



REFHUERZA

Reforzando el valor de la **Farmacia Hospitalaria**
en **Artritis Reumatoide**

FH

*El farmacéutico
hospitalario
en EEII*

Pacientes

*El paciente con
AR desde la
perspectiva del
farmacéutico
hospitalario*

Coordinadores

Miguel Ángel Calleja, Olga Delgado, Ana Herranz, Ana Lozano, José Luis Poveda, José Manuel Martínez Sesmero

Comité Científico

Reyes Abad, Joaquín Borrás, Pablo de la Cruz, M^a Queralt Gorgas, M^a Olatz Ibarra, Alberto Jiménez, Vicente Merino, Emilio Monte, Ángeles Porta, Esther Ramírez, Miguel Ángel Rodríguez-Cabezas, Carlos Seguí

Con el aval de Calidad y Garantía de:



Una iniciativa de:

Galápagos
Pioneering for patients

El farmacéutico hospitalario en EEII

Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EEII), grupo heterogéneo de patologías asociadas a un elevado grado de discapacidad¹ y a un alto riesgo de comorbilidades², afectan a hasta un 6,93% de la población española y requieren, dado su carácter crónico, un abordaje a largo plazo por un equipo multidisciplinar en el que el farmacéutico de hospital (FH) juega un papel central¹.



El proyecto 'Reforzando el valor de la Farmacia Hospitalaria en Artritis Reumatoide' (ReFHuerza) tiene por objetivo identificar los puntos críticos y necesidades existentes en el manejo de las EEII desde el punto de vista del FH y del paciente para, en consecuencia, generar programas y servicios que mejoren la asistencia a los afectados.

ReFHuerza

Análisis de la situación actual y propuesta de soluciones por los participantes en el proyecto -18 jefes de Servicio de FH y FH de 15 hospitales de toda España- de las seis dimensiones (TABLA 1) que, establecidas por los seis coordinadores a partir de las percepciones recabadas en un *Focus Group* con ocho pacientes con AR que recibían medicación hospitalaria, abarcan la realidad del FH en el manejo de las EEII.

Tabla 1. Dimensiones e interrogantes

1. Enfoque multidisciplinar

- ¿Cuál es la situación actual de las unidades funcionales en el manejo de las EEII?
- ¿Cómo es la participación de los FH en el comité de biológicos?
- ¿Se está realizando una coordinación e interacción virtual multidisciplinar?

2. Seguimiento de la adherencia en EEII

- ¿Cómo se realiza el seguimiento de la adherencia terapéutica en las EEII?
- ¿Dispone el FH de herramientas para este seguimiento?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades en cuanto a este seguimiento?

3. Humanización en EEII

- ¿Hacia dónde se encamina la humanización en EEII?
- ¿Forma parte el concepto "humanización" de la práctica habitual en el trato de los pacientes?
- ¿Qué cambios se están realizando para abordar las EEII desde la perspectiva de la humanización?

4. Nuevas tecnologías en el seguimiento y monitorización del paciente con EEII

- ¿Cómo y qué nuevas tecnologías se están utilizando actualmente en el seguimiento y la monitorización del paciente con EEII?
- ¿Hay un acceso uniforme en los diferentes centros a estas tecnologías?
- ¿Cuáles son las mayores dificultades que encuentra el FH para el seguimiento virtual de los pacientes?

5. Comunicación virtual

- ¿Qué dificultades tiene el farmacéutico de hospital en relación con la comunicación virtual con los pacientes?
- ¿Qué se debe tener en cuenta para una comunicación virtual de calidad?
- ¿Existen herramientas que ayudan a esta comunicación en esta nueva situación sanitaria?

6. Home delivery: dispensación y entrega informada en EEII

- ¿Cuál es la situación actual de la dispensación y entrega informada en las EEII?
 - ¿Qué beneficios y desventajas tiene este formato de dispensación?
 - ¿Qué dificultades supone para el FH el home delivery?
-

1

Enfoque multidisciplinar

El enfoque multidisciplinar, de particular importancia en patologías crónicas y con tratamientos largos como las EEII, posibilita un conocimiento más profundo del tratamiento y de la propia enfermedad, jugando el FH un rol de gran valor dentro del equipo asistencial³.

Situación actual	Propuesta de solución
Ausencia en la mayoría de hospitales de FH de referencia en pacientes con EEII.	<ul style="list-style-type: none"> • Superespecialización de FH en EEII o Máster acreditado en EEII -si posible, a través del GTEII-SEFH. • Acondicionamiento de los espacios de atención para la dispensación y atención farmacéutica a pacientes EEII.
No participación en un elevado porcentaje de hospitales del FH en de los comités de biológicos ⁴ o en las Unidades de Terapias Biológicas (UTB).	<ul style="list-style-type: none"> • Integración generalizada del FH en los comités de biológicos y/o UTB.
Gran diversidad entre hospitales y servicios en el grado de coordinación e interacción virtual multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> • Integración del FH en la salud digital para posibilitar su ofrecimiento de recomendaciones farmacoterapéuticas de valor.
Ausencia de formación continuada conjunta de todo el equipo implicado en el abordaje de las EEII.	<ul style="list-style-type: none"> • Formación continuada conjunta de médicos, farmacéuticos, DUEs y, de proceder, pacientes para la definición de nuevos roles y competencias.
Gran diversidad interhospitalaria en el abordaje de las EEII.	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de las escuelas de pacientes con participación multidisciplinar y de asociaciones de pacientes. • Impulsar la implantación de unidades funcionales dedicadas a las EEII. • Elaboración de protocolos de actuación unificados y multidisciplinarios -cuando menos para pacientes con más de una EEII. • Estratificación óptima de los pacientes para la priorización de recursos en las consultas de atención farmacéutica (AF) y el seguimiento.
Insuficiente visibilidad del FH dentro del equipo asistencial multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento del FH, destacando su responsabilidad asociada a la dispensación del medicamento y su seguimiento dentro del equipo multidisciplinar • Realizar investigación multidisciplinar para producir evidencia científica sobre la contribución de la AF a la mejora de la salud del paciente EEII. • Acreditación por las sociedades científicas competentes de la presencia de FH en el equipo como un criterio de calidad.

