

Informe técnico eMULTIPAP

Intervención educativa
en multimorbilidad y polimedicación.
Mejora de la prescripción en Atención Primaria



elaborado por:

Grupo MULTIPAP

septiembre 2023

Informe técnico eMULTIPAP

Intervención educativa
en multimorbilidad y polimedicación.
Mejora de la prescripción en Atención Primaria



Informe técnico eMULTIPAP

Elaborado por:

Grupo MULTIPAP

Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Instituto de Investigación Sanitaria Aragón / Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Distrito Sanitario de Atención Primaria Málaga-Guadalhorce, Servicio Andaluz de Salud (SAS), Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA) / Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Biomedicina y Salud (FIMABIS)

Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid / Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud (FIBAP) / Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de:

Ensayo Clínico MULTIPAP (PI15/00996, PI15/00276 y PI15/00572)

Ensayo Clínico MULTIPAP Plus (PI18/01812, PI18/01303 y PI18/01515)

REDISSEC (RD12/0001/0010, RD12/0001/0004, RD12/0001/0012, RD16/0001/0006, RD16/0001/0005, RD16/0001/0004)

RICAPPS (RD21/0016/0015, RD21/0016/0019 y RD21/0016/0027)

Cofinanciado por fondos FEDER

Cofinanciado por la Unión Europea y por el Instrumento Europeo de Recuperación («Next Generation EU»), en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Traducción de los guiones al inglés

Owen Howard

Revisión, edición, diseño y maquetación

Irene Fernández Romacho

ISBN 978-84-09-53990-1

Septiembre de 2023



Autoría de este informe

Juan Daniel Prados Torres*, M.^a Isabel del Cura González*, Alexandra Prados Torres*, Antonio Gimeno Miguel*, M.^a José Bujalance Zafra, Aída Moreno Juste, Paula Ara Bardají, Marcos Castillo Jimena, Juan Antonio López Rodríguez, M.^a Teresa Carrión de la Fuente, Francisca Leiva Fernández* y Grupo MULTIPAP.

** Equal Contribution*

Grupo de investigación MULTIPAP

Investigadores principales

Alexandra Prados Torres
M.^a Isabel del Cura González
Juan Daniel Prados Torres

Comité coordinador

Beatriz Poblador Plou
Juan Antonio López Rodríguez
Francisca Leiva Fernández
Antonio Gimeno Miguel
Elena Polentinos Castro
M.^a José Bujalance Zafra

Luis Andrés Gimeno Feliú
Cristina María Lozano-Hernández
Fernando López Verde
M.^a Victoria Pico Soler
Marcos Castillo Jimena
Paula Ara Bardají

Grupo internacional

José M. Valderas
Alessandra Marengoni
Christiane Muth

Amaia Calderón Larrañaga
Ignatios Ioakeim-Skoufa

Grupo colaborador

Miguel Domínguez Santaella
Aída Moreno Juste
María Eloísa Rogero Blanco
José M.^a Ruiz San Basilio
Francisca González Rubio
Teresa Sanz Cuesta
M.^a Isabel Márquez Chamizo

Mercedes Aza Pascual-Salcedo
Ricardo Rodríguez Barrientos
Inmaculada Moraga Roperó
Ana Bandrés Liso
Rodrigo Medina García
M.^a Teresa Carrión de la Fuente
Antonio Poncel Falcó

Mercedes Rumayor Zarzuelo
Alba González Hevilla
M.^a Isabel Cano del Pozo
Mariel Monrey Montalvo
Pilar Barnestein Fonseca
Mercedes Clerencia Sierra
Marina Guisado Clavero
Nuria García-Agua Soler
Jesús Díez Manglano
Sara Ares Blanco
José Ramón Boxó Cifuentes
Jonás Carmona Pírez

Jaime Barrios Cortés
Inmaculada Guerrero Fernández de Alba
Mario Fontán Vela
Kevin Bliet
Beatriz Aragón Martín
Javier Marta Moreno
Francisca García de Blas
María Bestué Cardiel
M.^a del Mar Álvarez Villalba
Mónica Machón Sobrado
Judith Peña Rivero

Grupo clínico asociado

Adnaloy Helena Estrada León
Adolfo Cajal Marzal
Adriana Martínez Manero
Ainara Alonso Valbuena
Alberto Cotillas Rodero
Alberto López García-Franco
Alejandro Bierge Valero
Alejandro García Carrera
Alejandro Rabanal Basalo
Almudena García-Uceda Sevilla
Amaya Azcoaga Lorenzo
Amaya López Laguna
Amparo Escobar Pérez
Amparo Vargas - Machuca Benítez
Ana Ballarín González
Ana Belén Esteban Gimeno
Ana Carmen Giménez Baratech
Ana Cristina Maza Invernón
Ana Elena Pérez Talavera
Ana Isabel Carbonero Martín
Ana Isabel Corcuera Martínez
Ana Isabel Ruiz Medina
Ana María Abad Esteban
Ana María Fernández Vargas
Ana María Frutos Marcos
Ana María González Ara

Ana María Hernández Sánchez
Ana Sánchez Silvestre
Ana Sosa Alonso
Anabel Hernández Bono
Andrés Ollero Ortigas
Ángel Antoñanzas Lombarte
Angélica Fajardo Alcántara
Antonia Gonzalez Rodríguez
Antonia María Martínez Castillo
Antonia Panadero Vallejo
Antonia Pérez De Colosía Zuil
Antonio Ignacio Martínez Sarmiento
Antonio José Baca Osorio
Antonio L. Oto Negre
Antonio Lafuente Lafuente
Antonio Monge Campo
Antonio Orpez Mesa
Antonio Ramos Blanco
Araceli Moreno Bareas
Aránzazu López Villalvilla
Ascensión Saura Campos
Aurelio Grondona Mayayo
Beatriz Caffarena de Arteaga
Beatriz Cinta Bella
Beatriz López Alonso
Beatriz López González



Beatriz López Serrano
Beatriz Pascual De La Piza
Belén Muñoz Gómez
Blanca Gutiérrez Teira
Blanca Sanz Pozo
Caridad Serrano Gonzalez
Carlos Alcober Pérez
Carlos Bolea Gorbea
Carlos Casado Álvaro
Carlos Fernando González García
Carmelina Sanz Velasco
Carmen Camats Franco
Carmen Esteban Algora
Carmen Garces Alonso
Carmen García-Gutiérrez Muñoz
Carmen María Muros Muñoz
Carmen Pérez-Caballero Bona
Carolina López Olmeda
Carolina Peláez Laguno
Catalina Sánchez Morales
César Sánchez Arce
Claudia López Marcos
Concepción García Aranda
Concepción Hidalgo Del Pozo
Concepción Rodríguez García
Cristian Varela Varela
Cristina Alonso López
Cristina Fernández Figares Montes
Cristina Guisado Pérez
Cristina Inés Sauras Yesa
Cristina Pérez Olivares
Cristóbal Trillo Fernández
David Godoy Godoy
David Santos Muñoz
Deborah Gil Gómez
Eduardo Díaz García
Elena Barceló Garach
Elena Gascón del Prim
Elena Mateo Delgado
Elena Monzón Sánchez
Elena Padilla Arellano
Elisa Díez Saguillo
Elisa María Alcantarilla Reyes
Elisa Pilar Salazar Gonzalez

Emilio Jiménez Marín
Enrique De La Figuera Von Wichmann
Enrique Leonés Salido
Enrique Martínez Ayala
Enrique Revilla Pascual
Enrique Rodríguez De Mingo
Esperanza Mora García
Esteban Pérez Gutiérrez
Estefanía Cámara Sola
Esther Barrio Higelmo
Esther Gómez Suarez
Esther Martín Auriolos
Esther Mateo de las Heras
Esther Valdes Cruz
Estrella Gutiérrez Ocana
Eugenio Galve Royo
Eustaquio Dendarieta Lucas
Eva María Millán Escarramán
Eva María Rioja Delgado
Eva Martínez Cid de Rivera
Eva Noelia Gallego Castillo
Fernanda Morales Ortiz
Fernando Barrera Linares
Fernando Utrera Martín
Francisca García de Blas González
Francisca García Rodríguez
Francisco Adán Gil
Francisco Javier Martínez Sanz
Francisco Javier Mérida Quiñones
Francisco Javier Orellana Lozano
Francisco José Serrano Guerra
Francisco Pérez Lagos
Francisco Ramón Abellán López
Gabriel Francisco Narbona Carrión
Gema Magdalena Garisa Rocha
Gema María Dávila Blázquez
Gema María Saiz Ladera
Gloria Aycart Valdés
Gloria Navarro Aznarez
Guillermina López Fernández
Hervé Michel Bertevas
Idoia Arrillaga Ocampo
Iliana Serrano Flores
Irene García García

Irene Martínez Ríos
Irene Padial Reyes
Irina López Larrayoz
Isabel Ferrer Zapata
Isabel Ibarrondo Fernández-Ladreda
Isabel Rubio Gutiérrez
Isabel Tejero García
Jaime Innerarity Martínez
Jaime Peleato Sánchez
Jaime Sasporte Genafo
Javier Cuartero Bernal
Javier Martín Izquierdo
Javier Pérez Ortega
Jeannet Dolores Sánchez Yépez
Jesus Boned Izuel
Jesús María Redondo Sánchez
Jesus Sepúlveda Muñoz
Jorge Ignacio Gómez Ciriano
Jorge Olmedo Galindo
José Antonio Navarro Martín
José Damián Garcés Ranz
José Fernando Tomás Gutiérrez
José Ignacio Aza Pascual-Salcedo
José Ignacio Torrente Garrido
José Leiva Fernández
José Luis Quintana Gómez
José Manuel Cortés Pellicer
José Manuel Navarro Jiménez
José Manuel Ramírez Torres
José Miguel Buñuel Granados
José Porta Quintana
Juan Carlos García Álvarez
Juan Carlos Moreno Fernández
Juan Pablo García Paine
Juan Pedro Calvo Pascual
Juana Morales Naranjo
Julio Cesar Fernández Sánchez
Julio Sánchez Salvador
Lara Sanz Burgos
Laura Orellana Martín
Laura Santos Franco
Leovigildo Ginel Mendoza
Liliana Mahulea -
Lourdes Carmen Visedo Campillo

Lourdes Orozco Barrenechea
Luis Enrique Morales Cobos
Luz Pilar De la Mota Ybancos
M. Paloma Morso Peláez
Macarena Toro Sáinz
Maite Asenjo Plaza
Maite Martínez García
Manuel Antonio Alonso Pérez
Mar Álvarez Villalba
Marcela Amestoy Chiesa
Margarita Gómez Barroso
María Ángeles Miguel Abanto
María Antoni Máximo Torres
María Aránzazu Murciano Antón
María Auxiliadora Nieves Muñoz Escalante
María Begoña Abadía Taira
María Begoña Zafra De Gea
María Blesa Ramírez
María Celeste García Galeano
María Concepción García Ruiz
María Cristina Cáceres Cortés
María Cristina Moral Merchán
María de los Ángeles Miguel Abanto
María de los Ángeles Rollan Hernández
María del Canto de Hoyos Alonso
María del Carmen Arroyo Martínez
María del Carmen Brita-Paja Segoviano
María del Carmen Maza Rodríguez
María del Carmen Molina Mendaño
María del Carmen Rodríguez Fernández
María del Carmen Ruiz Ciudad
María del Carmen Sánchez Celaya del Pozo
María del Carmen Vazquez Salas
María del Mar Álvarez Villalba
María del Mar De Dios Rodríguez
María del Mar Escobar Gallegos
María del Mar Gil Mellado
María del Mar Gracia Tricás
María del Mar Loubet Chasco
María del Pilar Muñoz Molina
María del Prado García García-Alcañiz
María Dolores Gallego Parrilla
María Dolores García Martínez-Cañavate
María Dolores Gonzalez Martín



María Dolores Merino Moyano
María E. Peláez Gálvez
María Elena Charta Alegre
María Elena Lacasa Serrano
María Elisa Viñuela Benítez
María Eloísa Rogero Blanco
María Gloria Calzada Del Hoyo
María González Rando
María Inmaculada Rodríguez González
María Isabel Navarro Gallego
María Jazmin González Sánchez
María Jesus Bedoya Frutos
María Jesus Fernández Terron
María Jesus Fidalgo Baz
María Jesús Mur Lalueza
María Jesús Sousa Rodríguez
María Jesús Torrubia Fernández
María José Alcaide Rodríguez
María José Clavijo Peña
María José Fernández Jiménez
María José García Lozano
María José González Vega
María José Gracia Molina
María José Guillen Vega
María José Muesa Cabello
María José Rodríguez Fabre
María José Rojas Giraldo
María Josefa Banderas Donaire
María Lourdes Clemente Jiménez
María Luisa Moya Rodríguez
María Luisa Viñuela Benítez
María Luz Seara Lozano
María Mar Sánchez Martín
María Mercedes Martínez Granero
María Miriam Olea Carrasco
María Paloma Morso Peláez
María Pastor Estébanez
María Paz León Martínez
María Paz Navarro Tausiet
María Paz Ortigosa Arrabal
María Pilar Astier Peña
María Pilar Callau Barrio
María Pilar Conde Sánchez
María Pilar Delso Aranz

María Pilar Mínguez Sorio
María Pilar Navarro Gallardo
María Pilar Novella Abril
María Rosario Rodríguez Rivera
María Rosario Sanjuán Cortés
María Soledad Núñez Isabel
María Soler Núñez
María Teresa Delgado Marroquín
María Teresa Martín Nasarre de Letosa
María Teresa San Miguel Marinero
María Teresa Zapata Abad
María Victoria Alcaraz Martínez
María Victoria Almagro Martín-Lomeña
María Victoria Asin Martín
María Victoria Muñoz Pradilla
Marina Pinilla Lafuente
Marisol Lorenzo Borda
Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández
Marta Bosom Velasco
Marta Inmaculada del Olmo Ribagorda
Marta Pinel González
Mercedes Abad Royo
Mercedes Fernández Giron
Mercedes López Echevarria
Mercedes Marinas Barba
Miguel Domínguez Santaella
Miguel Guiu Campos
Mónica Fuster Tozer
Mónica Gutiérrez Portales
Mónica Lasheras Barrio
Mónica Pascual Franco
Nima Peyman-Fard Shafi-Tabatabaei
Noelia Juan Tordesillas
Noelia Sorinas Delgado
Nuria García Arpa
Nuria Segura Domínguez
Olga Ordás Lafarga
Paloma Romero Sánchez
Patricia Estevan Burdeus
Paula Herrero Solsona
Paula Villasevil Robledo
Paulino Cubero González
Pedro Sánchez Llanos
Petra María Cortés Durán



Pilar Arizón Deza
Pilar Mainar Latorre
Pilar Tardáguila Lobato
Purificación Magán Tapia
Rafael Ángel Maqueda
Rafael Sánchez Jordán
Raquel Carretero Ramos
Raquel Collados Navas
Raquel García Ocaña
Raquel Martínez Sánchez
Raquel Mateo Fernández
Raquel Rodríguez Godoy
Raquel Yolanda Terrón Barbosa
Rebeca Mielgo Salvador
Ricardo de Felipe Medina
Rocío Aránzazu Vello Cuadrado
Rocío Horcajada Alocén
Rocío Moreno Moreno
Rocío Rodríguez Barrios
Rodrigo Medina García
Rosa García Palenzuela
Rosa María García Coronel
Rosa María López Aylón
Rosa María Redondo Romero
Rosario Artacho Pino
Rosario Iglesias González
Rubén Luciano Vázquez Alarcón
Sandro Carrillo Soria
Santiago Machin Hamalainen
Sara Ares Blanco
Sara Morcillo Cebolla
Sara Yago González
Selma Valverde Aranda
Sergio Fons Cañizares
Silvia Rodríguez Moreno
Sonia Álvarez Cambroneró
Sonia Bernad Hernando
Sonia Redondo De Pedro
Susana García Domínguez
Susana Rodríguez Rodríguez
Sylvia Hazañas Ruiz
Tamara Ewa Barnas
Teodoro Corrales Sánchez
Teresa Carro García
Teresa García Ruiz
Teresa Quesada Fernández
Tomás Rossignoli Fernández
Trinidad Peñuela Ruiz
Valentina Martín Miguel
Vera González García
Victoria Muñoz Pradilla
Victoria Navarro Más
Victoria Rubio Carqué
Victoria Vega Jimena
Virginia Castillo Romero
Virginia López Cortés
Yasmin Drak Hernández
Yolanda Aguilar Heredia
Yolanda Beatriz Sánchez Fernández
Yolanda Fernández Fernández
Yolanda Naya Mateu
Yolanda Rodríguez Gallego

Contenido

INTRODUCCIÓN—17

- 1. Multimorbilidad. La necesidad de un cambio de paradigma de la atención médica—17**
 - 1.1. Auge de las enfermedades crónicas—17
 - 1.2. Epidemiología de la multimorbilidad—18
 - 1.3. Impacto de la multimorbilidad—19
 - 1.4. Investigación y abordaje de la multimorbilidad en los sistemas de salud—21
- 2. Formación en multimorbilidad—23**
 - 2.1. Modelo educativo para producir un aprendizaje significativo—23
 - 2.2. Modelo de intervención educativa—25
 - 2.3. Currículo formativo de los profesionales sanitarios—25
 - 2.4. Modelos de evaluación del impacto formativo—30

