un carácter y recoge un destino. Con esta actitud proactiva, continuamos dando pasos en este camino de colaboración entre la Real Academia Nacional de Farmacia, y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Hoy con esta nueva monografía sobre Continuidad Asistencial refrendamos el compromiso adquirido.

Un compromiso que dura más de 7 años de colaboración en múltiples actividades científicas, y donde quiero expresar mi reconocimiento, como Presidente de la SEFH, hacia el Excmo. Sr. D. N. Víctor Jiménez Torres por su labor insustituible e imprescindible en todo este proyecto.

En esta Monografía sobre *“Continuidad Asistencial del Paciente Antineoplásicos Orales”* que es, en esencia, un desafío para el conjunto del sistema sanitario, se reconocen las tareas pendientes de realizar, y se evidencia también la dificultad de las soluciones. Este enfoque tan asistencial, desde la farmacia hospitalaria, sería impensable sin conocer el recorrido del farmacéutico de hospital y su proceso de creación de valor a la sociedad. De hecho, aun cuando todavía son insuficientes los recursos humanos y materiales para garantizar el aumento de actividad y complejidad que el sistema farmacoterapéutico ha experimentado en los últimos años, en el ámbito de la atención farmacéutica especializada, es de justicia reconocer el esfuerzo del Sistema Nacional de Salud, por dotar a los Servicios de Farmacia Hospitalaria con un número mayor de profesionales y mejores recursos tecnológicos. Así pues, somos más y estamos más preparados para adaptarnos a las necesidades actuales y futuras del sistema sanitario de salud. Y lo más importante, el tiempo ha demostrado nuestra actitud permanente hacia el cambio.

Aún cuando es difícil sintetizar este cambio permanente en la calidad asistencial que oferta el farmacéutico de hospital, señalaré cuatro palancas de cambio que han sido fundamentales para el crecimiento profesional, y que hoy nos permiten abordar con garantías la problemática de la continuidad asistencial.

La primera palanca fue el cambio en la visión del farmacéutico, desde una visión única centrada en el medicamento, a una visión triple que aborda el medicamento, el proceso farmacoterapéutico de mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos y la actividad clínica corresponsable con el resto del equipo asistencial para mejorar los resultados, clínicos, humanísticos y económicos.

La segunda palanca ha sido el cambio del paradigma con la ampliación del 4º año de formación especializada en farmacia hospitalaria, que nos ha aproximado más al paciente y ha permitido integrarnos de forma más proactiva a los equipos asistenciales. Este proceso ha sido especialmente relevante en las áreas de oncohematología, pediatría, urgencias, área de críticos e infecciosas y también en el proceso de soporte al conjunto de pacientes que configura la nutrición clínica. En este marco, los avances han sido espectaculares, y la credibilidad del farmacéutico de hospital como miembro del equipo asistencial es una realidad presente, y exigida por el resto de componentes asistenciales en los hospitales españoles.

La tercera palanca fundamental, es la apertura en el ámbito de actuación a pacientes que aun cuando no se encuentran hospitalizados, precisan de una atención farmacoterapéutica especializada, para el manejo de diferentes patologías de máxima complejidad. Este hecho ha tenido su concreción asistencial, con el desarrollo de las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos. Un cambio, que ha hecho pivotar los modelos y los recursos asistenciales de los servicios de farmacia hospitalaria, al continuo crecimiento de pacientes atendidos y a la complejidad, cada vez mayor de los tratamientos.

La cuarta palanca de cambio está siendo la ampliación del ámbito de actuación de los farmacéuticos de hospital hacia los centros socio-sanitarios, cuya exigencia legal se expone en el Real Decreto 16/2012. En este sentido, la necesidad de dar continuidad asistencial en el espacio sociosanitario también ha obligado al farmacéutico de hospital, a mejorar su competencia en este ámbito de actuación.

Con idéntica determinación, y una visión que implica ir “más allá del hospital”, surge la necesidad de dar respuesta a los nuevos retos en la Atención Primaria, donde se puede y se debe abordar de forma colaborativa con las Oficinas de Farmacia, un abordaje más preventivo, predictivo, personalizado, sin olvidar, el enfoque poblacional. En este sentido, el cambio de denominación de la especialidad que expone el Real Decreto 639/2014, ratifica la necesidad de actuación del farmacéutico de hospital en este ámbito, y confirma la formación especializada recibida por los farmacéuticos de hospital hasta la fecha, como un determinante necesario para abordar con garantías de excelencia el proceso de atención farmacéutica, que precisa la nueva transversalidad asistencial. De tal forma, que el programa de la especialidad de farmacia hospitalaria y de atención primaria, pendiente de elaborar, deberá abordar y dar respuesta a las nuevas necesidades del paciente-ciudadano, profesional sanitario y sistema sanitario.

Quiero felicitar a la Real Academia Nacional de Farmacia por la publicación de esta Monografía que bien refleja su compromiso institucional con las necesidades que emanan del medicamento, del sistema farmacoterapéutico y de los pacientes, contribuyendo a la búsqueda de soluciones.

Dr. José Luis Poveda Andrés

Madrid, 15 de Enero 2015

Introducción

El contenido de esta Monografía sobre “Continuidad Asistencial del Paciente con Antineoplásicos Orales”, recoge las ponencias desarrolladas en la tres mesas redondas celebradas entre 2012 y 2014, en la Real Academia Nacional de Farmacia, con el tema genérico “Garantía de la Continuidad Asistencial”. Dada la extensión de los temas desarrollados en estos años, se han acotado los contenidos para tratar esta problemática orientando los mismos al paciente con tratamiento antineoplásico oral.

La terapia oral en cáncer (tradicional o dirigida), sigue ganando territorio a la terapia parenteral de modo que en 2014, más del 25% de los pacientes con cáncer son tratados con medicamentos orales. De hecho, en los 10 últimos años se han introducido en el arsenal terapéutico casi dos veces más fármacos que en los 50 años anteriores (desde 1953 a 2003).

Esta eclosión de nuevas moléculas antidiana orales ha cambiado el paradigma del tratamiento del cáncer en 2014 para enfermedades como la leucemia linfocítica crónica (LLC) tratada¹ con Ibrutinib o Idelalisib. No obstante, también se ha evidenciado de modo puntual que añadir lapatinib al tratamiento estándar con trastuzumab, de cáncer de mama HER2 positivo, en mujeres con estadio temprano de la enfermedad, no mejora a los cuatro años la supervivencia libre de enfermedad (EC ALLTO)².

La rapidez en la evolución de los tratamientos antidiana por vía oral, y su inmediata implantación para tratar una gran variedad de diagnósticos de cáncer, podría apuntar a que estamos ante un “cambio de modelo” soportado, entre otros factores, por las preferencias de los pacientes por la vía oral, y por la innovación terapéutica en esta línea ya que, por ejemplo, la cuarta parte de las más de 400 moléculas en desarrollo, se administrarán por vía oral.

¹ <http://www.onclive.com/>. Acceso oct 2014

² Piccart-Gebhart MJ, Holmes AP, Baselga J, et al: First results from the phase III ALLTO trial (BIG 2-06; NCCTG [Alliance] No63D) comparing one year of anti-HER2 therapy with lapatinib alone, trastuzumab alone, their sequence, or their combination in the adjuvant treatment of HER2-positive early breast cancer. ASCO Annual Meeting. Abstract LBA4. Presented June 1, 2014.

Pero la terapia oral es más compleja de lo previsto inicialmente por la variabilidad en prescriptores, en sistemas y en métodos de prescripción. Además, porque las dosis y los criterios posológicos manejados, y requeridos por estos medicamentos, aumentan la complejidad para el paciente o cuidador al existir diferentes criterios de administración respecto a comidas, interacciones con medicamentos de base, y con alimentos, que son específicas para cada medicamento.

Todas estas situaciones, unidas a la rápida expansión de las nuevas terapias orales, con nuevos perfiles de tolerabilidad que exigen ajuste de dosis, en particular con la terapia dirigida, potencian la presencia de acontecimientos adversos en los pacientes, de gravedad tan importante como los tratamientos parenterales, llegando incluso a ser de consecuencias irreversibles si el seguimiento del paciente está mal gestionado. En suma, se esta ante un paciente con cáncer, en tratamiento con antineoplásicos orales, cuya garantía de continuidad asistencial en las diferentes transiciones se ve, potencialmente más comprometida con la calidad y seguridad que cuando los pacientes reciben tratamiento antineoplásico parenteral. Informar del “estado del arte” en 2014 de la continuidad asistencial percibida por pacientes y profesionales es el objetivo principal de esta Monografía. Su evolución de vería ser considerada como indicador de calidad asistencial.

La presente Monografía se distribuye en nueve capítulos. En los cinco primeros capítulos se describen aspectos generales de la atención al paciente en transición, poniendo el foco en la problemática que subyace en el paciente con cáncer, y en particular con tratamiento antineoplásico oral. Se analizan los procedimientos relacionados con cada uno de los profesionales que interactúan con este tipo de pacientes, como son oncólogos, enfermeras, farmacéuticos de hospital y médicos de familia. Se revisan las oportunidades de mejora identificadas durante la asistencia, y se destaca la necesidad de implantar propuestas de mejora entre niveles asistenciales, para garantizar la calidad y seguridad de estos pacientes, considerados de alto riesgo. Las dificultades del seguimiento y las oportunidades de mejora, se muestran de manera clara en el caso clínico descrito en el capítulo 2.

Entre las mejoras señaladas en los distintos capítulos, las tres coincidentes con los diferentes autores son:

1. reforzamiento del equipo interprofesional;
2. acceso a una historia de salud del paciente accesible a todos (¡el paradigma de la interoperabilidad!); y
3. información estructurada y comunicación documentada con el paciente y cuidador, con el objetivo de potenciar su compromiso con la enfermedad y los tratamientos antineoplásicos orales.

Todas estas potenciales mejoras permitirían optimizar la supervivencia y calidad de vida del paciente con cáncer, porque existe evidencia científica que lo demuestra.

Los últimos cuatro capítulos, igualmente centrados en el paciente, se distribuyen en temas interprofesionales, como el proceso de conciliación de la medicación, o el paradigmático caso de la disponibilidad de una historia clínica electrónica única en donde se describe un caso clínico paradigmático ya que cuando las interrelaciones profesionales se ponen en práctica, la calidad de vida del paciente mejora. Los dos últimos temas recogen sendas encuestas sobre la percepción del paciente, y de los profesionales en relación con las diferentes dimensiones que concurren entre ambos sujetos, cuando interactúan, poniendo el énfasis en garantizar la continuidad del paciente; estas encuestas han tratado de recoger esa percepción de calidad con independencia del profesional, y del lugar donde se realiza la visita al paciente.

Me atrevo a recomendar al lector interesado en profundizar en el contenido de esta Monografía que inicie su lectura por los dos últimos capítulos, ya que los datos obtenidos aproximan mucho más a la realidad de la práctica clínica que viven paciente y profesional, cuando interactúan en consulta, y en situación de transición asistencial. El análisis de esta información, descubre tendencias en muchas de las dimensiones analizadas porque algunas se vuelven inconsistentes, a veces se refuerzan y otras se ignoran cuando, posteriormente se leen los contenidos de los capítulos que les preceden; lógicamente, porque los autores reflejan el pensamiento idealizado de sus respectivos contenidos.

Posiblemente, acortar estas potenciales diferencias sea el reto a superar, a partir de la próxima visita con pacientes.

Esta Monografía recoge un tema actual y de debate por su alto interés interprofesional; por la complejidad para llevar a la práctica los tratamientos antineoplásicos orales sin trasladar, al mismo tiempo, el esfuerzo y la cultura necesaria al paciente y cuidador; por la potencialidad de evitar costes al sistema sanitario, y para evitar o reducir consecuencias negativas para el paciente con este tipo de tratamientos. Ayudar a realizar una buena gestión, para garantizar la calidad asistencial del paciente con cáncer en transición, es el denominador común u objetivo de la presente Monografía.

La contribución de la Real Academia Nacional de Farmacia a este reto es impulsar y fomentar la práctica asistencial interprofesional, convencida de que estas mesas redondas y publicaciones, contribuyen a aplicar una atención sanitaria centrada en el paciente.

N. Víctor Jiménez Torres.

Académico de Número. Real Academia Nacional de Farmacia.

Socuéllamos, 22 de enero de 2015

*“Solo cabe progresar cuando se
piensa en grande, solo es posible avanzar
cuando se mira lejos.”*

José Ortega y Gasset

Capítulo 1

Continuidad Asistencial del Paciente con Cáncer

N. Víctor Jiménez Torres.

Académico de Número. Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid. España.

1.1. Introducción.....	18
1.2. Continuidad Asistencial.....	18
1.3. Transición Asistencial.....	20
1.3.1. Medida de la Calidad de la Transición Asistencial.....	22
1.4. Transición Asistencial en Pacientes con Quimioterapia Oral.....	23
1.5. Conclusión.....	26
1.6. Bibliografía.....	26

1.1. Introducción.

El concepto de Continuidad Asistencial (CA) tiene sus orígenes en España hacia los años noventa del siglo pasado¹; sin embargo, las revisiones estructuradas publicadas en 2013 y 2014 sobre este tema, obtenidas a partir de bases de datos contrastadas como MEDLINE, CINAHL, EMBASE y Cochrane de Ensayos Clínicos²recogen importantes variabilidades en el tipo de estrategias de cuidado establecidas, y en el tipo de profesionales comprometidos^{3,4}. Superar estas condiciones requiere que la coordinación asistencial, tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria, presente un enfoque interprofesional para reducir, en la medida de lo posible, las situaciones que fragmentan la atención al paciente y especialmente las que le perjudican⁵.

En general, la CA del paciente cuando se aborda de manera descoordinada representa un reto para mantener la calidad y la seguridad del paciente que, en la actualidad, son responsables de casi la mitad de los errores de medicación (EM) que se producen en el momento de las transiciones asistenciales, especialmente al ingreso y alta hospitalaria⁶. Este resultado justifica que los hospitales públicos de EE.UU. tengan la responsabilidad de integrar, en los flujos de trabajo asistencial, "estrategias de cuidado" al ingreso del paciente y antes de su alta hospitalaria, en al menos al 90% de los mismos⁷.

Los elementos claves de la CA se agrupan, en general, en tres dimensiones; las que tratan de las relaciones humanas, las relacionadas con la información y comunicación, y las relacionadas con la gestión. Por tanto, se está ante un proceso global de la atención al paciente que representa uno de los paradigmas de la práctica interprofesional, porque exige "mirar lejos" para garantizar las necesidades del paciente, sin interrupciones y sin problemas⁸.

1.2. Continuidad Asistencial

El paciente, a lo largo de su enfermedad, percibe el concepto de CA como una medida del nivel de coordinación en la atención recibida, acorde a sus necesidades y contexto personal (ver Cap 8). Por ello, garantizar la CA sin interrupciones ni problemas, en un escenario complejo; con diferentes niveles

asistenciales y profesionales; en distintos tiempos y momentos de la situación clínica del paciente; con diferentes sistemas de información y comunicación; con inexistente o limitada Interoperabilidad entre sistemas electrónicos, e incluso con diferentes políticas sanitarias, es un reto que determina constantemente la calidad asistencial que recibe el paciente en transición, y que viene determinada por las siguientes dimensiones⁹:

4. La seguridad del paciente
5. Los reingresos y visitas a Urgencias o al médico de AP
6. Los costes al Sistema Sanitario
7. El deterioro en la comunicación interprofesional, y
8. El desprestigio hacia las Tecnologías de la Información y Comunicación en salud.

Son escasas las publicaciones⁸ que evalúan la eficacia de las estrategias de cuidado utilizando las tres dimensiones claves de la CA antes descritas; si bien es destacable, especialmente para poblaciones de pacientes altamente vulnerables (pluripatológicos, con cáncer, etc), y con grandes oportunidades de mejora, que las decisiones compartidas sobre el tratamiento farmacoterapéutico integral, y la consideración de su adecuación, adherencia y conciliación de medicamentos, son estrategias eficientes¹⁰. Añadir a estas estrategias de cuidado una comunicación clara y efectiva, es sumar para la seguridad del paciente, especialmente durante las transiciones asistenciales (TA), y con independencia del entorno clínico.

De la amplia gama de situaciones posibles de mejora en CA, durante la TA del paciente, la bibliografía es unánime en destacar, por su complejidad, a las dos siguientes:

1. Alta hospitalaria, especialmente del paciente crónico y del paciente pluripatológico y
2. Paciente con cáncer.

1.3. Transición Asistencial

El concepto de TA comprende al conjunto de actuaciones e intervenciones, destinadas a asegurar la coordinación y la continuidad asistencial de los pacientes, entre diferentes lugares y niveles de atención, incluso sin cambiar de ubicación al paciente (American College of Physicians,2013)¹¹. Este concepto se percibe más cercano al paciente ambulatorio porque está condicionado, en general, a desplazarse para ser atendido por diferentes profesionales y en distintos entornos¹².

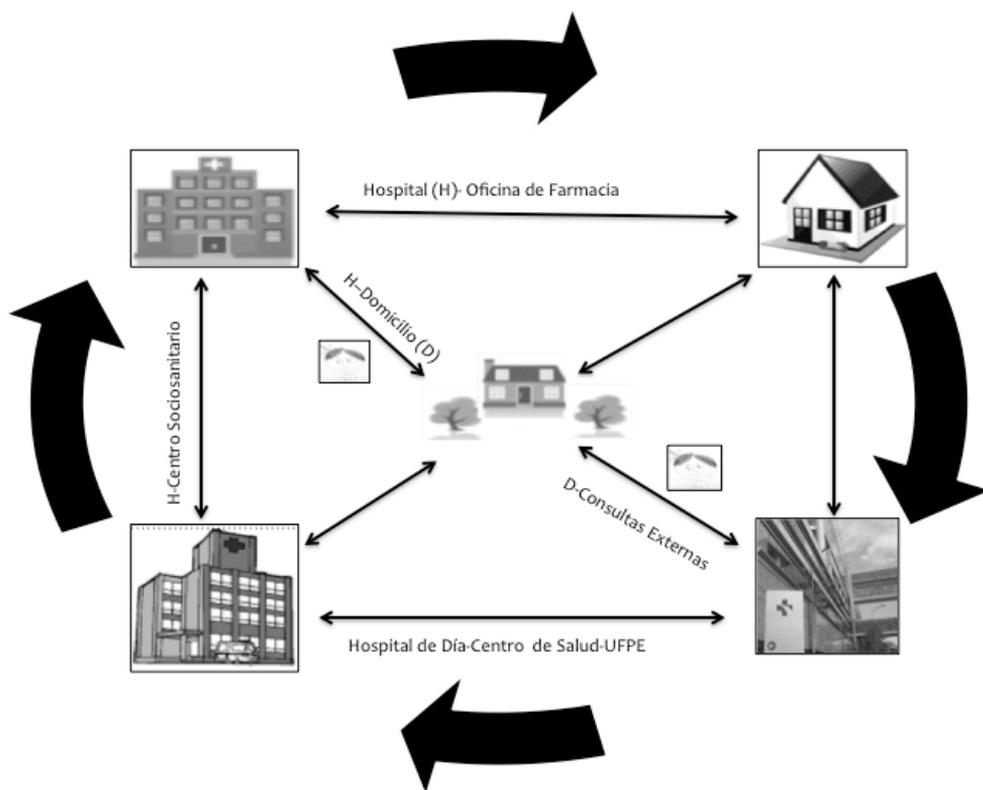


Figura 1.1. Circuito de las posibles Transiciones Asistenciales del Paciente con cáncer en tratamiento antineoplásico oral.

La TA debe ser entendida como el paso de una fase a otra de la atención al paciente (Figura 1.1.), y comprende procesos que van desde su ingreso hasta su alta, y las diferentes situaciones mientras está ingresado y en la que se estiman hasta 24 cambios profesionales por paciente, para una estancia hospitalaria media de 4,8 días (The Joint Commision 2011). Por supuesto hay TA desde el hospital a un Centro Sociosanitario, o de Rehabilitación, o a su domicilio, o a un centro de cuidados paliativos y sus posibles retornos¹³. También ocurre TA al cambiar o modificar un tipo de tratamiento por otro.

Todo cambio en TA genera tensión en el paciente, la familia, los cuidadores y los profesionales que participan, y por ello, para asegurar una transición segura y eficaz de los pacientes, se ha propuesto¹¹ desarrollar protocolos de cuidados, normas de actuación e intervenciones en todas las áreas de la atención hospitalaria y ambulatoria. Así, la Conferencia para el Consenso de las Transiciones Asistenciales celebrada en 2009, propuso estándares para que las mismas se registren, sean coordinadas, responsables y participativas con pacientes y familiares. Con este objetivo se establecen principios como considerar que la TA es única para cada paciente y familia. Las consecuencias de la mala coordinación de las TA genera las siguientes consecuencias¹⁴:

1. Incremento de reingresos en los 30 días post alta hospitalaria
2. Aumento de visitas a urgencias por AAM y otras necesidades
3. Demanda de profesionales de AP en los siguientes 15 días post alta hospitalaria
4. Costes anuales (estimados para EE.UU): de 12 a 44 mil millones de dólares

Una buena planificación de TA debe incluir el intercambio de información interprofesional; la educación para el paciente y su familia; el apoyo o referencia expresa a los recursos del paciente. Estas intervenciones se aplicarán, según el momento y lugar, diferenciando entre tres situaciones: antes del alta, después del alta y las denominadas “puente”. Cualquier práctica desde el hospital a la atención ambulatoria, o viceversa, debe plantearse como norma de consenso pues es garantía de CA del paciente en transición^{11,15}. De este escenario no se puede sustraer que el paciente y su cuidador, sin información suficiente y la comprensión de su enfermedad, de su medicación y necesidades de atención personal, no puede participar plenamente; comprometerse en su cuidado⁴.

1.3.1. Medida de la Calidad en Transición Asistencial.

El posicionamiento de gran parte de la bibliografía incluida en este capítulo, recomienda que Organizaciones Sanitarias y Sociedades Profesionales dispongan de programas, métodos e índices de predicción de riesgo de los pacientes^{4,5} y, en particular, aportando indicadores para la predicción del riesgo de dos de las consecuencias más críticas y costosas que se pueden derivar de la mala gestión de la TA del paciente:

1. Índice LICE, para la predicción del riesgo de reingreso hospitalario.
2. Índice 8Ps, para la predicción del riesgo de sufrir acontecimientos adversos a medicamentos.

En este contexto, es oportuno destacar que en los hospitales de la seguridad social de EE.UU. (Medicare & Medicaid), desde el 1 de octubre de 2012, se evalúan todas las altas de pacientes con el “programa para reducir reingresos de pacientes” con neumonía, IAM y EPOC, entre otras patologías. El objetivo de esta medida, puesto que al menos el 27% de los reingresos son evitables¹⁶, es reducir o eliminar pagos a los hospitales que se excedan en episodios de reingresos. Con este fin se han establecido fórmulas para calcular el exceso de reingresos y su valoración¹⁷.

La métrica utilizada habitualmente para evaluar la calidad de la TA esta encaminada a la medida de los siguientes parámetros:

1. Reducción de reingresos tras el alta;
2. Prevención de AA con significación clínica y
3. Pacientes con Informe de alta
4. Disminución de visitas a los Servicios de Urgencias.

La bibliografía⁴ aporta evidencias sobre estos indicadores de calidad; así, para el primero considera que del 20% de pacientes que reingresan en los siguientes 30 días tras el alta, un 25% de los mismos se podrían evitar con una buena gestión de la TA. Respecto a los AAM destaca la bibliografía descrita que, a las tres semanas del alta, el 20% de los pacientes aún presentan al menos un AAM prevenible. Para el tercer indicador, la variabilidad es amplísima pero se estima que solo disponen de Informe de Alta, entre 12 y el 34% de los pacientes, en “primera visita” tras el alta. Finalmente, los datos sobre visitas a Urgencias son

abundantes y contradictorios, y sin demostrar tendencia clara a la reducción significativa de las mismas a los 30 días tras el alta², por lo que no parece ser buen indicador de calidad para evaluar la TA.

1.4. Transición Asistencial en Pacientes con Antineoplásicos Orales

La TA del paciente con cáncer es, posiblemente, una de las transiciones más difíciles no solo por haber sido calificada como enfermedad crónica especial por la OMS¹⁸ sino porque sus tratamientos y sus objetivos son más dinámicos que en otros pacientes crónicos, al presentar la evolución de su enfermedad situaciones que son paradigma de los tres tipos de tratamientos posibles¹⁹:

1. Tratamiento activo, cuyo objetivo es curar el cáncer.
2. Tratamiento de soporte, cuyo objetivo es prevenir o tratar con eficiencia, lo más rápidamente posible, los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios causados por el tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento.
3. Tratamiento paliativo, con doble objetivo: 1) de soporte o apoyo para aliviar síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, y 2) no curativo sino para tratar que el paciente se sienta cómodo al final de la vida.

El desarrollo de las nuevas terapias orales en el paciente con cáncer, ha ido de la mano del concepto de “cronicidad de esta enfermedad” y representa, actualmente, entre el 30 y el 50 % del conjunto de los tratamientos del cáncer²⁰; además, se calcula que entre el 25 y el 30%, de los cerca de 400 fármacos antineoplásicos en desarrollo, son orales. A esta situación hay que sumar las preferencias de los pacientes por la vía oral, y su aparente simplificación en su administración; aspectos ambos que no reducen la complejidad de la atención al paciente sino que se transpone responsabilidad al entorno del mismo, influenciando esta condición un riesgo no compatible con la alta calidad de cuidado que se requiere para los mismos.

La complejidad mencionada en este tipo de paciente en TA se relaciona con los siguientes factores explicativos: 1) variabilidad en prescriptores (incluidos los oncólogos²¹), y variabilidad en métodos de prescripción (manual, preimpresa y electrónica) con muy diferente perfil, cuantitativo y cualitativo, en los EM al ser este proceso de la cadena terapéutica origen que tienen su origen de la mayoría

de EM que alcanzan y causan daño al paciente²². Pero además, un segundo factor de riesgo en la TA en estos pacientes con cáncer en tratamiento con antineoplásicos orales, es su complicada posología con diferencias en las dosis diarias, en los días de tratamiento, y los días de descanso del ciclo que puede complicarse aún más sigue por los cambiantes criterios de administración respecto a las comidas, entre diferentes fármacos, e incluso para un único día del mismo fármaco. A todas estas situaciones se deben añadir un tercer factor y son las potenciales interacciones con la medicación habitual del paciente y con los alimentos.

El resultado de todas estas potenciales situaciones que viven estos pacientes, es que no menos del 20% de los mismos cambian su plan de administración inicial, por falta de adaptación y adherencia al plan; otras, y generalmente, por la presencia de AAM que requieren: reducción de dosis (hasta 30% de los casos), interrupción temporal del tratamiento (no menos del 10% de los pacientes) o cambio a un nuevo antineoplásico oral (sin datos). Todos los casos descritos, y algunos más, generan cambios que son oportunidades para una TA no segura y con potencialidad para modificar la calidad asistencial del paciente²³.

De acuerdo con el contenido del párrafo anterior, se podría asumir que la atención en TA del paciente en tratamiento con antineoplásicos orales requiere analizar los aspectos relacionados con su situación personal, con los del sistema sanitario al que pertenece, y con los inherentes a la medicación antineoplásica que recibe; es decir, se está ante un nuevo modelo de atención²⁴ porque estos medicamentos presentan nuevos perfiles de tolerabilidad que exigen ajuste de dosis, y porque el paciente asume una responsabilidad hasta ahora desconocida para él y su cuidador.

En este punto de la exposición es importante recordar que los procesos de prescripción, dispensación, información y seguimiento del paciente, en general, presentan alta variabilidad e ineficiencia en sus resultados²³, y que los equipos interprofesionales, habitualmente, no existen o son poco operativos, de modo que la comunicación e información es limitada, a veces nula y asincrónica. De nuevo hay que añadir un nuevo riesgo a la complejidad mencionada de estos pacientes, y es que los cambios en los tratamientos antineoplásicos y de

soporte difícilmente se concilian en su medicación (ni al ingreso, ni al alta, ni en otras TA). Todas estas circunstancias introducen discrepancias y alteran la información que maneja el paciente o cuidador; situación que repercute negativamente en la adherencia al tratamiento prescrito, en los abandonos²⁵ del tratamiento, y en el resultado clínico esperado.

En la Tabla 1.1 se recogen, a modo de resumen, los aspectos más destacables que confieren complejidad a la TA de los pacientes con tratamientos antineoplásicos orales, basados en terapia dirigida o tradicional, y que afectan a su grado de adherencia, abandonos de la terapia y calidad de vida, entre otros.

Tabla 1.1. Variables que confieren complejidad a las Transiciones Asistenciales a Pacientes en Tratamiento con Antineoplásicos Orales.

1. Inherentes al tratamiento antineoplásico, de soporte y otras terapias:
 - a. Estabilidad de la prescripción
 - b. Administración intermitente o discontinua (ciclos de tratamientos).
 - c. Alta frecuencia (>20%) de AAM graves para diferentes órganos y sistemas
 - d. Duración del tratamiento
 - e. Alto coste
 - f. Interacciones potencialmente graves
 - g. Complejidad de cumplimiento
2. Inherentes al paciente:
 - a. Tendencia a la sobreadherencia
 - b. Capacidad para recordar la información proporcionada
 - c. Dificultad para identificar AAM graves
 - d. Angustia psicológica.
 - e. Recursos económicos,
 - f. Abandonos e interrupciones del tratamiento
3. Inherentes al Sistema Sanitario (público y privado)
 - g. Copago y cuantía
 - h. Cultura de Seguridad e
 - i. Información específica documentada
4. Inherentes a los profesionales:
 - j. Capacidad de comunicación profesional-paciente/cuidador
 - k. Exigencia de información continuada y actualizada

Estos aspectos confirman la problemática intrínseca en la TA de los pacientes con cáncer en tratamiento con antineoplásicos orales. Asimismo, explican el que Organizaciones de la implantación e influencia de ASCO, hayan actualizado sus normas de seguridad para la administración de tratamientos del cancer²⁶ para incluir a los antineoplásicos orales. De estas normas, destacar la necesidad de disponer de un documento de apoyo al compromiso del paciente con su tratamiento; la monitorización de la adherencia y de las toxicidades; el análisis de conciliación de la medicación y las interacciones con fármacos y alimentos.