2 Seguimiento de la adherencia en EEII

El tratamiento de las EEII tiene por objetivo el control de la sintomatología, la inducción de la remisión, la prevención del daño estructural y la evitación de la discapacidad funcional, constituyéndose la estrategia terapéutica^{5,6} por la administración de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAME) convencionales, de FAME sintéticos dirigidos frente a dianas intracelulares, y de FAME biológicos.



La adherencia al tratamiento es fundamental para su éxito clínico, requiriéndose en las enfermedades crónicas como las EEII un detallado seguimiento de la adherencia que integre los diferentes sistemas de información y que tenga al FH como pieza central del equipo asistencial.

La adherencia puede medirse a través de métodos directos e indirectos:

- Directos: medición a través de muestras biológicas para la determinación sérica de fármacos o metabolitos, metodología invasiva, costosa y no disponible en un gran número de hospitales; y observación directa de la ingesta de los medicamentos⁷.
- Indirectos^{7,8}: entrevistas, autocuestionarios, control de la dispensación de medicamentos, evaluación de los resultados terapéuticos y uso de dispositivos electrónicos, incluyendo la utilización de aplicaciones móviles.

El FH conoce la adherencia real de los pacientes cuando el tratamiento se administra en el hospital de día.

Situación actual	Propuesta de solución
<p>La dispensación de los FAME sintéticos convencionales en farmacias comunitarias y la autoadministración domiciliaria por el paciente de FAME dirigidos y biológicos imposibilita el conocimiento por el FH de la adherencia real.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de la información de receta médica en los sistemas de información del hospital y en la historia clínica electrónica. • Impulso del uso de TICs para el conocimiento y mejora de la adherencia por los distintos agentes sanitarios involucrados en la atención del paciente con EEII. • La medida de la adherencia debe ser dinámica y estar permanentemente actualizada.
<p>La falta de recursos farmacéuticos impide la realización sistemática de cuestionarios de adherencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de los recursos humanos farmacéuticos en el hospital de día para entrevistar al paciente y para potenciar la AF en las Unidades de Pacientes Externos.
<p>Ausencia de un método estandarizado y validado de medida real de la adherencia⁹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendación: empleo conjunto de cuando menos dos métodos de medida diferentes. • Estandarización de las medidas de adherencia para paliar su variabilidad según el método empleado y permitir su comparación.
<p>Desconocimiento de la magnitud del problema real de adherencia en EEII.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización por los servicios de FH de un estudio multicéntrico para conocer la adherencia, los factores predictores y las creencias del paciente con EEII.
<p>Ausencia de evidencia sobre cómo debe ser la actuación del FH para fomentar la adherencia y mejorar los resultados en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de investigaciones para evaluar el impacto de la acción del FH en la mejora de la adherencia y, por ende, de los resultados en salud.

3

Humanización en EEII

Humanización en salud: proceso en el que el paciente es situado en el centro del sistema, con una concepción integral de sus necesidades y considerando sus sentimientos, conocimientos y creencias sobre su salud¹⁰.



Dada la vulnerabilidad y fragilidad que sienten las personas enfermas, muy especialmente las afectadas por patologías crónicas como las EEII, la actitud de todos los profesionales sanitarios debe regirse por el respeto a las personas y su dignidad^{11,12}, no pudiendo el FH mantenerse ajeno al trato humano que los pacientes esperan y merecen.

La humanización promueve una mayor información del paciente sobre su enfermedad para, en consecuencia, fomentar su implicación y corresponsabilidad, por lo que en las EEII debe llevarse a cabo un incremento de la educación del paciente, de su autogestión y de su participación.

Situación actual

Necesidad de un mejor control de las EEII y de sus complicaciones desde un enfoque centrado en la humanización.



Mejora de la formación y la coordinación entre los profesionales implicados en el abordaje de las EEII.

Propuesta de solución

Refuerzo del control multidisciplinar de las EEII:

- Atención Primaria: incrementar la cercanía en el trato, aumentar el tiempo de consulta, profundizar en la anamnesis y aumentar la fluidez en la derivación.
- Psicología: aumentar la frecuencia de consulta y mejorar la equidad en el acceso.
- Urgencias: facilitar la atención por especialistas en Reumatología.
- Atención Especializada con tratamiento biológico:
 - Aumento de la frecuencia y duración de las consultas para un mayor control de la evolución de la enfermedad y del estado psíquico del paciente.
 - Implementación de programas de gestión de riesgos en pacientes con tratamiento biológico.
 - Distribución de cuestionarios entre los pacientes -test de Morisky Green⁷- y registro de dispensaciones de fármacos con alertas informáticas para mejorar la adherencia.
 - Flexibilización de la dispensación de FH.