CONTEXTO—37

- 1. MULTIPAP Study—37**
- 2. MULTIPAP: ensayo clínico por conglomerados en atención primaria—38**
- 3. Intervención compleja MULTIPAP—40**
- 4. Modelo lógico de la intervención MULTIPAP—42**
 - 4.1. Contexto de la intervención compleja MULTIPAP—42
 - 4.2. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP—42
- 5. Impacto esperado de profesionales y pacientes del curso eMULTIPAP—44**
- 6. MULTIPAP Plus: sistemas de apoyo a las decisiones clínicas aplicados en el proceso de atención—44**

ESTRUCTURA—49

- 1. Equipo docente —50**
- 2. Objetivos docentes—51**
 - 2.1. Objetivo general—51
 - 2.2. Objetivos específicos—51
- 3. Ediciones de eMULTIPAP—52**
- 4. Formato y contenidos de eMULTIPAP—54**
 - 4.1. Objetos docentes—55
 - 4.2. Contenidos específicos—57
- 5. Consideraciones finales—65**

EVALUACIÓN—67

- 1. Evaluación en docencia médica. La pirámide de Miller —67**
- 2. El modelo de Kirkpatrick para evaluar eMULTIPAP —69**

RESULTADOS—73

- 1. Primera edición eMULTIPAP—73**
 - 1.1. Primer nivel de Kirkpatrick—73
 - 1.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—76
 - 1.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—77
 - 1.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—78
- 2. Segunda edición del curso eMULTIPAP—81**
 - 2.1. Primer nivel de Kirkpatrick—81
 - 2.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—84
 - 2.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—85
 - 2.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—87
- 3. Tercera edición del curso eMULTIPAP—87**
 - 3.1. Primer nivel de Kirkpatrick—87
 - 3.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—94

3.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—95

3.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—97

4. Cuarta edición del curso eMULTIPAP—97

4.1. Primer nivel de Kirkpatrick—98

4.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—101

4.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—102

4.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—104

5. Quinta edición del curso eMULTIPAP—104

5.1. Primer nivel de Kirkpatrick—104

5.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—107

5.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—107

5.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—108

6. Síntesis de los resultados de las 5 ediciones—108

6.1. Primer nivel de Kirkpatrick—108

6.2. Segundo nivel de Kirkpatrick—114

6.3. Tercer nivel de Kirkpatrick—115

6.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick—118

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES—121

1. Discusión—121

2. Conclusiones—125

ÍNDICES—127

Índice analítico—130

ANEXOS—133

1. TEXTOS VÍDEOS—133

1.1. Vídeo inicial: PRESENTACIÓN DEL CURSO—133

1.2. Vídeo Módulo 1: EL DESAFÍO DE LA MULTIMORBILIDAD—138

- 1.3. Vídeo 1, Módulo 2: REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS—143
- 1.4. Vídeo 2, Módulo 2: PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN—149
- 1.5. Vídeo 1, Módulo 3: PRINCIPIOS ARIADNA—155
- 1.6. Vídeo 2, Módulo 3: DEPRESCRIPCIÓN—159
- 1.7. Vídeo Módulo 4: HERRAMIENTAS PARA TRABAJAR LOS PRINCIPIOS ARIADNA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA—163
- 1.8. Vídeo 1, Módulo 5: DECISIONES COMPARTIDAS—167
- 1.9. Vídeo 2, Módulo 5: ESCUCHA ACTIVA—172
- 1.10. Guion vídeo eMULTIPAP—177

2. TEXTOS SIMULACIONES—180

- 2.1. Guion 1 simulación caso clínico Módulo 4—180
- 2.2. Guion 2 simulación caso clínico Módulo 5—183
- 2.3. Guion 3 simulación caso clínico Módulo 5. Enfermería—186
- 2.4. Guion simulación comunicación interprofesional—189

ANNEXES—193

1. VIDEO TEXTS—193

- 1.1. Initial video: PRESENTATION OF THE COURSE—193
- 1.2. Module 1 video: THE CHALLENGE OF MULTIMORBIDITY—198
- 1.3. Module 2, video 1: MEDICATION REVIEW: SUITABILITY OF TREATMENTS—203
- 1.4. Module 2, video 2: PATIENT PARTICIPATION IN THE MEDICATION REVIEW—208
- 1.5. Module 3, video 1: ARIADNE PRINCIPLES—213
- 1.6. Module 3, video 2: DEPRESCRIPTION—217
- 1.7. Module 4 video: TOOLS FOR APPLYING THE ARIADNE PRINCIPLES IN CLINICAL PRACTICE—221
- 1.8. Module 5 video: SHARED DECISION-MAKING—225

1.9. Module 5 video: ACTIVE LISTENING—229

1.10. eMULTIPAP video script—233

2. SIMULATION TEXTS—236

2.1. Script 1 clinical case simulation Module 4—236

2.2. Script 2 clinical case simulation Module 5—239

2.3. Role playing module 5 Nursing consultation—242

2.4. Interprofessional communication simulation script —245

INTRODUCCIÓN

1. Multimorbilidad. La necesidad de un cambio de paradigma de la atención médica

1.1. Auge de las enfermedades crónicas

Las enfermedades infecciosas, históricamente responsables de episodios epidémicos y altas tasas de mortalidad en el mundo, han sido relegadas progresivamente a un segundo plano por las enfermedades no transmisibles. Los avances sociales, económicos, laborales, tecnológicos y médicos de las últimas décadas han contribuido a que las personas sobrevivan en mayor medida a enfermedades antes altamente mortales y, por tanto, a que vivan más años.

Como contrapartida de este éxito —y unido al envejecimiento de la población, a variaciones en los estilos de vida y a otros factores de riesgo—, se está produciendo en los últimos años un cambio en el patrón de enfermedad de la población, con un aumento de la prevalencia y la relevancia de determinados problemas de salud, que tienden además a cronificarse y a coexistir en la misma persona. Así, lo habitual es que las personas acaben desarrollando enfermedades crónicas que requieren cuidados continuos o representan limitaciones para la realización de las actividades de la vida diaria por tiempos prolongados superiores a un año, e incluso en ocasiones para toda la vida¹.

Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas o no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, siendo responsables de 3 de cada 4 muertes en el mundo. El 80 % de las muertes prematuras debidas a este tipo de condiciones son provocadas por las enfermedades cardiovasculares, los diferentes tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes y trastornos relacionados².

El abordaje y el control de estas condiciones no son tareas fáciles: mientras que las enfermedades infecciosas requieren de la identificación del agente infeccioso y de las medidas específicamente dirigidas a su tratamiento y control, en el caso de las enferme-

dades crónicas confluye una combinación de factores genéticos, psicológicos, ambientales y conductuales. Una parte crucial en el control y la prevención de este tipo de enfermedades es la reducción de los factores de riesgo asociados, tanto los modificables del comportamiento (tabaquismo, consumo de alcohol, inactividad física, dieta poco saludable), como los metabólicos (obesidad, hipertensión, hiperglucemia, hiperlipidemia)².

Por otra parte, las enfermedades crónicas no suelen presentarse de forma aislada; por el contrario, la probabilidad de ir adquiriendo enfermedades nuevas cuando ya se padece una, va aumentando a medida que se envejece. Cada una de estas nuevas enfermedades crónicas que entran en escena en pacientes con una patología concreta se conoce con el término comorbilidad³. La aparición de cada nueva comorbilidad puede suponer una interacción con las enfermedades previas y condicionar su tratamiento y su pronóstico, haciendo necesaria una valoración integral de la situación de la persona enferma y no de cada enfermedad individual. Por ello, hace unas décadas surgió el concepto de multimorbilidad (MM), término ampliamente aceptado por la comunidad científica y clínica para hacer referencia a la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona⁴, y que actualmente también se conoce como «multiple long-term health conditions»^{5, 6}.

1.2. Epidemiología de la multimorbilidad

Según la OMS, la MM es la presencia de dos o más enfermedades crónicas en el individuo y en la población, bien sean ejemplos de una condición física (hipertensión), una enfermedad (diabetes), un trastorno mental (depresión o esquizofrenia) o un proceso infeccioso (VIH o hepatitis C). Este es el término más aceptado en la literatura; sin embargo, existen todavía discrepancias principalmente relativas al número y tipo de patologías que se deben tener en cuenta en su definición, lo que hace que las estimaciones tanto de su prevalencia como de su impacto varíen notablemente a lo largo de los estudios, las poblaciones y las regiones⁷.

Independientemente de la operativización de su definición, la MM representa la forma de enfermedad crónica más frecuente (la mayoría de los pacientes con problemas crónicos de salud padecen más de una enfermedad). Su prevalencia ha ido progresivamente en aumento en las últimas décadas en la mayoría de países y actualmente afecta en torno al 30-40 % de la población general⁸. Es decir, unas 4 de cada 10 personas en el mundo están afectadas por más de un problema crónico de salud simultáneamente. Una revisión sistemática de veintiún estudios reportó estimaciones de prevalencia en población general que variaban entre el 13 % y el 72 % según regiones; esta variabilidad puede ser debida en parte a diferencias reales en la prevalencia de MM, aunque también podría deberse a diferencias en su definición⁹.

Aunque la MM es más frecuente en población anciana por la acumulación de enfermedades crónicas a lo largo de la vida, en la que puede alcanzar prevalencias cercanas al 100 %^{7, 10}, lo cierto es que cada vez afecta más a población adulta e incluso joven, debido en parte al aumento de factores de riesgo asociados a cambios en los estilos de vida^{11, 12}. De hecho, aunque la proporción de personas con MM es mayor en la población de 65 años o más, el número de personas con varias patologías suele ser mayor en términos absolutos en la población de menos de 65 años¹³. Por ello, es necesario estudiarla y abordarla en todas las etapas de la vida y no sólo en la edad adulta o anciana, siendo también muy importante su prevención en edades tempranas en las que hay mayor margen de actuación y mejora. La MM suele afectar en mayor medida a las mujeres —que presentan por lo general una carga de morbilidad mayor que la de los hombres—, y su aparición puede llegar a adelantarse hasta 10-15 años en función de las condiciones socioeconómicas¹³. Los determinantes sociales de salud juegan un papel muy importante en su aparición y evolución y deberían ser, por tanto, tenidos en cuenta en cualquier intervención en este tipo de pacientes.

Por otra parte, las enfermedades crónicas no tienden a acumularse en las personas de manera aleatoria, sino que existen asociaciones sistemáticas entre ellas debidas a mecanismos fisiopatológicos subyacentes que dan lugar a los denominados patrones de MM. La conformación de estos patrones ya ha sido ampliamente investigada, y destacan los patrones cardiovascular-metabólico, músculo-esquelético y de salud mental como tres de los más consistentemente descritos en la bibliografía¹⁴. La identificación de estos patrones es crucial, ya que podrían entenderse como perfiles de pacientes crónicos con factores de riesgo asociados susceptibles de modificarse mediante determinadas intervenciones para mejorar sus resultados en salud. Otras consideraciones que se deben tener en cuenta están relacionadas con los conceptos de MM concordante o discordante (en función de si las enfermedades comparten o no mecanismos comunes) o MM compleja (que hace referencia a la presencia de un mayor número de enfermedades), entre otros.

1.3. Impacto de la multimorbilidad

En la actualidad, la MM representa un auténtico reto de salud pública al que se enfrentan las sociedades y sistemas sanitarios de todo el mundo debido a la combinación de su elevada prevalencia e impacto y desafío que supone para los pacientes, sus cuidadores, los profesionales sanitarios y los sistemas de salud^{7, 10}. La mayoría de los estudios coinciden en este impacto negativo, aunque la magnitud del efecto no es consistente en la literatura, debido en parte a la propia definición de MM y la diferente forma de medirla en cada estudio, que dificulta la interpretación y comparación de resultados⁷.

Gran parte del impacto de la MM se debe al hecho de que actualmente los sistemas sanitarios están principalmente diseñados en torno a especialidades para tratar enfermedades aisladas, como lo demuestran las guías de práctica clínica de enfermedades concretas, lo que lleva a la fragmentación de la atención entre niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria) y especialidades, sin tener en cuenta a la persona en su contexto de salud global y social.

En los pacientes, la MM se ha asociado de forma consistente con peores resultados en salud, incluyendo mayor mortalidad, disminución de la calidad de vida, deterioro funcional y discapacidad, y mayor consumo de fármacos^{15, 16, 17}. Los pacientes con MM están expuestos a un mayor riesgo de problemas de seguridad por varias razones. El consumo de varios (5 o más) fármacos o polifarmacia asociada puede conducir a una mala adherencia terapéutica y a padecer efectos adversos de la medicación. Los pacientes suelen estar sometidos a regímenes de manejo complejos y exigentes de autogestión con prioridades a veces contrapuestas, con interacciones más frecuentes y complejas con los servicios de atención de salud que conducen a una mayor susceptibilidad, a errores en la prestación y coordinación de la atención. A esto se le suman la edad avanzada, el deterioro cognitivo y la presencia de comorbilidades como ansiedad o depresión¹⁸. En este sentido, la carga de tratamiento se ha definido como el impacto negativo en el tiempo y en la energía del paciente debido al acceso a múltiples proveedores de atención, al requerimiento de cumplir con planes de tratamiento complejos que involucran múltiples medicamentos y a la necesidad de coordinar otros aspectos de su propio cuidado¹⁹.

Para los cuidadores informales, el cuidado de este tipo de pacientes puede llevar a un menor autocuidado personal y a una frustración como resultado de una mala comunicación entre las especialidades médicas y de la falta de coordinación de la atención, dando lugar a la aparición de trastornos tanto físicos como mentales, así como a una mayor mortalidad²⁰.

Para los profesionales de la salud, en un contexto de recursos limitados, el cuidado de pacientes con MM puede plantear desafíos importantes en su práctica clínica, debido a la necesidad de manejar condiciones coexistentes fuera de su área de especialidad y de aplicar varias guías de práctica clínica en un mismo paciente, añadido a los desafíos que supone la prestación de una atención centrada en el paciente y a la toma de decisiones compartidas²¹.

Para los sistemas sanitarios, la MM supone una mayor utilización de los servicios sanitarios, fundamentalmente hospitalarios, y en ocasiones inapropiado (por ejemplo, re-

hospitalizaciones en un corto periodo de tiempo, visitas a urgencias, hospitalizaciones por condiciones sensibles de atención ambulatoria), lo que, unido al gasto farmacéutico asociado, conlleva un aumento del gasto sanitario global. De hecho, se ha identificado una asociación casi exponencial entre MM y coste sanitario, lo que sugiere que el coste de atención de pacientes con MM es mayor que el pronosticado en base a la suma del gasto de la atención de las enfermedades individuales por separado²².

1.4. Investigación y abordaje de la multimorbilidad en los sistemas de salud

Las enfermedades no transmisibles —que tienden a cronificarse en la población debido a las mejoras en su diagnóstico, tratamiento y pronóstico— suelen estar bien controladas, y los pacientes pueden llegar a tener una calidad de vida aceptable en la mayoría de casos. No obstante, todo se complica cuando diferentes patologías crónicas comienzan a coexistir en la misma persona. Tengamos en cuenta que la mayor parte de la evidencia científica para el manejo de las enfermedades crónicas concretas ha sido generada en ensayos clínicos que históricamente han excluido a los pacientes con MM, y se ha plasmado en guías de práctica clínica específicas para cada una de las enfermedades²³.

El abordaje actual de los pacientes con MM suele fundamentarse todavía en gran parte en el tratamiento individual por especialistas de cada una de sus enfermedades y en base a las guías de práctica clínica disponibles. Esto está provocando un colapso de los sistemas sanitarios y que no se estén consiguiendo los mejores resultados en salud posibles, debido a una falta de coordinación entre las especialidades y niveles asistenciales y a una falta de visión integradora. Para conseguirlo, es necesario cambiar el paradigma en la atención a este tipo de pacientes y evolucionar de una atención centrada en la enfermedad a una atención centrada en la persona y en su contexto global médico y social²⁴.

En los últimos años, varias sociedades y editoriales científicas, así como instituciones europeas e internacionales tales como la Comisión Europea, la OMS, o la Academia de las Ciencias Médicas de Reino Unido, entre otras, se han hecho eco de la importancia de investigar la MM y de diseñar, pilotar y evaluar en la práctica intervenciones y modelos de atención adecuados para mejorar los resultados en salud de estos pacientes. Como consecuencia, el número de investigaciones en MM ha crecido exponencialmente en los últimos años, habiéndose iniciado varias cohortes y estudios poblacionales a gran escala para contribuir a la caracterización de la MM, como la Cohorte EpiChron en España¹² o la Wales Multimorbidity e-Cohort en Gales²⁵. Se han puesto en marcha además varios ensayos clínicos e intervenciones con diferentes objetivos y dirigidos a sectores específicos de la población con MM y polifarmacia,

fundamentalmente desde atención primaria. Por citar sólo algunos ejemplos, podemos destacar el Estudio PRIMUM (Prioritising Multimедication in Multimorbidity) en Alemania²⁶, los Estudios MULTIPAP y MULTIPAP Plus (Multimorbilidad y Polifarmacia en Atención Primaria) en España^{27, 28}, el Estudio 3D en Inglaterra y Escocia²⁹, o el Estudio SPPIRE y el Programa OPTIMAL en Irlanda^{30, 31}, entre otros.