1.5. Conclusión.

La necesidad de formar expertos en transición asistencial, con visión interprofesional, se manifiesta como prioridad clara para la sostenibilidad del Sistema Sanitario, y para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes, especialmente en pacientes de alto riesgo como son los que sufren enfermedades tumorales y reciben antineoplásicos orales.

1.6. Bibliografía

¹ Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de familia. En Gómez Gascón T., Ceitin J. Medicina de Familia. Clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC/CIMF; 1997: 88-98.

² AHRQ Publication No. 11(12)-0059 Revised August 2012 ©2013. MEDLINE®, CINAHL®, PsycINFO®, and Web of Science®.

³ Scheid D, Yeaman B, Nagykaldi Z, et al. Regional Health eDecisions: A Guide to Connecting Health Information Exchange in Primary Care. AHRQ Publication No. 13-0018-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2013.

⁴ Kim, C.S. & Flanders S.A. In the Clinic Transitions of Care. *Annals of Internal Medicine* 5 March 2013. American College of Physicians ITC3-2 ©2013.

⁵ Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román P, López A, Melguizo M, et al. Documento de consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 2011.

⁶ Mixon, AS, Amy P. Myers PharmD Cardella L. Characteristics Associated With Postdischarge Medication Errors. *Mayo clinical proceeding* 3 July 2014, 1-10.

⁷ Medication at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. AHRQ Publication No. 11(12)-0059 Revised August 2012

⁸ Rennke, S, Nguyen, O.K., Shoeb, M.H. et al. Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a patient Safety Strategy A Systematic Review *Ann Intern Med.* 2013;158:433-440.

⁹ Vallejo Maroto I, Fernández Moyano A. Continuidad asistencial en el paciente pluripatológico. *Med Clin (Barc).* 2012. doi:10.1016/j.medcli.2012.01.017

¹⁰ Climente M, García E, Artero A. et al. Potential Risk of Medication Discrepancies and Reconciliation Errors at Admission and Discharge from an Inpatient Medical Service. *Annals of Pharmacotherapy* 2010. Vol 44:1747-54

¹¹ Snow, V, Beck, D, Budnitz, T et al. 2009. Transitions of Care Consensus Policy Statement, American College of Physicians: Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, Society of Academic Emergency Medicine. *Journal of General Internal Medicine* 24(8): 971-6.

¹² <http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=441267>

- ¹³ Hohmann, C; Neumann-Haefelin,T;Klotz, M et al. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Article first published online: 18 FEB 2014. DOI: 10.1111/jcpt.12140
- ¹⁴ Dreyer T. Care Transitions: Best Practices and Evidence-based Programs . ©Center for Healthcare Research & Transformation. Univ. Michigan, January 2014.www.chrt.org (acceso febrero 2014)
- ¹⁵ Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2013;158:397-403.
- ¹⁶ van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011;183:E391-402.
- ¹⁷ Section 3025 of the Affordable Care Act added section 1886(q) to the Social Security Act establishing the Hospital Readmissions Reduction Program, for discharges beginning on Oct 1, 2012.
- ¹⁸ Enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. Acceso en diciembre de 2014 en: [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/].
- ¹⁹<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/transitionalcare/Patient/page>
- ²⁰ Highland J, Clemens H, et al. Mandated benefit review of SB 1070: An act relative to oral cancer therapy. *Compass Health Analytics*, 2012, www.mass.gov/chia/docs/r/pubs/12/mb-oral-cancer-therapy.doc.
- ²¹ Conde-Estevez D, Salas E, Albanell J. Survey of oral chemotherapy safety and adherence practices of hospitals in Spain. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:1236-44
- ²² Radley, DC; Wasserman, MR; Olsho, LEW. et al.Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems.*J Am Med Inform Assoc* 2013;20:470-476. doi:10.1136/amiainl-2012-001241
- ²³ Bourmaud A, Pacaut C, Melis A, et al. Is oral chemotherapy prescription safe for patients? A cross-sectional survey. *Ann Oncol*. 2014;25:500-4.
- ²⁴Wachter RM; Pronovost PJ and Shekelle PG. Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures. Editorial. *Annals of Internal Medicine* Volume 158, N°5 (Part 1), 350-52. 5 March 2013.
- ²⁵ Blesser, S. Schwartzberg L. Husain N et al. Patient and Plan Characteristics Affecting Abandonment of Oral Oncolytic Prescriptions. *JOP* 2011 vol. 7, Issue 3S, 41-51
- ²⁶Neuss, MN, Polovich, M, McNiff, K et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 40, No. 3, May 2013, 225-233

Capítulo 2

Prescripción Oncológica en Transición Asistencial

Dr. Daniel Almenar Cubells

Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

2.1 Introducción	30
2.2. Quimioterapia antineoplásica, dirigida y hormonal.	32
2.3. Prescripción de antineoplásicos.....	36
2.3.1. <i>Paciente en Tratamiento con antineoplásicos orales. Caso Clínico.</i>	39
2.4. Retos Interprofesionales en Transición Asistencial	40
2.5. Conclusión	42
2.6. Bibliografía	42

2.1 Introducción

El objetivo asistencial en los pacientes con enfermedad tumoral pretende, a través de intervenciones terapéuticas, modificar el curso natural de su enfermedad para conseguir una mayor supervivencia y/o mejor calidad de vida. Es decir, diagnóstico, tratamiento y resultados.

La quimioterapia antineoplásica o, más propiamente, los fármacos antineoplásicos se han formulado tradicionalmente para su administración intravenosa (IV), generalmente en perfusión. Dado su estrecho margen terapéutico y su peligrosidad para el paciente y el personal sanitario, es habitual su preparación y su administración en ambiente hospitalario protegido, aún en el caso de pacientes ambulatorios.

La administración IV en el ámbito institucional, así como su prescripción, el esquema terapéutico, las dosis y la respuesta están sujetas a varios niveles de evaluación y control. En tanto que en la administración de quimioterapia oral, el paciente es más probable que sea susceptible de errores, falta de adherencia y aumento de efectos adversos como resultado de una falta de atención coordinada.

Aunque no existen publicaciones que comparan errores de quimioterapia que se producen con administración oral versus IV, los problemas más habituales con la administración oral incluyen dosificación incorrecta y seguimiento limitado, que puede conducir a infradosificación o sobredosificación, morbilidad y toxicidad grave^{1,2}.

El manejo seguro de la quimioterapia oral requiere un análisis en profundidad de este proceso que incluya a prescriptores, dispensadores y administradores, de manera coordinada. Se hace, pues, imprescindible la accesibilidad a la información en todas las actuaciones relacionadas con el paciente, desde el o los médicos que prescriben diferentes tratamientos, a los farmacéuticos implicados en la preparación-dispensación de tratamientos provenientes de diferentes prescriptores, continuando con los responsables de la administración

de los tratamientos (sanitarios, cuidadores, paciente) y acabando con la evaluación de los resultados esperables de dichos tratamientos.

Habitualmente, en el primer contacto con el paciente, los médicos realizamos la historia clínica. En la primera parte de antecedentes preguntamos por la medicación habitual. Si contrastamos esta medicación con el historial farmacoterapéutico del paciente, podremos observar las siguientes discrepancias:

- Los fármacos que dice consumir no se corresponden con los obtenidos del programa de prescripción (GAIA, MPRE en nuestro caso) considerados como “vigentes”. Puede referir no tomar algunos de los fármacos vigentes, como tomar algunos que no están vigentes.
- Las dosis y pauta de administración real no se corresponde con la prescrita.
- Puede tomar fármacos y/o productos de parafarmacia totalmente desconocidos para el personal sanitario.

Así pues, el estudio del proceso de tratamiento con fármacos antineoplásicos orales en pacientes oncológicos, generalmente pluripatológicos y polimedicados, debe conducirnos a descubrir oportunidades de mejora en la prescripción, dispensación, administración y valoración de resultados en estos pacientes. Esta condición se facilita si se manejan conceptos, relativamente modernos, como transición asistencial, conciliación de medicación, adherencia y continuidad de cuidados que están estrechamente relacionados con el aseguramiento y continuidad del tratamiento de los pacientes y que buscan la máxima eficacia y seguridad de los mismos.

Podemos considerar “Transición Asistencial” a cada situación en la que un paciente cambia de profesional sanitario con capacidad de modificar su tratamiento. La transición entre los diferentes niveles asistenciales (hospitalización y asistencia primaria) constituye un proceso de especial riesgo para los pacientes en la aparición de errores de medicación (EM), como consecuencia de la falta de coordinación-integración entre profesionales y el paciente³. Se estima que hasta un 60% de los EM están causados por una inadecuada continuidad farmacoterapéutica y falta de estrategias de conciliación de la medicación⁴. Los EM debidos a transición asistencial son más

habituales tras ingresos o altas hospitalarias; pero pueden producirse también en cada asistencia a Urgencias o durante la hospitalización si intervienen facultativos de diferentes servicios.

La “Conciliación de la Medicación”⁵ se define como un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP)⁶ recomienda realizar la conciliación de tratamientos en el momento del ingreso, en los traslados internos y al alta. Asimismo, se debe considerar la “Adherencia o cumplimentación terapéutica” para valorar el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario⁷.

La denominada “Continuidad de Cuidados y/o tratamiento”, entre atención especializada y atención primaria, tiene como objetivo principal garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes y cuidadores entre niveles asistenciales. En este sentido supone un elemento para la detección de problemas y de refuerzo para la conciliación de la medicación y la adherencia en pacientes frágiles.

2.2.Quimioterapia antineoplásica, dirigida y hormonal.

Durante la última década se ha incrementado notablemente el desarrollo y comercialización de antineoplásicos orales que están representados por cualquier fármaco con actividad antineoplásica, sean citostáticos, derivados hormonales o terapias dirigidas; presentan ventajas respecto a los que se administran por vía IV, pero a su vez adolecen de inconvenientes derivados fundamentalmente de su menor control (Tabla 2.1).

Tabla 2.1. Ventajas e Inconvenientes de los Antineoplásicos Orales

- **Ventajas:**
 1. Comodidad de administración en una patología que tiende a la cronicidad:
 - i. para el paciente y cuidadores
 - ii. evita desplazamientos y pérdida de tiempo

Tabla 2.1. Ventajas e Inconvenientes de los Antineoplásicos Orales (cont.)

- iii. redundante en una mejora de la calidad de vida.
- 2. Menor utilización de recursos de las instituciones sanitarias, tanto estructurales como materiales y personales.
- 3. Diferente perfil de toxicidad y manejo, implicando tanto a los médicos prescriptores como al Médico de Familia.
- 4. Reducción del riesgo de contaminación accidental del personal sanitario.
- **Inconvenientes:**
 - 1. Menor evaluación y control durante la administración
 - 2. Más susceptible de errores
 - 3. Menor adherencia
 - 4. Menor atención coordinada que puede redundar en un aumento de efectos adversos
 - 5. Dosificación incorrecta, por infradosificación o sobredosificación debido a la menor precisión y ajuste de dosis
 - 6. Seguimiento limitado
 - 7. Contaminación ambiental y de paciente (y cuidadores).

La Tabla 2.2. muestra los antineoplásicos orales utilizados en 2014⁸. De todos los antineoplásicos, 1/3 de los citostáticos, 2/3 de la terapia hormonal y casi el 50 % de la terapia biológica dirigida se utilizan por vía oral.

Tabla 2.2. Relación de Fármacos para Quimioterapia antineoplásica tradicional, dirigida y hormonal

Terapia Tradicional		Terapia Hormonal	Terapia Dirigida
Busulfan	Lomustina	Anastrozol	Dasatinib
Capecitabina	Melphalan	Abiraterona acetato	Erlotinib
Chlorambucilo	Mercaptopurina	Bicalutamida	Everolimus
Cyclophosphamida	Methotrexato	Cyproterona	Gefitinib
Etoposido	Mitotano	Diethylstilbestrol	Imatinib
Hydroxycarbamida	Procarbazina	Exemestano	Lapatinib
Idarubicina	Tegafur-uracilo	Flutamida	Lenalidomida
	Temozolomida	Letrozol	Sorafenib
	Tioguanina	Medroxyprogesterona	Sunitinib
	Topotecan	Megestrol acetato	Thalidomida
	Vinorelbina	Tamoxifeno y Toremifeno	Vemurafenib

En una revisión sobre las indicaciones de los fármacos antineoplásicos aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA)⁹, correspondiente a los últimos 4 años (Tabla 2.3.), se constata que el 60 % se utilizan por vía oral.

Tabla 2.3. Fármacos Antineoplásicos: año de introducción e indicación

Año	Fármaco	Indicación
abr-11	Vandetanib (vandetanib)	thyroid cancer
may-11	Afinitor (everolimus)	advanced pancreatic neuroendocrine tumors
may-11	Sutent (sunitinib malate)	pancreatic neuroendocrine tumors
may-11	Zytiga (abiraterone acetate)	prostate cancer
ago-11	Xalkori (crizotinib)	ALK+ non-small cell lung cancer
ago-11	Zelboraf (vemurafenib)	BRAF + melanoma
ene-12	Erivedge (vismodegib)	basal cell carcinoma
ene-12	Inlyta (axitinib)	advanced renal cell carcinoma
abr-12	Votrient (pazopanib)	soft tissue sarcoma
jul-12	Afinitor (everolimus)	hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer
jul-12	Kyprolis (carfilzomib)	multiple myeloma
ago-12	Xtandi (enzalutamide)	metastatic castration-resistant prostate cancer
sep-12	Bosulif (bosutinib)	Ph+ chronic myelogenous leukemia
sep-12	Stivarga (regorafenib)	metastatic colorectal cancer
nov-12	Cometriq (cabozantinib)	metastatic medullary thyroid cancer
dic-12	Iclusig (ponatinib)	chronic myeloid leukemia and Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia
feb-13	Pomalyst (pomalidomide)	relapsed and refractory multiple myeloma
feb-13	Stivarga (regorafenib)	gastrointestinal stromal tumor
may-13	Mekinist (trametinib)	unresectable or metastatic melanoma with BRAF V600E or V600K mutations
may-13	Tafinlar (dabrafenib)	unresectable or metastatic melanoma with BRAF V600E mutation
jun-13	Revlimid (lenalidomide)	mantle cell lymphoma
jul-13	Gilotrif (afatinib)	metastatic non-small cell lung cancer with EGFR mutations
nov-13	Imbruvica (ibrutinib)	mantle cell lymphoma
feb-14	Imbruvica (ibrutinib)	chronic lymphocytic leukemia

Año	Fármaco	Indicación
abr-14	Zykadia (ceritinib)	ALK+ metastatic non-small cell lung cancer
jul-14	Zydelig (idelalisib)	relapsed CLL, follicular B-cell NHL and small lymphocytic lymphoma
abr-11	Vandetanib (vandetanib)	thyroid cancer
may-11	Afinitor (everolimus)	advanced pancreatic neuroendocrine tumors
may-11	Sutent (sunitinib malate)	pancreatic neuroendocrine tumors
may-11	Zytiga (abiraterone acetate)	prostate cancer
ago-11	Xalkori (crizotinib)	ALK+ non-small cell lung cancer
ago-11	Zelboraf (vemurafenib)	BRAF + melanoma
ene-12	Erivedge (vismodegib)	basal cell carcinoma
ene-12	Inlyta (axitinib)	advanced renal cell carcinoma
abr-12	Votrient (pazopanib)	soft tissue sarcoma
jul-12	Afinitor (everolimus)	hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer
jul-12	Kyprolis (carfilzomib)	multiple myeloma
ago-12	Xtandi (enzalutamide)	metastatic castration-resistant prostate cancer
sep-12	Bosulif (bosutinib)	Ph+ chronic myelogenous leukemia
sep-12	Stivarga (regorafenib)	metastatic colorectal cancer
nov-12	Cometriq (cabozantinib)	metastatic medullary thyroid cancer
dic-12	Iclusig (ponatinib)	chronic myeloid leukemia and Philadelphia chromosome positive acute lymphoblastic leukemia
feb-13	Pomalyst (pomalidomide)	relapsed and refractory multiple myeloma
feb-13	Stivarga (regorafenib)	gastrointestinal stromal tumor
may-13	Mekinist (trametinib)	unresectable or metastatic melanoma with BRAF V600E or V600K mutations
may-13	Tafinlar (dabrafenib)	unresectable or metastatic melanoma with BRAF V600E mutation
jun-13	Revlimid (lenalidomide)	mantle cell lymphoma
jul-13	Gilotrif (afatinib)	metastatic non-small cell lung cancer with EGFR mutations
nov-13	Imbruvica (ibrutinib)	mantle cell lymphoma
feb-14	Imbruvica (ibrutinib)	chronic lymphocytic leukemia
abr-14	Zykadia (ceritinib)	ALK+ metastatic non-small cell lung cancer
jul-14	Zydelig (idelalisib)	relapsed CLL, follicular B-cell NHL and small lymphocytic lymphoma

Esta tendencia en su utilización avala la pertinencia de esta Monografía.

2.3. Prescripción de antineoplásicos

La “prescripción” es el acto médico individualizado mediante el que se indica y se documentan los datos del prescriptor, los datos del paciente y del tratamiento además de una acción terapéutica específica¹⁰. La prescripción oncológica tiene como premisa que se realiza a un paciente concreto (edad, comorbilidad, estado funcional, nivel de dependencia), y al que se ha practicado un correcto diagnóstico tumoral (localización de origen del tumor, características histológicas, extensión o carga tumoral, tratamientos previos y situación tumoral actual).

En el Servicio Oncología Médica del Hospital Universitario Dr. Peset, durante el mes octubre 2014 se han tratado 301 pacientes con antineoplásicos, de los cuales el 26,6 % ha recibido tratamiento con algún antineoplásico por vía oral. No disponemos de ningún sistema que permita tener información exacta de la terapia hormonal, lo que incrementaría notablemente el porcentaje de pacientes tratados por vía oral.

En el proceso de prescripción de antineoplásicos, en pacientes con tumores malignos, partimos de la base de una persona enferma al que se le ha realizado un correcto diagnóstico tumoral. Con ello, se indica un esquema de tratamiento o fármacos autorizados para el mencionado diagnóstico. También es posible indicar un tratamiento en ensayo clínico o un tratamiento en uso compasivo, con arreglo a las normativas aplicables en cada caso.

En la prescripción de los antineoplásicos orales cobran especial interés el orden y las condiciones de administración así como la programación de fechas en las que se administra cada medicamento que conforma el esquema terapéutico y las repeticiones de ciclo. Previo a cada administración, en los periodos que se estime pertinente para cada patología y cada paciente, se realiza una valoración clínica y analítica de tolerancia (toxicidad) y eficacia (respuesta tumoral, calidad de vida, etc.).

La confirmación del tratamiento equivale a la firma de la prescripción, lo que permite iniciar los sucesivos procesos de validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento del paciente.

El desarrollo de un esquema terapéutico, para su utilización en la prescripción electrónica, requiere tener en cuenta todas las variables que permitan adaptar dicho esquema a cada paciente que lo precise, con los ajustes de dosis pertinentes. Este formato de desarrollo es útil de igual manera para fármacos que se administren por vía intravenosa, oral o subcutánea, o también para la combinación de fármacos por diferentes vías. Los elementos básicos a considerar en el desarrollo informatizado de un esquema antineoplásico son los siguientes: Acrónimo, Número máximo de ciclos, Periodicidad, Diagnóstico, Días de tratamiento, Combinación de Fármacos, Dosis de cada fármaco y forma de dosificar (por SC, por peso, por AUC, dosis fijas, ...), vehículo a utilizar en cada preparación, vía y modo: oral, intravenosa en bolus, perfusión IV, sc, Tiempo de administración, Terapia de soporte adicional (antieméticos, terapia hidroelectrolítica, GCSF, etc.) y secuencia u orden de administración.

Para los tratamientos IV deberemos incluir observaciones y precauciones de manejo para la enfermería, en tanto que para los antineoplásicos orales o de autoadministración, deberemos incluir precauciones de conservación y uso por el propio paciente o el cuidador. Sin embargo, existen diferencias a tener en cuenta según la vía de administración utilizada. La vía IV permite una mayor precisión en la dosis a administrar, en tanto que la vía oral debe ajustar la dosis prescrita calculada a las presentaciones de comprimidos o cápsulas. Es decir, los tratamientos orales son dispensados en el formato de dosificación del fabricante y no se ejerce control profesional de la administración, que corre a cargo del propio paciente o del cuidador, mientras que los tratamientos antineoplásicos IV se preparan en Cabina de Seguridad Biológica y son administrados de manera controlada por enfermería en ambiente hospitalario (mayoritariamente en hospital de día).

La administración de quimioterapia IV suele durar un máximo de 5 días por ciclo (habitualmente cada 14, 21 o 28 días). Es más habitual que los antineoplásicos orales se administren más de 7 días por ciclo, muchos de ellos son de administración diaria continua. En consecuencia, la adherencia a los tratamientos IV es muy superior a los tratamientos orales.

Tanto el control de la administración como la coordinación interprofesional en el hospital o con la Asistencia Primaria o la Conciliación de Tratamiento son deficientes cuando se utiliza la vía oral. Por ello, el diagrama de procesos integrados establecidos para los tratamientos IV, centrado en el paciente, permite un control exhaustivo de todo el proceso, con controles de la prescripción, de la preparación y de la administración a varios niveles, así como del seguimiento del paciente, estableciendo formas de evaluación de resultados (tolerancia y eficacia).

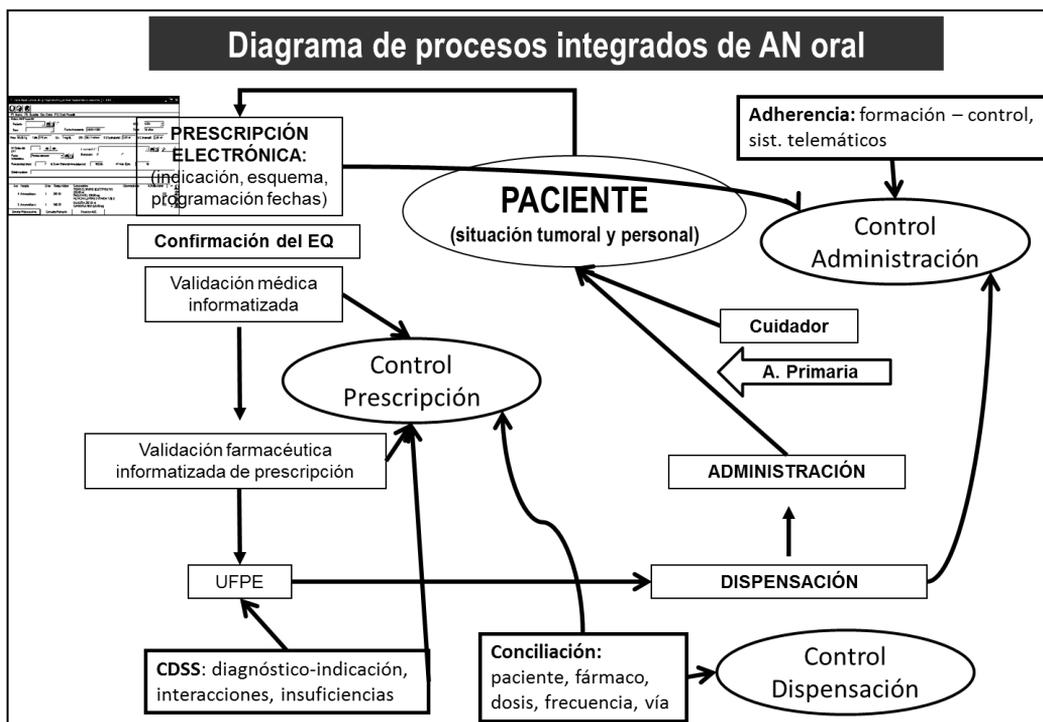


Figura 2.1. Diagrama de Procesos Integrados para Antineoplásicos Orales

La utilización de antineoplásicos por vía oral requiere una prescripción similar a la de los antineoplásicos iv, por facultativos entrenados en el manejo de estos fármacos¹¹, y va a estar exenta de la preparación en Farmacia, sustituyéndose este proceso por la dispensación. Ello implica la pérdida de algunos controles internos establecidos entre diferentes estamentos.

También se elimina la administración por personal especializado, pasando este proceso a ser realizado por el propio paciente o su cuidador. Así pues, el auge de los antineoplásicos orales nos plantea nuevos retos en los controles de seguridad y calidad de la prescripción, de la dispensación, de la administración y de la evaluación de resultados, tal y como se recoge en la Figura 2.1.

2.3.1. Paciente en Tratamiento con antineoplásicos orales. Caso Clínico.

La mejor manera de descubrir los problemas de la transición asistencial es analizando las acciones y las prescripciones de medicación ambulatoria (mayoritariamente oral) y de terapia antineoplásica oral en una paciente al azar, con las siguientes características:

Mujer de 46 años. En tratamiento por ansiedad como único antecedente destacable. Diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama, receptores hormonales positivos, HER2 negativo. cT3 cN1 Mo. Recibió quimioterapia neoadyuvante con 4 ciclos de esquema FEC seguidos de otros 4 ciclos con Docetaxel. A continuación se le practicó mastectomía radical modificada, estadiándose tras la cirugía como pT1N1Mo, por lo que recibió radioterapia y hormonoterapia adyuvantes. Posteriormente presentó metástasis única en sistema nervioso central, que fue intervenida, y metástasis óseas y hepáticas. Recibió una primera línea de tratamiento con quimioterapia intravenosa y, a la progresión, sucesivamente capecitabina y una 3ª línea con Everólimus + Exemestano.

En Figura 2.2. podemos observar las prescripciones ambulatorias realizadas a la paciente, tanto por Asistencia Primaria (AP) como por Atención Especializada (AE) de fármacos no antineoplásicos (NO AN) y la prescripción de quimioterapia antineoplásica oral (AN). La dispensación en las Unidades de Farmacia de Pacientes Externos (UFPE) permite realizar el control de la prescripción y la conciliación de tratamientos.

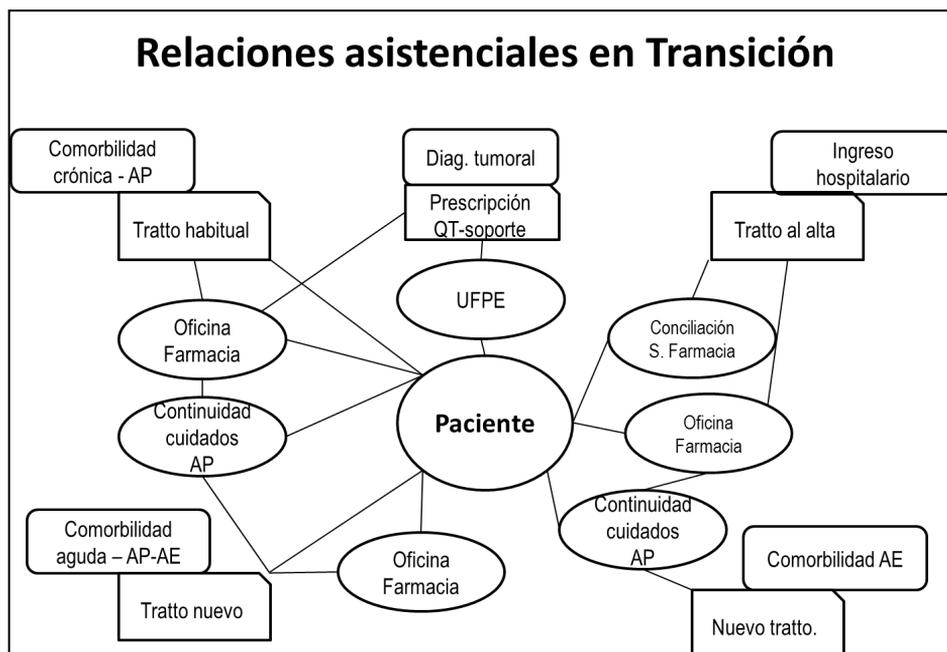


Figura 2.2. Oportunidades de Conciliación entre Asistencia Especializada y Primaria

2.4. Retos Interprofesionales en Transición Asistencial

Con todo lo anteriormente descrito, se pueden describir algunos de los problemas o retos con los que nos enfrentamos, incluido el que cualquier información debe incorporarse a la historia clínica del paciente.

1. La comunicación de la información clínica:
 - a. En cada cambio clínico-terapéutico.
 - b. En papel o en sistemas informáticos comunicados.
 - c. Telefónica en situaciones urgentes.
 - d. Información concisa (parametrizada o codificada).
 - e. Accesible a los profesionales sanitarios implicados en la atención, en función de su actividad profesional.
2. En cuanto a la comunicación de la prescripción, es importante:
 - a. Historia farmacoterapéutica continuamente actualizada (incluir parafarmacia).
 - b. En el mismo sistema informático o sistemas comunicados, en tiempo real.
 - c. Accesible a los profesionales sanitarios implicados en la atención, en función de su actividad profesional.