Situación actual

Ausencia de un modelo asistencial centrado en las personas.



Mayor consideración de las necesidades asistenciales y de tratamiento y trato centrado en la humanización.

Necesidad de empoderamiento y capacitación de los pacientes para gestionar su enfermedad.

Necesidad de formación e información dirigida al público general para combatir el estigma y discriminación asociadas a las EEII.

Propuesta de solución

- Inclusión del paciente en el proceso asistencial: consideración por los profesionales de las experiencias y percepciones del paciente (PROs, PROMs y PREMs)
- Fomentar la educación en salud y la corresponsabilidad del paciente.

- Elaboración de materiales impresos y digitales con información rigurosa y veraz y con un lenguaje cercano para el paciente sobre las EEII y sus tratamientos.
- Puesta en marcha de campañas divulgativas sobre las EEII en los medios de comunicación.
- Mantenimiento de acciones continuas con las asociaciones de pacientes.
- Puesta en marcha de campañas divulgativas sobre las EEII en los medios de comunicación.
- Lograr un mayor apoyo institucional desde el Ministerio de Sanidad.

Nuevas tecnologías en el seguimiento y monitorización del paciente con EII

El mayor empleo de internet y de dispositivos móviles por los pacientes aumenta la posibilidad de su uso como herramienta para la mejora del cuidado de la salud, muy especialmente en enfermedades crónicas como las EII:

- ➔ La telemedicina, la dispensación domiciliaria y diversas aplicaciones móviles de salud favorecen tanto el diagnóstico de las EII como la educación médica de los pacientes^{13,14}.
- ➔ La Telefarmacia permite la resolución de problemas relacionados con los medicamentos, la mejora de la accesibilidad evitando desplazamientos y llegar a un mayor número de pacientes¹⁵.
- ➔ Los programas de envío de medicación al domicilio del paciente desarrollados por la FH son valorados muy positivamente por los usuarios y promueven la independencia de los servicios de FH de la industria farmacéutica¹⁶.

Situación actual	Propuesta de solución
Acceso desigual de los pacientes a las nuevas tecnologías.	Minimización de la brecha digital con objeto de mejorar la accesibilidad universal a la sanidad - incluidos los entornos rurales y los países en vías de desarrollo.
Ausencia de regulación oficial y de recomendaciones en relación con la e-Health.	Validación y aprobación de una nueva tecnología digital de salud.
Los problemas de ciberseguridad y de confidencialidad de los datos comprometen la aplicación de las nuevas tecnologías.	Validación y aprobación de una nueva tecnología digital de salud.

5

Comunicación virtual

La Telefarmacia o *práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación* es una herramienta complementaria, útil y necesaria para la provisión de una AF especializada^{17,18}.



La incorporación de tecnologías de la comunicación facilita al FH el traspaso de información, el seguimiento terapéutico y conocer las preocupaciones de salud de los pacientes¹⁹.

Situación actual

Dotación insuficiente en los servicios de FH de los recursos humanos necesarios para la comunicación virtual con los pacientes.

Necesidad de coordinación del FH con otros niveles asistenciales/especialistas para el seguimiento compartido de pacientes complejos.

Necesidad de especialización del FH y disposición de planes específicos de AF personalizada integrados en el proceso asistencial.

Propuesta de solución

- Mayor disposición de recursos humanos para el seguimiento de pacientes seleccionados en base a criterios predefinidos.
- Implementación de un modelo mixto presencial y no presencial en la mayoría de pacientes¹⁵.
- La AF y el seguimiento farmacoterapéutico realizados por el FH a través de la consulta virtual deben quedar registrados en la historia clínica.



Compartir la historia clínica para todos los profesionales del equipo asistencial para facilitar la comunicación y coordinación y el seguimiento de los pacientes.

- Integración de las herramientas tecnológicas de e-consulta en la historia clínica compartida.

Formación al FH en técnicas y habilidades de comunicación perceptiva y afectiva y entrevista motivacional para una mejor atención al paciente.

Home delivery: dispensación y entrega informada en EEI

La dispensación a distancia permite mantener el seguimiento y la comunicación con el paciente, más allá del contacto directo, a través de la consulta farmacéutica presencial asociada a la dispensación¹⁵.

Es obligatorio que, junto al envío de la medicación, se realice la Teleconsulta por parte del FH con los objetivos establecidos para el seguimiento farmacoterapéutico individualizado para cada paciente y con registro en la historia clínica¹⁸.



El *home delivery* ofrece a los FH una oportunidad para optimizar la carga de trabajo, mejorar el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, reducir existencias de medicamentos en el servicio de FH, y mejorar la trazabilidad completa del proceso de dispensación.

En 2019, tan solo un 16% de los servicios de FH de los hospitales de nuestro país realizaba actividades de Telefarmacia con envío de medicación^{4,20}, elevándose este porcentaje hasta un 100% durante el primer estado de alarma decretado en 2020 tras la irrupción de la pandemia de la COVID-19²⁰.