En el ámbito europeo se han desarrollado iniciativas como las Acciones Conjuntas CHRODIS (Addressing Chronic Diseases and Healthy Ageing across the Life Cycle) y CHRODIS PLUS (Implementing Good Practices for Chronic Diseases)³², en las que se diseñó y desarrolló un modelo integrado de atención a la MM (CHRODIS Multimorbidity Care Model), cuya implementación fue posteriormente pilotada en diferentes escenarios europeos³³. Entre otros modelos de atención para el abordaje de la MM, cabe destacar la elaboración de los principios Ariadna, que se fundamentan en una valoración exhaustiva por parte del médico de las enfermedades, tratamientos e interacciones potenciales, la situación clínica global y el contexto del paciente; una priorización de los problemas de salud que tenga en cuenta las preferencias y deseos del paciente; y la gestión individualizada que considere las mejores opciones de diagnóstico, tratamiento y prevención para lograr los objetivos planteados, que tienen que ser comunes y realistas³⁴.

La mayoría de intervenciones y modelos de atención a la MM han sido desarrollados desde atención primaria, ya que, en la práctica diaria, la atención de estos pacientes recae casi siempre en este ámbito y, en concreto, en el binomio enfermera-médico de familia, siendo este último el profesional que integra los diferentes tratamientos prescritos a estos pacientes y debe garantizar su conciliación. La atención primaria juega un papel crucial, tanto para el despliegue de actividades de prevención y promoción de la salud como para garantizar la seguridad del paciente e integrar y coordinar todos sus tratamientos, evitando duplicidades e interacciones enfermedad-enfermedad, fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad²⁴.

Entre las propuestas de los modelos para adecuar la práctica clínica a las personas con varias enfermedades crónicas destacan, entre otros, la designación de un profesional de referencia para el paciente, su familia y el resto de profesionales (*case manager*), el abordaje del caso a través de un equipo de trabajo multidisciplinar, la valoración exhaustiva del paciente que resulte en un plan de cuidados individualizado, el aumento del tiempo de consulta, el intercambio de información clínica electrónica entre profesionales y niveles asistenciales, el uso de sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y la formación del equipo de profesionales³⁵.

Una formación de los profesionales de la salud exhaustiva, actualizada y adaptada a las nuevas necesidades de la población y en concreto a las de los pacientes con MM

es clave para brindarles la mejor atención. En este sentido, los nuevos programas de formación en Medicina Familiar y Comunitaria ya recogen competencias relacionadas con la atención a la persona o con la necesidad de integrar todos los tratamientos en los pacientes crónicos. Pero incluso en los países con una atención primaria fuerte puede seguir existiendo una visión fragmentada del paciente cuando intervienen distintos especialistas en su atención, por lo que conviene reforzar, también en el ámbito formativo, su papel integrador en la coordinación de la atención personalizada y longitudinal y en el correcto manejo de las interacciones entre enfermedades y medicamentos²⁴.

2. Formación en multimorbilidad

El reto que supone la atención a la multimorbilidad (tal como se ha descrito) implica dar respuesta a determinadas necesidades formativas de los profesionales, que a menudo hasta ahora no han sido cubiertas en el grado o en la formación especializada.

En el contexto del estudio MULTIPAP como una intervención dirigida a profesionales, nos propusimos el objetivo de diseñar y evaluar cómo funciona un determinado programa de educación médica que denominamos eMULTIPAP, para aumentar los conocimientos de los médicos implicados en el proyecto y, de esta forma, mejorar la atención a los pacientes con MM.

En esta formación es primordial resaltar la importancia de una atención médica integral que esté centrada en el paciente (ACP) y que considere la totalidad de las condiciones clínicas presentes en una misma persona y sus efectos en la salud general y en su calidad de vida³⁶, sus expectativas con la atención clínica y sus preferencias con respecto a la atención que solicita, teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos de cualquier nueva intervención^{37,38}, y preservando sus opiniones para conseguir una buena adherencia.

Siempre que se pone en marcha un nuevo tratamiento se deben considerar las comorbilidades que pueda tener el paciente, ya que se puede producir la interacción de una enfermedad con otra y también de tratamientos previos con tratamientos nuevos, lo que genera en ocasiones problemas de conciliación de la medicación o de interacciones entre enfermedades y fármacos. Por otra parte, hay que considerar siempre el punto de vista del paciente e identificar cuáles son sus expectativas y preferencias³⁴.

2.1. Modelo educativo para producir un aprendizaje significativo

Según Ausebel³⁹, el significativo es un tipo de aprendizaje en el que quien estudia relaciona la nueva información con la que ya posee y le permite reajustar y reconstruir ambas informaciones. Tiene en cuenta, por tanto, la experiencia y es el modelo fundamental por el que los alumnos (sobre todo los adultos) reconstruyen ambas informaciones.

Este modelo de aprendizaje se enmarca en: la psicología constructivista propugnada por Piaget⁴⁰ (su teoría propone que los niños pasan por etapas de desarrollo cognitivo secuenciales y universales, en las cuales su forma de pensar y comprender el mundo evoluciona de manera progresiva), Vigotsky^{41, 42} (que enfatiza el papel fundamental del grupo, la interacción social y el contexto cultural en la formación de la mente y el desarrollo de habilidades cognitivas superiores) y el propio Ausebel, entre otros.

Los principios básicos del aprendizaje de adultos y de la formación autodirigida con un enfoque esencialmente constructivista se podrían resumir en la **Figura 1**.

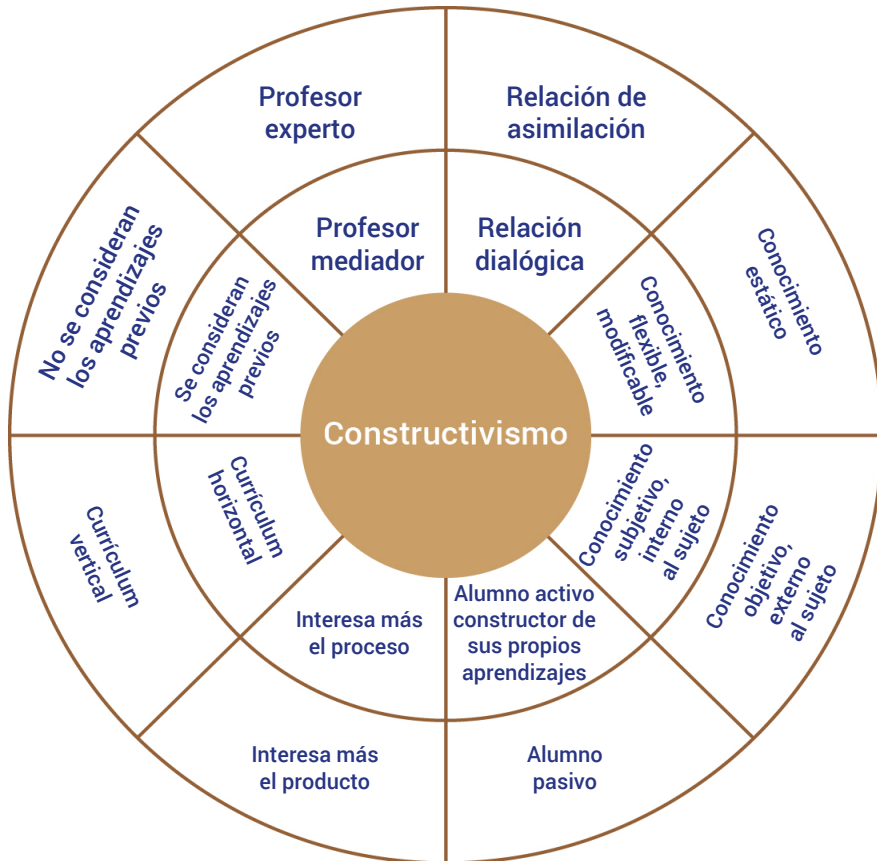


Figura 1. Principios básicos del aprendizaje de adultos y de la formación autodirigida con un enfoque constructivista (modificado de Farnos JD, 2015)⁴³

2.2. Modelo de intervención educativa

Cuando diseñamos el ensayo pragmático MULTIPAP, se pensó en una intervención educativa capaz de ser reproducida en el tiempo de forma estable; que permitiera la comparación entre los profesionales que la siguieran y los que no; que fuera flexible y adaptable a las posibilidades y preferencias horarias de cada profesional; que pudiera dar respuesta al currículum formativo identificado como adecuado; que se pudiera considerar un *deliverable* (un producto listo para la entrega) del proyecto y se pudiera desarrollar y mejorar en el futuro en función de los resultados, de la utilidad para mejorar la atención a la MM por los médicos, de la satisfacción de los alumnos, de la necesidad de adaptarla a otros profesionales en el futuro (enfermeras, farmacéuticos...).

Estas premisas nos llevaron a buscar un formato en línea que reúne una serie de características importantes para nuestros objetivos, como son⁴⁴: flexibilidad de horarios, autonomía y autodirección, variedad de recursos y herramientas interactivas, acceso a la información actualizada, ahorro de tiempo y dinero, y personalización y adaptabilidad.

2.3. Currículo formativo de los profesionales sanitarios

Para conseguir un aprendizaje significativo, desde el punto de vista pedagógico, es trascendente trabajar no sólo con programas, áreas competenciales y competencias, sino que se hacen imprescindibles en el proceso de aprendizaje la elaboración y el seguimiento del currículo formativo, que como mínimo debe pormenorizar estos diez puntos⁴⁵:

1. Las necesidades que pretende cubrir el programa
2. Los resultados educativos que se esperan
3. El contenido del programa
4. La organización del contenido
5. Las estrategias educativas
6. Los métodos de enseñanza que se deberían utilizar
7. La valoración del progreso (aprendiz y programa)
8. La comunicación del currículo a todas las personas implicadas
9. El ambiente educativo necesario
10. La gestión del propio currículo

En sentido amplio, por tanto, el currículo no es solo una descripción de contenidos, también trata sobre lo que debería suceder en un programa educativo: lo que el curso comprende y cómo se lleva a la práctica. Los contenidos fundamentales del núcleo curricular se enumeran a continuación, y en la **Figura 2** se esquematiza de forma muy resumida un ejemplo de contenidos del currículo.

El *currículum core* o *núcleo curricular*, incluye la relación de competencias imprescindibles que deberá alcanzar el alumno en su formación. Las competencias incluidas en el núcleo curricular o *currículum core* son:

- Las que son comunes a todos los clínicos
- Las que cubren las competencias esenciales de la práctica profesional (un especialista que no las tenga, será un especialista incompetente)
- Las que requieren ser controladas con un grado de destreza elevado
- Pueden ser habilidades y actitudes además de conocimientos
- Proporcionan la base para el desarrollo futuro de otras áreas del propio currículum

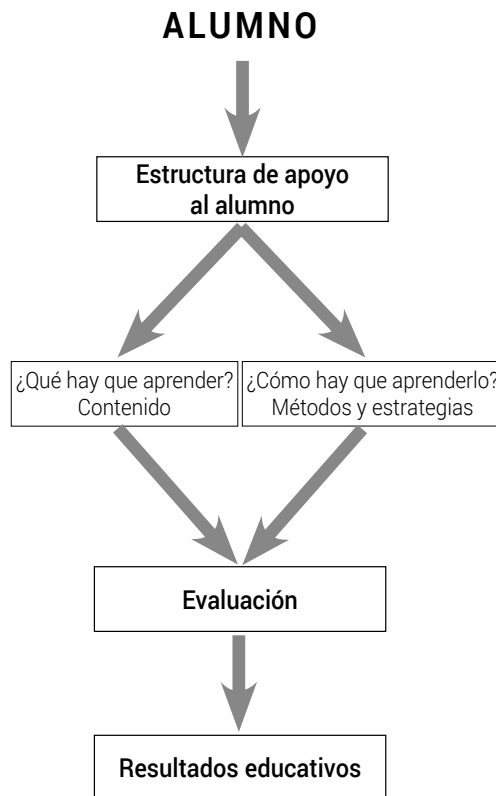


Figura 2. Contenidos del currículum formativo

En cuanto a los contenidos, la determinación del currículo esencial o *core* para la formación de los médicos en MM se puede determinar de muchas formas: indagar necesidades sentidas y «lagunas» de los profesionales⁴⁶, necesidades detectadas y expectativas de los pacientes; revisar los programas formativos existentes en MM; enfocar los contenidos a los objetivos asistenciales por alcanzar; buscar información de los programas de grado o de formación especializada o de otras instituciones docentes, entre otros.

En este sentido, los profesionales suelen identificar cuatro grandes áreas de dificultad en cuanto a la atención a la multimorbilidad: 1. desorganización y fragmentación de los cuidados sanitarios, 2. dificultades para poder llevar a cabo un enfoque centrado en la persona, 3. barreras para poner en práctica una toma de decisiones compartida con el paciente (TDC) y 4. falta de adecuación de las guías de práctica clínica disponibles²¹.

Además, se podrían considerar los siguientes aspectos (extractado de Sinnott *et al.*²¹):

1. Conocimiento de enfermedades crónicas comunes: una comprensión sólida de las enfermedades crónicas más frecuentes y sus características clínicas, incluyendo aspectos como la fisiopatología, el diagnóstico y las opciones de tratamiento.
2. Enfoque centrado en el paciente: habilidades para realizar una evaluación integral de la situación de cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades, preferencias y circunstancias individuales. Incluyendo siempre el conocimiento de sus expectativas con la atención y buscando su implicación en el tratamiento y la adherencia.
3. Coordinación del cuidado: competencias en la gestión y la coordinación del cuidado de pacientes con multimorbilidad, incluyendo la capacidad de colaborar con profesionales de la salud de diferentes especialidades y establecer planes de atención integrales.
4. Toma de decisiones compartida: habilidades para facilitar la toma de decisiones compartida con los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, y brindando información clara y comprensible sobre las opciones de tratamiento y manejo de enfermedades múltiples.
5. Gestión de la polifarmacia: conocimientos sobre el manejo adecuado de múltiples medicamentos y las interacciones entre ellos, así como la capacidad de optimizar la terapia farmacológica en casos de multimorbilidad, incluyendo habilidades para la deprescripción.

- Habilidades de comunicación: habilidades efectivas de comunicación con pacientes y sus familias, incluyendo la capacidad de transmitir información médica de manera comprensible y establecer una relación de confianza.

Esto sin olvidar que el currículum fundamental o *core* de la MM puede variar según el contexto y las necesidades específicas de la atención médica en cada país o región. Además, como la investigación y el conocimiento en el campo de la MM están en constante evolución, el currículum *core* puede requerir actualizaciones periódicas para reflejar los avances y las mejores prácticas en el cuidado de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

En el curso eMULTIPAP elegimos como contenidos principales del currículum formativo a desarrollar el manejo de los principios Ariadna³⁴ (**Figura 3**) por los médicos de familia para mejorar la atención a los pacientes con MM.

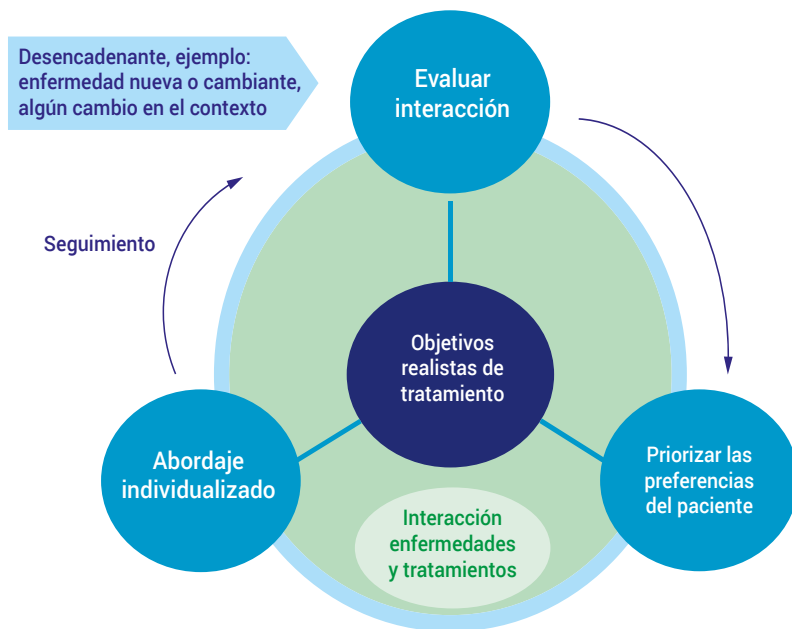


Figura 3. Principios Ariadna
(modificado de Muth *et al.*, 2014)³⁴

En 2016 se publica la propuesta curricular de Lewis⁴⁷ (**Figura 4**), que surgió tras una revisión sistemática de la literatura para conocer si existen formatos de educación y formación que se hayan utilizado para formar a médicos de postgrado en el manejo de pacientes con MM en atención primaria o secundaria y que hayan demostrado mejorar el conocimiento. De los 75 110 identificados en la estrategia de búsqueda, 65 cumplían criterios de elegibilidad y tan solo 2 fueron incorporados en la revisión por cumplir los criterios de inclusión.



Figura 4. Propuesta de contenidos curriculares en MM (modificado de Lewis *et al.*, 2016)⁴⁷

2.4. Modelos de evaluación del impacto formativo

Cualquier intervención educativa debería evaluarse para valorar su utilidad, tanto para el aprendizaje como para las mejoras profesionales que caben esperar de él. En el caso de la evaluación de la formación a los profesionales sanitarios, interesa además (siempre que sea posible) valorar el impacto de la formación en la adquisición de habilidades y competencias y la repercusión que esto tiene, tanto en mejoras del perfil profesional y de la práctica clínica como de la repercusión de dichas mejoras en la salud y la calidad de vida de los pacientes que atiende el profesional formado.