- d. Si la prescripción se realiza en papel, incorporar al sistema informático común en el momento de la dispensación. De esta manera todos los profesionales dispondrían de la historia farmacoterapéutica actualizada.
 - e. Conciliación de tratamientos: farmacéutico, médico o enfermería. Comunicación y resolución de las discrepancias.
3. En las interacciones¹² y efectos adversos entre los antineoplásicos orales y los fármacos no antineoplásicos debemos tener en cuenta:
 - a. Limitación de uso debido a comorbilidad del paciente.
 - b. Incremento de toxicidad cruzada entre antineoplásicos y otros fármacos.
 - c. Interferencia de actividad (aumento o disminución de efecto) debido a citocromos.
 - d. Interferencia con alimentación.
4. En este sentido, conviene resaltar la necesidad de información y formación sobre interacciones y efectos adversos, precauciones y controles al personal sanitario, al paciente y al cuidador, documentada y accesible en cualquier momento.
5. Cuando se utilizan Sistemas de Soporte a las Decisiones Clínicas deben activarse alertas por comorbilidad limitante, toxicidad sumatoria o interferencia.
6. Control de la Adherencia¹³ al tratamiento, con medidas directas de marcadores biológicos del paciente o mediante la detección de la presencia de las sustancias prescritas o sus metabolitos en la sangre o la orina. Tales métodos son caros y no tendrían en cuenta el uso intermitente de la medicación. Actualmente solo utilizable en estudios clínicos. Con medidas indirectas, como Hojas de registro: fármaco, dosis, horario, etc., que el paciente aporta a la consulta; entrevistas semi-estructuradas y otros métodos, como devolución de envases, sistemas telemáticos, etc.
7. La administración de antineoplásicos orales en el domicilio del paciente pone en evidencia la necesidad de un Registro de Efectos Adversos, asequible desde A. Primaria y A. especializada, dado que estos fármacos presentan perfiles de toxicidad diferentes a la quimioterapia iv convencional y que los pacientes pueden requerir frecuentes visitas en su Centro de Salud.
8. Uno de los retos importantes en la era de la informatización es la de obtener de manera automatizada Indicadores de Resultados que permitan conocer la efectividad de los nuevos tratamientos, incluidos los orales.

9. Por último, dado que existen sistemas de control de residuos de antineoplásicos en el ámbito hospitalario, deben desarrollarse Sistemas de control y manipulación de residuos¹⁴ de antineoplásicos orales a nivel ambulatorio, que reduzcan el riesgo de contaminación accidental tanto del personal sanitario como del paciente y/o cuidador.

2.5. Conclusión

El diagrama de procesos integrados de Antineoplásicos Orales descrito, es herramienta prioritaria para los pacientes con estos tratamientos ya que facilita sus transiciones asistenciales e identifica oportunidades claras de mejora en las relaciones interprofesionales, que redundan en la seguridad del paciente, y en la optimización de resultados clínicos.

2.6. Bibliografía

¹ Schulmeister L: Chemotherapy medication errors: Descriptions, severity, and contributing factors. *Oncol Nurs Forum* 26:1033-1042, 1999

² National Patient Safety Agency: Oral anti-cancer medicines: Risks of incorrect dosing. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59880>

³ Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patients safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.

⁴ Rozich J, Resar R. Medication safety: one organization's approach to the Challenger. *J Clin Outcomes Manag*. 2001;8:27-34.

⁵ INFAC Información farmacoterapéutica de la comarca. <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>. Intranet Osakidetza - <http://www.osakidetza.net>

⁶ ISMP-España. Boletín nº 34 (2011): Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%C3%ADn%20n%C2%BA%2034%20%28Diciembre%202011%29.pdf>

⁷ Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>

⁸ <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertreatment/Treatmenttypes/Treatmenttypes.aspx>. Acceso 10/11/2014

⁹ <https://www.centerwatch.com/drug-information/fda-approved-drugs/therapeutic-area/12/oncology>. Acceso 10/11/2014

¹⁰ Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE del 20 de enero de 2011.

¹¹ R. Colomer, E. Alba, A. González-Martin, L. Paz-Ares, M. Martín, A. Llombart, Á. Rodríguez Lescurre, J. Salvador, J. Albanell, D. Isla, M. Lomas, C. A. Rodríguez, J. M. Trigo, J. R. Germà, J. Bellmunt, J. Tabernero, R. Rosell, E. Aranda, R. Cubedo, J. Baselga, On behalf of the Spanish Society of Medical Oncology. Treatment of cancer with oral drugs: a position statement by the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM). *Ann Oncol* (2010) 21 (2): 195-198. doi: 10.1093/annonc/mdp595.

¹² Scripture, C. D. & Figg, W. D. Drug interactions in cancer therapy, *Nature Reviews Cancer* 6, 546–558 (2006).

¹³ Bassan F, Peter F, Houbré B, Brennstuhl MJ, Costantini M, Speyer E & Tarquinio C. Adherence to oral antineoplastic agents by cancer patients: definition and literature review. *European Journal of Cancer Care* (2014) 23: 22–35

¹⁴ Susan Goodin, Niesha Griffith, Beth Chen, et al. Safe Handling of Oral Chemotherapeutic Agents in Clinical Practice: Recommendations From an International Pharmacy Panel. *Journal of Oncology Practice* 2011, 7: 7-12.

Capítulo 3

Atención Farmacéutica en la Transición Asistencial al Paciente con Terapia Antineoplásica Oral

María Queralt Gorgas Torner

*Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell.
Prof. Asociado Farmacología. Facultad de Medicina UAB.*

Juan Antonio Schoenenberger Arnáiz

*Jefe de Servicio de Farmacia Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.
Prof. Asociado de Farmacología. Facultad de Medicina. UdL*

3.1. Introducción	44
3.2. Actividades a realizar por el farmacéutico clínico	45
3.2.1. Participación de los farmacéuticos clínicos en el seguimiento del paciente con terapia antineoplásica oral	47
3.3. Resultados de un Programa de Atención Farmacéutica al Paciente con Terapia Antineoplásica Oral.	49
3. 4. Conclusión	51
3.5. Bibliografía	52

3.1. Introducción

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial que debido a los avances en terapéutica oncológica se ha conseguido que esta enfermedad pueda considerarse como crónica, ya que se ha logrado, en determinados pacientes y patologías, la remisión o incluso la curación de la enfermedad.¹

En otra dimensión, estos tratamientos son cada vez más complejos, con efectos secundarios importantes que requieren de una monitorización y seguimiento continuo del paciente, a corto, medio y largo plazo según su evolución. Esta realidad requiere un abordaje interdisciplinar donde el farmacéutico tiene un rol fundamental en la búsqueda de los mejores resultados posibles² en la atención al paciente, a través de la monitorización y optimización de la quimioterapia, la farmacoterapia adyuvante y la farmacoterapia de base que utilizan los pacientes, desde la aparición de los primeros síntomas hasta las etapas avanzadas de la enfermedad.³

Los pacientes con cáncer reciben tratamientos antineoplásicos de estrecho margen terapéutico que pueden comportar importante morbimortalidad asociada a la de la enfermedad, y necesidad de individualización posológica sin excluir la posibilidad de errores de medicación de alta gravedad. A estas situaciones se suman los fármacos concomitantes que, por otras enfermedades del paciente, requieren estricto seguimiento interprofesional para evaluar la tolerabilidad a los mismos y minimizar o evitar la presencia de acontecimientos adversos a medicamentos (AAM). Todos estos aspectos refuerzan la necesidad de constituir un equipo interdisciplinar en el que esté plenamente integrado el farmacéutico clínico, desarrollando el concepto de Atención Farmacéutica (AF) orientado al paciente oncológico.⁴

3.2. Actividades a realizar por el farmacéutico clínico

Las actividades del farmacéutico clínico ante el paciente oncológico se centran en la individualización del tratamiento para garantizar su efectividad, y en la prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) para mejorar la seguridad del paciente.³ Estas actividades se realizan en el entorno de la entrevista clínica, construyendo un marco de relación profesional que contemple las necesidades del enfermo y cuidadores con los objetivos del equipo terapéutico.⁵ Con este modelo de decisiones compartidas, se pretende que el paciente y sus cuidadores participen en las decisiones de tratamiento para garantizar su adherencia y conseguir mejores resultados terapéuticos.^{3,6}

En este contexto, las actividades a realizar por el farmacéutico clínico durante la primera visita del paciente, han sido descritas en diferentes publicaciones^{7,8} y recogidas en la Tabla 3.1.:

Tabla 3.1. Actividades del Farmacéutico Clínico en la Consulta

Primera Visita:

- Revisión de la historia clínica y de la historia farmacoterapéutica del paciente
- Validación del tratamiento comprobando datos del paciente, protocolo de tratamiento prescrito según diagnóstico y características del paciente, cálculo de dosis y ajuste si es necesario, condiciones y precauciones de administración, periodicidad del tratamiento, medicación concomitante necesaria, condiciones de estabilidad, conservación, etc.
- Conciliación del tratamiento para detectar interacciones potenciales con el tratamiento habitual, con terapias alternativas y con alimentos
- Intentar establecer un plan farmacoterapéutico simplificado para favorecer la adherencia
- Dispensación del tratamiento
- Información al paciente, oral y escrita, sobre el fármaco dispensado, pauta terapéutica, forma de administración y condiciones de conservación, evaluando el grado de comprensión de la información, durante la entrevista o al final de ella

- Facilitar y reforzar información referente a los efectos adversos más frecuentes o más relevantes desde el punto de vista clínico, y sobre cómo reaccionar en caso de que aparezcan durante el tratamiento
- Ofrecer consejos nutricionales y/o dermatológicos si se requiere
- Facilitar un teléfono de contacto para realizar consultas

Visitas sucesivas:

- Revisión historia clínica y farmacoterapéutica. Valoración efectividad tratamiento
- Dispensación del tratamiento
- Seguimiento de las toxicidades específicas de los esquemas terapéuticos y evolución de los cuidados
- Seguimiento de la adherencia al tratamiento
- Resolución de dudas o consultas del paciente o familiares

La información al paciente requiere una evaluación de sus necesidades, su habilidad de comprensión y su nivel de ansiedad, así como identificar el papel de la familia/cuidador en su atención. En los pacientes con cáncer en tratamiento con antineoplásicos orales, debe asegurarse de que el paciente es capaz de entender y asimilar toda la información referente a la medicación ya que a menudo suelen ser esquemas con combinación de diferentes fármacos, a diferentes dosis, y en muchas ocasiones, con combinación de presentaciones en diferentes formatos de dosis y administración en tiempos intermitentes.⁷

Otro de los aspectos clave en la consulta es conseguir la implicación activa del paciente y cuidador en la farmacoterapia para identificar situaciones que modifiquen su calidad de vida, para alcanzar una buena adherencia al tratamiento (ver Capítulo 5 de la Monografía), y en definitiva para garantizar una mayor eficacia y minimizar la aparición de AAM. Insistir en que una buena adherencia al tratamiento es el principal factor pronóstico independiente de respuesta.⁹

Finalmente, el farmacéutico clínico debe documentar sus actuaciones e intervenciones dejando constancia, a ser posible, en la historia clínica porque estos registros deben formar parte de cualquier programa institucional de evaluación de resultados en salud en el paciente oncológico, y deben ser

utilizados por el equipo asistencial, incluidos los profesionales médicos, farmacéuticos y enfermería de atención primaria (AP) y de la farmacia comunitaria (FC).

3.2.1. Participación de los farmacéuticos clínicos en el seguimiento del paciente con terapia antineoplásica oral

El cáncer y su tratamiento están experimentando un enfoque básicamente ambulatorio y por lo tanto con crecientes características de cronicidad, para ser considerados pacientes crónicos complejos (PCC). Por otro lado la irrupción de los tratamientos antineoplásicos de administración oral, acompañados de sus correspondientes medicamentos de soporte para tratar o prevenir los efectos secundarios que producen, contribuyen a aumentar la polimedicación autogestionada de los pacientes oncológicos.

Un Programa de Atención Farmacéutica Integrada (PAFI)¹⁰, que ha demostrado sus bondades en patologías crónicas como la EPOC o la IC, podría también tener éxito en el enfermo con cáncer. La hipótesis de partida es que la implantación de un PAFI en el ámbito oncológico podría mejorar la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y disminuir el consumo de recursos sanitarios. La principal diferencia entre ambos tipos de pacientes es que organizativamente el circuito es más complejo en este caso ya que el médico responsable es un especialista en Oncología, y el farmacéutico del equipo asistencial es el del hospital; todo ello sin que pueda ni deba prescindirse de los profesionales de atención primaria, ya que el propio hecho de la cronicidad va a condicionar una frecuentación del ámbito de la AP. Estos hechos condicionan los roles que cada profesional de la farmacia podría asumir en un hipotético PAFI enfocado al paciente oncológico, que conceptualmente no deberían diferir de los establecidos por nuestro grupo en un estudio anterior.¹⁰

Papel del Farmacéutico Comunitario (FC)

La mayoría de los medicamentos que toma un paciente con cáncer son dispensados por la farmacia comunitaria (analgésicos, psicofármacos, heparinas, fitoterapia) de modo que su actuación en el proceso encaja con la descrita en la figura 1. El cambio principal es que debe enfocar su papel con un

conocimiento de los problemas de salud del paciente con cáncer y del impacto que los antineoplásicos que se le dispensan en el hospital tiene sobre el resto de medicación, para participar en la resolución o mitigación de problemas existentes (dolor, ansiedad, riesgo de trombosis), y educar sobre los potenciales problemas causados por la nueva medicación. Sin embargo, para que el FC pueda desarrollar estas tareas, el camino por recorrer es largo y complicado para que sea posible su generalización que, sin duda beneficia al Sistema Sanitario y a los pacientes.

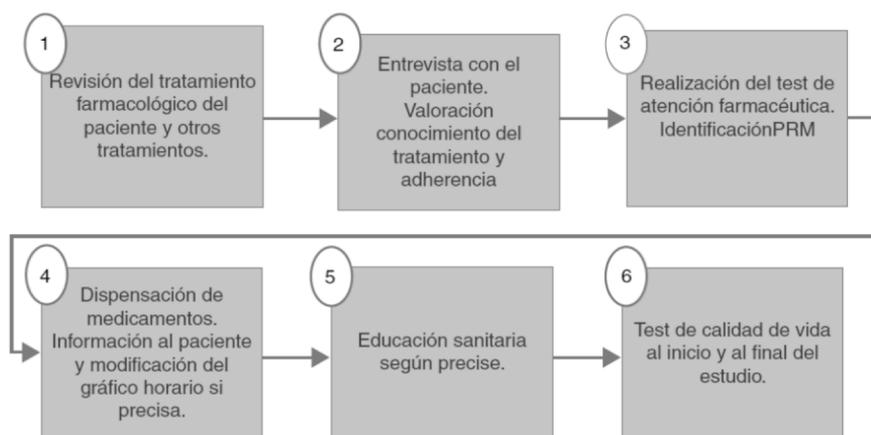


Figura 3.1. Intervención del farmacéutico comunitario

Papel del Farmacéutico de Atención Primaria (AP)

La figura 2 muestra la secuencia de actuaciones del farmacéutico de AP en un programa de AF integrada,¹⁰ adaptada en los puntos 1 a 4 (reduciéndolos) y destacando los puntos 5 y 6, para la AF a pacientes con tratamientos antineoplásicos orales. Pensamos que el farmacéutico de AP debería tener un papel mucho más activo en el tratamiento de estos pacientes y como garante de la continuidad asistencial del paciente oncológico, asumiendo un verdadero papel de enlace entre las estructuras de atención especializada (AE) y AP.

Esta función pasa por un compromiso en actuaciones centradas en el paciente, aprovechando las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs), fundamentalmente la historia clínica

compartida en algunas Comunidades como Galicia y Cataluña que viven una situación excepcional para abordar las tareas de coordinación y enlace descritas.

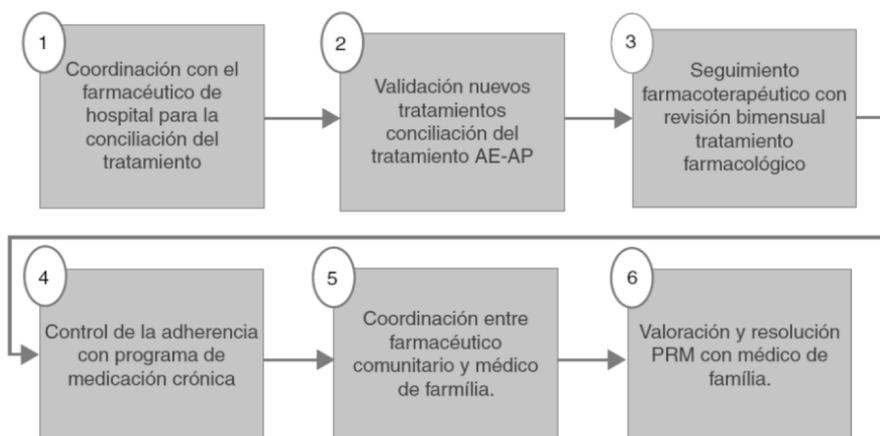


Figura 3.2. Intervención del farmacéutico de Atención Primaria

El farmacéutico de AP y el de FC necesitan formación para el conocimiento de los protocolos de consenso, guías farmacológicas en vigor y colaboración interprofesional para asumir tareas de formación específica en Oncología Farmacéutica, al igual que los médicos de AP.

3.3. Resultados de un Programa de Atención Farmacéutica al Paciente con Terapia Antineoplásica Oral.

Los programas de AF en el paciente oncológico se enfocan de forma preferente a detectar PRM, evitar errores de medicación, y prevenir los resultados negativos relacionados con el uso de medicamentos. Mientras que el objetivo del equipo médico es mejorar la supervivencia del enfermo garantizando un nivel de calidad de vida aceptable. Sin duda, los programas de AF también participan de este objetivo pero es necesario que incorporen medidas de resultados en salud, relacionadas con la efectividad del tratamiento, que puedan ser de utilidad para todos los componentes del equipo interprofesional.¹¹

El programa de AF implantado en el hospital Arnau de Vilanova de Lérida valoró la efectividad, en condiciones de práctica clínica real, de los tratamientos del carcinoma de pulmón no microcítico (CPNM), metastásico o localmente avanzado. Todos los pacientes debían cumplir las indicaciones de ficha técnica de erlotinib o gefitinib en primera línea y mutación de EFGR; mientras que para erlotinib se reservó la 2ª línea de tratamiento, independientemente de la indicación (mutación o mantenimiento). El fin principal era disponer de una base objetiva para tomar una decisión sobre cuál de los dos inhibidores de tirosina kinasa debería usarse como primera opción para el tratamiento del CPNM.

El seguimiento de la efectividad y seguridad de los tratamientos se realizó durante las visitas mensuales de los pacientes, a la Unidad de Farmacia de Pacientes Externos, por un farmacéutico clínico experto en oncofarmacia. En la entrevista al paciente se registra en la historia clínica electrónica datos sobre su evolución clínica y los relacionados con la aparición de AAM e incidencias de dispensación (fechas y número de dosis). Periódicamente los farmacéuticos del área sanitaria, el responsable del servicio de farmacia y el oncólogo, analizan los datos recogidos y consensuan la valoración de la respuesta en términos de estabilidad o progresión de la enfermedad y toxicidad, entre otros.

La población de pacientes con CPNM que iniciaron tratamiento con erlotinib o gefitinib entre septiembre de 2010 y diciembre de 2014, y lo mantuvieron durante un mínimo de 20 días, se valoraron utilizando como variable principal la supervivencia libre de progresión (SLP), definida como el tiempo que transcurre entre el inicio del tratamiento y la aparición de nuevas lesiones, éxitus, o toxicidad que obliga a suspender el tratamiento. Durante el periodo de seguimiento (1307 días) finalizaron tratamiento 46 pacientes: por progresión 31 (56%), por éxitus 13 (24%) y por toxicidad 2 (4%); al concluir el seguimiento, 9 pacientes (16%), continuaban con tratamiento. La adherencia se estimó correcta (>90%) en todos los pacientes excepto en 2.

De los 67 pacientes tratados, se excluyeron 12 por utilizar dosis no aprobadas y/o no disponibilidad de datos clave. De los 55 restantes, 41(74,5%) recibieron erlotinib pero 28 no tenían mutación en el EFGR. 27 pacientes (49%) de la

población presentaban mutación del EGFR siendo 13 tratados con erlotinib y 14 con gefitinib.

La mediana de la SLP en el conjunto de la cohorte, independientemente de la línea de tratamiento, fue de 110 días (IC95%: 91-129). La mediana de la SLP, independientemente del fármaco usado, fue de 204 días en el grupo de pacientes mutados, y de 90 días en los “wild type” (HR =0,36, IC95%: 0,20-0,68). En los pacientes tratados con erlotinib no se encontraron diferencias significativas en la SLP entre no mutados y mutados. En los pacientes mutados la SLP no presentó diferencias significativas entre los tratados con erlotinib y los tratados con gefitinib.

Este programa de AF evidencia, además, pérdida de información clínica relevante por ausencia de sistematización de los registros. Asimismo, identifica la necesidad de llevar a cabo tareas de conciliación de la medicación en cada visita.

Los datos recogidos son contundentes en algunas de las diferentes dimensiones que influyen sobre la calidad de la continuidad asistencial del paciente, y el resultado óptimo esperado de su tratamiento. Ambos hallazgos confirman que los programas de AF aportan valor a la evaluación de los resultados en salud. En esta misma línea se debe destacar el trabajo que actualmente lleva a cabo GEDEFO, en el marco de la SEFH, como referencia imprescindible para el desarrollo e implementación de este tipo de programas.¹³

3. 4. Conclusión

El seguimiento farmacoterapéutico y la gestión integral del paciente con cáncer, en tratamiento con terapia antineoplásica oral, debe implementarse de manera integrada y continua entre los equipos de atención primaria y de atención especializada, con criterios compartidos para ofrecer al paciente la mejor atención disponible. En este contexto, la atención farmacéutica debe ser transversal en todos los niveles de atención.

3.5. Bibliografía

¹ American Cancer Society. Disponible en: <http://www.cancer.org>.

² Conde D, Salas E, and Albanell J. Survey of oral chemotherapy safety and adherence practices of hospitals in Spain. *Int J Clin Pharm*. 2013; 35: 1236 - 44.

³ López Álvarez R, Silva Castro MM. El rol del profesional farmacéutico en la oncología y la prevención del cáncer de ovario. Revisión sistemática de la literatura científica. *Rev OFIL* 2012;22(2):85-102

⁴ Cavero E, Climente C, Navarro MC, Jiménez Torres NV. Evaluación de la calidad de dos modelos de atención farmacéutica en pacientes oncohematológicos. *Farm Hosp* 2007; 31:231-7.

⁵ Döhler N, Krolop L, Ringsdorf S, Meier K, Ko, YD, Kuhn W, et al. Task allocation in cancer medication management-integrating the pharmacist. *Patient Educ Couns* 2011; 83(3):367-74

⁶ Tuneu L, Silva Castro MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2008; 10(3):120-130. Coulter A. *Engaging patients in Health-care*. Berkshire; Open University Press. McGraw-Hill Education 2011

⁷ Leveque D, Delpeuch A, Gourieux B. New anticancer agents: role of clinical pharmacy services. *Anticancer research* 2014;34:1573-8

⁸ Fort E, Muñoz C, Rey M, et al. Modelo de práctica asistencial orientado al paciente oncológico. En: VV.AA. *Monografías de Farmacia Hospitalaria: Comprometidos con el paciente (nº2)*. Barcelona: Bayer Hispania SL, 2014

⁹ Ibrahim AR, Eliasson L, Apperley JF, et al. Poor adherence is the main reason for loss of CC y R and imatinib failure for chronic myeloid leukemia patients on long-term therapy. *Blood*, 2011; 117(14):3733-6.

¹⁰ Gorgas MQ, Paez F, Camós J, de Puig E, Jolonch P, Homs E, Schoenenberger JA, Codina C, Gómez-Arbonés J. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp* 2012;36(4):229-39

¹¹ IOM (Institute of Medicine). 2013. *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a new course for a system in crisis*. Whashington, DC: The National Academies Press

¹² Ribeol-Sanchez A, Escudero-Vilaplana V, Gonzalez-Haba E y cols. Programa integral de atención farmacéutica al paciente en tratamiento con antineoplásicos orales. *El Farmacéutico de Hospitales* 2013; 202: 5-13.

¹³ GEDEFO 2009. Documento de consenso sobre el uso de antineoplásicos orales. Disponible en http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/consenso_gedefo_antineoplasicos_orales.pdf.

Capítulo 4

La Enfermería en la Transición Asistencial

M. Sacramento Ruiz de la Hermosa Lara
Inmaculada López Caballero
Mónica Tallón Guerola

Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

4.1. Introducción	54
4.2. Actividades de la Enfermería Oncológica	54
4.2.1. <i>Limitaciones para una correcta Transición Asistencial por</i> <i>Enfermería</i>	56
4.3. Administración de Tratamientos Antineoplásicos Orales	58
4.3.1. <i>Utilización de antineoplásicos orales en nuestro medio</i>	60
4. 4. Conclusión.....	62
4.5 Bibliografía	62

4.1. Introducción

La Continuidad Asistencial es área prioritaria para enfermería porque participa del objetivo de limitar al máximo la fragmentación de la atención al paciente entre niveles asistenciales. En concreto, esta actividad profesional ha consolidado dos figuras, tan clásicas como conocidas:

1. Enfermera de enlace/Gestora de casos, cuya misión es garantizar la continuidad de la asistencia, facilitando la coordinación entre estamentos y entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), inmediatamente tras el alta hospitalaria del paciente.
2. Enfermera de referencia, para el momento del ingreso hospitalario y cuya misión es valorar e identificar las necesidades del paciente, diseñar el Plan de Cuidados, planificar las intervenciones necesarias, y evaluar los resultados alcanzados; asimismo, establecer los canales necesarios para garantizar la continuidad asistencial cuando el paciente sea dado de alta, a través de la enfermera gestora de casos.

No obstante lo expuesto, y aunque se están desarrollando modelos específicos para diferentes patologías crónicas, falta mucho para conseguir que el modelo integral de atención al paciente, que contempla ambas figuras, se encuentre implantado en todas las áreas y diagnósticos, como sería el caso del paciente oncohematológico, en particular con tratamientos antineoplásicos orales.

Además, este modelo de Transición Asistencial (TA) se centra en el ingreso y alta hospitalaria del paciente, cuando también sería necesario un mayor control interdisciplinar para aquellos pacientes ambulatorios crónicos, en los que se realizan modificaciones de los tratamientos prescritos en los diferentes niveles asistenciales.

4.2. Actividades de la Enfermería Oncológica

El cuidado de los pacientes oncológicos abarca desde el diagnóstico hasta la fase final de su enfermedad, cubriendo sus necesidades durante todo este tiempo. Tanto los pacientes oncológicos como sus cuidadores, generan demandas interprofesionales que son cambiantes, y recaen sobre todos los niveles asistenciales, provocando la necesidad de cuidados continuos y

permanentes¹. Los cuidados de enfermería y su coordinación con otros profesionales de distintas disciplinas, y niveles de asistencia sanitaria, se consideran elementos indispensables para poder mejorar su calidad de vida durante este proceso.

De acuerdo con la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)², la práctica de la actividad de la enfermería oncológica se define como *“la prestación de servicios enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal”*. Es decir, la Enfermera Oncológica desarrolla su papel profesional dentro del equipo interdisciplinar que atiende al paciente, colaborando en los diferentes campos de acción tanto asistencial, como docente, investigador, gestor y asesor. El equipo de enfermería, principalmente en el momento de la hospitalización, es el que tiene una visión global e integral del paciente, y es el personal en contacto más directo y reiterado con los pacientes y familiares.

La complejidad del tratamiento del paciente con cáncer hace imprescindible el trabajo en equipo, con un abordaje interdisciplinar, a fin de proporcionar servicios de forma eficaz y eficiente. Enfermería es un miembro imprescindible del equipo responsable de garantizar la Continuidad Asistencial (CA) de los pacientes durante su tránsito desde la Comunidad al Hospital, y viceversa.

La enfermera realiza un papel educador y formativo, tanto a los pacientes como a los cuidadores. Además, es la encargada de la transferencia de información de los diferentes miembros del equipo al paciente, tanto para reforzar la información dada, como para resolver las dudas que se generan posteriormente. Igualmente, participa reforzando la formación para la prevención de complicaciones, detectando y controlando los efectos secundarios, y proporcionando en los episodios críticos atención especializada; al tiempo que incorpora a los cuidados, los aspectos psicosociales del enfermo y su familia, para conseguir una atención integral que responda a sus necesidades.

Dentro del listado de competencias propias de la enfermería oncológica² merecen destacarse las dos basadas en el desarrollo de relaciones interdisciplinarias e interniveles por ser claves en esta actividad.

1. Colaborar en la relación interdisciplinaria efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas.
2. Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema. Esto exige un crecimiento constante y un talante de cambio y renovación permanente, así como avanzar en el propio conocimiento de los fenómenos de interés para la disciplina.

4.2.1. Limitaciones para una correcta Transición Asistencial por Enfermería

Para conseguir una integración eficaz de enfermería en el equipo interdisciplinario es necesaria una mayor coordinación y unificación de criterios entre todos los miembros del equipo, y disponer de los recursos tecnológicos mínimos que faciliten el acceso a la información sobre la evolución del paciente y su tratamiento a tiempo real. Así, la historia clínica (HC) electrónica y única, debe estar accesible para todo el personal implicado en el cuidado del paciente.