Situación actual	Propuesta de solución
El <i>home delivery</i> supone un desafío operativo y conlleva un aumento de la carga de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del equipo multidisciplinar necesario para desarrollar el proyecto -profesionales sanitarios, personal informático, asesor legal- y establecer un coordinador del servicio. • Asignación de responsabilidades a los profesionales involucrados. • Diseño de un plan estratégico para la implementación en el servicio de FH.
Necesidad de comunicación y seguimiento de los pacientes por Teleconsulta.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los pacientes candidatos a incluir en el programa. • Mayor disposición de recursos humanos en los servicios de FH. • Implementación de la tecnología adecuada para la comunicación de los pacientes: apoyo de la Administración y gerencia, y apoyo en la financiación.
Posibles riesgos de seguridad, confidencialidad de información y protección de datos.	Definición de los planes y protocolos necesarios, incluidos los protocolos de seguridad.

Propuestas de valor

Propuestas del Comité ReFHuerza para mejorar la participación del FH en el tratamiento de los pacientes con EEII:

- ➔ Integración de FH en los equipos multidisciplinares implicados en el tratamiento de los pacientes con EEII.
- ➔ Elaboración de protocolos de actuación unificados y multidisciplinares y mejora de la coordinación entre servicios para agilizar la derivación y la gestión de citas.
- ➔ Formación continuada y superespecialización del FH en EEII -a través del GTEII-SEFH.
- ➔ Estratificación adecuada de los pacientes con EEII¹.
- ➔ Desarrollo de herramientas que permitan conocer la adherencia real del paciente.
- ➔ Empoderamiento del paciente con foco en la humanización a través de acciones que mejoren su inclusión en el proceso asistencial.
- ➔ Flexibilización de la dispensación de FH: horario e incorporación de la dispensación domiciliaria de medicamentos y mejora de la accesibilidad al Servicio.
- ➔ Elaboración de recomendaciones para el desarrollo de la e-Health en la AF.
- ➔ Integración de elementos tecnológicos de e-consulta en la historia clínica compartida permitiendo el registro de la atención realizada.
- ➔ Implementación de servicios de Telemedicina y Telefarmacia, incluyendo la dispensación domiciliaria¹⁵.
- ➔ Relación con las asociaciones de pacientes y realización de acciones conjuntas de formación e información a los pacientes.

Bibliografía

- 1 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Proyecto MAPEX. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmacéutica-pacientes-enf-inmunomediadas.pdf> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 2 Ludvigsson JF, Olén O, Larsson H, Halfvarson J, Almqvist C, Lichtenstein P, et al. Association Between Inflammatory Bowel Disease and Psychiatric Morbidity and Suicide: A Swedish Nationwide Population-Based Cohort Study With Sibling Comparisons. *J Crohns Colitis*. 2021; 15(11): 1824-1836. [PubMed]
- 3 Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). IMID, una visión compartida. Guía Práctica para la Implantación de un Modelo Asistencial para la Atención Integral de Personas con Enfermedades IMID. 2018. Disponible en: <https://geteccu.org/contenidos/up/2018/10/IMID-GUIA-DE-RECOMENDACIONES-02.pdf> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 4 Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GTEII-SEFH). Encuesta sobre la Atención Farmacéutica a Pacientes con Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas en las Unidades de Pacientes Externos. 64 Congreso Nacional de la SEFH. Sevilla, 17 de octubre de 2019.
- 5 Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010; 376(9746): 1094-108. [PubMed]
- 6 Sociedad Española de Reumatología (SER). Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Edición 2019. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 7 Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018; 59(3): 163-172. [Estudio]
- 8 Rincón Rincón JR, Jaimes Fernández DA, García Casallas JC, Beltrán A, Téllez A, Fernández-Ávila DG, et al. Métodos para la medición de la adherencia a medicamentos modificadores de la enfermedad orales en artritis reumatoide y factores asociados con baja adherencia farmacológica. *Rev Colomb Reumatol*. 2018; 25: 261-270. [Estudio]
- 9 Monchablon C, Gondé H, Pouplin S, Varin R, Vittecoq O, Lequerré T. Assessment of adherence to disease-modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2020; 39(1): 207-216. [PubMed]
- 10 VV. AA. Monografías de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria: Humanización en la atención farmacéutica (nº 9). Barcelona: Bayer Hispania SL, 2018. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/MonografiaFH/Monografias_Farmacia_Hospitalaria_9.pdf (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 11 Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. 2016. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 12 March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev Calid Asist*. 2017; 32(5): 245-247. [PubMed]
- 13 Senbekov M, Saliev T, Bukeyeva Z, Almabayeva A, Zhaneliyeva M, Aitenova N, et al. The Recent Progress and Applications of Digital Technologies in Healthcare: A Review. *Int J Telemed Appl*. 2020; 2020: 8830200. [PubMed]
- 14 Le T, Toscani M, Colaizzi J. Telepharmacy: A New Paradigm for Our Profession. *J Pharm Pract*. 2020 ;33(2): 176-182.
- 15 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Marco Estratégico en Telefarmacia. Proyecto MAPEX. 2020. Disponible en: https://www.sefh.es/mapex/images/Telefarmacia_SEFH.pdf (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 16 San José Ruiz B, Gil Lemus MA, Puy Figuero Echeverría M. Atención farmacéutica y envío domiciliario de medicación a pacientes con leucemia mieloide crónica. *Farm Hosp*. 2015; 39(1): 13-22. [PubMed]
- 17 Fernández Lisón LC, Juárez Giménez JC, Monte Boquet E. Salud 2.0, nuevas herramientas de comunicación para el ejercicio profesional de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. 2012; 36(5): 313-314. [PubMed]
- 18 Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñeiro XM, et al. Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Telefarmacia. Recomendaciones para su implantación y desarrollo. *Farm Hosp*. 2020; 44(4): 174-81. [Artículo]
- 19 Monte Boquet E, Juárez Giménez JC, Fernández Lisón LC. Farmacia hospitalaria 2.0: quedarse fuera no es una opción. *Rev OFIL*. 2015; 25(2): 71-72. [Artículo]
- 20 Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Encuesta de situación de la telefarmacia aplicada a la atención farmacéutica a pacientes externos de los servicios de farmacia hospitalaria en España durante la pandemia por la COVID-19. *Farm Hosp*. 2020; 44(4): 135-40. [Estudio]