Existen muchos modelos descritos en la literatura científica para evaluar intervenciones educativas. En el caso de la que nos ocupa (eMULTIPAP), la evaluación de los resultados en salud conseguidos estarían recogidos en la propia medida de efectividad del ensayo MULTIPAP⁴⁸, aunque esta evaluación debería complementarse con resultados más cercanos a la propia intervención educativa, de forma que valoraran todo el desarrollo del programa educativo y nos dieran suficiente información del proceso como para poder introducir mejoras en el mismo cuando fuera necesario.

La mayoría de los modelos evaluativos utilizados en evaluación de la formación continuada de los profesionales de la salud han buscado poder establecer relación entre la formación, la adquisición de competencias y habilidades profesionales, las mejoras asistenciales y los resultados en salud y calidad de vida de la población atendida por el profesional que se forma. Así, se ha desarrollado toda una teoría evaluativa en educación con un cierto paralelismo entre las denominadas estrategias de Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial (EMCA), como se describe por ejemplo en la revisión de Biencinto y Carballo⁴⁹ de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario.

Aunque los modelos EMCA y sus derivados en el campo de la calidad asistencial han supuesto un revulsivo importante para mejorar la actividad sanitaria, en el caso que nos ocupa, se ha elegido el modelo de evaluación de programas formativos de Kirkpatrick que tiene un largo recorrido, ya que existen publicaciones del mismo como mínimo desde el año 1959; por otra parte, a la hora de evaluar, fija una serie de consideraciones en cuanto a la necesidad de detección de necesidades formativas, establecimiento de objetivos de formación, determinación de contenidos y determinación y jerarquización de las materias por impartir, selección y preparación de los materiales audiovisuales, coordinación de la formación y selección de

los participantes. Este modelo se estructura en cuatro niveles: reacción, aprendizaje, comportamiento/conductas y resultados, y nos pareció el idóneo para evaluar nuestra intervención educativa, ya que podía darnos mayor información complementaria de la que obtuviéramos en nuestro ensayo clínico acerca del desarrollo de la propia intervención educativa eMULTIPAP, como veremos en los próximos capítulos.

El modelo de evaluación de programas formativos de Kirkpatrick tiene un largo recorrido, ya que existen publicaciones del mismo como mínimo desde el año 1959; por otra parte, a la hora de evaluar, fija una serie de consideraciones en cuanto a la necesidad de detección de necesidades formativas, establecimiento de objetivos de formación, determinación de contenidos y determinación y jerarquización de las materias por impartir, selección y preparación de los materiales audiovisuales, coordinación de la formación y selección de los participantes. Este modelo se estructura en cuatro niveles: reacción, aprendizaje, comportamiento/conductas y resultados, y nos pareció el idóneo para evaluar nuestra intervención educativa, ya que podía darnos mayor información complementaria de la que obtuviéramos en nuestro ensayo clínico acerca del desarrollo de la propia intervención educativa eMULTIPAP, como veremos en los próximos capítulos.

REFERENCIAS

- 1 National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. About Chronic Diseases [Internet]. USA: CDC; 2022. [Cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.
- 2 World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. [Cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 3 Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009 Jul-Aug;7(4):357-63. DOI: 10.1370/afm.983.
- 4 Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity. *Eur J Gen Pract*. 1996;2:65-70. DOI:10.3109/13814789609162146.
- 5 Hafezparast N, Turner EB, Dunbar-Rees R, Volden A, Dodhia H, Reynolds B *et al*. Adapting the definition of multimorbidity - development of a locality-based consensus for selecting included Long Term Conditions. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):124. DOI: 10.1186/s12875-021-01477-x.

- 6 Chew-Graham C, O'Toole L, Taylor J, Salisbury C. 'Multimorbidity': an acceptable term for patients or time for a rebrand? *Br J Gen Pract.* 2019;69(685):372-373. DOI: 10.3399/bjgp19X704681.
- 7 The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research [Internet]. London: The Academy of Medical Sciences; 2018. [Cited 2023 Jun 28]. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>.
- 8 Souza DLB, Oliveras-Fábregas A, Minobes-Molina E, de Camargo Cancela M, Galbany-Estragués P, Jerez-Roig J. Trends of multimorbidity in 15 European countries: a population-based study in community-dwelling adults aged 50 and over. *BMC Public Health* 2021 Jan 7;21(1):76. DOI: 10.1186/s12889-020-10084-x.
- 9 Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med.* 2012;10(2):142-51. DOI: 10.1370/afm.1337.
- 10 Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 2011;61(582):e12-21. DOI: 10.3399/bjgp11X548929.
- 11 Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med.* 2005;3(3):223-228. DOI: 10.1370/afm.272.
- 12 Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Miguel A, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falcó A, Gimeno-Feliú LA *et al.* Cohort Profile: The Epidemiology of Chronic Diseases and Multimorbidity. The EpiChron Cohort Study. *Int J Epidemiol.* 2018;47(2):382-384f. DOI: 10.1093/ije/dyx259.
- 13 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
- 14 Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker MJ. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(3):254-66. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.09.021.
- 15 Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A *et al.* Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-439. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003.
- 16 Van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG *et al.* Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15:61. DOI: 10.1186/1471-2296-15-61.
- 17 Caughey GE, Roughead EE. Multimorbidity research challenges: where to go from here? *J Comorbidity.* 2011;1:8-10. DOI: 10.15256/joc.2011.1.9.
- 18 World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Cited 2023 Jun 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252275>.
- 19 Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ.* 2014;349:g6680. DOI: 10.1136/bmj.g6680.
- 20 Gill A, Kuluski K, Jaakkimainen L, Naganathan G, Upshur R, Wodchis WP. "Where do we go from here?" Health system frustrations expressed by patients with multimorbidity, their caregivers and family physicians. *Healthc Policy.* 2014;9(4):73-89. DOI: 10.12927/hcpol.2014.23811.

- 21 Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2013;3(9):e003610. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003610.
- 22 Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppá M *et al*. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*. 2011;68(4):387-420. DOI: 10.1177/1077558711399580.
- 23 Kenning C, Coventry PA, Bower P. Self-management interventions in patients with long-term conditions: a structured review of approaches to reporting inclusion, assessment, and outcomes in multimorbidity. *J Comorb*. 2014;4(1):37-45. DOI: 10.15256/joc.2014.4.33.
- 24 Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A *et al*. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona [Multimorbidity in general practice and the Ariadne principles. A person-centred approach]. *Aten Primaria* 2017;49(5):300-307. Spanish. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.11.013.
- 25 Lyons J, Akbari A, Agrawal U, Harper G, Azcoaga-Lorenzo A, Bailey R *et al*. Protocol for the development of the Wales Multimorbidity e-Cohort (WMC): data sources and methods to construct a population-based research platform to investigate multimorbidity. *BMJ Open* 2021;11:e047101. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047101.
- 26 Muth C, Uhlmann L, Haefeli WE, Rochon J, van den Akker MJ, Perera R *et al*. Effectiveness of a complex intervention on Prioritising Multimедication in Multimorbidity (PRIMUM) in primary care: results of a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018;8(2):e017740. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017740.
- 27 Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, López-Verde F *et al*. How to Improve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. *J Pers Med*. 2022;12(5):752. DOI: 10.3390/jpm12050752.
- 28 Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Feliú LA, Pico-Soler V, Bujalance-Zafra MJ *et al*. Effectiveness of the MULTIPAP Plus intervention in youngest-old patients with multimorbidity and polypharmacy aimed at improving prescribing practices in primary care: study protocol of a cluster randomized trial. *Trials*. 2022;23(1):479. DOI: 10.1186/s13063-022-06293-x.
- 29 Salisbury C, Man MS, Bower P, Guthrie B, Chaplin K, Gaunt DM *et al*. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet*. 2018;392(10141):41-50. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31308-4.
- 30 McCarthy C, Clyne B, Boland F, Moriarty F, Flood M, Wallace E *et al*. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPiRE Study): A cluster randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2022;19(1):e1003862. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003862.
- 31 O'Toole L, Connolly D, Boland F, Smith SM. Effect of the OPTIMAL programme on self-management of multimorbidity in primary care: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2021;71(705):e303-e311. DOI: 10.3399/bjgp20X714185.

- 32 Joint Action Chrodis-Plus (Implementing Good Practices for Chronic Diseases). c2018. [Cited 2023 Jun 28]. Available from: <http://chrodis.eu/>.
- 33 Rodríguez-Blázquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliet-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S *et al.* Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020;17(15):5268. DOI: 10.3390/ijer-ph17155268.
- 34 Muth C, van den Akker MJ, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG *et al.* The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med.* 2014;12:223. DOI: 10.1186/s12916-014-0223-1.
- 35 Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F *et al.* Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy* 2018;122(1):4-11. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.09.006.
- 36 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. (2012) https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
- 37 Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J* 2011;15 (2): 63-69. DOI: 10.7812/TPP/10-148.
- 38 Hawkes N. Better training is needed to deal with increasing multimorbidity. *BMJ.* 2012 May 11;344:e3336. DOI: 10.1136/bmj.e3336.
- 39 Ausubel D, Novak J, Hanesian H. *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo.* México: Trillas; 2009.
- 40 Driver R. Un enfoque constructivista para el desarrollo del currículo en ciencias. *Enseñanza de las Ciencias.* 1988; 6(2):109-20.
- 41 Van der Veer R, Valsiner J. *Understanding Vigotsky. A quest for synthesis.* Oxford: Basil Blackwell; 1991.
- 42 Yasnitsky A, van der Veer R, Aguilar E, García LN, eds. *Vygotski revisitado: una historia crítica de su contexto y legado.* Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2016.
- 43 Farnos, JD. Multidisciplinariedad: la nueva realidad educativa con redes más fuertes y relacionadas permanentemente con espacios jerárquicos completamente flexibles y diversos (Educación disruptiva). 2015 Feb 22 [Cited 2023 Jul 23]. In: juandon. *Innovación y conocimiento.* [Blog on the Internet]. Barcelona: Juan Domingo Farnós; 2011. Available from: <https://juandomingofarnos.wordpress.com/2015/02/22/multidisciplinariedad-la-nueva-realidad-educacion-disruptiva/>.
- 44 Vasquez D. Ventajas, desventajas y ocho recomendaciones para la educación médica virtual en tiempos del COVID-19. *Rev CES Med.* 2020; Especial COVID-19: 14-27.
- 45 Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Med Educ.* 1986;20(4):356-65. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01379.x.
- 46 Leiva-Fernández F, González-Hevilla A, Prados-Torres JD, Casas-Galán F, García-Domingo E, Ortiz-Suárez P, López-Rodríguez JA, Pico-Soler MV; MULTIPAP Group. Identification of the multimorbidity training needs of primary care professionals: Protocol of a survey. *J Multimorb Comorb.*

- 2021 Jun 21;11:26335565211024791. DOI: 10.1177/26335565211024791.
- 47 Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Training Doctors to Manage Patients with Multimorbidity: A Systematic Review. *Journal of Comorbidity* 2016;6(2):85-94. DOI: 10.15256/joc.2016.6.87.
- 48 Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A *et al.* Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (MultiPAP project). *Implement Sci.* 2017; 12(1):54. DOI: 10.1186/s13012-017-0584-x.
- 49 Biencinto C, Carballo R. Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario: de lo general a lo específico. *RELIEVE - Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa.* 2004;10(2):101-116. DOI: 10.7203/relieve.10.2.4324.

CONTEXTO

1. MULTIPAP Study

La intervención eMULTIPAP se ha desarrollado en el marco del MULTIPAP Study¹, un estudio que se inicia en 2015 con un primer ensayo clínico por conglomerados multicéntrico (MULTIPAP)² financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria de la Acción Estratégica 2015 (PI15/00276, PI15/00572, PI15/00996) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, «Una forma de configurar Europa; Plan Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación 2013-2016». Este ensayo se desarrolló durante el periodo 2016-2020, liderado por tres grupos de investigación del Sistema Nacional de Salud, que pertenecían en aquel momento a una de las redes temáticas de investigación del Instituto de Salud Carlos III, la Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas (REDIS-SEC)³, (RD12/0001/0010, RD12/0001/0004, RD12/0001/0012, RD16/0001/0006, RD16/0001/0005, RD16/0001/0004), y actualmente continúan su trabajo en una de las redes orientadas a resultados en salud (RICORS), la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS) (RD21/0016/0015, RD21/0016/0019, RD21/0016/0027)^{4,5}. En 2018 se incorpora un nuevo ensayo, el ensayo clínico MULTIPAP Plus⁶ (PI18/01812, PI18/01303 y PI18/01515), y paralelamente se inicia el reclutamiento de la cohorte abierta MULTIPAP. Otros proyectos vinculados al MULTIPAP Study han sido el proyecto de implementación de la intervención formativa en el marco de la Joint Action Chrodis Plus⁷ y el Proyecto de implementación MULTIPAP Canarias, financiado en su convocatoria autonómica. En 2022 se obtiene financiación para poner en marcha el proyecto multicéntrico LOXO MM-SNS, un estudio con metodologías mixtas que aborda la trayectoria de la multimorbilidad en el SNS 2012-2022, la percepción de pacientes y profesionales sobre la toma de decisiones y el abordaje de la MM en el ámbito asistencial, así como la elaboración de un currículo formativo en MM dirigido a los profesionales sanitarios.

2. MULTIPAP: ensayo clínico por conglomerados en atención primaria

En el periodo en que se inicia el diseño del ensayo clínico MULTIPAP², la investigación en multimorbilidad se había centrado principalmente en la descripción y caracterización epidemiológica y en la evaluación de su impacto. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar los resultados en estos pacientes seguía siendo muy limitada. En la mayoría de los casos, la evidencia científica para la gestión simultánea de varias condiciones crónicas de salud se basaba en ensayos de intervenciones diseñados para una sola enfermedad, en los que con frecuencia se excluía a pacientes con multimorbilidad^{8,9}.

La revisión sistemática de Smith *et al.*¹⁰ realizada en 2012 (y actualizada en 2016¹¹ y en 2021¹²) destacaba ya, precisamente, la escasez de intervenciones para mejorar los resultados en salud en pacientes con multimorbilidad. Esa primera revisión incluyó 10 ensayos clínicos aleatorizados y agrupaba las intervenciones complejas identificadas en dos categorías principales: las que contemplan cambios organizativos en la prestación de servicios y las centradas en el paciente sobre la base de diversos marcos teóricos (por ejemplo, *chronic care model*, *patient self-management*, *lifespan outcomes*). En la mayoría de los ensayos analizados, la intervención se comparaba con la práctica habitual. Los resultados de esta revisión sugieren que, aunque las intervenciones tuvieran efectos diferentes, existía una tendencia a mejorar la prescripción de medicamentos y la adherencia, sobre todo si las intervenciones se dirigen a los factores de riesgo de multimorbilidad o se centran en aspectos clave o dificultades funcionales específicas. Entre las principales limitaciones de las intervenciones llevadas a cabo hasta ese momento, destacaban la ausencia de evaluación económica, la falta de consideración del impacto de los determinantes socioeconómicos, la necesidad de establecer un marco teórico de referencia y una definición clara de los criterios de inclusión de los participantes, así como la falta de consideración de variables resultado relevantes para el paciente. Los autores enfatizaban la urgente necesidad de realizar ensayos pragmáticos en el ámbito de la atención primaria, ya que es el nivel asistencial en el que mayoritariamente son atendidos los pacientes con multimorbilidad.

En los pacientes con multimorbilidad siempre ha sido prioritario diseñar intervenciones dirigidas a minimizar los efectos negativos asociados a la polimedicación. La revisión sistemática publicada en 2014 por Patterson *et al.*¹³, que incluía 12 ensayos clínicos, encontraba una reducción global en la incidencia de prescripción inapropiada (medida a través del índice de adecuación de la medicación, o MAI por sus siglas

en inglés), aunque el efecto sobre otras variables como los ingresos hospitalarios o la calidad de vida fue discordante o, incluso, inexistente. Todas las intervenciones evaluadas fueron organizacionales y se incorporó la atención farmacéutica liderada por farmacéuticos a los distintos ámbitos asistenciales. A pesar de haber hallado una clara mejora en la prescripción por parte de los médicos, la evidencia en torno a la significación clínica de este hallazgo seguía siendo incierta, y los autores incidían en la necesidad de incorporar a los ensayos clínicos variables resultado de relevancia clínica, como los ingresos o las reacciones adversas, además de la evaluación de los costes de la intervención.

En 2014 nuestro sistema sanitario —con excepción de los programas para ancianos mayores de 75 años polimedificados¹⁴— todavía no incorporaba estrategias de atención a pacientes con multimorbilidad y polimedicación en atención primaria. En la revisión de Smith *et al.*¹⁰ se hacía ya hincapié en la necesidad de incluir a pacientes más jóvenes con multimorbilidad con el fin de adaptar las intervenciones a los distintos rangos de edad. Los pacientes entre 65-74 años que sociológicamente definimos como ancianos jóvenes o adultos mayores presentan también una elevada prevalencia de multimorbilidad y polimedicación, y, si bien la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones en este grupo poblacional era aún más limitada, sin duda se trataba de un grupo etario con un importante potencial para intervenir de forma precoz.

El ensayo clínico MULTIPAP tenía dos características claves que lo diferenciaban de otros estudios: era un estudio aleatorizado por conglomerados, en el que la unidad de aleatorización fue el médico (se sabe que la prescripción es claramente dependiente del profesional y en mucha menor medida del centro en el que trabaja) y contemplaba la necesidad de abordar la formación de los profesionales con un marco teórico definido antes de realizar la intervención organizativa. Para ello, se diseñó una intervención educativa con metodología *e-learning* basada en los principios Ariadna y en la entrevista centrada en el paciente, dirigida a los médicos de familia a través de una plataforma MOODLE y con el objetivo de implementarla en formato MOOC (Massive Open Online Course), si se demostraba su efectividad analizando resultados en profesionales y en pacientes.