La información recogida en la HC es reflejo de la calidad de la asistencia porque facilita la continuidad del proceso, y la comunicación entre los diversos profesionales³. Este punto es especialmente crítico cuando la información no se encuentra unificada en un solo sistema informático, sino fragmentada en diversos sistemas de registro en Atención Primaria y Atención Especializada, e incluso dentro del mismo nivel; por ejemplo, cuando el tratamiento oncológico en atención especializada se registra en un sistema informático y la historia general del paciente se registra en otro diferente, sin interoperabilidad entre sistemas informáticos; o cuando dentro del mismo Servicio se tiene acceso parcial a evoluciones de diferentes áreas del mismo-Hospitalización vs. Hospital de Día (HD) o, todavía más limitante profesionalmente, cuando no existe ningún acceso a la información.

Otra limitación para la correcta TA del paciente oncológico es su atención en diferentes áreas, dentro del mismo Hospital como por ejemplo: Hospitalización, HD y Consultas Externas. Todas ellas dotadas de personal de enfermería, con diferentes responsabilidades y sistemas o “herramientas” de trabajo.

Una propuesta de mejora del papel de enfermería, más allá de simple ejecutor de una técnica o de una indicación médica, es que también atienda las necesidades de información y formación del paciente en tratamiento y de su cuidador. Con este objetivo, la existencia de una consulta de enfermería en el área apropiada en cada caso, para la visita estructurada de los pacientes en tratamiento activo⁴.

Para conseguir una implantación efectiva de la consulta de enfermería, es necesario establecer un plan de formación específica del personal que vaya a realizar esta función ya que, a lo largo del tratamiento antineoplásico, será la figura de contacto para pacientes y familiares (intermediaria entre los diferentes miembros del equipo), ante dudas generadas por la logística de pruebas necesarias para evaluar la efectividad de los tratamientos, y también ante problemas generados por la toxicidad de los mismos.

En este escenario de formación resulta ilustrativo citar un estudio nacional⁵ sobre las enfermeras oncológicas españolas que consideraban, en 2007, que no se dispone de protocolos actualizados ni formación continua sobre el tema y que deberían participar más en la educación del paciente que recibe tratamiento antineoplásico oral. Algunos de estos resultados se resumen a continuación:

- Un 15,9% de enfermeras había recibido formación específica en tratamientos antineoplásicos orales.
- Un 27,9% disponían de protocolos de actuación en las Unidades.
- Un 36,9% refería que disponían de material educativo para los pacientes explicando efectos secundarios
- Un 25,3% disponía de material explicando cómo tomar la medicación y
- Un 15,9% disponía de material explicando cuestiones de seguridad.

En cuanto a la realización de labor educativa, sólo el 47,2% de los enfermeros participantes en el estudio se implicaba en la formación del paciente o cuidador explicando la forma de toma de la medicación (34,3%), el modo de almacenamiento (28,3%), los efectos secundarios (34,3%), indicaciones de “no abrir / no machacar” (24,5%), incidir en la protección con guantes (13,7%) y el manejo de excretas (14,2%).

Finalmente, más de la mitad (52,8%) de los enfermeros participantes en el estudio reconocen que no se implican en la información al paciente, actividad que desarrollan en sus Unidades, en general, el médico (58,8%), o el farmacéutico con solo 6,9%. Un punto a tener en cuenta es que un 18,5% de los participantes indican que enfermería no conocen la especialidad, un 2,6% indica que enfermería sólo se ocupa de la quimioterapia intravenosa e incluso un 6% comenta que la enferma “no tiene tiempo” para asumir la información de la medicación oral.

4.3. Administración de Tratamientos Antineoplásicos Orales

El circuito asistencial intrahospitalario del paciente con cáncer que recibe tratamiento en el HD suele estar claramente establecido, y su información accesible a todo el equipo interdisciplinar, con diferentes puntos de validación y control que disminuyen la probabilidad de que se produzca un error que alcance al paciente.

Una de las principales responsabilidades de enfermería en el HD es la administración de tratamientos antineoplásicos intravenosos a pacientes ambulatorios. La seguridad del paciente durante el proceso de administración viene avalada porque, en general, los tratamientos están estandarizados, se realiza doble verificación de paciente y variables como esquema, mezcla, secuencia y duración que está facilitada por soportes electrónicos.

El momento de la administración es crítico para la seguridad del paciente porque es el último paso en el que se puede detectar un error en la medicación y evitar que alcance al paciente y, en el caso de que ocurra, si se detecta durante o inmediatamente tras la administración, se puede actuar y monitorizar rápidamente al paciente para intentar evitar un mayor daño.

Desde hace algunos años, con la aparición de los antineoplásicos orales, con sus ventajas potenciadas y sus desventajas no siempre resaltadas, se plantean retos interprofesionales. Para enfermería representan cambios en sus cuidados a estos pacientes, respecto a los que reciben tratamiento parenteral. Así, se debe enseñar a los pacientes⁶ cómo tomar correctamente, y de forma segura, la terapia antineoplásica oral, ayudar a controlar los efectos secundarios y monitorizar las posibles complicaciones e interacciones alimentarias, así como intentar asegurar la adherencia al tratamiento, considerando los principales factores que influyen en la cumplimentación del tratamiento oral (ver Capítulo VI)

Este cambio en la responsabilidad de enfermería se ve reflejado en el aumento progresivo de comunicaciones sobre tratamientos orales en las Jornadas de Enfermería Oncológica, principalmente relacionadas con la formación del propio personal de enfermería, del paciente y cuidador y el control de la cumplimentación y los efectos adversos²; así como conocer cómo se utiliza realmente la medicación oral y los riesgos inherentes a la misma⁷. Todo ello está constituyendo un cuerpo de doctrina que lleva al desarrollo de modelos e intervenciones para mejorar la adherencia a los fármacos orales (sistemas de registro como diarios de administración del tratamiento y calendarios para marcar la toma del fármaco, recordatorios con alarmas, llamadas programadas realizadas por el personal sanitario...), la administración segura de los mismos (utilización de guantes, toma de los comprimidos íntegros,...) y la mejora del manejo de los efectos adversos^{8,9}.

A nivel internacional, en 2013, la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y la Sociedad de Enfermería Oncológica (ONS) actualizaron sus normas y estándares de seguridad en la administración de tratamientos antineoplásicos para incluir el manejo de los antineoplásicos orales¹⁰. Estos estándares, por una parte comentan aspectos logísticos y económicos propios del sistema sanitario americano que no son trasladables a nuestro sistema sanitario. También inciden en el interés de estandarizar la monitorización de efectos adversos y la adherencia, y recuerdan la necesidad de la continuidad de la atención en todos los entornos en los que se encuentra el paciente.

4.3.1. Utilización de antineoplásicos orales en nuestro medio

En el HD de Oncología del Hospital Universitario Dr.Peset de Valencia, el oncólogo en el momento de la prescripción de la medicación, realiza la valoración de la capacidad del paciente y/o cuidador, para entender la información dada y cumplimentar correctamente el tratamiento, proporciona los primeros datos sobre la forma de administración y efectos secundarios del tratamiento antineoplásico oral. Tras esta visita, el paciente acude a la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia para consulta y dispensación del tratamiento por el farmacéutico de hospital, e incide en la educación del paciente respecto a la forma de administración, duración del tratamiento y posibles efectos secundarios. Además de la información verbal, se le entrega por escrito un documento informativo de su medicación.

En los últimos 5 años (2010-2014), las prescripciones en nuestro HD han pasado de un 2% de tratamientos combinados a un 5,25%, respecto al total de prescripciones anuales realizadas. El incremento en la utilización de antineoplásicos orales (Figura 4.1.), no se ha acompañado de un aumento de participación de la enfermería en la educación al paciente y la administración oral de estos medicamentos; hay una excepción porque la Vinorelbina, sola o asociada a otros tratamientos, debe tomarla el paciente delante de la enfermera registrando su toma que pasa a considerarse paciente cumplidor con el 100% la adherencia al tratamiento.

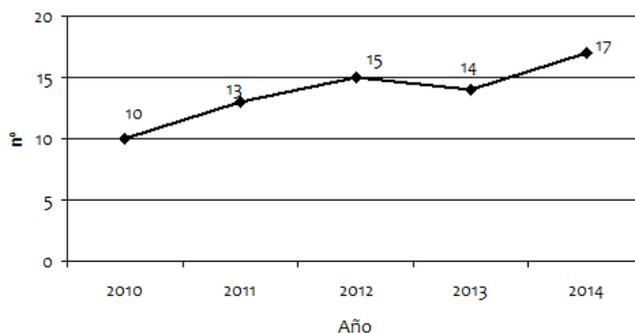


Figura 4.1.- Evolución del nº de antineoplásicos orales utilizados en pacientes ambulatorios- HD Oncología (2010-2014)

En 2014, un 28,93% de los pacientes tratados de forma ambulatoria (n=243) en nuestro Servicio de Oncología Médica han recibido tratamiento antineoplásico oral, ya sea en tratamiento combinado o en monoterapia (Figura 4.2) (no existen datos del número de pacientes tratados con hormonoterapia). De ellos, enfermería ha podido reforzar la información y resolver dudas respecto al tratamiento en sólo 86 pacientes (35,4%), que se corresponden con los pacientes que recibían tratamiento combinado o monoterapia con vinorelbina. En suma, los pacientes en tratamiento con monoterapia, excepto vinorelbina, sólo son atendidos en la consulta de enfermería de forma logística (confirmación de la cita médica del paciente). Por tanto, un 64,6% de los pacientes ambulatorios con tratamiento antineoplásico oral, no recibieron ningún tipo de información del personal de enfermería.

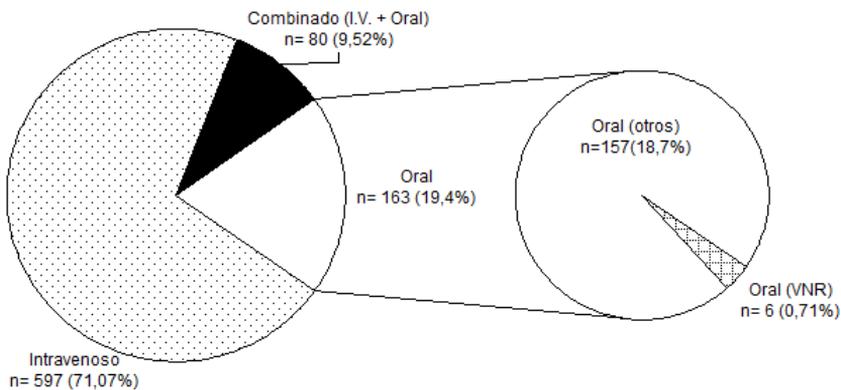


Figura 4.2.- Pacientes ambulatorios según tratamiento antineoplásico. 2014.

Este resultado representa un problema para garantizar la continuidad asistencial ya que, aunque el paciente haya recibido información verbal y escrita por parte del médico y del farmacéutico, en el momento de la prescripción y de la dispensación, en numerosas ocasiones, la primera llamada del paciente o cuidador ante una duda respecto a la administración del tratamiento o al manejo de la toxicidad la recibe la enfermera del HD que desconoce al paciente y no dispone de información a pesar de tener acceso a la historia clínica del paciente y al tratamiento prescrito. El reto es superar su carencia de formación e información reglada respecto a la existencia (y por tanto la utilización) de más

del 80% de los antineoplásicos orales que se están prescribiendo actualmente en HD.

Esta falta de conocimiento de la existencia de nuevos fármacos, sus indicaciones y su manejo, supone una barrera en la relación del personal de enfermería con el resto del equipo interdisciplinar y, naturalmente, con el paciente. Difícilmente se va a poder ayudar a garantizar una correcta TA y un manejo seguro del fármaco, estableciendo estrategias para incrementar la adherencia y la administración segura de los tratamientos, cuando es el mismo personal que debería realizarlo el que está falto de formación.

4. 4. Conclusión

La rápida incorporación de las nuevas terapias orales en el tratamiento del cáncer evidencia la necesidad de establecer, de forma prioritaria, programas específicos para la enfermera oncológica. Este proceso posibilitara su integración en el equipo interprofesional que se vería reforzado para garantizar con calidad y seguridad la transición asistencial del paciente con cáncer

4.5 Bibliografía

¹ Martínez Arribas S, Amo García R, Herrero Gutiérrez AI, et al. Continuidad de cuidados al paciente oncológico. Una revisión sistemática. Tesela [Rev Tesela. Revista de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería] 2014; 15. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts15/ts9216.php> Consultado el 8 de enero de 2015.

² <http://www.seeo.org>. Acceso Diciembre 2014.

³ Saura RM, Gimeno V, Blanco MC, et al. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/02. ISBN: 978-84-393-7887-7.

⁴ Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, Estudios e Investigación 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-13-073-3.

⁵ Fernández P, San Francisco J, Alvarez A, et al. Quimioterapia oral: Estudio Multicéntrico Nacional sobre el rol de enfermería en las nuevas terapias orales. Enfermería Oncológica 2007; 10(1) : 7-10.

⁶ Moody M, Joyce J. Are Patients on Oral Chemotherapy in your Practice Setting Safe? Clin J Oncol Nurs. 2010;14(3):339-346.

⁷ Komatsu H, Yagasaki K, Yoshimura K. Current nursing practice for patients on oral chemotherapy: a multicenter survey in Japan. BMC Research Notes 2014;7:259. doi:10.1186/1756-0500-7-259.

⁸ Spoelstra SL, Given BA, Given CW, et al. An intervention to improve adherence and management of symptoms for patients prescribed oral chemotherapy agents: an exploratory study. Cancer Nurs. 2013 Jan-Feb;36(1):18-28.

⁹ Scheiner SM, Hess K, Gosselin T. Interventions to promote adherence with oral agents. Semin Oncol Nurs. 2011 May ; 27(2): 133-141.

¹⁰ Neuss MC, Polovch M, McNiff K, et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology / Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. Oncology Nursing Forum 2013; 40(3):225-233.

Capítulo 5.

Conciliación de la Medicación en el Paciente con Terapia Antineoplásica Oral

N. Víctor Jiménez Torres

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid. España.

Begoña Porta Oltra

Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Mónica Climente Martí

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

5.1. Introducción	64
5.2. Metodología de la Conciliación de Medicamentos	66
5.3. Resultados sobre el estado del arte de la Conciliación de Medicamentos .	69
5.4. Conclusión.....	73
5.5. Bibliografía	74

5.1. Introducción

La seguridad del paciente es, posiblemente, la dimensión de calidad asistencial de mayor importancia para cualquier sistema sanitario¹. En el ámbito de los tratamientos farmacoterapéuticos, prevenir acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) es una prioridad cuando el paciente está ingresado, y durante su continuidad asistencial².

A pesar de que voces autorizadas³ indican que la Conciliación de la Medicación (CM) se difundió sobre la base de pruebas insuficientes para su implantación, y con métodos limitados para medir el efecto de sus intervenciones para garantizar la seguridad del paciente durante sus transiciones asistenciales, actualmente se reconoce como un proceso altamente eficaz para reducir los AAM y los errores de medicación (EM), especialmente en el caso de discrepancias en la medicación con potencialidad de daño clínicamente significativo⁴, estableciendo para este fin cinco principios básicos:

1. La CM es recomendada, de manera general, para evitar discrepancias no intencionadas en los medicamentos durante las transiciones asistenciales de los pacientes.
2. La CM, por si sola, probablemente no reduce los reingresos de los pacientes en los 30 días posteriores al alta hospitalaria, pero contribuye a ello en conjunción a otras intervenciones que mejoran la coordinación al alta.
3. Las discrepancias no intencionadas, clínicamente significativas, afectan a pocos pacientes.
4. Los farmacéuticos desarrollan un papel importante en la mayoría de las intervenciones de éxito.
5. Los criterios comúnmente utilizados para seleccionar a los pacientes de alto riesgo, no mejoran de forma constante el efecto de la conciliación de los medicamentos

En este escenario, el proceso de CM ha pasado a ser una de las estrategias nacionales de seguridad del paciente en EEUU (NPSG8), en cualquiera de sus transiciones asistenciales⁴, y ha sido reconocida, y promovida institucionalmente por AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), IHI (*Institute for Healthcare Improvement*), LFG (*The Leapfrog Group*), NQF (*National*

Quality Forum), CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) y TJC (The Joint Commission)⁵. En 2014, el Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)⁶ ha pasado a incluir la CM como parte de las 33 medidas de calidad (acrónimo ACO12) establecidas por el gobierno de EEUU para la coordinación de la atención y seguridad del paciente.

En otra dimensión, la necesidad de reorientar el proceso de CM hacia una visión más amplia que la de alcanzar los objetivos de acreditación de los centros sanitarios por *The Joint Commission*, implica que se deben invertir esfuerzos en su diversificación a otras instituciones, y al entorno del paciente ambulatorio a través de la participación activa del paciente y/o cuidadores. Esta línea de reconocimiento del valor que aporta la CM a la seguridad del paciente, se proyecta al ámbito de la Oncología incorporando la CM a los estándares de ASCO 2013, junto al análisis de las interacciones medicamentosas, para ser ejecutado en cada visita al paciente⁷. Esta práctica, debido a la rápida incorporación de los antineoplásicos orales (tradicionales y diana) a la terapia del cáncer, y la consiguiente demanda de atención ambulatoria del paciente con sus múltiples transiciones, tendrá exigencia interprofesional creciente y también del paciente o cuidador. En consecuencia, se debería considerar al paciente ambulatorio oncológico dentro del grupo de pacientes de alto riesgo, por la cronicidad de su enfermedad y por los AAM inherentes a estos medicamentos ya que, claramente, se pueden beneficiar de la implantación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico con CM integrada. Esta propuesta se ve reforzada por el consiguiente desplazamiento de compromiso de los cuidados sanitarios y tratamientos oncológicos al entorno ambulatorio, y a los pacientes⁸.

La percepción profesional y la tendencia de los datos sobre CM, obtenidos mediante la encuesta interprofesional que recoge el Capítulo VIII de esta Monografía, apuntan a un largo camino que recorrer para dar evidencia a este proceso en el paciente con cáncer en tratamiento oral.

5.2. Metodología de la Conciliación de Medicamentos

La CM conceptualiza el proceso que evita inconsistencias, a veces inadvertidas, al revisar el tratamiento completo de toda la medicación del paciente. De acuerdo con el IHI, se trata de un proceso formal que consiste en obtener el listado completo y exacto del tratamiento crónico del paciente para adecuarlo a la prescripción médica realizada en la transición asistencial. Por tanto, la CM es crear “la lista única”, más exacta posible, de todos los medicamentos que toma un paciente, incluyendo el nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia, la vía de administración y la duración del tratamiento, con la finalidad de compararla con la de su ingreso, su traslado y/o su alta hospitalaria, en cualquier ubicación del paciente⁹.

El proceso de comparación de listas, para que sea clínicamente útil y pueda considerarse completado, debe profundizar en los detalles de cada prescripción y/o medicamento que está tomando el paciente, evaluando su continuidad o discontinuidad, su mantenimiento o modificación, buscando, además, el compromiso del paciente, familiar o cuidador de modo que esté facilitado el desarrollo cultural del proceso con otros profesionales, más allá del propio hospital o sistema¹⁰.

Para evaluar el compromiso de profesionales y hospitales la AHQR, dentro de su programa de capacitación (“*meaningful use*”), considera estratégica la medida del indicador de calidad (resultado porcentual de dividir el nº de medicamentos no conciliados por el nº de pacientes) ya que evalúa su tendencia, en el entorno clínico que se aplica; este indicador de calidad se calcula mensualmente a partir de una muestra aleatoria de 20 historias clínicas de pacientes dados de alta y con estancia mínima en el hospital de dos días⁹. En síntesis, el proceso de CM implica tres pasos⁹:

1. Verificar, revisando el conjunto de listas (“historia”) de la medicación;
2. Aclarar, asegurando que los medicamentos, las dosis, los horarios, las vías de administración y la duración del tratamiento, de cada medicamento son apropiados; y
3. Conciliar, documentalmente los cambios identificados con nuevas listas actualizadas.

La Figura 5.1. recoge esquemáticamente la situación habitual de las transiciones asistenciales de los pacientes, y las posibilidades de realizar el proceso de CM en un paciente que ingresa, se traslada de hospital o se da de alta.

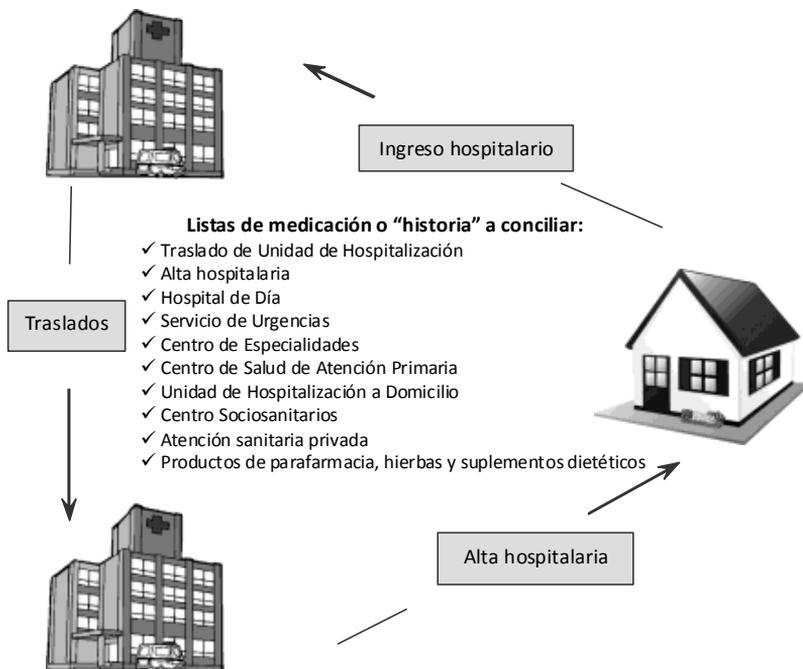


Figura 5.1. Origen de las diferentes listas de medicación a conciliar

Durante el proceso de CM es muy recomendable seguir un procedimiento estructurado, como una entrevista con el paciente con una intervención adicional de carácter educativo y de consejo, basada en la revisión y clarificación de las pautas posológicas de los medicamentos e indicaciones, información sobre efectos adversos, identificación temprana de toxicidad y evaluación individualizada de barreras para la adherencia, y en cualquier caso proporcionando al paciente en esta entrevista resolución de los PRM mediante consulta al médico prescriptor para optimizar los tratamientos cuando se considera apropiado¹¹. En este contexto, el programa de incentiación del uso optimado de las TICs, establecido por Medicaid en 2014, a partir de las transiciones asistenciales (TA) de los pacientes define una medida o indicador para la CM. El denominador representa al número de pacientes en TA visitados

durante el período de recogida de casos en la TICs, y el numerador se refiere al número de casos incluidos en el denominador pero en los que se llevó a cabo la CM. Este indicador no debe ser inferior al 50% en ningún profesional participante¹²

La Figura 5.2. describe un procedimiento habitual para el desarrollo normalizado de esta actividad asistencial al ser aconsejable disponer de un algoritmo de evaluación que permita unificar criterios y discrepancias de modo que la CM resulte eficiente¹³.

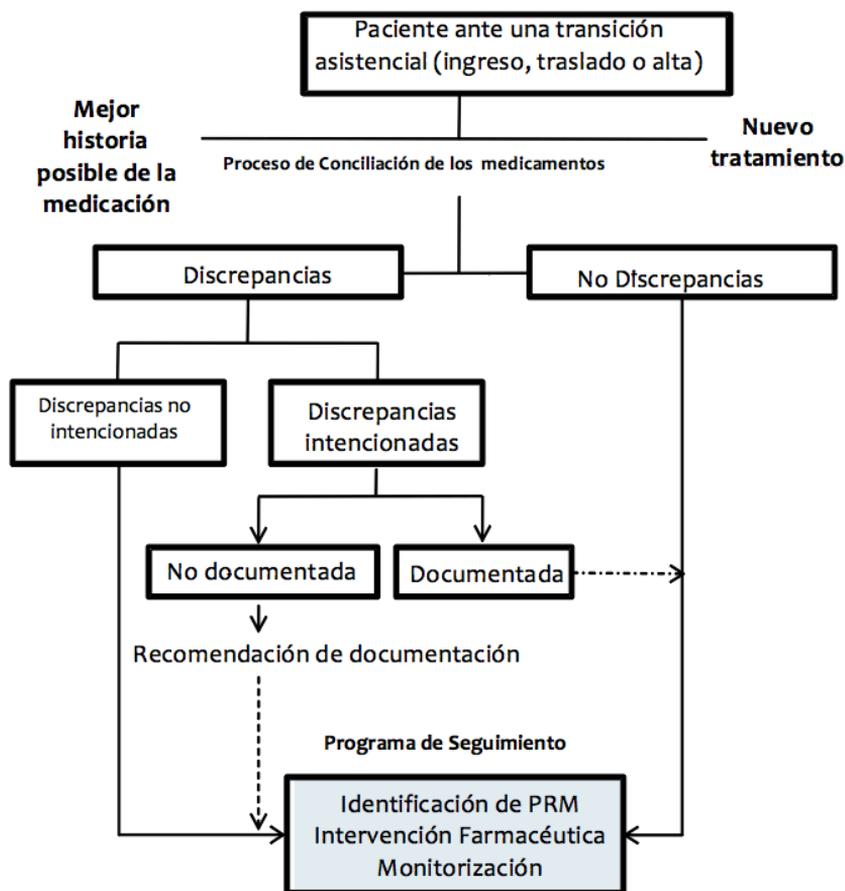


Figura 5.2. Algoritmo de actuación en el proceso de conciliación de medicamentos

Todas las actuaciones relacionadas con la CM del paciente deben reflejarse en su historia clínica (HC), incluido el tiempo de latencia entre el inicio de la transición del paciente y el proceso de CM. La omisión de un medicamento en la HC, sin explicación, se considera “no reconciliado”; este hecho pasa a tipificarse como “error de conciliación” (EC) siempre que consultado el prescriptor acepte que no era intencionada la omisión y modifique la prescripción. Las “omisiones” se contabilizan por número (ej. cien) de visitas o medicamentos (nunca por número de dosis), y se obtienen revisando la HC desde el ingreso del paciente hasta su alta¹⁴. Estas actividades se ven facilitadas cuando se encuentran estructuradas e implementadas electrónicamente¹⁵.

5.3. Resultados sobre el estado del arte de la Conciliación de Medicamentos

Existe bastante coincidencia entre estudios de CM respecto a los resultados de los programas aplicados, aunque la complejidad de las patologías, los tratamientos, los procesos, los lugares de asistencia, los tipos de población atendida (adultos, niños, ancianos), su situación clínica, las tecnologías disponibles y el entorno cultural, dificultan establecer una única situación o “estado del arte” de la CM en las diferentes dimensiones señaladas. En estos contextos tan diferentes, para garantizar la seguridad del paciente en todos los procesos de la “cadena terapéutica”, los sistemas de prescripción electrónica y los sistemas expertos, son siempre una medida efectiva al posibilitar los registros y trazabilidad de los medicamentos prescritos en la HC¹⁵.

Tradicionalmente, entre el 40% y el 80% de los pacientes presentan discrepancias en su medicación no justificada. En una reciente revisión sistemática de diferentes estudios, se ha estimado una mediana de discrepancias no intencionadas en la medicación clínicamente significativas del 34% (rango intercuartílico: del 28 al 49%) y una proporción de pacientes con al menos una discrepancia clínicamente significativa que se sitúa en unos valores semejantes a estudios previos y con una mediana del 45% (rango intercuartílico: del 31 al 56%)⁴.

A pesar de la amplia difusión de programas de CM en los hospitales, esta práctica se ha implantado con posterioridad en el entorno ambulatorio, como reflejo probablemente de la dificultad asociada a las transiciones de carácter longitudinal que implican diversas áreas de asistencia sanitaria y de asignación de responsabilidades médicas. Sin embargo, en el entorno ambulatorio se ha evidenciado que una lista errónea (o poco precisa), de la medicación que reciben los pacientes durante las transiciones, puede causar mayor número de AAM muy graves (1 de cada 131 muertes en pacientes ambulatorios) con relación al entorno hospitalario (1 de cada 854 muertes en pacientes ingresados)¹⁶.

Los resultados de un modelo de CM en el entorno del paciente ambulatorio oncológico, que incluye la atención primaria y especializada, fueron publicados por el *Dana-Farber Cancer Institute* (DFCI; Boston)¹⁴. Este nuevo modelo excluía la quimioterapia parenteral y estaba basado en la revisión de los registros electrónicos y en la participación activa de los pacientes en la actualización de las diferentes listas de medicación ambulatoria así como de las alergias a medicamentos. Entre noviembre de 2005 y agosto de 2007 se concilió un total de 24.148 listas de medicación y se realizaron 53.040 actualizaciones de un total de 168.475 medicamentos (59% errores por medicamento innecesario, 32% errores por omisión y 9% error de dosis o frecuencia). La tasa de EC fue de 31 por cada 100 medicamentos. Asimismo, se corrigieron 180 descripciones de alergias y se añadieron 448 nuevas alergias a un total de 19.200 alergias, con una tasa de errores en la identificación de alergias de 3 por cada 100 alergias. Cuando se comparó este modelo con un modelo tradicional que no incluía la participación de los pacientes en la actualización de las listas, se observó en el 90% de los pacientes al menos 1 EC respecto al 2% de pacientes en el modelo tradicional ($p < 0.001$), con una media de 4,3 actualizaciones de tratamiento por paciente en el nuevo modelo frente a 0,1 actualizaciones de tratamiento por paciente en el modelo tradicional ($p < 0.001$). La media de medicamentos por paciente era similar en ambos grupos (6,5 en el nuevo modelo frente a 6,9 en el modelo tradicional). Se confirma por tanto en este estudio que el paciente ambulatorio oncológico constituye, por las características de los cuidados sanitarios y sus

factores de riesgo, un grupo que claramente se puede beneficiar de los efectos de la implantación de un programa de conciliación de medicamentos.