El paciente con AR desde la perspectiva del farmacéutico hospitalario

La artritis reumatoide (AR), enfermedad inflamatoria articular más frecuente en nuestro país con hasta un 0,82% de la población afectada¹, requiere dado su carácter crónico un abordaje a largo plazo por un equipo multidisciplinar en el que el farmacéutico de hospital (FH) juega un papel central².



El proyecto 'Reforzando el valor de la Farmacia Hospitalaria en Artritis Reumatoide' (ReFHuerza) tiene por objetivo identificar los puntos críticos y necesidades existentes en el manejo de la AR desde el punto de vista del FH y del paciente para, en consecuencia, generar programas y servicios que mejoren la asistencia a los afectados.

ReFHuerza

Análisis de la situación actual y propuesta de soluciones por los participantes en el proyecto -18 jefes de Servicio de FH y FH de 15 hospitales de toda España- de las seis dimensiones (TABLA 1) que, establecidas por los seis coordinadores a partir de las percepciones recabadas en un *Focus Group* con ocho pacientes con AR que recibían medicación hospitalaria, abarcan la realidad de la relación del FH con el paciente con AR.

Tabla 1. Dimensiones e interrogantes

1. Papel del FH en el itinerario asistencial del paciente con AR

- ¿Conocen los pacientes el papel del FH en el itinerario asistencial del paciente con AR?
- ¿Cuentan los pacientes con AR con el FH como un profesional sanitario implicado en el tratamiento de su enfermedad?
- ¿Qué experiencia tienen los pacientes de las visitas al Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH)?

2. Adherencia del paciente con AR

- ¿Es consciente el paciente con AR de la importancia de la adherencia terapéutica?
- ¿De qué depende la mejor adherencia de los pacientes con AR?
- ¿Qué papel tiene el FH en la mejora de la adherencia?

3. Impacto de la AR en la calidad de vida del paciente

- ¿Cómo impacta la AR en la calidad de vida de los pacientes?
- ¿Qué papel tiene el FH en la mejora del impacto de la AR en la calidad de vida de los pacientes?
- ¿Cómo ayuda actualmente el FH al paciente en la reducción de este impacto?

4. Resultados percibidos por los pacientes con AR

- ¿Cuál es la situación actual en AR en relación con los Patients Reported Outcomes (PROs)?
- ¿Qué valor aportan al paciente con AR los PROs?
- ¿Cuál es el rol de los FH en los PROs?

5. Empoderamiento del paciente

- ¿Existe una escala validada para medir el grado de empoderamiento de los pacientes de AR que son atendidos en las consultas de farmacia?
- ¿Conoce el FH el grado de empoderamiento de los pacientes de AR?
- ¿Recibe el paciente de AR feedback de los PROs que manifiesta en la consulta?
- ¿Mejora el empoderamiento del paciente de AR el acceso desde su domicilio al historial clínico?
- ¿Conoce el FH las necesidades reales del paciente con AR?

6. Programas de soporte a pacientes con AR

- ¿Existen programas de soporte a pacientes con AR desde FH?
 - ¿Se conocen los programas de soporte y están bien establecidos?
 - ¿Es fácil para los pacientes acceder a los programas de soporte?
-

1

Papel del FH en el itinerario asistencial del paciente con AR

A través de la atención farmacéutica (AF) individualizada, el FH facilita el empoderamiento del paciente educándolo sobre la AR y asesorándolo en el manejo de las terapias, autocuidado y orientación motivacional, capacitándolo para reducir o limitar los factores agravantes de la enfermedad².

Situación actual	Propuesta de solución
Desconocimiento del papel del FH, limitándose la interacción tras la visita inicial al mero acto de dispensación.	Fomentar la relación con las asociaciones de pacientes para mejorar el conocimiento sobre los Servicios de FH.
La información ofrecida por el FH, limitada a la visita inicial, genera incertidumbre por el miedo a los efectos adversos y la sensación de 'carga para el sistema' por el gran coste de los fármacos.	Disponibilidad por el paciente de una carpeta virtual con toda la información necesaria para su enfermedad, incluidos el tratamiento, los efectos adversos, las interacciones y el manejo de pautas.
Percepción de que el seguimiento de la adherencia por el FH se reduce al cálculo de la medicación remanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad por el paciente de una carpeta virtual con toda la información necesaria para su enfermedad. • Las consultas telefónicas desde FH, tal y como se ha demostrado durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, constituyen una buena vía de comunicación y seguimiento para los pacientes de AR.
Dificultad de hacer coincidir las visitas al Servicio de FH para recogida de medicación con la consulta del clínico.	Consultas telefónicas desde FH como buena vía de comunicación y seguimiento.
Requerimiento (no resultado) de contar con un FH de referencia que proporcione información sobre el tratamiento - interacciones farmacológicas, cambios de pauta y manejo de situaciones especiales, ayuda a la adherencia.	Consultas telefónicas desde FH como buena vía de comunicación y seguimiento.