El ensayo fue llevado a cabo en 38 centros de salud de Andalucía, Aragón y Madrid, donde 117 médicos de familia incluyeron 593 de sus pacientes en el estudio, tras lo que los profesionales fueron aleatorizados a un grupo control o a un grupo de intervención. Los participantes del grupo control atendieron a sus pacientes según

su práctica clínica habitual basada en las recomendaciones de las guías de práctica clínica correspondientes a cada una de las enfermedades crónicas del paciente y los protocolos vigentes en cada servicio de salud. Los profesionales del grupo de intervención recibieron la intervención compleja MULTIPAP.

3. Intervención compleja MULTIPAP

La intervención compleja MULTIPAP tiene dos componentes: una intervención formativa sobre profesionales y una intervención en pacientes que consiste en una entrevista estructurada centrada en el paciente, diseñada en base a los principios Ariadna por un equipo multidisciplinar. Para su desarrollo, se siguen las recomendaciones y taxonomía propuesta por el grupo Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group (EPOC)¹⁵. En la **Figura 5** se presenta la intervención, siguiendo la propuesta metodológica de Perea *et al.*¹⁶.

El contenido de la formación fue consensuado por el grupo investigador incorporando conocimientos y habilidades sobre aspectos relacionados con la multimorbilidad, la polifarmacia, la adecuación de la prescripción, la adherencia al tratamiento, los principios Ariadna, la cascada terapéutica, la deprescripción y la toma de decisiones compartidas médico-paciente con una metodología basada en el constructivismo y el aprendizaje basado en problemas y orientada al aprendizaje de adultos. Finalmente se decidió presentar en formato virtual y orientado a poder transformarse en un formato MOOC.

Tiempo	Grupo Intervención	Grupo Control
	a	a
Visita Basal (T0)	b	b
Asignación aleatoria de profesionales		
Intervención Profesionales	c d	
Intervención Pacientes	e f	f
Seguimiento por enfermería	g	g
Medida de resultados	T1 (6 meses) y T2 (12 meses)	

a	Sesión de presentación y entrenamiento dirigida a los 72 médicos de familia (MF) que participan en el estudio. Presentación del proyecto, formación en Buenas Prácticas y entrenamiento en el cuaderno de Recogida de Datos (CRDe) (3 horas). La formación será acreditada y se impartirá de forma centralizada en cada comunidad autónoma.
b	Reclutamiento de pacientes, firma de consentimiento. Visita basal (T0): Antes de iniciar la intervención, los MF recogerán todas las variables basales: sociodemográficas, morbilidad, plan de tratamiento farmacológico y calidad de vida.
c	Intervención en profesionales: dirigida a MF del grupo intervención. Metodología activa participativa. Duración total 5 horas. A. Contenidos: Multimorbilidad y polimedicación. Entrenamiento para valoración criterios STOPP/START, interacciones potenciales y revisión estructurada de la medicación (2 horas). B. Contenidos: Entrevista centrada en el paciente, técnicas de entrevista clínica para incorporar preferencias del paciente a la toma de decisiones (3 horas)
d	Documentación intervención y material de apoyo. Los MF recibirán documentación escrita y enlace a la web con todos los materiales formativos (presentaciones, videos, tutoriales).
e	Intervención en pacientes: entrevista estructurada centrada en el paciente. Revisión estructurada de la medicación, incorporando las preferencias del paciente, acuerdo de plan de tratamiento farmacológico. Visita 1 y 2.
f	Práctica habitual: seguimiento médico habitual siguiendo los protocolos en los que esté incluido el paciente y de acuerdo a la cartera de servicios estandariza en los servicios de salud.
g	Seguimiento por enfermería: Los pacientes recibirán el plan de cuidados según práctica habitual en ambos grupos.

Figura 5. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP



4. Modelo lógico de la intervención MULTIPAP

En un proyecto de investigación, el modelo lógico representa lo que los investigadores piensan que hay detrás de lo que se está investigando. Es decir, las relaciones que probablemente existen entre las variables a estudio y las consecuencias esperables de tales relaciones o interacciones, tal y como se establece en la hipótesis alternativa de un proyecto de investigación, pormenorizando los mecanismos y los porqués en dicha hipótesis.

El modelo lógico correspondiente a la intervención compleja MULTIPAP se presenta en la **Figura 6**.

Para elaborar este modelo lógico se realizó una encuesta a los miembros del equipo de investigación y se llegó a un consenso sobre la detección de los componentes de la intervención y su efecto, la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos en diferentes contextos sanitarios, los efectos en grupos específicos de pacientes con MM y la percepción de estos efectos por profesionales y pacientes.

De esta manera se construyó un modelo en el que se consideraron aspectos del contexto en el que se va a aplicar la intervención, los elementos que la componen y el impacto esperado.

4.1. Contexto de la intervención compleja MULTIPAP

En el contexto de la atención a los pacientes con MM aparecen una serie de problemas, entre ellos la falta de atención centrada en el paciente con un enfoque holístico, la alta carga de enfermedad y de tratamiento. Cada uno de estos problemas se relaciona con las causas o las consecuencias resumidas en la **Figura 6**. Dar respuesta a estos problemas requiere responder a unos desafíos (*challenges*) en la atención a los pacientes con MM: identificar las mejores prácticas en la atención a la MM y formar adecuadamente (capacitar) a los profesionales de salud, especialmente a los responsables del tratamiento (y de la prescripción). Esto segundo conlleva generar y poner en marcha una adecuada intervención educativa dirigida a los profesionales, como aconsejan algunos organismos internacionales, entre ellos la Academia de Ciencias Médicas inglesa¹⁷.

4.2. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP

Los dos elementos que componían esta intervención compleja en el primer ensayo MULTIPAP fueron una intervención formativa (el curso eMULTIPAP) y una entrevista centrada en el paciente (ACP) realizada por el médico de familia en el contexto clínico. En el nuevo ensayo, MULTIPAP Plus⁶, se ha incluido además el uso de un sistema de ayuda a la toma de decisiones para el médico relacionadas con la prescripción (CheckTheMeds®).

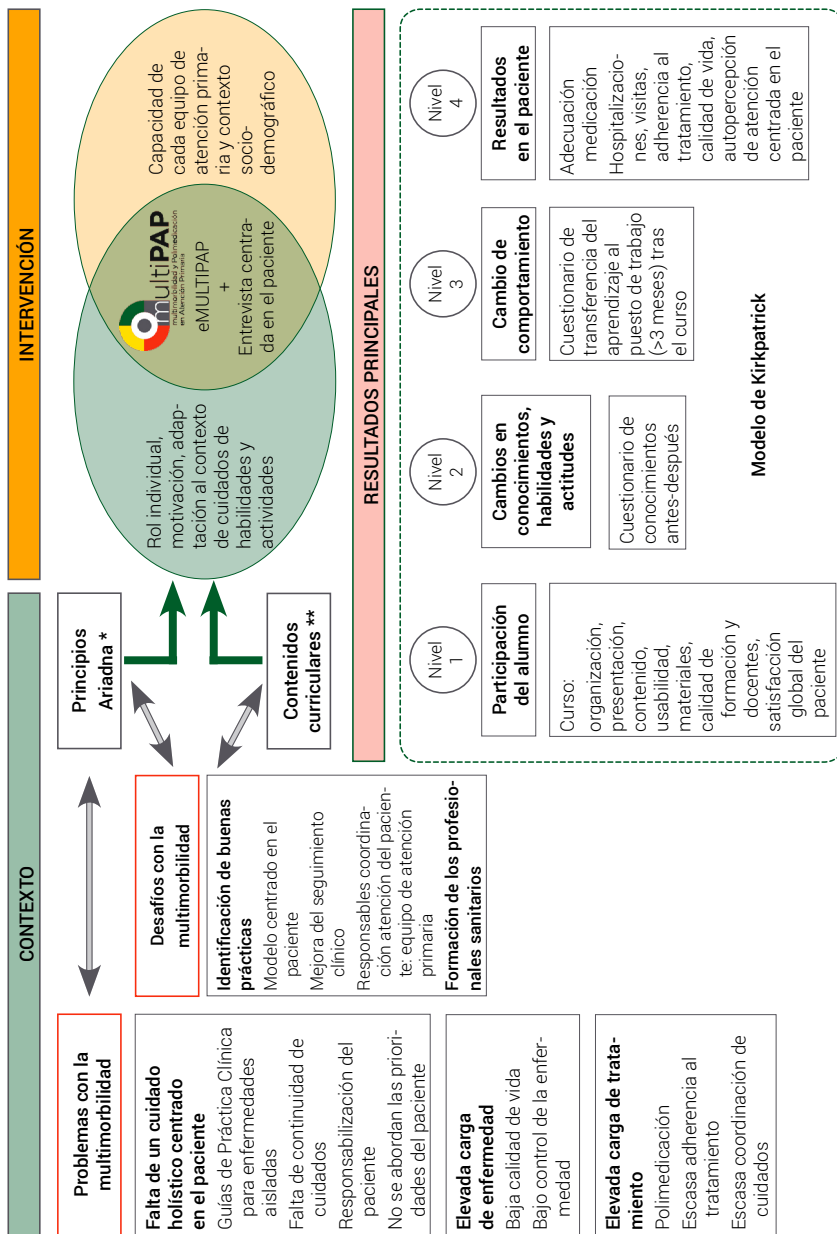


Figura 6. Modelo lógico de la intervención compleja MULTIPAP

* Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Roohan J, Schellevis FG et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med.* 2014;12:223

** Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Training doctor to manage patients with multimorbidity: a systematic review. *J Comorb.* 2016;6(2):85-94.



Con estos dos elementos iniciales se trataba de dar respuesta a los dos principales desafíos actuales o *challenges* ya descritos.

La intervención formativa está basada en los principios Ariadna¹⁸ y orientada al desarrollo y la puesta en marcha de unos contenidos curriculares de la formación en multimorbilidad, en línea con los presentados en la revisión sistemática de Lewis *et al.*¹⁹.

5. Impacto esperado de profesionales y pacientes del curso eMULTIPAP

Motivación individual en los profesionales para alcanzar las habilidades y actitudes necesarias para adaptarse al contexto de la atención clínica. Es decir, participación de los alumnos en función de las características del curso (organización, presentación, contenidos, usabilidad, materiales, calidad de las instrucciones, calidad de los profesores y características de los alumnos y satisfacción global).

Capacitación del médico de familia en el contexto epidemiológico de la MM. Es decir, mejora de conocimientos, habilidades y actitudes: evaluable mediante un cuestionario de conocimientos administrado antes y después de la formación.

Cambios en la conducta del profesional, valorados mediante una evaluación de la transferencia de lo aprendido a su lugar de trabajo.

Cambios en la práctica asistencial y beneficios para los pacientes y mejoras en la atención sanitaria a la MM (adecuación de la medicación, de las hospitalizaciones y de las visitas, mayor adherencia al tratamiento y mejoras en la calidad de vida y en la autopercepción de atención centrada en el paciente), todo ello como consecuencia de la mejora de la práctica asistencial.

Para valorar los principales resultados de la intervención formativa eMULTIPAP (*core-outcomes*) que forma parte de esta intervención compleja, se ha utilizado el modelo de Kirkpatrick, que establece 4 niveles: el primer, segundo y tercer nivel de Kirkpatrick están relacionados con los resultados alcanzados en los profesionales.

El cuarto nivel corresponde a lo conseguido por los pacientes, y habitualmente se expresa mediante los mecanismos de medición de experiencia obtenidos por el paciente (Patient Reported Experience Methods, PREMS) y los resultados alcanzados por el paciente (Patient-Reported Outcome Measures, PROMS).




6. MULTIPAP Plus: sistemas de apoyo a las decisiones clínicas aplicados en el proceso de atención

Tras la experiencia con el proyecto MULTIPAP y basado en los resultados anteriores, se diseñó en 2018 un nuevo ensayo, MULTIPAP Plus, que incluía en la intervención

compleja un tercer eje (**Figura 7**): el uso de sistemas de ayuda a la toma de decisiones para el médico (CheckTheMeds®)^{20, 21}.

Se desarrolló así la intervención MULTIPAP Plus, que incluye la intervención formativa y la entrevista centrada en el paciente, e incorpora herramientas de evaluación de la medicación para optimizar el proceso asistencial, introduciendo así medidas organizativas que los médicos de familia habían identificado como esenciales. Entre ellas, la inclusión de este sistema de ayuda a la prescripción en el proceso asistencial y su vinculación con procesos clínicamente relevantes para los pacientes, así como el estudio de los costes económicos que implican estos procesos clínicos en el sistema sanitario.

La revisión sistemática que evalúa el impacto de los sistemas de ayuda a la toma de decisiones (SATD) incluyó 44 revisiones sistemáticas previas²², de las que 38 eran de prescripción. La mayoría demostraron mejoría en el proceso de atención médica (30/44-68,2 %), la calidad de la prescripción (14/30-46,6 %) y la reducción de errores en la prescripción (5/30-16,6 %). Se considera que los SATD son una tecnología prometedora, pero que se necesitan estudios de mayor calidad para establecer evidencia sobre su efectividad y costo-efectividad en condiciones de práctica clínica²³. Entre las herramientas disponibles en España, se cuenta con CheckTheMeds®^{20, 21} (un SATD diseñado como una herramienta asistencial). Procesa globalmente en segundos todos los datos demográficos, clínicos (objetivos terapéuticos), analíticos y de fármacos (incluyendo posología y duración), permitiendo ajustar dosis en insuficiencia renal, y ofrece la detección de problemas relacionados con los medicamentos. Las recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible, las guías de práctica clínica de los organismos y las sociedades científicas referentes en esta área, y cuenta con un equipo asesor de reconocido prestigio. Esta herramienta ha sido incorporada en algunos centros hospitalarios en los servicios de farmacia y en algunas comunidades autónomas para uso de los farmacéuticos de AP en la revisión de tratamientos de algunos pacientes polimedicados ≥ 75 años, que envían un informe al médico de familia. Se ha testado la herramienta en el marco de MULTIPAP y MULTIPAP Plus, y se han sugerido propuestas de mejora estableciendo un marco de colaboración con la plataforma que nos permite disponer de su potencialidad para estudios de investigación en el ámbito de la atención primaria, desarrollando también una intervención formativa para un manejo óptimo de la herramienta por los profesionales del grupo intervención y —tras finalizar el ensayo— de los profesionales del grupo control.

Tiempo	Intervención	Control
	1	1
Visita Basal (T0)	2	2
Aleatorización	Aleatorización de profesionales	
Intervención Fase I	3 a 	3 a 
Fase II	4 b 	
Práctica habitual	5	5
Medición de Resultados		T1 (6 meses) T2 (12 meses) T3 (18 meses)

1	Sesión de presentación y entrenamiento presencial dirigida a los médicos de familia (MF) participantes. Presentación del proyecto. Formación Buenas Prácticas. Entrenamiento Cuaderno de recogida de datos (CRD) (3 horas). Formación será acreditada y centralizada por comunidad.
2	Reclutamiento de pacientes, firma de consentimiento. Visita basal (T0). Antes de iniciar la intervención, los médicos recogerán las variables basales: sociodemográficas, morbilidad, plan de tratamiento y calidad de vida.
3	Intervención: Fase I. Formativa Multi-PAP (1). Ambos grupos, siguiendo metodología e-learning en formato MOOC realizarán la formación estandarizada y acreditada en Multimorbilidad y Polimedición. Los MF que participaron en Multi-PAP completarán formación con una actualización de indicación de los fármacos y pautas de deprescripción. Los MF nuevos que se incorporen al estudio realizarán la formación completa. Módulos: i) Multimorbilidad, ii) Polifarmacia iii) entrevista centrada en el paciente iv) deprescripción. Abordajes y criterios de revisión de medicación.
a	Intervención: Fase I. Formativa MultiPAP (1). Documentación sobre la intervención. Materiales teóricos estandarizados. Videotutoriales en 5 unidades didácticas.
4	Intervención: Fase II. Organizativa en Profesionales: MultiPAP Plus: Formación en el sistema de ayuda a la toma de decisiones (SATD) mediante una sesión y entrenamiento presencial (2 horas) acreditada y centralizada por comunidad.
b	Intervención: Fase II. Organizativa en Profesionales: MultiPAP Plus: Algoritmo de revisión de tratamiento mediante SATD (Checkthemeds®) con el foco en escenarios clínicos sugeridos, revisión de medicación potencialmente inadecuada automatizada y revisión exhaustiva en tres dimensiones (semáforo de gravedad) de interacciones del plan.
5	Práctica habitual: Los pacientes recibirán los cuidados correspondientes por parte de su médico y enfermera habituales en función de la práctica habitual. Todos los MF han sido capacitados para implementar en su práctica habitual una Entrevista estructurada centrada en el paciente siguiendo los principios Ariadne en el abordaje de su plan de atención.

(1) Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, et al. Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci.* 2017;12 (1):54.