Posteriormente, en un estudio observacional realizado por nuestro grupo de trabajo, en el periodo de septiembre de 2008 a junio 2010, sobre 349 pacientes adultos con cáncer, ambulatorios, tratados en el Hospital de Día del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, e incluidos en un programa de seguimiento farmacoterapéutico y CM, se identificaron 178 pacientes (51%), con un total de 279 problemas relacionados con la medicación (PRM), con una prevalencia global de 94 (33,7%) EC que correspondían a 68 (38,2%) pacientes (datos no publicados).

La efectividad de este programa se estableció mediante la reducción en las visitas sucesivas, con respecto a la visita de inicio del seguimiento, y la probabilidad de observar en el paciente visitado PRM y EC. La evolución temporal de la prevalencia de PRM y EC, obtenidos mediante observación directa, en los pacientes oncológicos tratados en el Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, se muestra en la Figura 5. 3.

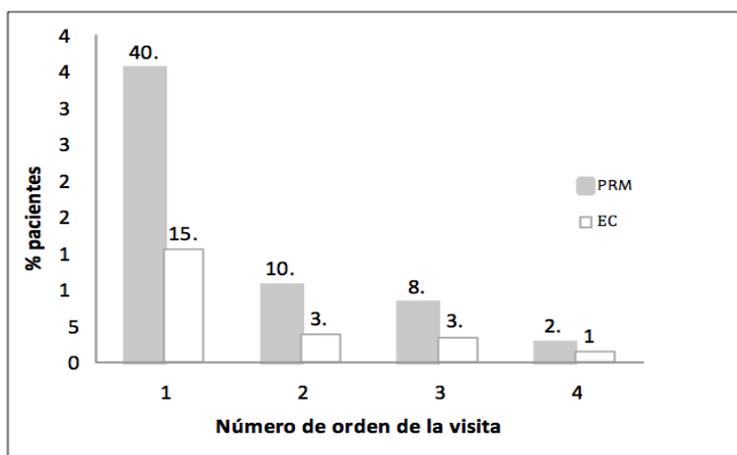


Figura 3. Evolución de la prevalencia de problemas relacionados con la medicación (PRM) y errores de conciliación (EC), en pacientes oncológicos tratados en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, septiembre 2008 - junio 2010.

Concretamente estos resultados informaron que más de un tercio de los PRM (33,7%) se correspondieron con EC identificados en las transiciones asistenciales de los pacientes, con una prevalencia global de 10,5 EC por 100 visitas; de éstos, una parte importante (87,2%) tenían su origen en la medicación crónica que tomaban los pacientes. Este valor es superior al encontrado por Walsh y cols¹⁷ que identificaron una tasa de PRM de 8,1 errores por cada 100 visitas. Esta diferencia, probablemente tenga su origen en la metodología aplicada para la CM. En efecto, la mayor diferencia entre ambos estudios era que nuestro programa incluía una entrevista personal con el paciente y/o familiar para la evaluación tanto de la medicación crónica ambulatoria como del tratamiento oncológico y de soporte que recibían los pacientes, situación confirmada por la alta prevalencia de EC relacionada con la medicación crónica ambulatoria. Este hecho confirma el enorme desafío que suponen los registros en la historia clínica del paciente así como la transferencia fiable de la información relacionada con los tratamientos que se prescriben a los pacientes en los distintos entornos.

Un aspecto a tener siempre presente en la CM es que, más allá de las comprobaciones de lista de medicamentos, indicaciones y pautas posológicas de cada uno de los medicamentos, los pacientes oncológicos tienen un riesgo importante de sufrir fenómenos de interacción fármaco-fármaco y fármaco-nutriente¹⁸. Los factores que los predisponen a ello son el importante número de fármacos implicados en el tratamiento de esta patología (citostáticos, hormonas, antieméticos, analgésicos, antibióticos, antifúngicos, medicinas alternativas etc), las condiciones de co-morbilidad asociadas habitualmente a estos pacientes, de edad superior a 65 años en un número importante de casos, que aumentan con la edad y conllevan el uso de distintos medicamentos y, finalmente el deterioro orgánico, que acompaña tanto a la patología base en si misma como al proceso de envejecimiento, y que repercute en los procesos de metabolización y excreción renal de los fármacos. En Oncología, estas interacciones medicamentosas no se reconocen como tales al estar enmascaradas por algunos síntomas de la propia patología, o bien, se asumen por confusión como toxicidad inherente al empleo de los antineoplásicos.

En general, la CM es clave para la garantía de continuidad asistencial del paciente pero requieren un tiempo por paciente, que comprende desde la revisión de las listas de medicación, la entrevista y las intervenciones de conciliación en el caso de discrepancias no justificadas; este tiempo se ha cuantificado, en promedio, sobre 21,2 minutos (desviación estándar de 13,2 minutos) por paciente en el caso de un profesional farmacéutico experto¹⁹. No obstante, la evidencia disponible apunta hacia una gran variabilidad en la metodología aplicada que explica la diversidad existente ya que otros autores establecen 70 minutos para esta actividad¹¹.

Un último aspecto a destacar de la CM es el ahorro estimado. Como referencia cabe citar el caso del Northwestern Memorial Hospital de Chicago en 2006, para justificar la presencia de 5 farmacéuticos adicionales para conciliación de tratamientos al ingreso de los pacientes¹⁹; este centro consideró los costes de la inversión en este programa estimando una media de 2,2 discrepancias por paciente, que representaban un total de 95.286 errores de medicación evitados, y un porcentaje de 2,5% medicamentos que potencialmente pueden causar daño al paciente. El ahorro anual, o costes potencialmente evitados, con el programa de conciliación fue superior a 11 millones.

5.4. Conclusión

Los pacientes oncológicos que reciben tratamiento ambulatorio con antineoplásicos orales deben ser considerados grupo prioritario para su participación en programas de conciliación de medicamentos. Las obligadas transiciones a diferentes niveles asistenciales y las oportunidades de mejora en la farmacoterapia e información que se identifican, son fuente de mejora para incrementar la seguridad del paciente los tratamientos oncológicos orales y su eficiencia en la respuesta anticancerígena.

5.5. Bibliografía

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality. 2013 National Healthcare Quality Report [en línea]. Rockville, Mayo 2014 [fecha de consulta: diciembre 2014]. Disponible en: <<http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/index.html>>
- 2 Greenwald JL, Halasyamani LK, Greene J, et al. Making Inpatient Medication Reconciliation Patient Centered, Clinically Relevant, and Implementable: A Consensus Statement on Key Principles and Necessary First Steps. *J Hosp Med.* 2010; 5 (8):477-85
- 3 Wachter RM, Pronovost PL, Shekelle PG. Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures. Editorial. *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_1):350-352
- 4 Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403.
- 5 Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med.* 2013;158:365-368.
- 6 Centers for Medicare & Medicaid Services. Shared Savings Program [en línea]. Baltimore, Octubre 2014. [fecha de consulta: noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/index.html?redirect=>
- 7 Neuss MN, Polovich M, McNiff K, Esper P, Gilmore TR, LeFebvre KB, et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *J Oncol Pract.* 2013; vol. 9 no. 2S: 55-135.
- 8 Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer* 2010; 116(11):2455-64 [en línea]. Mayo 2014. [fecha de consulta: octubre 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.25027/pdf>. DOI:10.1002/cncr.25027.
- 9 Institute for Healthcare Improvement (IHI). Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events [en línea]. Massachusetts, 2011. [fecha de consulta: noviembre 2014]. Disponible en: <<http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>>
- 10 National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report [en línea]. Washington DC, 2010. [fecha de consulta: noviembre 2014] Disponible en: <http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx>
- 11 Armor BL, Wight AJ, Carter SM. Evaluation of adverse drug events and medication discrepancies in transitions of care between hospital discharge and primary care follow-up. *J Pharm Pract* [en línea]. Octubre de 2014. [fecha de consulta: diciembre 2014]. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25312264>>. pii: 0897190014549836
- 12 <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>. Acceso feb 2014
- 13 Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz M, Freidank A, Radziwill R. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *J Clin Pharm Ther.* 2014 39(3):286-91.
- 14 Weingart SN, Cleary A, Seger A, Eng TK, Saadeh M, Gross A, et al. Medication reconciliation in ambulatory oncology. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(12):750-7.
- 15 Millar MR, Clark JS, Lehmann CU. Computer based medication error reporting: insights and implications. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15: 208-2013
- 16 Kohn LT, Corrigan JM and Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 1999.
- 17 Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, et al. Medication Errors Among Adults and Children With Cancer in the Outpatient Setting. *J Clin Oncol.* 2008; 27(6): 891-896.
- 18 Segal EM, Flood MR, Mancini RS, Whiteman RT, Friedt GA, Kramer AR, et al. Oral Chemotherapy food and drug interactions: a comprehensive review of the literature. *J Oncol Pract.* 2014;10(4):e255-68 [en línea]. [fecha de consulta: diciembre 2014]. Disponible en: <<http://op.ascopubs.org/content/10/4/e255.full.pdf+html>>. DOI: 10.1200/JOP.2013.001183
- 19 Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medication at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med.* 2010 May;25(5):441-7. 68 [en línea]. [fecha de consulta: diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855002/pdf/11606_2010_Article_1256.pdf>. DOI: 10.1007/s11606-010-1256-6

Capítulo 6

El Médico de Familia en la Transición Asistencial

Ramón Orueta Sánchez.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Carlos Fluixá Carrascosa.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benimaclet-Valencia. Valencia.

6.1 Introducción	76
6.2. La Transición Asistencial como momento clave de la relación entre niveles.....	77
6.2.1 Limitaciones para una correcta Transición Asistencial desde Atención Primaria.....	78
6.3. La Adherencia Terapéutica en la Transición Asistencial.	79
6.3.1. Incumplimiento Terapéutico y su Relevancia en Transición Asistencial.....	80
6.4. Estrategias para Mejorar la Adherencia Terapéutica.	83
6.5. Conclusión.....	84
6.6. Bibliografía.....	84

6.1 Introducción

La Atención Primaria (AP) es el primer punto de encuentro del paciente con el Sistema Sanitario y el nivel asistencial más frecuentado por la población. Reparte su función primordial entre la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos de vida saludables en el paciente sano, y el tratamiento y seguimiento de la persona enferma¹.

Las dimensiones que caracterizan a la AP la convierten en eje de las funciones básicas que deben soportar la continuidad asistencial de los pacientes en transición ya que la AP es integral, integrada, permanente y basada en equipos interdisciplinarios, entre otras². Estas características permiten al médico de familia el conocimiento integral del paciente, de sus componentes psicosociales y espirituales, de su familia y de su comunidad, que facilitan el seguimiento de cualquier proceso, sea preventivo o patológico, y tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. Desde esta posición privilegiada, es profesional de obligada referencia en la transición asistencial ya que debe comprometerse con el paciente ante el diagnóstico de una patología oncológica, y la posibilidad de que se convierta en una enfermedad crónica, que podría sumarse a otras ya presentes previamente o que pudieran aparecer en el tiempo para corresponsablemente garantizar su continuidad asistencial.

Este capítulo se orienta hacia dos aspectos asistenciales, considerados clave para garantizar la mejora continua de la calidad en la atención que debe recibir el paciente en transición. Así, se plantean las relaciones entre niveles de atención especializada y primaria considerando dimensiones como formación, comunicación, información e interoperabilidad entre sistemas, determinantes mantener una adecuada transición asistencial; a estas se debe añadir una adecuada formación continuada, y sin duda asumir de forma asertiva la responsabilidad del médico de familia y la AP, en general, en el manejo y acompañamiento de los pacientes con cáncer.

El segundo aspecto desarrollado se centra, dentro del amplio campo de conocimiento que soporta el uso racional de los medicamentos, en la

adherencia terapéutica al ser determinante de la efectividad del tratamiento, y en especial, del tratamiento del cáncer con antineoplásicos orales.

6.2. La Transición Asistencial como momento clave de la relación entre niveles

Uno de los ejes de la calidad y seguridad del paciente durante su asistencia es garantizar que los tratamientos y cuidados que recibe no le suponga ningún daño, lesión o complicación más allá de las derivadas de la evolución natural de la enfermedad que padece, y las necesarias y justificadas para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso tratado. En este escenario, la Transición Asistencial (TA) es punto crítico para el paciente (origen de al menos la mitad de los errores de medicación), y para todo el Sistema Sanitario porque incluyen el paso de la comunidad al ingreso en el hospital, el tránsito del alta hospitalaria al domicilio o a una residencia, el traslado entre hospitales, entre plantas de hospitalización, entre centros o incluso entre comunidades autónomas con sistemas de receta no intercomunicados como ocurre en nuestro país actualmente³.

Una de las TA más vulnerables es el alta del hospital al domicilio porque existe más probabilidad de que se produzcan problemas derivados de una incorrecta información sobre la medicación, y porque el paciente o su cuidador deberían pasar del papel pasivo en el hospital a adoptar un papel activo. El médico de familia, en estas situaciones y con pacientes con cáncer necesita, por varios motivos, que la información y comunicación entre niveles asistenciales fluya sin limitaciones porque:

1. Los motivos de consulta no se limitan a la enfermedad oncológica, sino que abarcan aspectos psicológicos, sociales y espirituales específicos del paciente y su familia
2. Los tratamientos antineoplásicos instaurados, orales y/o parenterales, son habitualmente poco conocidos, y no prescritos por médico de familia, limitando su actitud proactiva.
3. La información de la evolución de la enfermedad, especialmente sensible y básica para conocer si la decisión terapéutica es inicialmente curativa o definitivamente paliativa, no siempre se dispone, a tiempo y en el tiempo.

4. Hay que vigilar y cuidar al cuidador principal además del propio paciente

Para conseguir un buen proceso de continuidad asistencial se debería cumplir, en cada caso con una correcta remisión e información del diagnóstico y tratamiento, desde el Hospital al Centro de Salud y viceversa, en un proceso bidireccional continuo pero a la vez sencillo. Además, la interoperabilidad entre tecnologías disponibles (ej. HC electrónica) en los diferentes niveles debería ser una realidad.

Una buena relación entre niveles asistenciales y AP mejora el Sistema Sanitario y la atención al paciente, sin afectar eventos importantes relacionados con recurrencias o calidad de vida⁴, sin aumento significativo de cargas laborales⁵, y con mejora de la percepción sobre la continuidad asistencial de los pacientes⁶.

6.2.1 Limitaciones para una correcta Transición Asistencial desde Atención Primaria.

La saturación de las consultas, la falta de Historia Clínica (HC) electrónica única, la “distancia” entre niveles asistenciales, la aparición continua de nuevos tratamientos oncológicos, sobre todo orales, son algunas de las limitaciones a considerar ante la elaboración de propuestas de mejora de la continuidad asistencial. No obstante, conviene recordar que con independencia de la información disponible en la HC electrónica, estos pacientes requieren en muchas ocasiones ser tratados y visitados en su domicilio por lo que debería ser posible disponer de informes en papel, con la información mínima necesaria para poder ser atendidos con todos los datos clínicos y su lista de conciliación de la medicación en sus casas. En estas condiciones, el médico de familia puede reforzar las acciones de los demás profesionales y la participación activa del paciente en la toma de decisiones.

El médico de familia debe participar de un plan de formación de las patologías oncológicas más frecuentes, de sus localizaciones, factores de riesgo, posibles forma de prevención primaria, la efectividad del cribado, los síntomas de presentación y su remisión de forma prioritaria a exploraciones complementarias o derivación a otras especialidades, el diagnóstico, así como el diagnóstico precoz de las recidivas. En este proceso de formación, el

conocimiento de los medicamentos antineoplásicos más utilizados y los principios de su uso racional, en particular los procesos de conciliación y adherencia, las potenciales interacciones y sus acontecimientos adversos, forman una pléyade fundamental para aumentar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes.

Algunos de estos aspectos se destacan en el Capítulo IX como resultado de la encuesta interprofesional sobre Continuidad Asistencial realizada para esta Monografía poniendo en evidencia que una buena relación directa con el médico de familia, es una oportunidad de mejora de la transición asistencial que requiere el manejo de estos pacientes.

6.3. La Adherencia Terapéutica en la Transición Asistencial.

La adherencia terapéutica es determinante de la efectividad de un tratamiento, y la falta de adherencia, o incumplimiento terapéutico, una de las causas más importantes del fracaso del mismo. Aunque la pérdida de adherencia al tratamiento puede acontecer en cualquier momento del proceso evolutivo del tratamiento, la TA es punto crítico por las distintas circunstancias que confluyen en esta situación. De forma paralela, en las últimas décadas se viene produciendo un importante cambio en el tratamiento de los procesos tumorales con un aumento progresivo en el empleo de antineoplásicos orales y el consiguiente traspaso de la responsabilidad de su correcta toma al paciente y cuidador que potencia la falta de adherencia al tratamiento.

Ante esta nueva situación, emerge con fuerza la necesidad de revisar el concepto de adherencia en TA. En este punto parece oportuno recordar la definición propuesta por Haynes y su grupo⁷ al precisar que el cumplimiento terapéutico es la “medida” en que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por un profesional. Se puede deducir que el incumplimiento terapéutico cuantifica el grado en que no se siguen dichas indicaciones. Un concepto cercano al de adherencia terapéutica es persistencia terapéutica⁸, que hace referencia al tiempo durante el cual el

paciente sigue el tratamiento prescrito; es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta su interrupción (sea éste por el motivo que sea)⁹

6.3.1. Incumplimiento Terapéutico y su Relevancia en Transición Asistencial.

Con el objetivo de establecer unos límites cuantitativos a la medida de la adherencia, generalmente es aceptado considerar como paciente cumplidor aquel que toma de forma correcta entre el 80% y el 110% de la medicación pautaada, y como paciente incumplidor el que queda fuera de dichos límites, existiendo incumplimiento por defecto (inferior al 80%) o por exceso (superior al 110% o sobreadherencia)¹⁰.

El incumplimiento terapéutico es un problema relevante en la práctica clínica diaria hasta el punto que la OMS, en uno de sus informes técnicos⁹, llega a afirmar que aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto más grande en la salud que cualquier avance en las terapias. Esta importancia viene dada por dos aspectos fundamentales: frecuencia y repercusión.

En pacientes con patologías crónicas la prevalencia del incumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 40-60% de los pacientes, valores que se confirman para pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales si bien con mayor adherencia en las fases iniciales del tratamiento, para declinar a medida que este se prolonga en el tiempo; esta realidad subóptima (<80%) condiciona su eficacia¹¹.

Existen diversas teorías que tratan de explicar el origen del incumplimiento, pudiéndose establecer dos grandes grupos: creencias en salud y cognoscitivas. Las teorías de creencias en salud establecen que el núcleo principal que lleva al paciente a cumplir o no un determinado tratamiento, está en relación con la percepción de su propio nivel de salud (limitación funcional, gravedad, etc.), los conocimientos sobre el proceso y los beneficios/riesgos de seguir o no el tratamiento y las dificultades encontradas en el seguimiento del mismo. Las teorías cognoscitivas se fundamentan sobre el principio de que muchos de los incumplimientos son de carácter involuntario, ya sea por no haber comprendido las instrucciones recibidas, por no recordarlas o por haber olvidado el

tratamiento¹². Probablemente la realidad se base en una combinación de las distintas teorías¹³.

La adherencia se inicia con la aceptación del tratamiento, que es un acto momentáneo, pero que debe reeditarse a lo largo del tiempo en cada dosis, teniendo el paciente la decisión final sobre qué medicamentos toma, cuándo, en qué dosis y cómo los toma y durante cuánto tiempo, estando esta decisión influida por múltiples factores¹⁴, ampliamente estudiados, relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Factores relacionados con el incumplimiento terapéutico*

Relacionados con el paciente	
<ul style="list-style-type: none"> • Características demográficas • Características culturales (creencias) • Conocimientos del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación • Apoyo familiar y/o social
Relacionados con la enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación/rechazo de su situación clínica • Naturaleza del proceso • Sintomatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad • Duración • Evolución
Relacionados con el tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad • Reacciones adversas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía administración
Relacionados con el profesional/ sistema	
<ul style="list-style-type: none"> • Relación profesional-paciente • Grado de supervisión • Comunicación interprofesionales implicados 	<ul style="list-style-type: none"> • Conciliación de la medicación • Accesibilidad

Las enfermedades neoplásicas, con frecuencia, requieren un periodo de tiempo para su aceptación, siendo la falta de adherencia al tratamiento una forma de expresar su rechazo a la nueva situación clínica. De forma similar, cuando el paciente no encuentra la respuesta esperada tiende a suspender el tratamiento al perder la esperanza depositada en el mismo. Además, dadas las mayores cifras de supervivencia obtenidas en cáncer, los tratamientos antineoplásicos son prolongados y cambiantes, debido a la respuesta positiva de los mismos,

pero como en el resto de tratamientos crónicos, persiste la tendencia a una pérdida gradual de adherencia, potenciada en los tratamientos con antineoplásicos orales por su complejidad posológica y la aparición de acontecimientos adversos a medicamentos (AAM). Asimismo, la terapia antineoplásica tiende a ser compleja por estar asociada, en general, a varios fármacos que favorece la falta de seguimiento del tratamiento en conjunto.

En este escenario, la TA del paciente es un momento crítico para la adherencia terapéutica y para el resultado del tratamiento por causas como:

- ausencia de conciliación de la medicación,
- déficit de comunicación entre los profesionales,
- pérdida de supervisión y modificación de la relación entre el paciente y los profesionales.

Además, en esta etapa asistencial se han puesto en evidencia discrepancias en la medicación por discontinuidad, duplicidad, continuidad de medicación previamente pautaada pero cuya necesidad finalizó, o no conciliación en los tratamientos pautaados que contribuyen a la aparición de errores en la medicación e incumplimiento terapéutico¹⁵. A esta situación se añade la “pérdida” importante de información clínica durante la TA del paciente que favorece el incumplimiento terapéutico.

Existen diferentes métodos¹⁶ de detección, clásicamente divididos en métodos directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso, recuento de comprimidos, dispositivos electrónicos, entre otros). Los métodos directos tienen la ventaja de ser más precisos y fiables, pero son caros, y requieren una infraestructura técnica, por lo que se trata de métodos poco útiles para la práctica clínica y quedan reservados para la investigación, para fármacos con rango terapéutico muy estrecho o para pacientes y situaciones muy concretas donde sea necesario su empleo. Los métodos indirectos tienen peores niveles de precisión y de fiabilidad, pero por sus características son los más adecuados para su uso en la práctica clínica. Los dispositivos electrónicos de medición tienden a ser los más fiables, pero no están disponibles para su uso generalizado.

6.4. Estrategias para Mejorar la Adherencia Terapéutica.

La pérdida de eficacia por incumplimiento de los antineoplásicos pone en marcha en los pacientes una cascada de situaciones no deseadas; incremento de sintomatología, de consultas y de hospitalizaciones, introducción de nuevos fármacos, alteración de la relación entre los profesionales y pacientes, aumento de los costes sanitarios, e incluso aumento de la mortalidad. Por todo ello, es innegable la necesidad de incorporar a la práctica clínica herramientas y estrategias que permitan detectar problemas de incumplimiento. En este sentido, parece innegable la necesidad de abordar el problema mediante un conjunto de recomendaciones como las que se recogen en la Tabla 6.2.

Tabla 6.2. Recomendaciones para detectar Incumplimiento Terapéutico

1.	Integrar las intervenciones en la práctica clínica diaria
2.	Individualizar la intervención
3.	Actuar tanto sobre el incumplidor (tratamiento) como sobre el cumplidor (prevención)
4.	Recordar la existencia de otras formas de incumplimiento (citas, actividades preventivas)
5.	Implicar a diferentes profesionales
6.	Fortalecer la relación profesional-paciente
7.	Simplificar el tratamiento (reducción número de dosis, acortar duración,...)
8.	Informar (posología, beneficios/riesgos del tratamiento,...)
9.	Facilitar el tratamiento (envases, formatos, recordatorios, alarmas,...)
10.	Reforzar las conductas positivas
11.	Buscar apoyo familiar y/o social
12.	Combinar intervenciones

Como medida general se destaca que es tan importante actuar sobre el cumplidor como sobre el incumplidor; la implementación de medidas sencillas de forma preventiva puede hacer disminuir de forma significativa la tasa de pacientes incumplidores. Además, es necesaria una individualización de la atención; dado el origen multifactorial del incumplimiento, es fácil deducir que las intervenciones no puedan ser generalizadas, sino individualizarse de acuerdo a las características específicas del paciente y situación. Por último recordar que los mejores resultados se obtienen con la combinación de varias intervenciones.

Como medidas de especial relevancia durante el periodo de TA, hay que destacar las que tienen como denominador común la información y la comunicación. En primer término, simplificar y adecuar el tratamiento al paciente específico; además proporcionarle información detallada, actualizada y por escrito de su tratamiento, y establecer un flujo de comunicación claro entre los distintos profesionales implicados en la atención, siendo la historia electrónica una herramienta eficaz.

6.5. Conclusión

Debería potenciarse el conocimiento personal entre profesionales de distinto niveles asistenciales, y maximizar la tecnología disponible para una mejor comunicación. Además, la ausencia de historia clínica electrónica única, o de interoperabilidad entre sistemas, son situaciones a corregir cuanto antes para facilitar la transición asistencial.

Garantizar la calidad de la adherencia terapéutica, en transición asistencial, requiere establecer una nueva relación entre el paciente y los nuevos profesionales implicados en su atención, especialmente cuando el tránsito se produce desde el hospital al medio ambulatorio, dada la disminución en la supervisión de los tratamientos, al pasar a ser el paciente o cuidador el máximo responsable de su seguimiento.

6.6. Bibliografía

¹ OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra 1978.

² Martín Zurro, A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J.F. editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid 2003.

³ Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

⁴ Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006 Feb 20;24(6):848-55.

⁵ Chait I, Glynne-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998 May;48(430):1241-5.

⁶ Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care* 2003 Aug;12(4):263-72.

⁷ Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD000011. DOI: o.1002/14651858.CD000011.pub4.

⁸ Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient Adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2009;59:56-66.

- ⁹ World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidences for action. Geneva: WHO; 2003.
- ¹⁰ Spoelstra SL, Giwen CW. Assessment and Measurement of Adherence to Oral Antineoplastic Agents. *Semin Oncol Nurs.* 2011;27:116-132.
- ¹¹ D'Amato S. Improving patient adherence with oral chemotherapy. *Oncology Issues.* July/August. 2008;42-5.
- ¹² Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology* 2013;4:91.
- ¹³ ABC Project Team. Ascertaining Barriers for Compliance: Policies for Safe, Effective and Cost-effective Use of Medicines in Europe. Final Report of the ABC Project (Deliverable 7.1) 2012; Vol. June:1-542.
- ¹⁴ Efficace F, Baccarani IV, Rosti G, et al. Investigations factors associated with adherence behaviour in patients with chronic myeloid leukemia: an observational patient-centered outcome study. *Br J Cancer.* 2012;107(6):904-9.
- ¹⁵ Kwan JL, Lo L, Sampson M, et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 pt 2);397-403.
- ¹⁶ Demonceau J, Ruppert T, Kristanto P, et al. ABC Project Team. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs* 2013;73(6):545-62.

Capítulo 7

Impacto de la Historia Clínica Electrónica en la Transición Asistencial

Beatriz Bernárdez Ferrán.

Unidad de Farmacia Oncológica. Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

Irene Zarra Ferro.

Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

María Jesús Lamas Díaz.

Jefe de Servicio. Servicio de Farmacia. CHUS. Santiago de Compostela.

7.1. Introducción	88
7.2. Farmacia Oncológica en el contexto de IANUS.....	89
7.2.1. Actividades de Farmacia Oncológica en Transición Asistencial. Un Caso clínico.....	92
7.2.2. Hechos relevantes durante el seguimiento del paciente.	97
7.3. Conclusión.	100
7.4. Bibliografía.	100

7.1. Introducción

La integración de toda la información clínica en un documento digital, y su puesta a disposición de los profesionales sanitarios, permiten que cualquier paciente pueda ser atendido en distintos entornos geográficos, en cualquiera de los niveles asistenciales, y teniendo acceso a su historia clínica en todos los casos. De este modo, en el momento de la decisión clínica el facultativo dispone de la máxima información.

Esta situación es una realidad en Galicia de manera que la historia clínica electrónica (HCE), a través del proyecto global de informatización sanitaria de la Consejería de Sanidad, denominado IANUS¹, es una herramienta básica asistencial que cumple ahora 10 años desde que se inició de su implantación. Sus funcionalidades se encuentran alineadas con las definidas en 2003 por el Institute of Medicine norteamericano² que de forma resumida son:

- registros de datos de salud,
- gestión de resultados (laboratorio, pruebas, etc.),
- gestión de la prescripción y ordenes médicas,
- apoyos en la toma de decisiones (procedimientos diagnósticos, tratamientos),
- comunicación electrónica y conectividad (por ejemplo entre primaria y especializada),
- sistemas de apoyo al paciente (educación sanitaria computarizada, sistemas de alerta, etc. , administrativa y de Salud Pública.

La información clínica integrada es ahora accesible al instante en cualquier lugar, sin posibilidad de pérdida de datos y con independencia de la complejidad de los diferentes registros del paciente. Es decir, la HCE viene a sustituir a la historia clínica en papel, superando las dificultades intrínsecas a la misma, como:

- Cuanto más datos, más complejidad para encontrar información, por desorden y falta de uniformidad en los documentos.
- Deterioro del soporte documental debido al paso del tiempo o accidentes como humedad o fuego.