Adherencia en el paciente con AR

La buena adherencia se asocia a una mayor efectividad y una menor pérdida de respuesta³. La tasa de adherencia en la AR se sitúa en torno al 70%^{4,5} y tiende a ser más elevada en el caso de la terapia biológica que con los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales⁶.

Por lo general, la adherencia se ve favorecida en mujeres, pacientes añosos, sin episodios de depresión previa y que presentan una buena tolerancia al tratamiento^{7,8}.

En España, la adherencia a los FAME biológicos de administración subcutánea ha demostrado ser superior en pacientes con administración mensual, en los que no se realizó inducción y con más años de enfermedad, no hallándose diferencias en función de la edad, el género o la línea de tratamiento⁹.

Situación actual	Propuesta de solución
Desconocimiento por el paciente de la importancia de la adherencia.	Trabajar con los pacientes en las consultas de AF y de manera conjunta con las asociaciones de pacientes para promover un mayor conocimiento de la adherencia y de sus consecuencias.
Déficit de personal para detectar y tratar a todos los pacientes con problemas de adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificación de los pacientes empleando el modelo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)² con el fin de establecer intervenciones efectivas. • Implementación de un plan de monitorización con visitas tanto con el paciente como con el núcleo familiar para evaluar la adherencia al tratamiento y la existencia de posibles barreras.
Desconocimiento de las causas que motivan al paciente a desistir del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la percepción del paciente sobre su enfermedad y tratamiento con empleo de cuestionarios como el <i>Beliefs Medicines Questionnaire</i> (BMQ)¹⁰. • Implementación de un plan de monitorización con visitas tanto con el paciente como con el núcleo familiar para evaluar la adherencia al tratamiento y la existencia de posibles barreras.

3

Impacto de la AR en la calidad de vida del paciente

Dada su sintomatología, la AR tiene un impacto físico y emocional significativo en la vida cotidiana del paciente, disminuyendo su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o laboral y mermando su calidad de vida¹.

Los fármacos biológicos han demostrado ser eficaces en la reducción de la actividad inflamatoria, el retraso de su progresión y la prevención del daño articular, constituyendo una alternativa terapéutica de interés para prevenir la discapacidad y mantener la autonomía de los pacientes con AR durante el mayor tiempo posible.



A pesar de los avances terapéuticos, la AR sigue impactando de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes por la persistencia de, entre otros síntomas, la fatiga, el dolor, el sueño y la afectación psicológica/emocional^{11,12}.

El tratamiento farmacológico de la AR, intensivo, complejo y costoso, requiere de un esfuerzo continuado por el paciente → El FH puede motivar a los pacientes aportando un refuerzo positivo desde su conocimiento profundo de los medicamentos.

Situación actual

Necesidad del paciente de formación e información para poder autocuidarse y autogestionar su enfermedad.

Propuesta de solución

- Disponibilidad por el paciente de información en internet fiable y previamente contrastada y recomendada por el FH.
- Integración del paciente en el Sistema de Salud como un agente más de salud, permitiéndole su participación en comisiones.

Resultados percibidos por los pacientes con AR

Los resultados percibidos e informados por el paciente (PROs) resultan cruciales para establecer las bases en la toma de decisiones compartida, el empoderamiento del paciente, el compromiso y la autogestión.

El FH, responsable de recopilar, compartir y discutir los PROs con el resto del equipo multidisciplinar, debe integrar los PROs en la práctica clínica y utilizar esta información para mejorar la hoja de ruta del paciente.

Situación actual	Propuesta de solución
Heterogeneidad en el empleo de los PROs en la AR.	Empleo de la biblioteca estructurada de medidas de resultado elaborada por la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR): base de datos completa de PROs validados en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas ¹³ .
Necesidad de adaptación de los PROs a las necesidades y objetivos individuales de los pacientes,	Empleo de la biblioteca estructurada de medidas de resultado elaborada por la EULAR ¹³ .
Necesidad del paciente de mayor información, transparencia y claridad sobre las razones para el empleo de PROs y de sus ventajas en la atención sanitaria e investigación.	Ofrecimiento de explicaciones sencillas que transmitan seguridad y garanticen información precisa por parte de los pacientes.

5 Empoderamiento del paciente con AR

Empoderamiento: capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su comportamiento relacionado con la salud y para tener o tomar control sobre aspectos de su vida relacionados con la salud^{14,15}.

La EULAR recomienda que el tratamiento de la AR se base en una decisión compartida entre el profesional y el paciente¹⁶, requiriéndose para ello por este último un conocimiento sobre su enfermedad y habilidades para su autocontrol¹⁷.