Figura 7. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP Plus

REFERENCIAS

- 1 MULTIPAP Study. MULTIPAP [Internet]. España: MULTIPAP; 2023. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <http://multipap.es/>.
- 2 Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A *et al*. Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci*. 2017;12(1):54. DOI: 10.1186/s13012-017-0584-x.
- 3 Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas. REDISSEC [Internet]. España: REDISSEC; 2020. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.redissec.com/>.
- 4 Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud. RICAPPS [Internet]. España: RICAPPS; 2022. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.ricapps.es/>.
- 5 Del Cura González MI. Redes temáticas de investigación cooperativa y Atención Primaria: encrucijada de la política científica en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Med Fam* 2022;15 (1): 10-11. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n1/1699-695X-albacete-15-01-10.pdf>.
- 6 Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Feliú LA, Pico-Soler V, Bujalance-Zafra MJ *et al*. Effectiveness of the MULTIPAP Plus intervention in youngest-old patients with multimorbidity and polypharmacy aimed at improving prescribing practices in primary care: study protocol of a cluster randomized trial. *Trials*. 2022;23(1):479. DOI: 10.1186/s13063-022-06293-x.
- 7 Rodríguez-Blázquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliiek-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S *et al*. Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5268. DOI: 10.3390/ijer-ph17155268.
- 8 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51(465):303-9.
- 9 Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006;4(2):104-8. DOI: 10.1370/afm.516.
- 10 Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD006560. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD006560.
- 11 Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 14;3(3):CD006560. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jan 15;1:CD006560.
- 12 Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane*

- Database Syst Rev. 2021;1:CD006560. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub4.
- 13 Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N *et al.* Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10:CD008165.
- 14 Ministerio de Sanidad. Programas de mejora en la atención a pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. España: Ministerio de Sanidad; 2009. *Inf Terapéutica del SNS* 2009;33(1):28.
- 15 Cochrane Effective Practice and Organisation of Care. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* [Internet]. United Kingdom: The Cochrane Collaboration; 2023. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://epoc.cochrane.org/>.
- 16 Perea R, Heneghan C, Yudkin P. Graphical method for depicting randomised trials of complex interventions. *BMJ*. 2007;334(7585):127–9. DOI: 10.1136/bmj.39045.396817.68.
- 17 The Academy of Medical Sciences, 2018. *Multimorbidity: a Priority for Global Health Research*. London (UK) [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/multimorbidity> (Accessed on 17 August 2023).
- 18 Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG *et al.* The Ariadne principles: How to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med*. 2014; 12:223. DOI: 10.1186/s12916-014-0223-1.
- 19 Lewis C, Wallace E, Kyle L, Cullen W, Smith SM, Kyne L *et al.* Training doctors to manage patients with multimorbidity: A systematic review. *J Comorb*. 2016; 6(2):85-94. DOI: 10.15256/joc.2016.6.87.
20. CheckTheMeds Technology SL. CheckTheMeds. Inicio [Internet]. [Checkthemed.com](https://www.checkthemed.com/). [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.checkthemed.com/>.
- 21 González-Rojano E, Valdez S, Romero D, Hernandez M, Santos Abad F. Utility of Checkthemed® for Detection of Potentially Inappropriate Medication in Hospitalized Patients. *Clinical Therapeutics* 2017; 39(8): Pe37 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.05.116>.
- 22 Iankowitz N, Dowden M, Palomino S, Uzokwe H, Worrall P. The effectiveness of computer system tools on potentially inappropriate medications ordered at discharge for adults older than 65 years of age: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev.* 2012;10(13):798-831. DOI: 10.11124/jbisir-2012-68.
- 23 Reis WC, Bonetti AF, Bottacin WE, Reis AS Jr, Souza TT, Pontarolo R *et al.* Impact on process results of clinical decision support systems (CDSSs) applied to medication use: overview of systematic reviews. *Pharm Pract*. 2017;15(4):1036. DOI: 10.18549/Pharm-Pract.2017.04.1036.

ESTRUCTURA

La formación médica continuada debe conllevar una constante revisión del conocimiento médico, acompañarse de la mejor tecnología educativa y de estrategias adecuadas para conseguir niveles suficientes de efectividad para el aprendizaje. Debe promover la adquisición de un aprendizaje significativo (basado en la práctica clínica) que estimule la construcción de conocimientos de forma cognoscitivamente activa¹. El profesional sanitario debe reflexionar sobre incidentes críticos o COPS (Critical Observations Problem Solving) detectados en la atención clínica; debe aprender en grupos que interaccionan —tal como declaró Vigotsky—, permitiendo compartir lagunas formativas y participar en la evaluación de su propio aprendizaje^{2,3}. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) surgió a mitad del siglo XX de la mano del filósofo de la educación John Dewey, quien subrayó la importancia de aprender mediante la experiencia del mundo real. En esa experiencia, los profesionales sanitarios encuentran un problema que estimula su pensamiento, se informan para plantear soluciones, y su aplicación los ayuda a comprobar su conocimiento. Por otro lado, el ABP recoge la teoría sociocultural de Vigotsky, quien subrayó la importancia de la participación del estudiante en comunidades de aprendizaje cognitivo, donde dicho estudiante intercambia y compara ideas con las de otros interactuando activamente para resolver problemas. El alumno es visto como un partícipe activo en la construcción del conocimiento, y el docente como un mediador que le brinda los apoyos necesarios para que dicha construcción se lleve a cabo con éxito⁴. Estas metodologías docentes son muy útiles cuando se apoyan en las nuevas tecnologías educativas que proporcionan a quien aprende contenidos reutilizables en diferentes escenarios de aprendizaje y en diferentes momentos^{5,6}.

El curso eMULTIPAP se sustenta en los principios del aprendizaje basado en problemas⁷ y en el constructivismo, para que los profesionales identifiquen sus propias lagunas formativas. También se han utilizado los principios Ariadna⁸ como marco conceptual (ver **Figura 3. Principios Ariadna, pág. 28**). Estos principios se centran en el establecimiento de objetivos realistas de tratamiento, acordados entre médico

y paciente, tras una fase de identificación y priorización de los problemas de salud y de las preferencias del mencionado paciente.

1. Equipo docente

En primer lugar se constituyó el equipo docente responsable de la creación de la intervención educativa (IE) MULTIPAP. Este equipo estuvo constituido por profesionales de diversas disciplinas (enfermería, epidemiología, farmacia, medicina), con actividad asistencial en atención primaria o con actividad docente e investigadora.

En el **Cuadro 1** se detalla el conjunto de docentes implicados en el desarrollo de las diferentes ediciones del curso eMULTIPAP

Cuadro 1. Docentes del curso eMULTIPAP

Supervisión docente / coordinación del curso

Dra. Francisca Leiva Fernández. Médica de Familia.

Dr. Juan Daniel Prados Torres. Médico de Familia.

Equipo docente

José Ramón Boxó Cifuentes. Médico de Familia.

M.^a José Bujalance Zafra. Médica de Familia.

Isabel del Cura González. Médica de Familia.

Marcos Castillo Jimena. Médico de Familia.

Esperanza Escortell Mayor. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Luis A. Gimeno Feliú. Médico de Familia.

Juan Antonio López Rodríguez. Médico de Familia.

Fernando López Verde. Médico de Familia.

Cristina Lozano Hernández. Enfermera de Familia.

Aida Moreno Juste. Médica de Familia.

Mariel Morey-Montalvo. Unidad de Apoyo a la Investigación.

Judit Peña Rivero. Enfermera de Familia.

M.^a Victoria Pico Soler. Médica de Familia.

Alexandra Prados Torres. Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

María Dolores Ramiro González. Médica residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

M.^a Eloisa Rogero Blanco. Médica de Familia.

Carmen Chaverri Alaman. Enfermera de Familia.

Ana M.^a Calvo Gascón. Enfermera de Familia.

2. Objetivos docentes

Antes de diseñar el curso, en el equipo docente nos planteamos varias preguntas:

1. ¿Qué formato de programa o curso era el más adecuado teniendo en cuenta sus posibles efectos si se cursa o no y sus consecuencias comparando un curso grabado (asíncrono) con otro de formato habitual en tiempo real (síncrono)?
2. ¿A qué currículo formativo debería dar respuesta? ¿Qué contenidos se deberían incluir?
3. ¿Qué características de la intervención educativa (IE) permiten la comparabilidad de sus resultados, utilizándola en diferentes momentos y sobre distintos profesionales?
4. ¿Qué modelo educativo era capaz de producir un mayor aprendizaje significativo?
5. ¿Cuál era la forma idónea de evaluar los resultados de la IE?
6. ¿Qué desarrollo futuro podría tener el curso?

Tras diversas reuniones de reflexión y consenso, se establecieron los objetivos que se detallan a continuación.

2.1. Objetivo general

El objetivo educativo principal del curso eMULTIPAP es revisar las recomendaciones internacionales para abordar la MM y la polimedicación en atención primaria, minimizando en lo posible los problemas de seguridad para el paciente y, muy especialmente, los relacionados con el manejo de las combinaciones farmacológicas habitualmente empleadas en este grupo de personas.

2.2. Objetivos específicos

Los objetivos secundarios planteados fueron los siguientes:

- Revisar y actualizar los conocimientos de los participantes sobre MM y polimedicación, así como las últimas recomendaciones internacionales en este grupo.
- Capacitar a MF/EF para mejorar su prescripción en MM, mejorando la conciliación de los fármacos utilizados para el conjunto de problemas de salud que presenta el paciente.

- Presentar los principios Ariadna y otras estrategias internacionales para mejorar la atención clínica en MM.
- Presentar y discutir las características que debe tener la entrevista clínica y la relación profesional sanitario/paciente, promoviendo un modelo de atención centrada en la persona para mejorar la adherencia al tratamiento, la seguridad medicamentosa y los resultados en salud en pacientes MM, así como su adecuada utilización de los servicios de salud.

En definitiva, diseñar una actividad formativa orientada a cubrir necesidades reales de los profesionales sanitarios que cada día tienen que atender a pacientes con MM, y que les permitiera reflexionar sobre su práctica y sus necesidades formativas; dialogar abiertamente sobre ello; motivarlos para poder aprender más y, sobre todo, para poder aplicar lo aprendido en el mundo real.

3. Ediciones de eMULTIPAP

La intervención formativa eMULTIPAP está centrada en el aprendizaje experiencial a través de escenarios clínicos ideados por los investigadores con práctica asistencial de nuestro grupo. El curso promueve la reflexión y la conceptualización mediante la realización de tareas centradas en situaciones clínicas habituales, la participación en foros de opinión, la cumplimentación de encuestas en que se les solicitan sugerencias sobre la aplicación práctica de los contenidos formativos. Además, al estar incluida la actividad formativa en varios proyectos de investigación^{9,10,11} del que es sujeto de investigación el propio alumno, se consigue la subsecuente experimentación activa de lo aprendido.

La herramienta eMULTIPAP, además, se ha pilotado en un contexto de práctica clínica asistencial en el marco de la European Joint Action Chrodis Plus¹² (para ello se ha ampliado su enfoque a profesionales de enfermería de atención primaria y a otras especialidades médicas también implicadas en el manejo de pacientes con MM, tales como medicina interna o geriatría).

Los detalles de cada edición del curso eMULTIPAP se presentan a continuación:

La **primera edición** del curso formativo eMULTIPAP se creó como parte del ensayo clínico MULTIPAP⁹, dirigido a los médicos de familia del grupo de intervención que participaron en el ECA MULTIPAP, y tuvo lugar de enero a marzo de 2017. Participaron 59 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. En el curso intervinieron nueve teledocentes, todos miembros del equipo de investigación del estudio MULTIPAP. En esta edición, el curso tenía una duración de 4 semanas y contenidos exclusivamente destinados a la profesión médica.

La **segunda edición** del curso eMULTIPAP corresponde al curso realizado por los médicos de familia del grupo control que participaron en el ECA MULTIPAP. El curso fue realizado entre abril y mayo de 2018, una vez finalizado dicho ensayo. En esta segunda edición participaron 58 profesionales, especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en situación laboral estable. La duración y los contenidos del curso fueron similares a la primera edición. Se introdujeron algunas de las sugerencias de los alumnos previos relativas a mejora de los cuestionarios de evaluación, satisfacción del alumnado y transferencia de conocimientos, y de redacción de tareas sobre casos clínicos.

La **tercera edición** se desarrolló entre el 22 de octubre y el 2 de diciembre de 2018, en el contexto del proyecto europeo CHRODIS PLUS^{12,13} y se dirigió no solo a médicos de familia que eran investigadores colaboradores clínicos del proyecto, sino a profesionales asistenciales de Aragón de distintas profesiones y ámbitos (atención primaria y atención hospitalaria). En esta tercera edición del curso eMULTIPAP, se matricularon 55 alumnos, todos ellos procedentes de la comunidad autónoma de Aragón. La duración fue de 4 semanas. Se mantuvo el formato de las ediciones previas, en el que se incorporaron contenidos sobre cuidados enfermeros en el contexto de personas con MM, y se elaboraron tareas derivadas de los casos clínicos específicamente orientadas a los cuidados enfermeros.

La **cuarta edición** de eMULTIPAP corresponde al curso realizado entre mayo y junio de 2021. Este curso se diseñó para formar parte de la intervención compleja del estudio MULTIPAP Plus¹⁰, dirigida de nuevo a médicos de familia que trabajan en atención primaria. En ella se incorporaron contenidos sobre sistemas de ayuda a la toma de decisiones (HATD) y, en concreto, de la herramienta CheckTheMeds®^{14,15}, que también se evalúa en la intervención compleja del ensayo clínico MULTIPAP Plus. En esta edición se matricularon 219 personas, todos ellos médicos de familia. La duración se extendió a 5 semanas, para incluir más contenidos de la propuesta curricular de Lewis *et al.*¹⁶. También se modificaron algunos de los casos clínicos previos con la incorporación de simulaciones creadas por el equipo docente.

La **quinta edición** se desarrolló entre mayo y julio de 2021, en el contexto de un estudio clínico con métodos mixtos que tenía como objetivo evaluar la efectividad de la intervención MULTIPAP, dirigida a mejorar la adecuación de la prescripción y seguridad del paciente, sobre la calidad de la atención de la población mayor de 65 con multimorbilidad y polimedicación, en los centros de salud del Servicio Canario de Salud, así como estimar el coste de la implementación de la intervención en Canarias y el impacto presupuestario en términos de costes de medicamentos dispensados.

Cursaron esta última edición 74 personas pertenecientes a diferentes profesiones (médicos y enfermeros de atención primaria). La duración fue de 5 semanas y los contenidos los mismos de la cuarta edición.

Existe una sexta edición del curso eMULTIPAP que se ha desarrollado entre mayo y julio de 2023 en formato MOOC y aún en proceso de evaluación. La edición actual recoge también las principales sugerencias de mejora de los alumnos de las ediciones anteriores e incorpora nuevos contenidos para el abordaje de la polimedicación en este colectivo de pacientes y algunas de las estrategias utilizables en el encuentro clínico entre profesional sanitario y paciente con MM.

4. Formato y contenidos de eMULTIPAP

Una de las primeras decisiones que tomó el equipo docente fue la elección del formato de la formación eMULTIPAP. De esta manera, en lugar de preparar y estandarizar lo más posible una actividad docente en formato presencial que pudiera ponerse en marcha con los MF participantes de Andalucía, Aragón y Madrid en el ensayo clínico MULTIPAP, se decidió elaborar una actividad formativa idéntica para todos: cada persona recibiría los mismos contenidos y en el mismo formato mediante la elaboración de un curso online. Además, en el diseño se previó que fuera fácilmente exportable, en caso de demostrar un adecuado impacto formativo, a una actividad tipo MOOC, con lo que podríamos utilizarla en condiciones de práctica real, como así ha sucedido.

Las actuales plataformas disponibles con acceso libre para responder a nuestras necesidades nos permitieron elegir MOODLE desde la primera edición del curso eMULTIPAP, y se optó por la plataforma formativa IAVANTE¹⁷ (perteneciente a la Fundación Progreso y Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), organización de referencia en la formación continuada, a través de metodologías de simulación y modelos de formación virtual aplicados al ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía desde 2003, que supusieron una garantía para el desarrollo de este programa formativo. IAVANTE se responsabilizó de la supervisión técnica, el mantenimiento, las actualizaciones, la difusión de las ediciones del curso eMULTIPAP, la matriculación y el seguimiento de quienes lo realizaban, todo ello supervisado por los responsables del grupo MULTIPAP. Desde el primer momento se decidió que esta actividad debería ser acreditada y certificada, para garantizar su calidad y proporcionar un incentivo curricular a quienes la cursaran.

Los contenidos de eMULTIPAP han evolucionado a la vez que se han ido desarrollando las distintas ediciones. Con cada una de ellas se ha realizado una actualización

y un ajuste de los mismos en función de las opiniones y propuestas del alumnado, tanto en las encuestas de transferencia como en las de satisfacción.

Estos contenidos se centraron en aspectos conceptuales de la MM y la PM, consideraciones respecto al seguimiento de estos pacientes (revisión del tratamiento, adecuación del mismo, conciliación terapéutica, adherencia al tratamiento, deprescripción), y herramientas para la aplicación de los principios Ariadna en el ámbito asistencial (aspectos nucleares de la comunicación profesional-pacientes, técnicas de individualización, de escucha activa y de negociación). Estos contenidos se organizaron en módulos todos ellos con una duración de 1 semana.

Para el desarrollo de estos contenidos curriculares, se diseñaron diversos objetos docentes que se detallan a continuación.

4.1. Objetos docentes

Vídeo¹⁸. El uso del vídeo como recurso didáctico facilita la construcción de un *conocimiento significativo*, dado que se aprovecha el potencial comunicativo de las imágenes, los sonidos y las palabras para transmitir una serie de experiencias que estimulen los sentidos y los distintos estilos de aprendizaje en los alumnos. Por otra parte, poner los guiones textuales y completos de los vídeos a disposición de los alumnos posibilita la revisión pormenorizada y sosegada de contenidos, y su fijación en la memoria. Cada módulo o semana del curso ofrece al alumno uno o dos vídeos elaborados por los docentes responsables del mismo, con una duración media de 10 minutos por vídeo, en donde se repasan los principales contenidos de esa semana. Cada vídeo se acompaña de su correspondiente guion textual (ver **Anexo 1**, pág. 133).