- Requerimientos en los hospitales de grandes espacios para su almacenamiento, que ha contribuido en la mayoría de los casos a externalizar su custodia.
- Cuanto mayores comorbilidades y mayor movimiento en las consultas de un paciente, mayor imposibilidad de garantizar la disponibilidad de la HC en papel en varias consultas de un mismo hospital, con total imposibilidad en hospitales o niveles asistenciales distintos.

Superadas con IANUS las dificultades descritas de la HC en papel, la monitorización del paciente está facilitada al presentarse la información de forma ordenada. Esta disponibilidad de acceso a la información, favorece la continuidad asistencial (CA)³, si bien se debe reconocer que la implantación de una HCE abre la posibilidad a nuevos errores antes no contemplado^{4,5}. A su vez, esta interoperabilidad favorece claramente una transición asistencial con garantías para el paciente. No obstante, a pesar de contar con un medio excelente y favorecedor para la CA del paciente, se debe puntualizar que su garantía no sólo depende del medio para realizarla puesto que necesita también el interés de los profesionales de la salud en la atención integral al paciente, más allá de la propia consulta.

7.2. Farmacia Oncológica en el contexto de IANUS

En IANUS se integran los Historiales Clínicos de los pacientes atendidos por el sistema público de salud, independientemente del centro sanitario o del lugar donde residen, garantizando el control y la confidencialidad de los datos del paciente, proporcionando una continuidad asistencial al ciudadano y mejorando la toma de decisiones de los profesionales de la salud (Figura 7.1).

En Galicia están hoy conectados en red, compartiendo información a través de, el 100% de hospitales, el 100% de residencias sociosanitarias, el 100% de las oficinas de farmacia, casi el 100% de los centros de salud y el 43,3% de los centros concertados.

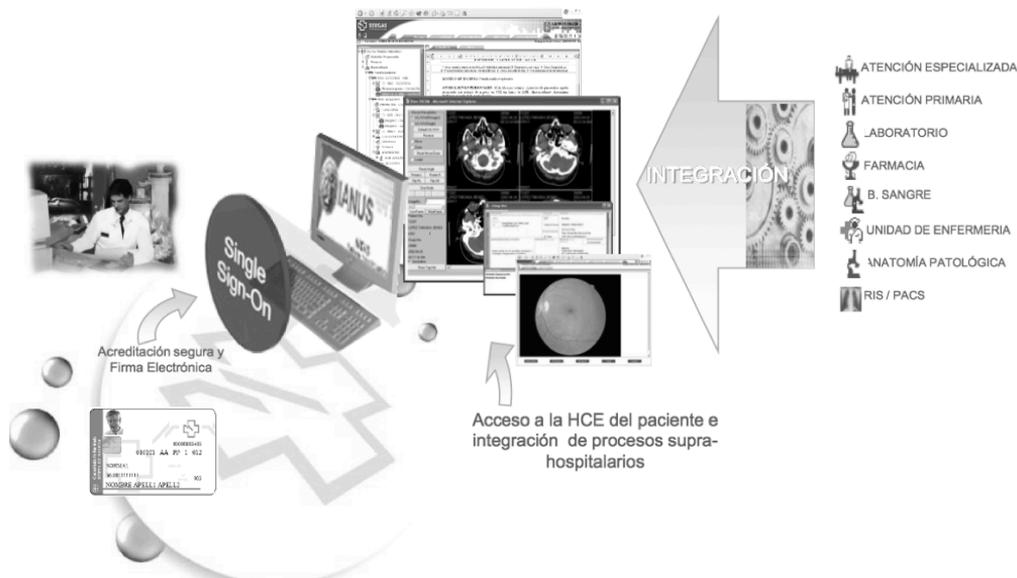


Figura 7. 1: Tarjeta acceso a IANUS y esquema de estructura.

En Galicia están hoy conectados en red, compartiendo información a través de, el 100% de hospitales, el 100% de residencias sociosanitarias, el 100% de las oficinas de farmacia, casi el 100% de los centros de salud y el 43,3% de los centros concertados.

En junio de 2014, 15.500 profesionales tienen acceso a IANUS, que se convierten en 162.000 accesos a la Historia Clínica, se han realizado 339.966 dispensaciones electrónicas de medicamentos. Más de 100.000 anotaciones. El porcentaje de escritura en las consultas externas de primaria y de hospitales es del 95%. Además, 179 pacientes consultan su historia clínica desde internet.

En nuestra práctica diaria como farmacéuticos clínicos, y desde la consulta de farmacia oncológica, la HCE no solo supone una mejora en el manejo, el conocimiento y el acceso a la información de manera abstracta, integrada en un equipo interprofesional de atención al paciente oncológico, ha supuesto, sin duda, el salto cualitativo más importante de los últimos años.

La revisión de la HCE abre nuevas posibilidades de mejora de la calidad y seguridad del paciente en transición asistencial (TA) ya que nos permite realizar las actividades que se describen en la Tabla 7.1 de manera facilitada, sin errores y con rapidez.

Tabla 7.1. Actividades de Farmacia Oncológica facilitada por IANUS.

1. Conocer el riesgo del paciente. La revisión de sus últimos episodios en consultas, sus visitas a urgencias y/o ingresos y la revisión de una anamnesis completa, nos permite un mejor conocimiento de sus comorbilidades.
2. La revisión de la medicación domiciliaria, con la comprobación de las dispensaciones, nos permite anticipar la historia farmacoterapéutica que después completaremos con el paciente.
 - a. Conociendo comorbilidades y medicación podemos iniciar el estudio de interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas descritas o previsibles.
 - b. En una primera consulta la revisión de las dispensaciones de oficina de farmacia, permitirá detectar pacientes de riesgo de baja adherencia.
3. Conocer los parámetros biométricos del paciente que puede condicionar un ajuste de dosis.
4. Registrar la información relevante recibida y emitida durante la entrevista clínica.
 - a. Entrevista clínica más dirigida al riesgo del paciente con la información aportada por la HCE.
 - b. La información relevante sobre la seguridad de fármacos, manejo temprano de efectos adversos y derivación a urgencias en caso de efectos graves.
 - c. El hecho de la conciliación terapéutica puede realizarse teniendo en cuenta el equipo completo de atención de ese paciente, por ejemplo, endocrino, cardiológico, médico de atención primaria, oncólogo y farmacéutico de hospital.
 - d. Elaborar un planning farmacoterapéutico, buscando la simplificación de pautas y la adaptación de las mismas a la vida del paciente, que favorezca la adherencia.
 - e. Registrar nuestra actividad e intervenciones de forma que puedan ser accesible en todos los niveles asistenciales.

Con la HCE se está en disposición de acceder a una mayor cantidad de información, y por ello a aportar más como farmacéuticos clínicos y ejercer mejor nuestro papel como filtro de seguridad del paciente. Poder registrar nuestras intervenciones y/o actividad posibilita que sea tenida en cuenta por todos los agentes de salud que atienden al paciente. De igual forma que nuestra

revisión de la HCE nos permite tener en cuenta, recomendaciones o intervenciones de otros agentes de salud.

La gran cantidad de información es, en ocasiones, excesiva y se hace imposible abarcarla completamente. Por ello se debe priorizar el acceso a la información de nuestro paciente, no solo limitarlo a revisión de episodios de urgencias, ingresos y consultas externas, si no también tener muy en cuenta, las TA de nuestro paciente, como garante de una CA. Es por tanto la HCE una buena herramienta, pero al igual que cuando la historia clínica es en papel, para favorecer la TA, tiene que existir una voluntad individual.

En nuestra experiencia diaria, existen casos clínicos en que las TA están definen un perfil parecido, pero me parece interesante escoger un caso de una paciente oncológica, creo que paradigma de la complejidad que puede alcanzar garantizar la CA, y con la que se ha hecho un esfuerzo de coordinación y de adaptación a sus necesidades, por parte del equipo interprofesional de atención, muy importante.

7.2.1. Actividades de Farmacia Oncológica en Transición Asistencial. Un Caso clínico

La paciente seleccionada para la descripción del modelo de TA aplicado, presentó a lo largo de su enfermedad varios problemas relacionados con la medicación, que posteriormente se analizan, y por los que necesitó una especial atención farmacéutica. Y también una especial coordinación en las TA. Este caso, además, cuando se ha revisado con la HCE ha puesto de manifiesto la importancia de la coordinación entre niveles y especialmente para pacientes como el siguiente.

Se trata de una mujer de 36 años de edad, diagnosticada en enero de 2008 de carcinoma ductal infiltrante Luminal B/HER+, estadio IV por afectación ósea, ganglionar, axilar bilateral y mediastínica.

- En enero de 2008 inicia tratamiento antineoplásico con paclitaxel y trastuzumab.

- En noviembre de 2009 progresa la enfermedad a nivel de sistema nervioso central (SNC), recibe radioterapia holocraneal y comienza nueva línea de tratamiento con lapatinib-capecitabina.
- En junio de 2010, se le retira la capecitabina por TEP bilateral y continúa con lapatinib hasta marzo de 2012.
- En noviembre de 2010 se diagnóstica de leucemia mieloide crónica (LMC), e inicia tratamiento con imatinib, al que desarrolla una intolerancia.
- En mayo de 2011 inicia nilotinib, al que responde manteniendo una respuesta molecular mayor (RMM).
- En marzo de 2012, se suspende lapatinib por mala tolerancia (diarrea persistente), continuando tratamiento con trastuzumab y zoledrónico.
- En septiembre de 2012, vuelve a progresa en SNC. Recibe su segunda radioterapia holocraneal a menor intensidad, y continúa con el mismo tratamiento.
- En mayo de 2014 vuelve a progresar y se le hace radiocirugía.
- En octubre de 2014, por deterioro del estado general, pasa a cuidado de síntomas (terapia paliativa).

El Modelo de Selección y Atención Farmacéutica (AF) de pacientes crónicos de la SEFH, estratifica al paciente por nivel de riesgo, y según el resultado, recomienda una determinada atención farmacéutica. Este modelo utiliza 13 variables, a las que se le atribuye un peso entre 1 y 4, pudiendo llegar a una máxima puntuación de 38 que viene determinado por variables demográficas, clínicas y de utilización de servicios, sociosanitarias y del estado cognitivo, en relación con la medicación. Los niveles de AF según características de paciente crónico resultantes son 4, Nivel 1 o riesgo global (puntuación obtenida > 14), Nivel 2a o riesgo de medicación y Nivel 2b riesgo sociosanitario y riesgo básico. Este modelo está validado en el paciente crónico en general, actualmente hay muchas iniciativas que pretenden hacerlo en pacientes en concreto, como por ejemplo el paciente oncológico. El resultado de la aplicación de este modelo (Tabla 7.2), ha proporcionado un valor de 29 puntos como paciente de Riesgo Global.

Tabla 7.2. Aplicación del Modelo de Selección y Atención farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH a nuestra paciente⁶.

CASO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO			
Edad:	42 Años	Sexo:	Mujer
Características clínicas del paciente	<p>HISTORIA ONCOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feb 2008: Ca ductal infiltrante IV Luminal B/ HER + (enfermedad ósea, ganglionar cervical, axilar bilateral y mediastínica, desde octubre de 2009 también SNC). - Mayo de 2014 nueva PD en SNC. <p>TRATAMIENTOS PREVIOS Y PLAN ACTUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de tratamiento con Trastuzumab y Paclitaxel desde el 14-02-08 hasta octubre de 2009 con respuesta parcial y progresión cerebral y pulmonar. - Completó radioterapia holocraneal (30 Gy -10 x 3 Gy- del 14 al 28.10.2009), e inició terapia de segunda línea con Capecitabina-Lapatinib el 12-11-09 con buena tolerancia hasta agosto de 2010 donde se suspende Capecitabina por tromboembolismo pulmonar bilateral en TAC del 10-08-10. Lapatinib suspendido el 15-03-12. - Tratamiento con Trastuzumab y Zometa desde el 27-03-12. - En 2012 se objetiva progresión de las lesiones cerebrales por lo que recibe, entre el 24-9-2012 y el 5-10-2012, irradiación holocraneal paliativa administrándose una dosis total de 25 Gy (dosis fracción: 250 cGy). - Tratamiento esteroideo continuo desde 2012. - El 13.05.2014 es comentada en sesión de OM y RT por progresión cerebral con estabilidad del resto de las lesiones, para plantear nuevo tratamiento local a ese nivel. <p>HISTORIA HEMATOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nov 2010: LMC, intolerante a Imatinib - Mayo 2011: inicio Nilotinib, RM 4,5 log, oscilante sin perder la RMM <p>OTRAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Mellitus corticoinducida. - Hipercolesterolemia - Fenotipo cushinoide secundario a corticoterapia. - Miopatía esteroidea. - Múltiples ingresos en relación con tratamiento recibido/complicaciones. 		

<p>Aspectos sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vive con sus padres e hijo adolescente (familia monoparental). Padres mayores con comprensión muy dificultada. Hijo poco colaborador, en ocasiones problemático. Serias dificultades en los momentos en los que la patología de base se agudiza y la paciente no puede valerse. - Estado cognitivo y funcional: - Bradipsiquia, PS 3 - IMC: 31
<p>Otros aspectos de interés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente no fumadora, ni bebedora. - Actividad física: en silla de ruedas por miopatía esteroidea
<p>Aspectos relacionados con la farmacoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tassigna 300 mg/ 12 h (1 hora antes de DNO y CENA) - Pantoprazol 20 (aDNO-0-0) - Primperán (aDNO-aCDA-aCNA) - Sertralina 50 (1-0-0) - Diacepam 5 (1-1-1) - Nolotil cp (1-1-1) - Fortecortin 1 mg (1-1-1) - Atrovent/Salbutamol (2 inh c/ 12 sp) - Fragmin 5.000 c/24 h - Rosuvastatina 5mg 0-0-1 - Insulina Lantus 0-0-20 UI - Insulina Actrapid según pauta endocrino - Zoledrónico IV cada 21 d según función renal - Trastuzumab 6 mg/kg cada 21 d <p>Adherencia: Se han detectado problemas de adherencia en los años de seguimiento, siempre relacionados con factores involuntarios (olvidos y dificultad de entendimiento y manejo)</p>
<p>Frecuentación de los servicios sanitarios</p>	<p>3 ingresos en 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descompensación diabética por corticosteroides (09/03/2013) - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA prerrenal secundaria a GEA (13/06/2013) - Hiperpotasemia y acidosis metabólica secundaria a irenal (13/06/2013) - Anemia grado 3 (Transfusión de hemoderivados) (13/06/2013) - INSUFICIENCIA SUPRARENAL AGUDA (15/07/2013) <p>2 visitas a urgencias en 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enero 2014: Cefalea y torpeza mental que mejora con corticoides y sin relación con PD. - Abril 2014: Edema parietal bilateral en TAC

<p>Datos analíticos/registros de interés:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC: 34 - Análisis (parámetros alterados/resto dentro de la normalidad): <p>HEMOGRAMA</p> <ul style="list-style-type: none"> - LEUCOCITOS 15.81 x10e3/μL [4.0 - 10.0]* - HEMOGLOBINA 11.5 g/dL [12.2 - 16.1]* - HEMATOCRITO 35.8 % [36.9 - 49.6]* - Hem. microcíticos 5.9 % [0.0 - 2.5]* - Hem. hipocromicos 5.5 % [0.0 - 4.0]* - NEUTROFILOS 81.0 % [42.5 - 73.3]* - LINFOCITOS 12.3 % [17.4 - 46.7]* - VSG 56.0 mm [4.0 - 20.0]* <p>BIOQUIMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa 174.0 mg/dL [74.0 - 105.0]* - GPT/ALT/ALAT 41.0 U/L [3.0 - 31.0]* - GGT 144.0 U/L [4.0 - 38.0]* - Fosfatasas alcalinas 522.0 U/L [88.0 - 263.0]* - Colinesterasa 12511.0 U/L [4100.0 - 10500.0]* - LDH 479.0 U/L [200.0 - 418.0]* - Triglicéridos 254.0 mg/dL [27.0 - 150.0]*
<p>Características del paciente en la entrevista</p>	<p>Paciente con la que se ha establecido una relación de confianza y conocimiento, comenta en entrevista dificultades personales que influyen el cumplimiento terapéutico y espera la colaboración del farmacéutico. Limitaciones no voluntarias. Interés y esfuerzo.</p>

La SEFH, recomienda para los pacientes de mayor riesgo, el siguiente nivel de AF, dividido en 3 categorías:

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO:

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, aplicación, si procede, de la farmacogenética, farmacocinética, etc., individualizando de la farmacoterapia.
- Conciliación de la medicación en las TA (ver capítulo 6).
- Seguimiento de los pacientes a través de la aplicación de nuevas tecnologías (i.e. dispositivos móviles, televisión, eHealth2, mHealth3, etc.).
- Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos de los pacientes, incluyendo entre otras acciones a realizar:
 - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación del paciente sobre todo en caso de deterioro cognitivo, funcional, etc.

- Contacto interniveles: en los pacientes institucionalizados, trabajo conjunto con el equipo asistencial de los centros de asistencia social. En el resto de pacientes trabajo conjunto con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.
- Implantación de SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación), planificaciones horarias al alta, etc.
- Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación.

EDUCACIÓN AL PACIENTE:

- Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores) (de manera directa por parte del FH o a través de otros profesionales).
- Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.
-

COORDINACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL:

- Desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción, simplificación, etc.).
- Participación del FH en los equipos de gestión de casos para la discusión y abordaje específico de determinados pacientes.
- Integración con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.
- Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.
- Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.
- Integración de la información e intervenciones en la HCE de los pacientes.

7.2.2. Hechos relevantes durante el seguimiento del paciente

La relación profesional en la consulta de farmacia oncológica con esta paciente ha sido muy intensa por la dispensación de los antineoplásicos orales, y por las dificultades que se han presentado para su manejo correcto. Un resumen de los hechos más relevantes se describen cronológicamente a continuación:

1. En enero de 2010, coincidiendo con la tercera dispensación trimestral del tratamiento antineoplásico a la paciente, se detecta un problema de adherencia por lo que se profundiza en la entrevista; se objetivan ciertos

problemas de entendimiento de su Hoja de Información del tratamiento proporcionada por Infowin. Se comunican al oncólogo responsable y se acuerdan visitas semanales para posibilitar una monitorización estrecha. Además, se pide al acompañante, su padre, que hasta ahora no supervisó a su hija, que en este momento se precisa su colaboración. Por nuestra parte se personalizó un documento con la planificación horaria de tomas e información adaptada.

Como era una paciente polimedicada, se realizó conciliación de la medicación y simplificación de pautas, confirmadas por su oncólogo; asimismo, le pedimos a la paciente que acudiese a su médico de atención primaria, para enseñarle el tratamiento y que si estaba de acuerdo, inactivase los fármacos suspendidos.

Como la vimos muy confusa, le pedimos que en la siguiente semana trajese una bolsa con toda su medicación, la que nosotros dispensamos y la domiciliaria. Toda esta información se registró en su HCE.

A las 3 semanas, la paciente estaba centrada, organizada, la adherencia medida por conteo de comprimidos era del 100%, y su padre supervisaba la toma de medicación.

2. En septiembre de 2012, 2 años después, tras la segunda progresión a nivel de SNC, la paciente no entendía su Hoja de siempre, ni podía contar. Su padre, mayor y superado con la situación, se sentía incapaz de darle la medicación a su hija. Los otros cuidadores madre o hijo adolescente, no participaban de la situación. Desde la consulta de farmacia oncológica hablamos con la asistente social del hospital, que a su vez habló con la asistente del ayuntamiento y consiguieron a una persona que iba a darle las tomas de los medicamentos a casa. En poco tiempo, se adaptaron al cambio, familia y paciente y la ayuda dejó de ser necesaria.
3. En el año 2013 esta paciente acudió a 20 consultas a la Consulta de farmacia oncológica. Por ejemplo en febrero de 2013, comenzó a hacer hiperglucemias importantes, no controladas con antidiabéticos orales, la oncóloga que le atendió ese día, decidió pautar insulina. Al llegar a la consulta de farmacia, cuidador y paciente se desmoronaron, después de que la paciente no pudiese entender claramente como manejar la pluma, ni el número de unidades que debía recibir, a pesar de las explicaciones recibidas; la oncóloga decidió ingresar a la paciente para enseñarle el manejo. Se le dio el alta condicionado a control estrecho por su médico de atención primaria.
4. En marzo de 2013, se encontraba muy baja de moral precisando la intervención del psico-oncólogo.

5. Como también estaba diagnosticada de LMC, y tomando nilotinib desde mayo de 2011, se revisó su adherencia terapéutica por ser el factor modificable más importante que condiciona el resultado terapéutico⁷, y porque desde la publicación de Marín et al.⁸, que demuestra que los pacientes con adherencia menor al 90% no alcanzan RMC (respuesta molecular completa). En esta paciente teníamos serias dudas de que llegásemos a esta tasa, por eso entre agosto y octubre del 2013, usando dispositivos microelectrónicos (MEM) que registran cada apertura del envase, y que después se controla electrónicamente la adherencia a nuestra paciente. La Figura 7.2 recoge la lectura de las tomas de nilotinib, desde agosto hasta noviembre de 2013, los puntos dentro de las franjas verdes son pautas correctas, algunos puntos fuera representan los momentos en los que se rellena el envase, el resto pautas no tomadas correctamente. La tasa resultante de adherencia para nuestra paciente fue del 90,7%.
6. En mayo de 2014, tras la nueva progresión a nivel de SNC, se plantea y realiza radiocirugía. Desde junio de 2014, la paciente se traslada en silla de ruedas. Tras un empeoramiento de su estado general (PS ECOG = 3) en octubre de 2014, la paciente ingresa en Oncología y se le da el alta con Hospitalización domiciliaria. Una vez estabilizada, continua a fecha de enero de 2015 en su domicilio pero atendida por su médico de atención primaria.
El cuidador de la paciente acude mensualmente con una hoja de información, en igual formato que la que nosotros le actualizábamos por hora de toma, a nuestra consulta de farmacia oncológica; nos envía siempre saludos y nos pide recomendaciones de hidratación y otros cuidados.

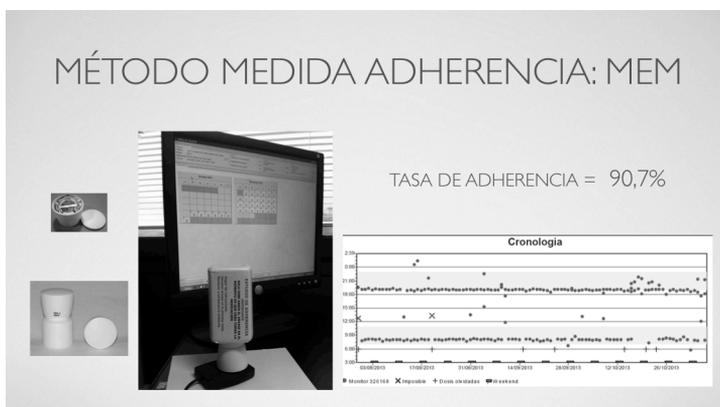


Figura 7.2. Gráfica cronológica para la medida de adherencia. Método MEM

7.3. Conclusión

La historia clínica electrónica facilita el intercambio de información y la comunicación interprofesional de forma rápida y segura; no obstante, en las consultas de Farmacia Oncológica se necesita protocolizar la revisión de los cursos clínicos en las transiciones asistenciales de nuestros pacientes, y en particular con los de especial riesgo.

7.4. Bibliografía

1 La leyenda mitológica cuenta que cuando Saturno es expulsado del Olimpo, fue a refugiarse en los dominios de Jano-Quirino (IANUS), quien lo acogió y lo asoció a su reinado. En agradecimiento, el dios olímpico le dotó de una especial facultad: la de ver con toda claridad y al mismo tiempo el pasado y el porvenir para regirse, con sabiduría, en las circunstancias del momento.

2 Tang PC, Coye MJ, Bakken S, Balas EA, Bates DW, Classen JR, et al. Key Capabilities of an Electronic Health Record System. Committee on Data Standards for Patient Safety. Institute of Medicine. The National Academies Press. Washington, DC. 2003.

3 Chaudhry B, Wang J, Wu S. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006;144:E12-22

4 Doctors' 10 Biggest Mistakes When Using EHRs Kenneth J. Terry, MA May 01, 2013. www.medscape.com/viewarticle/803188.

5 Delgado-Silveira E, Soler-Vigil M, Pérez-Méndez C, Delgado-Tellez L, Bermejo-Vicedo T. Prescription errors after the implementation of an electronic prescribing system. *FarmHosp.* 2007;31:223

6 Modelo de Selección y Atención farmacéutica de pacientes crónicos de la SEFH http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF_INFORME_PACIENTE_GESTION_SANITARIA.pdf

7 Sabate E. Editor. Adherence to long therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland World Health Organization. Disponible en http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

8 Marin D, Bazeos A, Mahon FX, et al. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol.* 2010;28(14):2381-2388.

Capítulo 8

Percepción del Paciente Onco-Hematológico en Transición Asistencial

Mónica Climente Martí

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Ana Moya Gil

Farmacéutica Especialista. Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Begoña Porta Oltra

Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

8.1 Introducción	102
8.2. Encuesta sobre Percepción del paciente Onco-hematológico en Continuidad Asistencial.	104
8.2.1. Percepción de la transferencia de información	107
8.2.2. Percepción de la comunicación interprofesional.....	110
8.2.3. Percepción de la coordinación.....	111
8.3. Conclusión.....	113
8.4. Bibliografía.....	114

8.1 Introducción

Las características de los pacientes atendidos en la actualidad son distintas a las de hace unos años ya que, además de tener más enfermedades crónicas, casi siempre en tratamiento, tienen también mayor edad, lo que les confiere una especial fragilidad. A estas condiciones se suman, con frecuencia, la presencia de patologías, como el cáncer – clasificado por la OMS¹ como enfermedad crónica especial–, que convierte a los pacientes onco-hematológicos en una población de especial vulnerabilidad, con mayor necesidad de asistencia programada y urgente, así como de reingresos hospitalarios, y una discapacidad progresiva con elevada mortalidad².

Estas situaciones exigen que la colaboración entre los distintos niveles asistenciales sea reconocida como factor clave para facilitar la consecución de expectativas de gran relevancia para estos pacientes, como accesibilidad y continuidad en los cuidados³. En consecuencia, su adecuada atención requiere un manejo interdisciplinar clínico y social, donde la continuidad asistencial (CA) es imprescindible.

Se han propuesto por diferentes autores definiciones^{4,5} sobre CA, si bien la seleccionada en este capítulo es la que abarca más elementos⁶, y se concreta en “el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo de manera que sean coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal”. Desde el punto de vista del paciente, la CA se define como “la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de la asistencia coordinada que recibe a lo largo del tiempo”⁷.

En el proceso de CA, se identifican tres elementos claves: continuidad de la relación, continuidad en la transferencia de información clínica y continuidad en la gestión asistencial integrada (ver Cap. 1). Estas dimensiones, incluyen la cronológica, o atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad, la geográfica, o atención más cercana a las personas, la interdisciplinaria, o atención integral a los individuos considerados en su conjunto y en su entorno, y la interpersonal, o relación médico, médico-

paciente, relaciones con la familia del paciente y relaciones interprofesionales que se describen⁸ en la Figura 8.1.

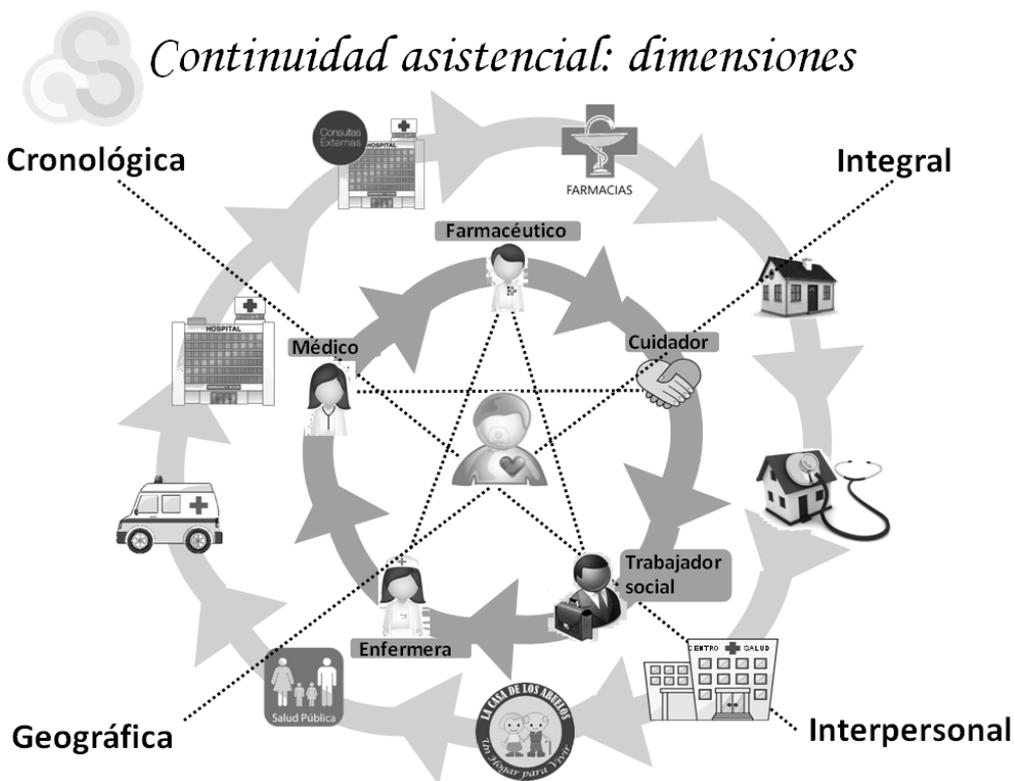


Figura 8.1. Dimensiones, personal y niveles asistenciales implicados en la continuidad asistencial.