Situación actual	Propuesta de solución
Ausencia de escala validada para medir el grado de empoderamiento del paciente con AR.	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo de la <i>Escala Sueca de Empoderamiento de Enfermedades Reumáticas (SWE-RES-23)</i>¹⁸ -sin versión en español. • Validación por la SEFH y la Sociedad Española de Reumatología (SER) de una escala que se pueda aplicar en la clínica habitual.
Discordancia en la evaluación/percepción global de la patología de AR entre el médico y el paciente ¹⁹ .	Feedback del clínico al paciente para mejorar su comprensión sobre la enfermedad y apoyar la comunicación.
Imposibilidad para el paciente de acceso a su historia clínica electrónica.	Desarrollo de una prueba piloto de un portal para pacientes de AR.
La sobrecarga asistencial y la falta de recursos dificultan poder hacer una AF de calidad y un buen seguimiento de los pacientes.	Consultas telefónicas desde FH como buena vía de comunicación (empoderamiento) y seguimiento.
Desconocimiento por el paciente de qué es el SFH, qué funciones tiene y qué servicio puede ofrecerles.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor integración del FH en el equipo asistencial que trata al paciente. • Adecuación de instalaciones, recursos estructurales, tecnológicos y de organización adecuados para la actividad asistencial, que mejorarían la relación paciente-FH.
Requerimiento (no resuelto) por el paciente una atención directa y personalizada por parte del FH.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor integración del FH en el equipo asistencial que trata al paciente. • Adecuación de instalaciones, recursos estructurales, tecnológicos y de organización adecuados para la actividad asistencial.

Programas de soporte a pacientes con AR

Programas de soporte a pacientes (PSP): intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas que requieren terapias complejas para el control de los síntomas y/o de la progresión de la enfermedad con el objetivo de mejorar los resultados en salud reduciendo complicaciones y costes relacionados y dotando a los pacientes de herramientas para un mejor control de su enfermedad²⁰.

Dado el carácter crónico y la complejidad terapéutica de la AR, los pacientes afectados por esta patología pueden beneficiarse de los PSP, incluidos los implementados desde la FH y la Farmacia Clínica²¹⁻²³.

La *Guía de Práctica Farmacéutica en Artritis Reumatoide* del Grupo de Trabajo de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas (GTEII) de la SEFH preconiza una atención farmacéutica individualizada que integre la educación sobre la patología, la formación sobre el manejo de las terapias, el autocuidado y la orientación, objetivos que coinciden en con las intervenciones que se llevan a cabo en los PSP².

Situación actual	Propuesta de solución
Los PSP son desconocidos por los pacientes con AR al no estar establecidos en la práctica clínica habitual.	Ampliar el uso de los PSP en el entorno asistencial: los pacientes de AR en tratamiento con medicamentos de dispensación hospitalaria tendrían un fácil acceso a los PSP dado su un acceso inmediato a los Servicios de FH.
Incremento en los últimos años del número de pacientes atendidos en las unidades de pacientes externos.	Adecuación de instalaciones, recursos estructurales, tecnológicos y de organización adecuados para la actividad asistencial, que mejorarían la relación paciente-FH.
Requerimiento (no resultado) por los pacientes de otros modelos de acceso a los Servicios de FH diferentes al presencial.	La Telefarmacia, cuya utilidad se ha constatado durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19, se perfila como una pieza vertebradora importante dentro de los PSP.
Percepción por el paciente de una baja implicación del FH en el manejo de su enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la relación con las asociaciones de pacientes para mejorar el conocimiento sobre los Servicios de FH.

Propuestas de valor

Propuestas del Comité ReFHuerza para mejorar la AF del paciente con AR y acompañarle de una forma integral en el proceso de su enfermedad:

- ➔ Realizar un seguimiento del paciente para valorar que se alcancen los objetivos terapéuticos.
- ➔ Conocer la necesidad de atención farmacéutica que tiene el paciente - estratificación de los pacientes para la identificación de casos prioritarios^{24,25}.
- ➔ Promocionar la figura de un farmacéutico especialista en enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EEII).
- ➔ Colaborar con el equipo médico prescriptor para consensuar y optimizar los objetivos del tratamiento durante su inicio, modificación, seguimiento y retirada.
- ➔ La comunicación oral y corporal con el paciente debe tener un enfoque positivo con objeto de tranquilizarle, aumentar su confianza en el tratamiento y evitar expectativas negativas.
- ➔ Proporcionar al paciente razones sobre las razones del cambio de tratamiento.
- ➔ Integrar la información clínica en la web del propio Servicio de FH o en herramientas (app) para que se encuentre siempre a disposición de los pacientes.
- ➔ Desarrollar herramientas que permitan alcanzar los requisitos mínimos y los objetivos de un Servicio de Telefarmacia de calidad.
- ➔ Potenciar la interacción entre el FH y las asociaciones de pacientes.
- ➔ Establecer por parte de la SEFH, sociedades médicas y asociaciones de pacientes criterios para validar PROs de manera individualizada.
- ➔ Avanzar en la implementación de PSP.