Reflexión crítica sobre simulaciones creadas por los docentes¹⁹. Esta técnica les permite a los alumnos observar cómo se desenvuelve el profesional sanitario en un escenario laboral hipotético, con el objetivo de identificar actitudes profesionales tan importantes como la empatía, la escucha activa, el trabajo en equipo, la proactividad o la toma de decisiones compartida. En total se ofrecen 3 simulaciones de consulta, que fueron videograbadas, acompañando a cada vídeo su correspondiente guion textual (ver **Anexo 2**, pág. 180).

Lecturas recomendadas²⁰. La lectura ayuda al alumno a desarrollar la conciencia crítica, la capacidad cognitiva y a aumentar la curiosidad y el conocimiento sobre el tema recomendado. Cada módulo ofrece varias lecturas recomendadas seleccionadas por los docentes responsables del mismo. Estas lecturas ayudan a

profundizar en los contenidos básicos presentados en los videos de contenidos docentes.

Tareas con cuestionarios y casos clínicos²¹. Estas tareas permiten el aprendizaje a través de la experiencia (simulada o real) y, como se refleja en el cono de la experiencia de Edgar Dale (**Figura 8**), los seres humanos aprenden mejor a través de experiencias concretas y actividades prácticas, en lugar de simplemente escuchando o leyendo sobre un tema. El análisis de casos clínicos constituye una técnica fundamental en la enseñanza médica de pregrado y su publicación es una fuente de enseñanza amena que facilita el aprendizaje continuo de los médicos. En total se han diseñado 4 casos clínicos orientados a sensibilizar al alumno de la importancia de la valoración integral de todos los problemas de este tipo de pacientes, para mejorar habilidades en el abordaje de la adecuación, la conciliación



Figura 8. Cono de la experiencia, de Edgar Dale (adaptado de Trueba, 2016)²¹

y la adherencia terapéutica, y de la ventaja que supone atender a un paciente con MM y PM teniendo como guía los principios Ariadna, así como las habilidades de relación profesional-paciente que mejor ayuda a la puesta en práctica de una atención centrada en la persona. También se incluyen tareas que consisten en responder a un cuestionario formado por preguntas multirrespuesta con una única opción válida, orientadas a evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos.

Foro²². Promueve el *aprendizaje colaborativo*, que se propugna desde Vigotsky en el aprendizaje de adultos. Es un espacio en el que interactuar y participar, nutriéndose de la información de otros compañeros. En todas las ediciones ha existido un foro general para resolución de dudas técnicas y de gestión de las actividades del curso, y un foro específico por semana en el que los docentes responsables introducían elementos de discusión, reflexión y debate con los alumnos.

4.2. Contenidos específicos

A continuación se describen los contenidos de la última edición completada de eMULTIPAP, con una duración de 5 semanas. En los **Anexos 1** y **2** (pág. 133 y pág. 180) se incluyen los textos en español e inglés de las clases y las simulaciones videogradas.

4.2.1. Presentación

Vídeo y texto de presentación (donde se resume la importancia clínica y epidemiológica de la MM y la necesidad de mejorar la formación de los profesionales).

- Texto de la presentación. Se presenta a los alumnos el problema de la multimorbilidad (MM) y se les resalta que es un fenómeno creciente que afecta hoy a la gran mayoría de los ancianos, a la mitad de los adultos y a uno de cada diez niños; conlleva importantes consecuencias negativas para la salud, y supone un claro desafío para los sistemas sanitarios y los profesionales sanitarios, que requiere su incorporación a los programas de educación médica. Se les informa que a lo largo del curso se presentarán las principales estrategias disponibles en este momento para ayudar a los médicos de familia a mejorar la atención clínica a este importante grupo de pacientes, teniendo en cuenta sus opiniones y preferencias. El curso está dirigido a médicos/as y enfermeras/os de familia o de otras especialidades interesados en la atención a pacientes con multimorbilidad y polimedicación, favoreciendo además su implicación, participación y preferencias en la atención a sus procesos.
- Vídeo de la presentación.

- Guion textual del vídeo de la presentación.
- Cuestionario de conocimientos (evaluación pretest): 20 preguntas multirespuesta, una opción válida. 4 preguntas por cada módulo.

4.2.2. Módulo 1. El desafío de la multimorbilidad

- Texto con los contenidos de la semana. Se presentan, de forma resumida, los contenidos y las tareas que debe realizar el alumno para superar este primer módulo, en el que se desarrollarán los conceptos de multimorbilidad, comorbilidad y pluripatología; se analizarán las causas y consecuencias de la multimorbilidad, así como los problemas con las guías de práctica clínica; necesidad de abordaje centrado en el paciente y medicina mínimamente impertinente.
- Vídeo 1 de contenidos del primer módulo.
- Guion textual del vídeo 1.
- Lecturas recomendadas: en esta semana se presentan dos lecturas obligatorias que inciden en el desafío que supone la multimorbilidad, tanto en el ámbito de la atención clínica como de manejo del tratamiento. También se recomienda a los participantes la visualización de un vídeo del profesor Victor Montori, creador del concepto de la «medicina mínimamente impertinente» (Minimally Disruptive Medicine) y la visita a un blog abierto sobre polimedicación, multimorbilidad, fragilidad y atención al paciente, que incluye cuestiones prácticas y revisiones de temas de interés.
- Casos clínicos. En esta semana se han diseñado dos casos clínicos. El caso de Paco (5 enfermedades y 13 fármacos prescritos) y el caso de Juana, una paciente con 5 patologías y polimedicación que solicita nuevo tratamiento (una benzodiazepina para su insomnio). Ambos casos se orientan a que el alumno reflexione sobre la situación actual de recomendaciones segmentadas por patología y responda a cuestiones como: ¿Qué evidencia existe sobre el tratamiento combinado de estas 5 enfermedades? ¿Es factible este régimen terapéutico? ¿Queda margen para que mantenga su propio estilo de vida?
- Foro. Se invita al alumno a reflexionar sobre el abordaje de la multimorbilidad y la polimedicación balanceando beneficios y consecuencias negativas para el paciente.
- Actividad de evaluación del módulo: cuestionario de evaluación del Módulo 1.

4.2.3. Módulo 2. La polimedición en pacientes con MM

- Texto con los contenidos de la semana. En esta semana se analizan los factores que pueden influir en la polimedición inadecuada y los posibles acontecimientos adversos a medicamentos. Se revisan los métodos explícitos e implícitos para valorar la adecuación de la prescripción de medicamentos y la adherencia a los tratamientos, los factores asociados y los métodos directos e indirectos para valorarla. Se centra en dos métodos: el índice de adecuación de los medicamentos como medida principal implícita de valoración de la adecuación terapéutica, y el test Morisky-Green para valorar la adherencia. También se presentan, gracias a la incorporación de las TIC en la atención de los pacientes, las herramientas de evaluación de medicamentos como sistemas automatizados de ayuda a la prescripción que podrían alertar en el momento de la prescripción. Finalmente, se le invita a centrar su atención en la importancia de la conciliación como parte de la práctica habitual del médico de familia siempre que se produzca un cambio en la medicación del paciente.
- Vídeo. Este módulo presenta dos vídeos. En el vídeo 1 se aborda la revisión de la medicación con el paciente y sin el paciente, los métodos para valorar la adecuación terapéutica (métodos implícitos, MAI; explícitos, criterios de Beers, Stopp-Start), la conciliación con la participación del paciente y las herramientas de ayuda a la toma de decisiones (HATD). En el segundo vídeo se recogen las estrategias de participación del paciente; la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con MM, su evaluación, factores asociados y estrategias para mejorarla.
- Guiones textuales de los vídeos 1 y 2.
- Lecturas recomendadas. En esta semana se presentan tres artículos para reflexionar sobre los pacientes polimeditados frágiles, cómo mejorar la prescripción en los mayores a través de los criterios STOPP-START y un artículo para identificar las interacciones clínicamente relevantes en atención primaria. Finalmente, se aporta una guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimeditados en atención primaria.
- Caso clínico. Se presenta el caso de Miguel para ilustrar los contenidos de la segunda semana del curso, que está centrada en todos los aspectos relacionados con la polimedición. Se trata de un paciente con 6 patologías crónicas y 10 medicamentos prescritos. La tarea se presenta en dos versiones: para el médico se requiere que lleve a cabo una revisión de la medicación (sin el paciente) y un ejercicio de conciliación terapéutica tras acudir a urgencias por una fibrilación

auricular; y para la enfermera se centra en los aspectos más relevantes de valoración enfermera y de evaluación y seguimiento de la adherencia al tratamiento.

- Foro. Se invita a los alumnos a reflexionar sobre la conciliación como parte de la práctica habitual del médico de familia siempre que se produzca un cambio en la medicación del paciente.
- Actividad de evaluación del módulo: cuestionario de evaluación del Módulo 2.

4.2.4. Módulo 3. Los principios Ariadna. La deprescripción en pacientes con MM

- Texto con los contenidos de la semana. Durante esta semana se revisan los aspectos fundamentales de los principios Ariadna y de la deprescripción. A través del material de trabajo y de las tareas asignadas, el alumnado profundiza en los aspectos que se deben tener en cuenta cuando se atienden en consulta pacientes con varias patologías crónicas siguiendo la metodología propuesta por los principios Ariadna. También conocen el concepto y las distintas vertientes de la práctica de la deprescripción, los tipos existentes, las etapas de la misma y las barreras más habituales en consulta.
- Vídeo. Este módulo también incluye 2 vídeos. En el vídeo 1 se lleva a cabo una presentación detallada y ejemplificada de los principios Ariadna; en el vídeo 2 se introduce al alumno en todos los aspectos de la deprescripción.
- Guiones textuales de los vídeos 1 y 2.
- Lecturas recomendadas. A través de las cinco lecturas obligatorias, se presentan en esta semana los principios Ariadna como hilo conductor para el abordaje del paciente con multimorbilidad y polimedicación en la consulta de atención primaria, y varios artículos sobre deprescripción, deprescripción en ancianos y prescripción en cascada. Además, se ofrecen al alumno otras siete lecturas recomendadas que le permitirán conocer una mirada crítica a los principios Ariadna, varias revisiones sistemáticas que abordan intervenciones sobre el manejo de pacientes con multimorbilidad con un enfoque centrado en el paciente en un entorno de atención primaria, un estudio cualitativo que explora las percepciones sobre el uso y la deprescripción de medicamentos en la atención a personas mayores, y dos artículos sobre el concepto de prevención cuaternaria y la deprescripción en personas mayores.
- Caso clínico. Se inicia el caso de Francisca, que se desarrolla a lo largo de este módulo y los dos siguientes. Se trata de una paciente con multimorbilidad y

- polimedicación que sufre una caída y, como consecuencia de la misma y de su tratamiento, se producen interacciones no deseadas con su medicación previa. En primer lugar —y tras la caída consecuencia de la medicación—, se pide al alumno que lleve a cabo una valoración de los principios Ariadna aplicados a este caso concreto. Seguidamente, ante las interacciones detectadas, se presenta una necesidad de deprescribir alguno de sus medicamentos en una visita de seguimiento realizada a los 20 días de la caída y se pide al alumno que realice una propuesta de deprescripción.
- Foro. Se les plantea a los alumnos que reflexionen sobre la utilidad de las guías de práctica clínica en los pacientes con multimorbilidad y si se tienen en cuenta la prioridades del paciente en la práctica clínica habitual, mediante una serie de preguntas a las que se les invita a contestar y que exponemos a continuación. Cuando un paciente acumula varios procesos patológicos, ¿a qué dais prioridad?
 - ◊ ¿A las guías de práctica clínica de cada proceso por aislado?, ¿a las indicaciones de los compañeros de especialidades hospitalarias implicados?, ¿a las preferencias del paciente, a las de los cuidadores,...?
 - ◊ ¿Con qué frecuencia tenéis en cuenta las prioridades explícitas del paciente y sus condicionantes personales y sociales?
 - Actividad de evaluación del módulo: cuestionario de evaluación del Módulo 3.

4.2.5. Módulo 4. La conversación clínica en pacientes con MM

- Texto con los contenidos de la semana. En esta semana se revisan las herramientas de comunicación fundamentales para la puesta en marcha de los principios Ariadna y de la deprescripción, cuando esta sea necesaria. Se anima al alumno a considerar el trabajo junto con el paciente en persona, a contrastar sus propuestas de salud con una persona portadora de criterios propios. Esta transferencia bidireccional de criterios se realiza mediante una entrevista clínica, que es un tipo específico de conversación. Se desarrollan los conceptos que deberían formar parte de una conversación clínica en la que se pueda verificar la toma de decisiones compartidas entre clínicos y pacientes. En el proceso de revisión pueden aparecer resistencias del paciente o situaciones conflictivas o difíciles de resolver, y se ofrecen herramientas para aplicar en la consulta (individualización, escucha activa, empatía, exploración de creencias, dar información y negociación).
- Vídeo 1 de contenidos del cuarto módulo.
- Guion textual del vídeo 1.

- Caso clínico. Se presenta una simulación del caso clínico de Francisca en un momento concreto del tiempo, creada por los docentes para que el alumno visualice las diferentes técnicas de la conversación clínica desarrolladas en este módulo. En esta simulación se presenta a Francisca en una consulta con su médico de familia, quien le plantea deprescribir uno de los medicamentos que toma —en concreto, los antidepresivos—, y consiguen llegar a un acuerdo de deprescripción.
- Guion textual de la simulación 1.
- Lecturas recomendadas. A través de cinco lecturas obligadas se profundiza en aspectos sobre cómo realizar y mejorar la entrevista clínica y la escucha activa, así como la mejor forma de identificar los problemas psicosociales como motivo de consulta. También se ofrecen otras lecturas adicionales, un capítulo sobre toma de decisiones compartidas y un artículo sobre la empatía, un valor troncal en la práctica clínica, que muestran a autores que han reflexionado sobre las características idóneas de la comunicación (desarrollando la escucha activa, la empatía, la negociación...) encaminadas a conseguir la implicación de los pacientes en su propio plan terapéutico y de cuidados.
- Foro. Se invita a reflexionar sobre las herramientas utilizadas en la entrevista clínica y la comunicación médico/paciente y enfermera/paciente para conseguir su implicación y adherencia, sobre todo cuando se proponen cambios en los tratamientos en la fase de deprescripción.
- Actividad de evaluación del módulo: cuestionario de evaluación del Módulo 4.

4.2.6. Módulo 5. Las prioridades del paciente con MM.

- Texto con los contenidos de la semana. En la última semana se profundiza en dos de las herramientas de comunicación fundamentales para la puesta en marcha de los principios Ariadna y de la deprescripción, que ya se han presentado en el Módulo 4: la escucha activa y las técnicas de negociación. A través del material de trabajo y de las tareas propuestas en este módulo, se podrá reflexionar sobre lo que significa la habilidad de escuchar, no solo a lo que la persona está expresando directamente, sino también a los sentimientos, las ideas, los pensamientos o las intenciones que subyacen a lo que se está diciendo. En el proceso de aplicación de los principios Ariadna en pacientes con multimorbilidad y polimedicación, pueden aparecer resistencias o situaciones conflictivas o difíciles de resolver. El clínico constata que sus prioridades y expectativas pueden ser muy distintas a las del paciente, y esto dificulta una toma de decisiones compartida o un acuerdo de objetivos realista. Para afron-

- tar estas situaciones, nos veremos en la necesidad de utilizar las distintas técnicas de negociación, algunas de las cuales se presentan en este módulo.
- Vídeo. En este módulo se presentan dos vídeos. El vídeo 1 se centra en el desarrollo de la escucha activa, y el vídeo 2 en la toma de decisiones compartida y las técnicas de negociación.
 - Guiones textuales de los vídeos 1 y 2.
 - Caso clínico. Continuando con el caso iniciado en el Módulo 3, se ofrecen al alumno dos nuevas simulaciones. En la primera de ellas, se presenta a Francisca nuevamente en la consulta de su médico de familia (han pasado 6 meses desde la visita anterior). El profesional plantea a la paciente una nueva deprescripción (hipnótico) y, en esta ocasión, tras un enfrentamiento entre ambos, no se alcanza un acuerdo. La paciente es derivada a la consulta de enfermería para seguimiento del tratamiento y sus problemas de salud. En la siguiente simulación se presenta a Francisca en la consulta de su enfermera de familia y se van a abordar la adherencia al tratamiento y los estilos de vida.
 - Guiones textuales de las simulaciones 2 y 3.
 - Lecturas recomendadas. Con las cinco lecturas recomendadas se profundizará en los elementos de la entrevista clínica y en la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas, incluidos los mitos en relación a ella.
 - Se invita a los alumnos a reflexionar sobre las técnicas/recursos de la conversación clínica a partir de las simulaciones que se visualizan en este módulo.
 - Actividad de evaluación del Módulo 5.

4.2.7. Contenidos finales

- Encuesta de satisfacción. Importante valorar la satisfacción del alumno con una medida de resultado y como una herramienta para la mejora del curso en sucesivas ediciones.
- Examen de conocimientos (evaluación post-test, con 20 preguntas de un banco de preguntas que se utilizaron en la evaluación pretest). Este curso incluye una evaluación antes/después para medir las mejoras formativas de los participantes (el impacto de la formación).
- El análisis agregado y anonimizado de los cuestionarios respondidos por los participantes, junto con el nivel de satisfacción alcanzado con la actividad y el grado de adherencia a la misma (porcentaje de alumnos de los inicialmente matriculados que realizan el curso completo), van a ser evaluados y formarán

parte de los resultados de la investigación MULTIPAP en la que se circunscribe este curso.