En este modelo multidimensional de atención sanitaria orientado al paciente, la CA es una herramienta de gestión que permite potenciar la eficiencia y efectividad en la asistencia, e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud, y la satisfacción del paciente con el sistema sanitario. Asimismo, contribuye también a elevar el grado de satisfacción de los profesionales implicados.

Así pues, la continuidad asistencial representa el nuevo paradigma de la atención sanitaria, y supone una visión continua y compartida de la asistencia al paciente, considerado en su conjunto y su entorno, en el que intervienen

múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: la prevención y mejora de la salud de los pacientes.

8.2. Encuesta sobre Percepción del paciente Onco-hematológico en Continuidad Asistencial.

Existen diferentes métodos e instrumentos para medir la continuidad asistencial⁶ que, en la mayoría de los casos, evalúan una de sus dimensiones, en un único nivel asistencial, y su evolución en el tiempo. Sin embargo, la satisfacción del ciudadano con la atención sanitaria y la adecuada respuesta a sus necesidades, demandas y expectativas se constituyen en objetivo fundamental de nuestro Sistema Sanitario Público, y la valoración subjetiva percibida por el ciudadano es una dimensión esencial en el proceso asistencial, cuya evaluación ha de ser garantizada. Para ello se ha de disponer de procedimientos validados que permitan medir el grado de satisfacción de los usuarios, de forma veraz, fiable y relevante, así como inculcar en la organización, y en todos los profesionales de la misma, la trascendencia de considerar todas las variables que determinan la valoración del ciudadano sobre la atención sanitaria recibida.

Para conocer la percepción del paciente onco-hematológico sobre la CA en sus tres magnitudes, se realizó un estudio descriptivo de 2 semanas de duración en mayo 2014 (05/05/2014-16/05/2014) donde se incluyeron todos los pacientes onco-hematológicos atendidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, que estaban en tratamiento con antineoplásicos y/o fármacos de soporte de dispensación hospitalaria. La valoración se realizó mediante un cuestionario (Figura 8.2.) integrado por ocho preguntas cerradas, multi-respuesta tipo Likert, con respuestas de ponderación arbitraria y asignación de categorías, siete de las cuales formaban parte del cuestionario CCAENA⁹. Éste es un cuestionario diseñado y validado para medir la CA entre niveles, desde la perspectiva del usuario, elaborado por personal del *Consorti de Salut i Social de Catalunya*, financiado por el Instituto de Salud Carlos III

(Po8/90154) y el Ministerio de Ciencia e Innovación, que contiene 125 preguntas sobre 4 niveles:

1. antecedentes clínico-sanitarios,
2. utilización de los servicios de salud,
3. percepción de la continuidad asistencial y
4. datos de morbilidad general y sociodemográficos.

A este cuestionario, anónimo y voluntario, se añadió una pregunta compuesta relacionada con la conciliación de medicamentos, para conocer si el paciente disponía de una lista actualizada de todos los medicamentos que tomaba en ese momento, y si los profesionales sanitarios le preguntaban por ella.

Los criterios de valoración se dividieron en tres niveles:

1. transferencia de la información,
2. coordinación entre AP y AE y
3. comunicación interprofesional.

Los diferentes profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes son: (médico de AP (MAP), oncólogo o hematólogo (OH), enfermería de AP (EAP), enfermería de AE (EAE), farmacéutico comunitario (FC) y farmacéutico especialista de hospital (FH)). Además, se registraron otras variables independientes como posibles factores influyentes en la percepción de los pacientes: edad, sexo, domicilio urbano o rural, niveles de estudios, percepción de salud, servicio clínico al que procede y lugar de atención ante un problema de salud¹⁰ (Figura 8.2.).

El tamaño muestral (n=54) se calculó mediante muestreo aleatorio simple para población finita, atendida en la consulta de pacientes onco-hematológicos, que acudieron a la UFPE (μ quincenal de los últimos 3 meses=152; tasa de respuesta esperada (TR)=80%; error de precisión $\alpha=3\%$, IC=95%)¹¹. Finalmente se obtuvo una tasa de respuesta de 96% (n=52), excluyéndose un paciente en los resultados por no haber sido atendido nunca en AP; durante las 2 semanas de estudio se atendieron a 157 pacientes, por lo que la muestra de pacientes analizada constituyó el 33% del total de la población atendida.

 	CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA	Rev.: C
		Fecha: 5/05/2014
		Página: 1 de 1

¡APOYAMOS POR LA CALIDAD ASISTENCIAL!

Se solicita su colaboración para valorar su percepción sobre la continuidad en su atención entre su médico de cabecera y su médico oncólogo para identificar oportunidades de mejora en su asistencia. La encuesta es anónima y la información proporcionada será estrictamente confidencial. Le rogamos marque su respuesta a las siguientes preguntas con libertad. Su tiempo es inferior a 5 minutos y si lo necesita le ayudaremos.

VALENCIA, A ___ / ___ / ___

CARACTERÍSTICAS PACIENTE:

Edad	Sexo	Domicilio	Estudios	¿Cómo diría usted que es su salud en general?	Especialidad
<input type="checkbox"/> hasta 34 años	<input type="checkbox"/> mujer	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Oncología
<input type="checkbox"/> de 35 a 65 años	<input type="checkbox"/> hombre	<input type="checkbox"/> rural	<input type="checkbox"/> Primarios	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Hematología
<input type="checkbox"/> más de 65 años			<input type="checkbox"/> Secundarios	<input type="checkbox"/> Regular	
			<input type="checkbox"/> Universitarios	<input type="checkbox"/> Mala	
				<input type="checkbox"/> Muy mala	

¿Dónde va cuando tiene una enfermedad o necesita consejo sobre su salud? (Puede seleccionar varias respuestas)

- Ambulatorio
 Urgencias del hospital
 Asistencia privada
 Amigos o familiares
 Urgencias del Ambulatorio
 Especialista
 Especialistas en medicinas complementarias
 Otros: _____

PERCEPCIÓN DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1	¿Usted cree que los profesionales sanitarios que le atienden conocen su historial clínico previo?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
2	¿Usted considera que la información sobre su enfermedad actual es conocida por los profesionales sanitarios que le atienden?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
	¿Por quién/es?	① Médico Atención Primaria	② Oncólogo/ Hematólogo	③ Enfermera Ambulatorio	④ Enfermera Hospital	⑤ Farmacéutico Oficina de Farmacia	⑥ Farmacéutico Hospital
3	¿Usted dispone de una lista actualizada que incluya todos los medicamentos que se toma?	① Si		② No		③ No sabe/ No contesta	
	¿Le pregunta algún profesional por los medicamentos que se toma?	① Si		② No		③ No sabe/ No contesta	
4	¿Los profesionales sanitarios del Ambulatorio conocen las indicaciones/ tratamiento oncológico que le receta el médico oncólogo/hematólogo?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
	¿Quién/es?	① Médico Atención Primaria		② Enfermera Ambulatorio		③ Farmacéutico Oficina de Farmacia	
5	¿Los profesionales sanitarios del Hospital conocen las indicaciones/ tratamiento ambulatorio que se toma?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
	¿Quién/es?	① Oncólogo/Hematólogo		② Enfermera Hospital		③ Farmacéutico Hospital	
6	¿Los profesionales sanitarios que le atienden se comunican entre ellos?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
	¿Quién/es?	① Médico Atención Primaria	② Oncólogo/ Hematólogo	③ Enfermera Ambulatorio	④ Enfermera Hospital	⑤ Farmacéutico Oficina de Farmacia	⑥ Farmacéutico Hospital
7	¿Usted cree que la atención sanitaria que recibe en el Ambulatorio y en el Hospital está bien coordinada?	① Siempre	② Muchas veces	③ Pocas veces	④ Nunca	⑤ No procede	⑥ No sabe/ No contesta
8	¿Le parece adecuado que todos los profesionales sanitarios mencionados se coordinen en el conocimiento y manejo de su atención sanitaria global?	① Si		② No		③ No sabe/ No contesta	

SUGERENCIAS Y COMENTARIOS

--	--	--	--	--	--

Gracias por su colaboración. Su opinión nos permitirá mejorar.

Figura 8.2. Cuestionario de valoración de la continuidad asistencial cumplimentado por los pacientes.

El 56% (n=29) de los pacientes estaban adscritos al Servicio de Oncología y 44% (n=23) a Hematología. Más del 50% de los pacientes eran varones (57%; n=29), mayores de 65 años (54%; n=28), con domicilio urbano (80%; n=41) y disponían de estudios primarios (49%; n=25) o secundarios (18% n= 9).

El 36% (n=18) de los pacientes tenían una percepción buena o muy buena de su estado de salud, siendo mayoritaria una percepción regular (45%; n=23). Ante un problema de salud, el 49% (n=25) acudían al ambulatorio, seguido de las urgencias hospitalarias y/ o ambulatorias (32%; n=16), mientras que sólo el 12% (n=6) acudían al especialista del hospital. Cuatro pacientes acudían a medicinas complementarias.

8.2.1. Percepción de la transferencia de información

La continuidad asistencial debe ser una línea estratégica con un modelo de atención sanitaria con estructuras organizativas comunes que incluya continuidad intrahospitalaria y extrahospitalaria con la existencia de protocolos de actuación comunes que incluyan la transferencia de información con el consenso de actitudes diagnósticas y terapéuticas individualizadas³. El desarrollo de estos modelos, dotados de elementos de gestión que permiten atender las expectativas de los usuarios, aportan beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

En el contexto del paciente onco-hematológico, en 2011 la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y la Sociedad de Enfermería Oncológica (ONS) desarrollaron estándares destacando aspectos relacionados con la CA en relación a la transferencia de la información para la educación del paciente y su cuidador en aspectos como la administración, la eliminación de la medicación oral no utilizada, entre otros¹². En nuestra encuesta, el 79% (n=40) de los pacientes percibían que los profesionales sanitarios que les atienden conocen siempre o casi siempre su historial clínico previo (Figura 8.3).

El 83% (n=42) de los pacientes opinaron que los profesionales conocen su enfermedad oncológica actual (Figura 8.3.), el 22% (n=11) incluían al MAP, OH, FC y FH en conjunto; solo un paciente indicó que todos los profesionales sanitarios estaban informados. Si comparamos por tipo de profesional, los pacientes

percibieron un mayor conocimiento sobre su enfermedad oncológica actual por parte del equipo médico (MAP, OH) (47%; n=23), seguido de los farmacéuticos (FC y FH) (35%; n=17) y personal de enfermería (EAP, EAE) (6%; n=3). Respecto al nivel asistencial, se percibió mayor conocimiento por los profesionales de AE (OH, EAE y FH) (16%; n=8) frente al 8% (n=4) de los profesionales de AP (MAP, EAP y FC).

El 61% (n=31) de los pacientes percibían que siempre o la mayoría de las veces los profesionales sanitarios de AP conocían las indicaciones y el tratamiento oncológico que les había prescrito el OH (Figura 8.3.). Diferenciando por profesional sanitario de AP, el MAP era el profesional más informado (88%; n=35), seguido del FC (35%; n=14) y EAP (20%; n=8). Sólo en el 8% (n=3) de los casos eran conocedores todos los profesionales de AP. Del mismo modo, el 67% (n=34) de los pacientes percibían que siempre o la mayoría de las veces los profesionales sanitarios de AE conocían las co-morbilidades y el tratamiento ambulatorio de los pacientes, y en 3 casos (6%) no procedía la pregunta pues no estaban en tratamiento ambulatorio ni estaban diagnosticados de enfermedades concomitantes (Figura 8.3.).

Diferenciando por profesional sanitario de AE, el OH era el profesional más informado (97%; n=36), seguido del FH (46%; n=17) y de EAE (8%; n=4). Sólo en el 8% (n=3) de los casos el paciente percibió conocimiento sobre sus co-morbilidades y tratamiento ambulatorio por parte de todos los profesionales sanitarios de AE.

El 69% (n=35) de los pacientes disponían de una lista actualizada con todos los medicamentos que se tomaba, el 22% (n=11) no sabía si disponía de esa lista, o no contestó a la pregunta, y sólo el 10% (n=5) indicó que no disponían de lista. El 61% (n=31) de los pacientes recordaban que los profesionales les preguntaban por esa lista, mientras que el 12% (n=6) no les habían preguntado nunca.

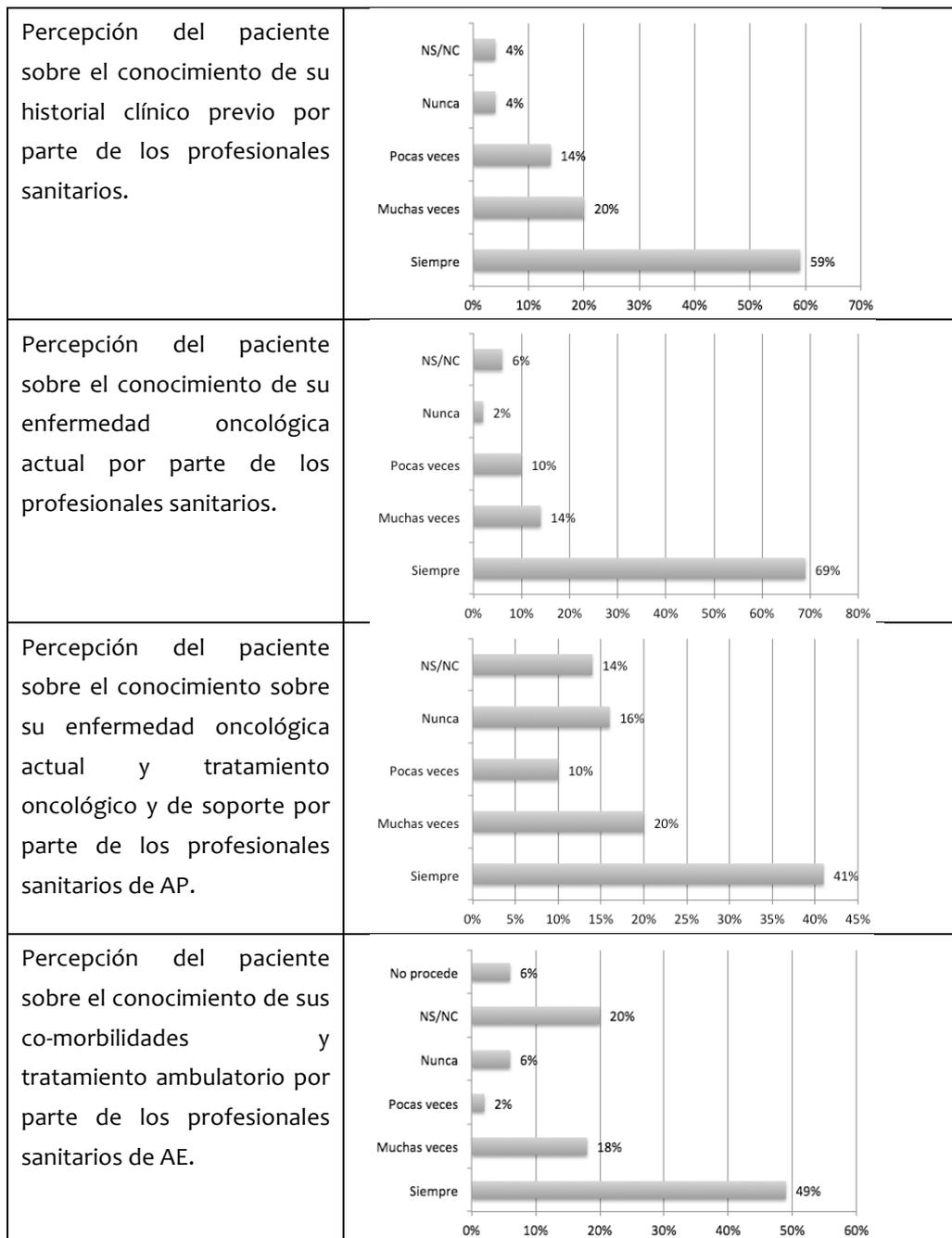


Figura 8.3. Criterios de valoración relacionados con la transferencia de la información. (NC/NS: No sabe/No contesta).

Sin embargo, la sola transferencia de la información no es suficiente para su utilización e integración, y para que el paciente lo perciba, por lo que las medidas más recientes abarcan también la utilización de la información transferida⁵. De ahí que las tecnologías de la información y comunicación (TIC) ofrezcan una nueva perspectiva de la CA, con la aparición del concepto de historia de salud electrónica como un sistema que integra los aspectos relacionados con la gestión de pacientes, incluyendo sistemas de citación y admisión con el fin de coordinar eficientemente todas las actuaciones requeridas en el diagnóstico y tratamiento de cada proceso, así como la integración de toda la información sanitaria en una historia única, disponible para todos los profesionales que intervienen en un proceso, y con participación cada día más exigida por los paciente, de manera que puedan compartir todos los datos clínicos relevantes y mantener un canal de comunicación entre ellos.

8.2.2. Percepción de la comunicación interprofesional

Los pacientes onco-hematológicos presentan riesgos adicionales de sufrir problemas en las transiciones asistenciales (TA), derivados de varios factores como son la gravedad de la enfermedad en la mayoría de pacientes, la prevalencia desproporcionada entre ancianos y niños, o la toxicidad y complejidad de los tratamientos.¹³ A su vez, debe destacarse la elevada frecuencia de patologías concomitantes, que requieren el seguimiento por varios médicos a la vez, y las múltiples interacciones con diferentes profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, rehabilitadores, etc...), y de diferentes ámbitos (AP, AE, atención socio-sanitaria y Salud Pública). Todo ello hace que los pacientes onco-hematológicos sean un grupo de pacientes con necesidades de integración en la atención sanitaria y CA muy importantes con el fin de reducir los riesgos inherentes a este tipo de pacientes y tratamientos, integración basada en la comunicación interprofesional para su cuidado.

En nuestra encuesta, sin embargo, menos de la mitad de los pacientes (44%; n=22) percibió siempre, o en la mayoría de las veces, comunicación interprofesional; perciben comunicación de forma rutinaria solo el 26% (n=13). El equipo de AE obtuvo mejor valoración a la hora de transmitir la información

respecto al equipo de AP (OH=73% vs MAP=50% y FH=40% vs FC=7%). De nuevo el personal de enfermería de EAP fue mejor valorado que el de AE (EAP=13% vs EAE=10%) (Figura 8.4).

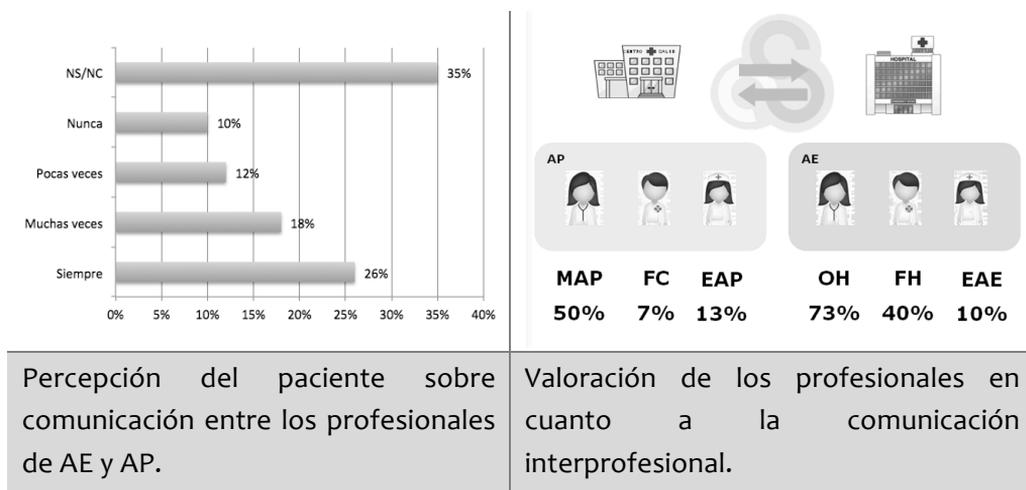


Figura 8.4. Criterios de valoración relacionados con la transferencia de la información. (NC/NS: No sabe/No contesta).

8.2.3. Percepción de la coordinación

Las consecuencias de la falta de coordinación en las TA, en un entorno caracterizado cada día más por la complejidad y super-especialización de la atención sanitaria, el incremento en pacientes de mayor edad y con patologías crónicas pluri-patológicos, comprometen muy seriamente la seguridad de los pacientes. Esta situación ha promovido el desarrollo de herramientas que permiten evaluar la atención sanitaria que prestan a los pacientes, como es el caso del *Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET)*¹⁴, desarrollada en 2007, y que considera cinco puntos:

1. la organización centrada en el paciente,
2. la coordinación del proceso de atención,
3. la colaboración con AP,
4. la comunicación con los pacientes y la familia y
5. el seguimiento del proceso de atención.

En nuestra encuesta, el 64% (n=33) de los pacientes valoraron que siempre, o la mayoría de las veces, existe una atención sanitaria coordinada entre AP y AE, y el 92% (n=47) indicó que les parecía adecuado que todos los profesionales sanitarios se coordinaran en el conocimiento y manejo de su atención sanitaria global, valorando el beneficio en resultados para su salud que supone una atención sanitaria integral.

Al realizar el análisis estadístico (χ^2 y regresión logística con SPSS v.17) para estudiar la posible asociación entre la percepción del paciente sobre la coordinación entre los niveles asistenciales y sus características, no se evidenciaron diferencias significativas con ninguna variable estudiada, a excepción del nivel de estudios ($p=0,017$), mostrándose mayor percepción de coordinación y transferencia de información entre AP y AE a menor nivel académico (Tabla 8.1.).

Tabla 8.1. Percepción del paciente sobre la coordinación de la atención sanitaria entre AP y AE según el nivel de estudios.

Nivel de estudios	Siempre % (n)	Muchas veces % (n)	Pocas veces % (n)	Nunca % (n)	NS/NC % (n)
Sin estudios	19% (9)	-	-	-	2% (1)
E. Primarios	24% (11)	6% (3)	15% (7)	2% (1)	2% (1)
E. Secundarios	4% (2)	6% (3)	-	6% (3)	2% (1)
E. Universitarios	4% (2)	4% (2)	-	2% (1)	2% (1)

La necesidad de desarrollar modelos coordinados de atención a pacientes, especialmente en pacientes crónicos o frágiles, ha sido expresada en el Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico², mediante la necesidad de dotar al farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria de competencias profesionales que le permitan mejorar y garantizar la ejecución y continuidad de cuidados de los pacientes crónicos que lo necesiten, e integrarse en los equipos asistenciales estableciendo alianzas con otros profesionales y con los pacientes, definiendo los procesos y objetivos comunes, tanto dentro como fuera del hospital. Y más recientemente, la *American Society Hospital Pharmacists* (ASHP) ha desarrollado un documento de consenso del Modelo de Atención

Farmacéutica Ambulatoria con una visión de futuro que garantice la continuidad de los cuidados de los pacientes, de manera que los farmacéuticos ambulatorios participen como miembros activos del equipo interdisciplinar y realizar evaluación de la farmacoterapia de los pacientes, documentar los problemas y recomendaciones en la historia clínica, coordinar la atención y, muy especialmente, proporcionar alfabetización y educación a los pacientes en cultura de seguridad¹⁵.

Como reflexión final a este trabajo y los resultados de la encuesta, emerge la necesidad de establecer la continuidad asistencial como línea estratégica en los servicios sanitarios, desarrollando modelos de atención sanitaria que faciliten la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, dotados de elementos de gestión que permiten atender las expectativas de los usuarios. Estos modelos, soportados en las TIC ofrecen una nueva perspectiva para la atención sanitaria integral, aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

8.3. Conclusión.

La percepción de los pacientes sobre la continuidad asistencial debe incorporarse como indicador esencial del proceso asistencial, por su gran influencia en la satisfacción del ciudadano con atención sanitaria, objetivo fundamental del Sistema Sanitario Público. En efecto, los resultados de la encuesta informan que el 80% de los pacientes perciben una adecuada transferencia de información entre los profesionales sanitarios; el 56% perciben necesidades de mejora en la comunicación interprofesional, y el 36% perciben falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

8.4. Bibliografía

- 1 Enfermedades crónicas. Organización Mundial de la Salud. Acceso en diciembre de 2014 en: [http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/].
- 2 Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid 2012. Acceso en enero de 2015 en: [http://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf].
- 3 Fernández, A., García, J. L., Palmero, C., et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp.* 2007;207 (10):510-20.
- 4 Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud y Medicina de familia. En Gómez Gascón T., Ceitin J. *Medicina de Familia. Clave de un nuevo modelo.* Madrid: semFYC/CIMF; 1997: 88-98.
- 5 Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidad de salud, servicios y tecnología.* Barcelona: Masson; 2001.
- 6 Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- 7 Fernández Moyano A, Ollero Baturone M. Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para actuar. *Rev. Esp. Sal. Púb.* 2010 Aug ;84(4):349-51.
- 8 Hennen B. Continuidad y alcance de la atención por médicos de familia. En Gómez Gascón T., Ceitin J. *Medicina de Familia. La clave de un nuevo modelo.* Madrid: semFYC; 1997: 24-28.
- 9 Ltelier MJ., Aller MB., Henao D. et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac. Sanit.* 2010; 24 (4): 339-346.
- 11 Morales Vallejo P. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Revisión diciembre 2012. Acceso en mayo 2014 en: [<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf>].
- 12 Neuss M., Polovich M., McNiff K., et al. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum.* 2013; 40 (3): 225-233.
- 13 Partridge AH, Avorn J, Wong PS, et al: Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *J Natl Cancer Inst* 94:652-661, 2002.
- 14 Seys D., Deneckere S., Sermeus W., et al. The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. *BMC Health Services Research* 2013, 13:325. Acceso en enero 2015 en: [<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/325>].
- 15 Ambulatory Care Summit Proceedings 2014. ASHP/ASHP Foundation. Acceso en enero 2015 en: [<http://connect.ashp.org/ambulatorycareconference14/submit/briefing-documents>].

Capítulo 9

Estado del Arte de la Continuidad Asistencial del paciente con Antineoplásicos Orales

N. Víctor Jiménez Torres

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid. España.

Juan José Carrasco Fernández

Analista de Datos. Universidad de Valencia. IMF. Valencia.

9.1. Introducción.	116
9.2. Población y Metodología.	117
9.3. Resultado de la Encuesta Interprofesional sobre continuidad Asistencial.	118
9.3.1. Descripción General.	119
9.3.2. Análisis de las variables registradas.	124
9.4. Conclusión.	126
9.5. Anexo I. Bloques y Variables de la Encuesta Interprofesional sobre continuidad asistencial	127
9.6. Bibliografía.....	129

9.1. Introducción

La necesidad de conocer el estado del arte de diferentes actividades asistenciales relacionadas con la práctica profesional y su evolución, se convierte en una medida de su calidad; esta condición se desprende, año tras año, de la encuesta nacional que realiza la Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud¹. Pero este tipo de información en el ámbito de la Continuidad Asistencial² es limitada en general, y en pacientes con cáncer escasa, de modo que en España no existe arraigada la cultura del análisis evolutivo de sus diferentes dimensiones interprofesionales sobre este proceso.

Cuando esta situación se focaliza a pacientes con tratamientos antineoplásicos orales, y su nueva situación ante las diferentes transiciones asistenciales que debe vivir, es difícil encontrar datos que reflejen la percepción de los diferentes profesionales y de los pacientes, familiares o cuidadores, sobre Continuidad Asistencial. De hecho, en la revisión bibliográfica efectuada para redactar este capítulo, se han encontrado excelentes trabajos^{3,4}, con diferentes tipos de enfoques, relacionados con este tema que si bien complementan la visión aquí recogida, no consideran la participación interprofesional centrada en el paciente, aspecto muy recomendado por el Instituto de Medicina de EE.UU.⁵.

La Encuesta Interprofesional sobre Continuidad Asistencial en el Paciente con Cáncer en Tratamiento Antineoplásico Oral, constituye el motivo de este Capítulo y se desarrolló en tres fases. La primera fase se centró en alcanzar el consenso mayoritario entre los participantes con el fin de establecer las variables que mejor podrían definir los siguientes tres objetivos:

1. Aproximarse al “estado del arte” de la Continuidad Asistencial del paciente.
2. Identificar oportunidades de mejora para garantizar la Continuidad Asistencial del paciente.
3. Esbozar criterios de calidad para una práctica interprofesional normalizada.

Una vez definidos los objetivos, la segunda fase de la Encuesta se centró en establecer qué bloques de conocimiento se podrían abordar. Con esta visión se establecieron los cuatro bloques conceptuales siguientes:

1. Modos de Prescripción y Tipos de Tratamientos antineoplásicos.
2. Características del Tratamiento antineoplásico oral.
3. Actuación profesional en la Transición Asistencial y
4. Toma de Decisión Clínica.

En la tercera fase se definieron las 76 variables que constituyen la Encuesta y su carácter dicotómico.

En el diseño de esta Encuesta ha participado³ un grupo de 15 especialistas de oncología, médicos de AP, enfermeras, analistas de datos y farmacéuticos de hospital (FH).

La Encuesta se llevó a cabo en cuatro Hospitales de Día y dos Centros de Salud, correspondientes a tres Comunidades Autónomas de España (Comunidad Valenciana, Castilla La Mancha y Galicia), durante los meses de mayo y junio de 2014.