Bibliografía

- 1 Silva-Fernández L, Macía-Villa C, Seoane-Mato D, Cortés-Verdú R, Romero-Pérez A, Quevedo-Vila V, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. *Sci Rep*. 2020; 10(1): 21551. [PubMed]
- 2 López Sánchez P, García de Vicuña Pinedo R. Guía de Práctica Farmacéutica en Artritis Reumatoide. Ed. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2020. ISBN: 978-84-09-24065-4. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/reuma2/GuidePracticaFarmaceuticaenArtritisReumatoide.pdf?ts=20201119192638> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 3 Bluett J, Morgan C, Thurston L, Plant D, Hyrich KL, Morgan AW, et al. Impact of inadequate adherence on response to subcutaneously administered anti-tumour necrosis factor drugs: results from the Biologics in Rheumatoid Arthritis Genetics and Genomics Study Syndicate cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2015; 54(3): 494-9. [PubMed]
- 4 Smolen JS, Gladman D, McNeil HP, Mease PJ, Sieper J, Hojnik M, et al. Predicting adherence to therapy in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis: a large cross-sectional study. *RMD Open*. 2019; 5(1): e000585. [PubMed]
- 5 Scheiman-Elazary A, Duan D, Shourt C, Agrawal H, Ellashof D, Cameron-Hay M, et al. The Rate of Adherence to Antiarthritis Medications and Associated Factors among Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review and Metaanalysis. *J Rheumatol*. 2016; 43(3): 512-23. [PubMed]
- 6 Michetti P, Weinman J, Mrowietz U, Smolen J, Peyrin-Biroulet L, Louis E, et al. Impact of Treatment-Related Beliefs on Medication Adherence in Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Results of the Global ALIGN Study. *Adv Ther*. 2017; 34(1): 91-108. [PubMed]
- 7 Marras C, Monteagudo I, Salvador G, de Toro FJ, Escudero A, Alegre-Sancho JJ, et al. Identification of patients at risk of non-adherence to oral antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis using the Compliance Questionnaire in Rheumatology: an ARCO sub-study. *Rheumatol Int*. 2017; 37(7): 1195-1202. [PubMed]
- 8 Oshotse C, Zullig LL, Bosworth HB, Tu P, Lin C. Self-Efficacy and Adherence Behaviors in Rheumatoid Arthritis Patients. *Prev Chronic Dis*. 2018 ;15: E127. [PubMed]
- 9 Calvo-Alén J, Monteagudo I, Salvador G, Vázquez-Rodríguez TR, Tovar-Beltrán JV, Vela P, et al. Non-adherence to subcutaneous biological medication in patients with rheumatoid arthritis: a multicentre, non-interventional study. *Clin Exp Rheumatol*. 2017; 35(3): 423-430. [PubMed]
- 10 McCulley C, Katz P, Trupin L, Yelin EH, Barton JL. Association of Medication Beliefs, Self-efficacy, and Adherence in a Diverse Cohort of Adults with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 2018; 45(12): 1636-1642. [PubMed]
- 11 Radawski C, Genovese MC, Hauber B, Nowell WB, Hollis K, Gaich CL, et al. Patient Perceptions of Unmet Medical Need in Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Survey in the USA. *Rheumatol Ther*. 2019; 6(3): 461-471. [PubMed]
- 12 Alcaide L, Torralba AI, Serre JE, García Cotarelo C, Loza E, Sivera F, et al. Estado, control, impacto y manejo actual de la artritis reumatoide según los pacientes: encuesta nacional AR 2020. *Reumatol Clin*. 2020; 26: S1699-258X(20)30243-6. [Estudio]
- 13 Biblioteca de PROM de EULAR. Disponible en: https://oml.eular.org/oml_search_results.cfm?oml_search_results.cfm?action=showResults&confirm=yes (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 14 Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007; 66(1): 13-20. [PubMed]
- 15 McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 157. [PubMed]
- 16 Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73(3): 492-509. [PubMed]
- 17 Hibbard JH. Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Aff (Millwood)*. 2004; Suppl Variation: VAR133-5. [PubMed]
- 18 Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingström P. Psychometric properties of the Swedish Rheumatic Disease Empowerment Scale, SWE-RES-23. *Musculoskeletal Care*. 2012; 10(2): 101-9. [PubMed]
- 19 Kvrjic Z, Asiedu GB, Crowson CS, Ridgeway JL, Davis 3rd JM. "Like No One Is Listening to Me": A Qualitative Study of Patient-Provider Discordance Between Global Assessments of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018; 70(10): 1439-1447. [PubMed]
- 20 Ganguli A, Clewell J, Shillington AC. The impact of patient support programs on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: a targeted systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10: 711-25. [PubMed]
- 21 Stockl KM, Shin JS, Lew HC, Zakharyan A, Harada ASM, Solow BK, et al. Outcomes of a rheumatoid arthritis disease therapy management program focusing on medication adherence. *J Manag Care Pharm*. 2010; 16(8): 593-604. [PubMed]

- 22** Kennedy CA, Beaton DE, Warmington K, Shupak R, Jones C, Hogg-Johnson S, et al. Prescription for education: development, evaluation, and implementation of a successful interprofessional education program for adults with inflammatory arthritis. *J Rheumatol*. 2011; 38(10): 2247-57. [PubMed]
- 23** Martínez-Sesmero JM, Burgos-Pol R, Jornet S, Santiago A, Navarro H, Gorgas Q, et al. Economic Evaluation of A Patient Support Programme Abbvie Care 2.0 Immunology. *Value in Health*. 2017; 20(9): A554. [Estudio]
- 24** Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Proyecto MAPEX. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmaceutica-pacientes-enf-inmunomediadas.pdf> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).
- 25** Herramienta de estratificación del paciente de enfermedades inmunomediadas. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion> (Consultado el 30 de noviembre de 2021).