9.2. Población y Metodología

La población diana ha sido el paciente adulto con cáncer, no ingresado y en tratamiento con antineoplásicos orales (terapia tradicional y dirigida), o asociado a tratamientos antineoplásicos parenterales, en Transición Asistencial (TA); estos pacientes eran atendidos en la consulta de Hospital de Día por el oncólogo, en la Unidad de Atención a Pacientes Externos (UFPE) por FH, en el Ambulatorio por médico AP, y en consulta de enfermería por enfermeras.

En la recogida de datos se aplicó el concepto de “*paciente único*”; este término significa que si un profesional visita a un paciente durante el período de referencia (mayo y junio de 2014), en dos ocasiones, el profesional no debe registrar dos veces la encuesta⁶. En otro orden, la cumplimentación de variables

³ Encuestadores: Oncólogos (D. Almenar, A. Blasco y S. Olmos); Farmacéuticos H. (B. Bernárdez, M. Climente, B. Porta y J.M. Ventura); Médicos AP (R. Orueta, E. Ramón, C. Fluixá y A. Sanmartin), Enfermeras (M.S. Ruiz de la Hermosa e I. López) y Analistas de Datos (M. Tallón y J.J. Carrasco).

relacionadas con el tratamiento antineoplásico, exigió establecer consenso respecto al concepto de tratamiento oral simple (no complejo), que se asignó a todos los pacientes que tomaban diariamente la misma dosis y de idéntica manera; es decir, solo una vez por día. Todos los demás tipos de posología o tratamientos orales se marcaron como complejos en la Encuesta.

Otro aspecto que se especificó previamente a la cumplimentación de la Encuesta fue la conceptualización de la variable “repetición por el paciente, familiar o cuidador de las instrucciones relacionados con su situación” que engloban aspectos centrados en sus diagnósticos principales, cambios de medicación, tiempo de las citas programadas (seguimiento), autocuidado, síntomas y advertencias sobre la medicación, y qué hacer en caso de problemas.

Finalmente, destacar que la cumplimentación de la Encuesta se facilitó mediante el registro electrónico de las variables en una “Hoja Excel” ya que solo se debía marcar la casilla correspondiente según criterio del encuestador. De este modo, la recuperación de la información era más fiable que si se hubiese recogido en papel (manualmente), y el tratamiento estadístico de los datos resultó menos tedioso. En esta Encuesta no se registraron parámetros biométricos, ni se incluyeron pacientes con tratamiento diferente al antineoplásico (soporte/paliativo) y/o tratamiento hormonal.

9.3. Resultado de la Encuesta Interprofesional sobre continuidad Asistencial.

Los cuatro bloques de la Encuesta se analizaron, en primer lugar, de manera descriptiva para cada paciente, variable y profesional. Su objetivo era cuantificar el grado de cumplimentación de las mismas. A reseñar las diferencias entre los profesionales y los pacientes atendidos, con relación a los tratamientos que reciben; así, mientras enfermería no visitaba pacientes con tratamientos orales, los FH en más del 90% de los pacientes consultados su tratamiento antineoplásico era oral, debido a la exigencia administrativa de tener que recoger este tipo de medicación en la UFPE.

Ante todos estos profesionales se presentan diferentes responsabilidades, en dimensiones tan importantes como la educación del paciente y cuidadores, así como en el seguimiento de los AAM, entre otras. Esta situación, al no existir interoperabilidad en los sistemas de registros de la información, alimenta la fragmentación de la asistencia y propicia una percepción errónea al paciente en su TA. Dos especialistas médicos de AP no tuvieron ocasión de entrevistar a ningún paciente con tratamiento antineoplásico oral, evidenciando que la participación del médico de AP en la TA del Paciente con cáncer⁷ se encuentra muy alejada de su práctica asistencial, en general.

El segundo tipo de análisis realizado con la Encuesta ha tenido un enfoque inferencial con algunas variables, tal y como se describe más abajo; la intencionalidad es descubrir posibles relaciones clínicas poblacionales entre las variables recogidas.

9.3.1. Descripción General

El total de pacientes distintos encuestados en dos meses ha sido 105; tras una primera selección, la población se redujo a 87 (pérdida del 17%) por no cumplirse uno o más de los criterios de inclusión (adultos en tratamiento antineoplásico oral solo o asociado a parenteral; variables sin cumplimentar e inconsistencias en los registros de cada paciente). La Figura 9.1. describe los criterios de exclusión aplicados y cuantifican a la población final de pacientes con solo terapia antineoplásica oral, o combinada con terapia parenteral; esta población se corresponde con 58 pacientes (55,2% del total) y estaba representada por 6.650 registros (número total); de estos, 6.611 registros, equivalente al 99,4% del total, se habían cumplimentado correctamente por los profesionales participantes.

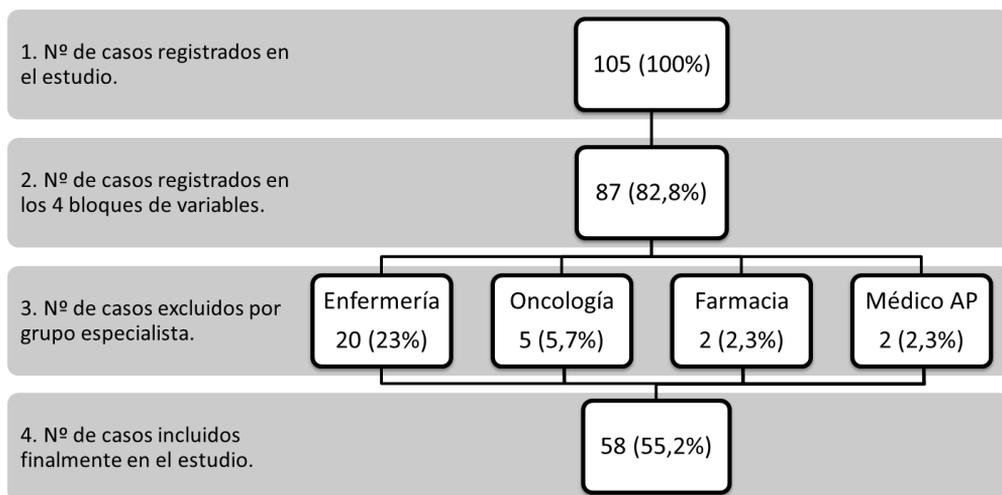


Figura 9.1. Fases de inclusión en la Encuesta sobre Continuidad Asistencial del paciente con terapia antineoplásica oral.

En el Anexo I se recogen las frecuencias absolutas y los porcentajes relativos de todas las variables de la Encuesta. De los bloques I y II destacar que los tratamientos antineoplásicos se prescriben en el 36% de los casos en papel (preimpreso/manual), y en el 38% de forma electrónica; además, ambos modelos de prescripción conviven en el 26% de los casos registrados.

Los valores globales de prescripción manual (62%) son similares a los recientemente⁴ publicados para España (80%) y Francia (56%). Por el contrario, los casos de prescripción electrónica (64%) son algo inferior a los publicados para hospitales de EE.UU. en 2013¹. Persiste en los países citados la prescripción mixta y en valores similares (33%) al obtenido en la presente Encuesta.

Para la seguridad del paciente la situación de la prescripción manual es una gran oportunidad de mejora puesto que existe amplia evidencia sobre la reducción en errores de medicación (EM), de hasta el 50%, cuando se sustituye por la prescripción electrónica⁸: esta mejora es posible porque el 66% de los EM tienen su origen durante la prescripción. En consecuencia, la coexistencia de ambos modelos de prescripción evidencia diferencias en la seguridad del paciente que

deben ser evitadas. No obstante, es destacable que los tratamientos antineoplásicos orales, o cuando se asocian a parenterales, se prescriban electrónicamente con mayor frecuencia (68,57%) que los parenterales. En relación a la prescripción de los tipos de terapia oral, tradicional o dirigida (excluido hormonas), no se han encontrado diferencias significativas, representando la tradicional el 45% y la terapia dirigida el 55% de los casos, respectivamente.

La posología establecida para los antineoplásicos orales se ha considerado compleja⁹ en el 43% de los pacientes, encontrándose correlación positiva ($p < 0,05$) con la reducción de dosis (ver apartado siguiente); asimismo se identifica tendencia a manejar un solo antineoplásico, en particular con la terapia dirigida, si bien a un 5% de pacientes se le trata con dos antineoplásicos orales, aumentando su complejidad ante la necesidad de garantizar la adherencia del paciente y limitando la optimización de la respuesta a estos medicamentos¹⁰.

Al analizar las dosis prescritas de los antineoplásicos orales, en referencia a la indicación en Ficha Técnica, se desprende que cerca del 30% de los pacientes necesitan individualización de dosis puesto que se ha reducido la dosis al 25% de los pacientes e interrumpido el tratamiento al 2% de los pacientes. La bibliografía confirma que los AAM de las nuevas terapias dirigidas (orales), hasta este momento, no han sido inferiores a la toxicidad de los agentes citotóxicos (parenterales), hecho compatible con las altas tasas de reducción de las dosis del tratamiento oral en los pacientes con cáncer¹¹.

Los datos del bloque III de la Encuesta (Anexo VIII.1) informan de aspectos relacionados con la actuación profesional en TA del paciente, desde diferentes aspectos. En primer lugar se observa que el origen (o inicio) de la TA en el paciente oncológico es mayoritariamente el Hospital del Día (85% de los casos), hecho lógico porque se había consensuado que todos los pacientes que visitan a los profesionales no oncólogos (destino) debían llevar prescrito un tratamiento antineoplásico oral.

Examinado el apartado de información intraprofesional se observa que no se ha registrado en el 22% de los pacientes y que al profesional de destino, en el 66% de los casos no se ha utilizado un modelo estructurado de comunicación; este tipo de modelo es altamente aconsejable utilizarlo ya que el profesional que recibe al paciente debe recepcionar el plan de cuidado elaborado por el anterior profesional que le atendió. Este aspecto en EE.UU. representó en 2014, tras una encuesta a 27.103 médicos de AP, un 86% de seguimiento con este requisito¹².

La comunicación interprofesional, que condiciona la calidad de las visitas destino (a otros profesionales), emerge como otra oportunidad de mejora más¹³; lamentablemente no ha existido comunicación en el 25% de los casos, y al paciente o cuidador se le ha comunicado, hasta en el 76% de los casos, sin un modelo estructurado, siendo verbal en el 67% y perdiéndose la oportunidad de mejorar su educación⁴ y la adherencia al tratamiento del paciente¹³.

La comunicación, y el intercambio de información sobre pacientes en TA, entre profesionales del ámbito ambulatorio y hospitalario es determinante para la calidad asistencial ya que, por ejemplo, la Joint Comisión informó recientemente¹⁴ que los fallos en la comunicación representaron más del 60% de las causas fundamentales de los acontecimientos centinela registrados entre 1995 y 2004; asimismo, el 70% de los errores eran atribuibles a escasas interacciones del equipo de salud.

Para la calidad del proceso de conciliación de medicamentos (CM) la comunicación es fundamental; aunque los datos de la Encuesta indican que no ha existido CM en el 30% de los pacientes, si se aplica el indicador de calidad establecido por Medicaid¹⁵, se supera el 50% de pacientes en TA con CM requerido. No obstante, no podemos sustraernos a apoyar este proceso a través de la comunicación y el intercambio de información, desde el hospital hacia la AP y viceversa, durante la TA del paciente ya que se mejora la seguridad del paciente en tratamiento con antineoplásicos orales (ver Capítulo V de esta Monografía).

En síntesis, los datos de este bloque III permiten apuntar que la TA del paciente desde, “origen a destino y viceversa”, no se acompaña de la correspondiente “transferencia interprofesional de información”. En este sentido se observa que

al paciente no se le informa de manera estructurada y que el proceso de CM no está consolidado. Todos estos aspectos podrían hacer considerar las grandes oportunidades de mejora de la calidad asistencial ya que, según datos de EE.UU. publicados¹⁶ en 2014, los costes anuales (estimados) de una “mala coordinación” en las TA se sitúan entre 12 mil y 44 mil millones de dólares.

En el bloque IV de la Encuesta (Anexo VIII.1), se recogen variables que aportan información sobre la Toma de Decisión Clínica (TDC) durante la visita al paciente. También se pretendía conocer si el profesional utilizaba directrices y ayudas electrónicas basadas en criterios predefinidos, registros facilitados, alertas clínicas, informes previos o del profesional anterior, entre otros.

Se observa que en el 62% de los pacientes no ha sido necesario establecer ningún cambio, al menos en la visita que se registraba el paciente en la Encuesta; sin embargo se identificaron problemas relacionados con la enfermedad, el tratamiento, el paciente, entorno y hábitos, entre otros aspectos de elevado interés para la TDC. Así, los relacionados con la medicación, incluyendo adherencia¹⁷, se elevan al 56% de los casos; los problemas biopsicosociales representan hasta un 33% de casos, y los síntomas relacionados con la enfermedad (cáncer) en un 12% de pacientes.

Todas estas situaciones han generado oportunidades de mejora en varios procesos que, lógicamente requieren soporte, o al menos se facilitan con herramientas de apoyo a la TDC. Estas mejoras se ha implantado en el 38% de los pacientes (uno de cada tres) y la herramienta de soporte más frecuentemente utilizada ha sido la “experiencia del profesional” que se ha registrado en un 74% de los casos. Este hallazgo, claramente confirma que no existen o no se manejan soportes estructurados para la TDC, y de nuevo emerge una situación de mejora de la calidad asistencial en el paciente con cáncer y tratamiento con antineoplásicos orales.

Destacar que el reingreso de los pacientes, antes de los 30 días del alta, aceptado como indicador básico de calidad asistencial¹⁸ del paciente en TA, se ha registrado en el 15% de los pacientes, situación que genera por caso un coste estimado entre 300-350 euros.

El resumen de este bloque IV de la Encuesta es muy ilustrativo y poco ilusionante ya que evidencia que en 2014, la parametrización de datos que soportan y enriquecen el soporte a la decisión clínica es inexistente, o muy compleja su implantación.

9.3.2. Análisis de las variables registradas

Este apartado pretende realizar una aproximación a las posibles relaciones entre las variables registradas, desde una visión clínica y poblacional. Con este fin se excluyeron las variables y los registros en la Encuesta de cada profesional que fuesen cero o no cumplimentados (no aportan información); asimismo, se excluyeron variables que se consideró no interpretar por diversas razones (datos escasos, etc) y, finalmente, para facilitar el análisis de los resultados, ciertas variables como problemas relacionados con hábitos del paciente, economía familiar y educación/información del paciente, se agruparon como variables del modelo biopsicosocial⁵ que se centra en el paciente y no en la enfermedad.

Una vez realizada esta selección de los datos, y teniendo en cuenta que los mismos son de tipo binario, se calculó el estadístico Chi-cuadrado y la matriz de coeficientes de correlación con la finalidad de identificar dependencia entre dos variables¹⁹. La hipótesis nula considera que las variables son independientes de modo que cuando se obtienen valores altos del estadístico, se rechaza la hipótesis y por lo tanto las variables son dependientes. En todos los casos se ha considerado un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Para complementar este resultado, se obtiene la correlación entre variables de manera que los valores cercanos a 1 o -1, indican correlaciones fuertes, mientras que valores cercanos a cero, representan relaciones débiles. Comparando ambas pruebas, se observó que los valores de correlación mayores a $\pm 0,26$ (aprox.) se correspondían con variables dependientes según la prueba Chi-cuadrado. En la Tabla 9.1. se recogen algunas de las variables que presentaron este comportamiento, como variable 1 y variable 2, junto al valor de las correlaciones y de χ^2 significativos; es decir, todas las variables descritas tienen un valor de $p < 0.05$.

Tabla 9. 1. Resultado del análisis de la correlación e independencia de las variables de la encuesta mediante coeficientes de correlación y χ^2 .

Variable 1	Variable 2	Corr.	χ^2
Interrupción del tratamiento	Síntomas del cáncer	0,36	7,41
Terapia oral no compleja	Con modelo estructurado (“checklist”): Intraprofesional	0,53	15,99
	Con modelo estructurado (“checklist”): Intraprofesional	0,55	17,62
	Al iniciar “quimio” o primera visita	0,53	16,07
	Documentada en papel (libre/”ad hoc”)	0,55	17,62
Terapia parenteral asociada a oral	Documentada en papel (libre/”ad hoc”)	0,36	7,42
Problemas relacionados con la medicación	En cada visita o ciclo	0,46	12,74
Experiencia y conocimiento personal	Documentada electrónicamente (HC, email) + Estructurada (disponible en la HC)	0,50	14,26
Alertas Clínicas (manual/electrónica)	Documentada electrónicamente (HC, email) + Estructurada	0,28	4,40
Efectos adversos del tratamiento	Adherencia	0,38	8,36
	Alertas clínicas	0,32	5,81

La Encuesta presentada contiene limitaciones relacionadas con la inclusión de pacientes al no exigir a los profesionales randomización; tampoco se ha diferenciado por tipo de cáncer, ni se han registrado variables biométricas. La diversidad de profesionales, de entornos clínicos, la ausencia de doble control de los registros y las potenciales inconsistencias de los mismos no se han considerado para el análisis estadístico. Por último, los resultados de la

Encuesta no se han analizado por profesional debido a la diversidad de sistemas manejados por los mismos, y las potenciales diferencias tecnológicas y asistenciales existentes entre las Comunidades Autónomas de los profesionales participantes. Todos estos aspectos dificultan la búsqueda de un denominador común que proporcione indicadores de calidad asistencial. Sin embargo hay una evidencia relacionada con la calidad asistencial, y es la ausencia de normas de consenso sobre las mejores prácticas en la TA del paciente con cáncer en tratamiento con antineoplásicos orales, desde el hospital a la atención ambulatoria y viceversa. No cabe duda que el desarrollo de la denominada “sanidad móvil” es alternativa para gestionar la información y la comunicación tan necesaria en estos pacientes.

9.4. Conclusión

La encuesta interprofesional realizada descubre un modelo de atención con oportunidades de mejora de la calidad asistencial que recibe el paciente con cáncer en transición. Entre estas destaca la ausencia de determinantes sociales que conducirían al modelo biopsicosocial, y la identificación de una atención fragmentada, con escasa o nula información estructurada y muy limitada comunicación interprofesional. La denominada “sanidad móvil” se presenta como alternativa para gestionar los recursos disponibles para estos pacientes de alto grado de movilidad.

9.5. Anexo I. Boques y Variables de la Encuesta Interprofesional sobre Continuidad Asistencial

1. Modos de Prescripción y Tipos de Tratamientos antineoplásicos (Bloque I)	N(150)	%
1.1. Oral únicamente (no considerar hormonas, ni análogos de la LHRH)	30	28,6
1.2. Oral + soporte	5	4,8
1.3. Oral + Parenteral, sin soporte	34	32,4
1.4. Oral + Parenteral, con soporte	3	2,9
1.5. Parenteral únicamente (solo antineoplásicos)	28	26,7
1.6. Parenteral + soporte	5	4,8
2. Características del Tratamiento antineoplásico oral (Bloque II)	N (58)	%
2.1. Prescrito de manera		
2.1.1. Manual/Pre-impresa	21	36,2
2.1.2. Electrónica	22	37,9
2.1.3. Ambas	15	25,9
2.2. Terapia oral tradicional	20	34,5
2.3. Terapia oral dirigida	18	31
2.4. Terapia parenteral asociada a oral	19	32,8
2.5. Las dosis prescritas se corresponden con:		
2.5.1. Dosis estándar aprobada para indicación	41	73,2
2.5.2. Reducción de dosis	14	25
2.5.3. Tratamiento Interrumpido/Suspendido	1	1,8
2.6. La posología es considerada		
2.6.1. compleja	23	42,6
2.6.2. no compleja	31	57,4
3. Actuación profesional en la Transición Asistencial (Bloque III)	N (58)	%
3.1. Con actuación profesional en transición:		
Origen Paciente		
1. H. de Día	50	84,6
2. Otros	9	15,3
Asistencia (Profesional que interviene)		
1. Oncólogo	38	40,4
2. Médico AP	8	8,5
3. Farmacéutico H	43	45,7
4. Enfermera	5	5,3
Destino Paciente (Nivel asistencial al cual se dirige el paciente)		
1. H. de Día	32	50,8
2. Otros	31	49,2

4. Información en Transición Asistencial al profesional de destino		
4.1. Con modelo estructurado (“checklist”)	17	34
4.2. Sin modelo estructurado	33	66
5. Información en Transición Asistencial al paciente/cuidador		
5.1. Con modelo estructurado (“checklist”)	15	23,4
5.2. Sin modelo estructurado	49	76,6
6. Conciliación de Tratamientos		
6.1. Al iniciar “quimio” o primera visita	14	23,3
6.2. En cada visita o ciclo	29	48,3
6.3. No existe actuación predeterminada	17	28,3
7. Comunicación intraprofesional		
7.1. Documentada en papel (libre/”ad hoc”)	15	20,8
7.2. Documentada electrónicamente (HC, email) + Estructurada	40	55,6
7.3. Solo Verbal	1	1,4
7.4. No existe comunicación	16	22,2
8. Comunicación interprofesional		
8.1. Documentada en papel (libre/”ad hoc”)	17	23,3
8.2. Documentada electrónicamente (HC, email) + Estructurada	35	47,9
8.3. Mixto/combinado	3	4,1
8.4. No existe comunicación	18	24,7
9. Comunicación con paciente/cuidador (P/C)		
9.1. Se han evaluado criterios de idoneidad para esta terapia:	57	98,3
9.2. Se explica al P/F/C la situación.		
9.2.1. Verbalmente (solo)	42	67,7
9.2.2. Verbal y documentada de lectura adecuada.	20	32,3
9.3. Se solicita al P/F/C que repita instrucciones relacionados con su situación	45	78,9
10. Toma de Decisión Clínica en la visita (Bloque IV)		
10.1. No ha sido necesario ningún cambio	36	62,1
10.2. Se han identificado problemas relacionados con:		
10.2.1. Síntomas del cáncer	7	11,5
10.2.2 Problemas medicación	34	55,7
10.2.3 Biosicosocial	20	32,8
10.3. Las <i>oportunidades de mejora implantadas</i> han sido “facilitadas” por:		
10.3.1. Doc. remitida por el anterior profesional que atendió al paciente	6	13
10.3.2. Alertas Clínicas (manual/electrónica)	6	13
10.3.3. Experiencia y conocimiento personal	34	73,9
10.4. ¿Ha tenido el paciente reingreso o atención médica extra (consecuencia de su situación) en los últimos 30 días?:	8	15,1

9.6. Bibliografía

- 1 Pedersen, CA; Schneider, PJ and ScheCkelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and transcribing. *Am J Health-Syst Pharm* 2014; 71:924-42
- 2 Vallejo Maroto I, Fernández Moyano A. Continuidad asistencial en el paciente pluripatológico. *Med Clin (Barc)*. 2012. doi:10.1016/j.medcli.2012.01.017.
- 3 Bourmaud A, Pacaut C, Melis A, et al. Is oral chemotherapy prescription safe for patients? A cross-sectional survey. *Ann Oncol*. 2014;25:500-4.
- 4 Conde-Estevez D, Salas E, Albanell J. Survey of oral chemotherapy safety and adherence practices of hospitals in Spain. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:1236-44
- 5 IOM (Institute of Medicine). 2013. *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a new course for a system in crisis*. Washington, DC: The National Academies Press
- 6 A Guide to the Meaningful Use Measures for Eligible Professionals. ASCO v 1.2.2010
- 7 Walker SA, Lo JK, Compani S et al Identifying barriers to medication discharge counselling by pharmacists. *Can J Hosp Pharm*. 2014 May;67(3):203-12.
- 8 Radley, DC; Wasserman, MR; Olsho, LEW. et al. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *J Am Med Inform Assoc* 2013;20:470-476. doi:10.1136/amiainl-2012-00124.
- 9 <http://connect.ons.org/columns/five-minute-in-service/treatment-complexity-is-a-key-factor-in-overadherence-to-oral-oncology>. Acc. abril 2014
- 10 Efficace, F, Baccarani, M, Rosti G et al. Investigating factors associated with adherence behaviour in patients with chronic myeloid leukemia: an observational patient-centered outcome study *British Journal of Cancer* (2012) 107, 904-909. doi:10.1038/bjc.2012.348
- 11 Prasad V, Massey PR and Fojo T. Oral Anticancer Drugs: How Limited Dosing Options and Dose Reductions May Affect Outcomes in Comparative Trials and Efficacy in Patients. *JCO* May 20, 2014 vol. 32 no. 15 1620-1629
- 12 Sorra J, Famolaro T, Yount N, et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2014. AHRQ No. 14-0032-EF. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2710485/> (acceso 01/3/14).
- 13 Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz JM et al. Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *J of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2014, 39, 286-291
- 14 Elsevier. Healthcare. Getting Prepared, Preparing to Succeed. Dec 2013.
- 15 <http://www.cms.gov/EHRIncentivePrograms>. Acceso dic 2014
- 16 Dreyer T. Care Transitions: Best Practices and Evidence-based Programs 3 © Center for Healthcare Research & Transformation, January 2014
- 17 Spoelstra, SL; Given, Given, ChW et al. An Intervention to Improve Adherence and Management of Symptoms for Patients Prescribed Oral Chemotherapy Agents. *Cancer Nursing*, Vol. 36, No. 1, 19-28, 2013
- 18 Armor BL, Wight AJ, Carter SM. Evaluation of adverse drug events and medication discrepancies in transitions of care between hospital discharge and primary care follow-up. *J Pharm Pract*. 2014 Oct
- 19 Navidi, W. *Statistics for Engineers and Scientists*. McGraw-Hill Higher Education. New York. 2014. Caps. 1, 6 y 7.

Conclusiones Generales.

I La necesidad de formar expertos en transición asistencial, con visión interprofesional, se manifiesta como prioridad clara para la sostenibilidad del Sistema Sanitario, y para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes, especialmente en pacientes de alto riesgo como son los que sufren enfermedades tumorales y reciben antineoplásicos orales.

II El diagrama de procesos integrados de Antineoplásicos Orales descrito, es herramienta prioritaria para los pacientes con estos tratamientos ya que facilita sus transiciones asistenciales, e identifica oportunidades claras de mejora en las relaciones interprofesionales; ambas circunstancias redundan en la seguridad del paciente, y en la optimización de resultados clínicos.

III El seguimiento farmacoterapéutico y la gestión integral del paciente con cáncer, en tratamiento con terapia antineoplásica oral, debe implementarse de manera integrada y continua entre los equipos de atención primaria y de atención especializada, con criterios compartidos para ofrecer al paciente la mejor atención disponible. En este contexto, la atención farmacéutica debe ser transversal en todos los niveles de atención.

IV La rápida incorporación de las nuevas terapias orales en el tratamiento del cáncer evidencia la necesidad de establecer, de forma prioritaria, programas específicos para la enfermera oncológica. Este proceso posibilitará su integración en el equipo interprofesional que se verá reforzado para garantizar con calidad y seguridad la transición asistencial del paciente con cáncer

V Los pacientes oncológicos que reciben tratamiento ambulatorio con antineoplásicos orales deben ser considerados grupo prioritario para su participación en programas de conciliación de medicamentos. Las obligadas transiciones a diferentes niveles asistenciales y las oportunidades de mejora en la farmacoterapia e información que se identifican, son fuente de mejora para incrementar la seguridad del paciente y la eficiencia en la respuesta anticancerígena.

VI.1 Debería potenciarse el conocimiento personal entre profesionales de distinto niveles asistenciales, y maximizar la tecnología disponible para una mejor comunicación. Además, la ausencia de historia clínica electrónica única, o de interoperabilidad entre sistemas, son situaciones a corregir cuanto antes para facilitar la transición asistencial.

VI.2 Garantizar la calidad de la adherencia terapéutica, en transición asistencial, requiere establecer una nueva relación entre el paciente y los nuevos profesionales implicados en su atención, especialmente cuando el tránsito se produce desde el hospital al medio ambulatorio, dada la disminución en la supervisión de los tratamientos, al pasar a ser el paciente o cuidador el máximo responsable de su seguimiento.

VII La historia clínica electrónica facilita el intercambio de información y la comunicación interprofesional de forma rápida y segura; no obstante, en las consultas de Farmacia Oncológica se necesita protocolizar la revisión de los cursos clínicos en las transiciones asistenciales de nuestros pacientes, y en particular con los de especial riesgo.

VIII La percepción de los pacientes sobre continuidad asistencial debe incorporarse como indicador esencial del proceso, por su gran influencia en la satisfacción del ciudadano con atención sanitaria, objetivo fundamental del Sistema Sanitario Público. En efecto, los resultados de la encuesta informan que el 80% de los pacientes perciben una adecuada transferencia de información entre los profesionales sanitarios; el 56% perciben necesidades de mejora en la comunicación interprofesional, y el 36% perciben falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

IX La encuesta interprofesional realizada descubre un modelo de atención con oportunidades de mejora de la calidad asistencial que recibe el paciente con cáncer en transición. Entre estas destaca la ausencia de determinantes sociales que conducirían al modelo biopsicosocial, y la identificación de una atención fragmentada, con escasa o nula información estructurada y muy limitada comunicación interprofesional. La denominada “sanidad móvil” se presenta como alternativa para gestionar los recursos disponibles para estos pacientes de alto grado de movilidad.

Agradecimientos

Agradecimiento a la Fundación Casares Gil de Amigos de la Real Academia Nacional de Farmacia y sus Socios

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

Colegios Oficiales de Farmacéuticos:

A Coruña, Alicante, Asturias, Badajoz, Barcelona, Burgos, Cáceres, Cádiz, Ciudad Real, Girona, Tarragona y Toledo

Laboratorios Farmacéuticos:

ALCALIBER, ALMIRALL, PRODESFARMA, DR. ESTEVE y ROCHE.