- Es un requisito obligatorio tener finalizadas todas las actividades y cuestionarios previos para poder acceder al cuestionario final postest.

Cuadro 2. Estructura de eMULTIPAP

Contenidos	Presentación	Módulos semanales					Contenidos finales
		1	2	3	4	5	
Textos	Texto	Texto con los contenidos del módulo					
Vídeos		Primer vídeo					
		Guion primer vídeo					
			2.º vídeo			2.º vídeo	
			Guion 2.º vídeo			Guion 2.º vídeo	
Casos clínicos		c1, c2	c3	c4			
Simulaciones					1.ª simulación		
					Guion 1.ª simulación		
						2.ª simulación	
						Guion 2.ª simulación	
						3.ª simulación	
						Guion 3.ª simulación	
Apoyo bibliográfico		Lecturas recomendadas					
		Lecturas «para saber más»					
Foro		Foro					
Evaluación							Encuesta de satisfacción
	Evaluación pretest	Cuestionario de conocimientos					Evaluación post-test

c1, c2, c3 y c4: casos clínicos

5. Consideraciones finales

Como ya se ha comentado, Lewis *et al.* llevaron a cabo en 2016¹⁹ una revisión sistemática sobre la formación de los médicos en multimorbilidad y presentaron una propuesta de contenido curricular que se agrupa en 6 bloques (ver **Figura 4. Propuesta de contenidos curriculares en MM, pág. 29**). En eMULTIPAP se abordan algunos contenidos de cuatro de esos seis bloques: habilidades clínicas, habilidades de comunicación, de manejo del tiempo y estrategias de riesgo, y trabajo en equipo, y, en la última adaptación realizada para MULTIPAP Plus (4.ª ed.), se presenta ya la importancia del uso de herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas para el médico (concretamente se presenta CheckTheMeds®^{14, 15}), que podrían enmarcarse en el grupo de habilidades de tecnología de la información), con lo que se incluirían contenidos de 5 bloques de los 6 propuestos por el grupo de Lewis.

REFERENCIAS

- 1 Piaget J. The Role of Action in the Development of Thinking. In: Overton WF, Gallagher JM, editors. Knowledge and Development Volume 1 Advances in Research and Theory [Internet]. Boston: Springer 1977. p. 17-42. DOI: 10.1007/978-1-4684-2547-5_2.
2. García González E. El significado de la obra de Vigotsky. Pedagogía constructivista y competencias. México: Trillas; 2010. p. 17.
- 3 Walker A, Leary H. A Problem Based Learning Meta Analysis: Differences Across Problem Types, Implementation Types, Disciplines, and Assessment Levels. IJPBL. 2009; 3(1):12-43. DOI: 10.7771/1541-5015.1061.
- 4 Luy-Montejo, C. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) en el desarrollo de la inteligencia emocional de estudiantes universitarios. Propós. represent. [Internet]. 2019; 7(2):353-383. Available from: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/288>.
- 5 Jin J, Bridges SM. Educational technologies in problem-based learning in health sciences education: a systematic review. J Med Internet Res. 2014; 16(12):e251. DOI: 10.2196/jmir.3240.
- 6 Taveira-Gomes T, Ferreira P, Taveira-Gomes I, Severo M, Ferreira MA. What Are We Looking for in Computer-Based Learning Interventions in Medical Education? A Systematic Review. J Med Internet Res. 2016; 18(8):e204. DOI: 10.2196/jmir.5461.
7. Branda LA. El resplandor brillante de otros tiempos. En: Araújo UF, Sastre G. El aprendizaje basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la Universidad. Barcelona: Gedisa; 2008. p.17-46.
- 8 Muth C, van den Akker MJ, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG *et al.* The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC Med. 2014;12:223. DOI: 10.1186/s12916-014-0223-1.

- 9 Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A *et al.* Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci.* 2017; 12(1):54. DOI: 10.1186/s13012-017-0584-x.
- 10 Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Feliú LA, Pico-Soler V, Bujalance-Zafra MJ *et al.* Effectiveness of the MULTIPAP Plus intervention in youngest-old patients with multimorbidity and polypharmacy aimed at improving prescribing practices in primary care: study protocol of a cluster randomized trial. *Trials* (2022) 23:479. DOI: 10.1186/s13063-022-06293-x.
- 11 Toledo-Chavarrí A (investigadora principal). Envejecimiento, multimorbilidad y polimedición: Efectividad e implementación de una intervención multicomponente centrada en el paciente. Actualizado a 08/02/2021. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2d22a-bf7-6a10-11eb-ba92-63f958683616&id-Carpeta=bfa7ce27-adfc-11e9-bee0-f3fe-0b90eab8>.
- 12 Sarria-Santamera A. Joint Action Chrodis-Plus. Implementing Good Practices for Chronic Diseases. [Internet]. 2018 (Accessed on 28 June 2023). Available at: <http://chrodis.eu/>.
- 13 Rodríguez-Blázquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliiek-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S *et al.* Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jul 22;17(15):5268. DOI: 10.3390/ijerph17155268.
- 14 González-Rojano E, Valdez S, Romero D, Hernandez M, Santos Abad F. Utility of Checkthemedms® for Detection of Potentially Inappropriate Medication in Hospitalized Patients. *Clin Ther* [Internet]. 2017;39(8):e37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.05.116>.
- 15 CheckTheMeds. Asistencia profesional para la revisión global rápida de los tratamientos. CheckTheMeds Technology S.L. [Internet] [consultado 27 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.checkthemedms.com/>.
- 16 Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Capacitación de médicos para el manejo de pacientes con multimorbilidad: una revisión sistemática. *J Comorb.* 2016; 6 (2): 85-94. DOI: 10.15256 / joc.2016.6.87.
- 17 IAVANTE. Líderes en Formación y Evaluación Sanitaria. Granada: Consejería de Salud y Consumo. Fundación Progreso y Salud. [Consultado 26 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.iavante.es/>.
- 18 Cabero, J. Tecnología educativa: Utilización didáctica del vídeo. Barcelona: PPU; 1989.
- 19 Harder NB. Use of simulation in teaching and learning in health sciences: A systematic review. *J Nurs Educ.* 2010 Jan;49(1):23-8. DOI: 10.3928/01484834-20090828-08.
- 20 Díaz, F. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México: Mc Graw Hill; 1999.
- 21 Trueba C, Remuzgo L. Una revisión de los recursos educativos Multimedia. [Internet] 2016. [Consultado 1 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.aehe.es/wp-content/uploads/2016/06/Carmen-Trueba-Lorena-Remuzgo.pdf>.
- 22 Mazzotti W. Análisis didáctico de las intervenciones de los docentes en los foros de discusión en cursos de postgrado en modalidad a distancia. *Cuadernos de Investigación Educativa.* 2005; 2 (12): 25-39.

EVALUACIÓN

1. Evaluación en docencia médica. La pirámide de Miller

A la vez que se diseñaba la primera edición de eMULTIPAP para su utilización con los sujetos de intervención del primer ensayo MULTIPAP¹, se buscó un modelo de evaluación de la misma que nos permitiera ir encontrando, a través de las evaluaciones y el feedback de los alumnos, elementos para avanzar y mejorar el diseño de esta intervención educativa (IE). Debía ser un modelo evaluativo factible; que nos diera suficiente información (preferiblemente «de proceso», e incluso «de estructura») de la IE; que, tras su aplicación en la primera edición (la de los sujetos de intervención del ensayo MULTIPAP), nos permitiera su reutilización en cada una de las futuras ediciones; y que a lo largo de todas ellas nos aportara información complementaria al estudio de efectividad (resultados), para comprobar los avances (durante el desarrollo del curso y un tiempo después) y del que pudiéramos extraer información para introducir mejoras en el futuro desarrollo de la IE.

En el ámbito sanitario, uno de los modelos más utilizados y conocidos para la evaluación de la educación médica, es el que se describe en la pirámide de Miller² (**Figura 9**), que establece cuatro niveles en la evaluación del alumno:

1. Lo que sabe.
2. Lo que racionaliza: es capaz de saber cómo, de relacionar y elaborar pensamientos complejos...
3. Lo que es capaz de demostrar: lo que puede demostrar por ejemplo en una ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) u otro método evaluativo, o incluso... lo que enseña a otros.
4. Lo que hace: lo que el aprendizaje adquirido influye en su práctica.



Figura 9. Niveles de la evaluación, según Miller (adaptado de Van der Vleuten CPM, 2000)²

La pirámide de Miller establece cuatro niveles que representan y delimitan un grado de la evaluación (*assessment*) o comprobación de la adquisición de competencias por parte de los alumnos.

A nuestro grupo MULTIPAP le interesaba —efectivamente—, por una parte, la evaluación del alumno, de su evolución en el tiempo tras la formación, y también poder valorar cómo modifica sus actuaciones profesionales tras el aprendizaje y qué efecto producen. El análisis de estos resultados fue el objetivo fundamental de este ensayo (efectividad de la intervención MULTIPAP) y se midieron en el análisis de efectividad ya citado.

Pero, por otra, también interesaba determinar un modelo evaluativo que detectara posibles mejoras para incluirlas en la propia IE en las diferentes ediciones, como parte nuclear de la intervención compleja del ensayo MULTIPAP. Para obtener esta información, elegimos el modelo de Kirkpatrick ampliamente utilizado en los más variados ámbitos para evaluar los resultados de los programas de capacitación y aprendizaje.

2. El modelo de Kirkpatrick para evaluar eMULTIPAP

El modelo de Kirkpatrick fue descrito inicialmente en 1955 y revisado con posterioridad; es la última revisión de 2019³ la que hemos utilizado. Esta evaluación es aplicable a los nuevos métodos de enseñanza⁴, como ha sido nuestra IE. Establece cuatro niveles de evaluación, en cada uno es necesario aplicar un diseño epidemiológico adecuado. La **Figura 10** resume los cuatro niveles de evaluación y la descripción de su aplicación en eMULTIPAP.

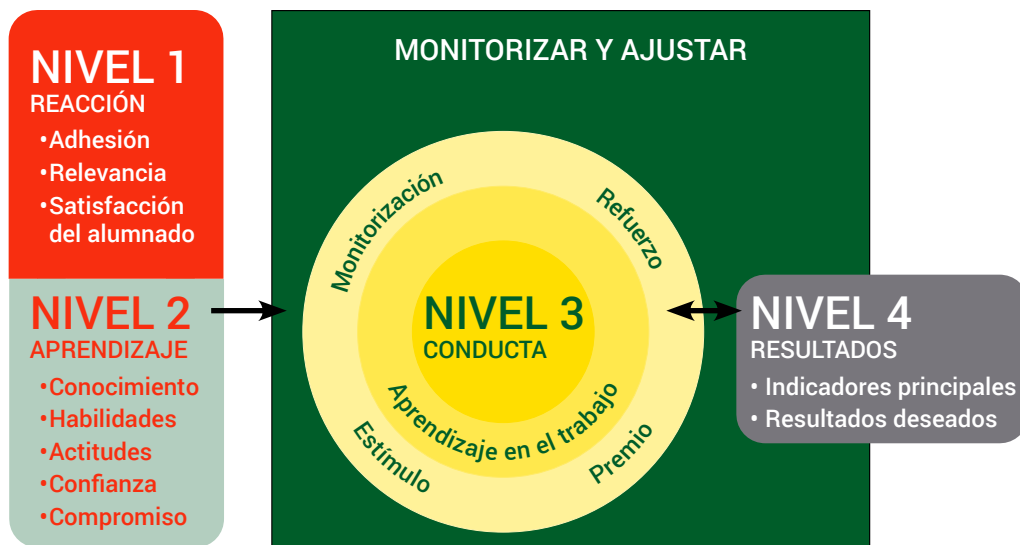


Figura 10. Niveles de Kirkpatrick
(modificado de Kirkpatrick J, Kirkpatrick W)³

El primer nivel de evaluación (Reacción) considera la participación de los alumnos y su opinión respecto a la organización y los contenidos de la actividad formativa. Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal que ha evaluado el seguimiento de la actividad por parte de los alumnos en cada una de las 5 ediciones (porcentaje que la han finalizado tras haber realizado la totalidad de las tareas propuestas) y su satisfacción. Incluyó una encuesta al finalizar el curso que indagó cuestiones de accesibilidad y calidad de los contenidos del curso, valoración a los teledocentes y una medida global de satisfacción con la actividad en su conjunto mediante una escala Likert de 4 opciones. También se incluyeron

preguntas abiertas sobre aspectos positivos, negativos y propuestas de mejora. Estas preguntas se analizaron con metodología cualitativa. (La descripción de la encuesta utilizada y los resultados de la misma se incluye en el capítulo de resultados).

El segundo nivel de evaluación (Aprendizaje) se centra en la medición del cambio de conocimientos, habilidades y actitudes de los alumnos. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio antes-después en el que se ha evaluado la ganancia de conocimientos utilizando un cuestionario que varió entre 15 y 20 preguntas tipo test multirrespuesta (cuatro respuestas), con una única opción válida. Se ha utilizado una escala de puntuación de 0 (todas las respuestas son erróneas) a 10 (todas las respuestas son válidas).

El tercer nivel de evaluación (Conducta) se refiere en eMULTIPAP al análisis del cambio de comportamiento autorreferido por el profesional tras un periodo superior a los 3 meses desde que se finalizó el curso, mediante un estudio descriptivo de los MF que habían realizado de forma completa el curso eMULTIPAP. Para ello, se diseñó un cuestionario autoadministrado (cuyos contenidos se detallan en el capítulo de resultados), que se les envió desde la misma plataforma del curso. Debían responder de forma anónima a 6 preguntas cerradas y valoradas mediante una escala ordinal de 5 opciones, relativas a la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos en su puesto de trabajo y al reconocimiento de los logros obtenidos por ello, e incluía dos preguntas abiertas sobre aspectos de su trabajo clínico que, en su opinión, habían mejorado tras la realización del curso. También se les pidieron sugerencias para futuras ediciones de la actividad formativa.

El cuarto nivel evaluativo de Kirkpartick (Resultados) se enfoca a la valoración de cambios acontecidos en la organización de la práctica clínica a consecuencia del aprendizaje y el posterior beneficio para los pacientes. Para medir estos cambios, en el contexto del ensayo clínico MULTIPAP y, respecto a la primera edición de la IE, se han valorado las prescripciones inadecuadas mediante la herramienta MAI (Medication Appropriateness Index)⁵, la utilización de servicios por los pacientes (hospitalizaciones no programadas o evitables, consultas al médico o a la enfermera en urgencias o en AP), la calidad de vida percibida por los pacientes (mediante el cuestionario Euroqol 5D-5L)⁶ y la adherencia al tratamiento de los pacientes (mediante el cuestionario Morisky-Green)⁷. Este cuarto nivel —que proporciona información sobre el impacto en resultados de salud de

la actividad formativa— se ajusta a las recomendaciones más exigentes en evaluación de Computer-Based Learning (CBL)⁸. Como variable resultado principal, se ha considerado la adecuación de la prescripción medida con la herramienta MAI⁵, que es un método implícito de evaluación de la adecuación de la prescripción farmacológica y consiste en un cuestionario de 10 preguntas que se consideran para cada uno de los medicamentos que el paciente tiene prescrito, obteniéndose valores de entre 0 a 18 puntos (a mayor puntuación, menor adecuación terapéutica). También se obtiene una puntuación final (suma ponderada de la puntuación obtenida para cada fármaco) para el conjunto de medicación del paciente. Los resultados correspondientes a este cuarto nivel evaluativo han sido objeto de una publicación científica⁹.

REFERENCIAS

- 1 Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A *et al*. Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (MultiPAP project). *Implement Sci*. 2017;12(1):54. DOI: 10.1186/s13012-017-0584-x.
- 2 Van der Vleuten, CPM. A paradigm shift in education: how to proceed with assessment? 9th International Ottawa Conference on Medical Education. Cape Town, 28. February-3 March 2000.
- 3 Kirkpatrick J, Kirkpatrick W. An introduction to the New World Kirkpatrick Model. 2019. [Internet]. Newnan: Kirkpatrick Partners, LLC; 2010-2021 [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://www.kirkpatrickpartners.com/wp-content/uploads/2021/11/Introduction-to-the-Kirkpatrick-New-World-Model.pdf>.
- 4 Ruiz JG, Mintzer MJ, Issenberg SB. Learning objects in medical education. *Med Teach*. 2006; 28(7):599-605. DOI: 10.1080/01421590601039893.
- 5 Gavilán E, Villafaina A, Aranguéz A, Sánchez GA, Suliman S, Jiménez L. Índice de adecuación de los medicamentos - Versión española modificada manual de usuario [Internet]. Plasencia: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2012. [cConsultado 13 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://somuca.es/wp-content/uploads/2012/05/Indice-Adecuacion-Medicamentos-Version-2012.pdf>.
- 6 The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990; 16(3):199-208. DOI: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.
- 7 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67-74. DOI: 10.1097/00005650-198601000-00007
- 8 Cook DA. The research we still are not doing: An agenda for the study of computer-based

learning. Acad Med. 2005; 80(6):541-8. DOI: 10.1097/00001888-200506000-00005.

- 9 Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, López-Verde F *et al.* How to Impro-

ve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. J. Pers. Med. 2022; 12(5):752. DOI: 10.3390/jpm12050752.

RESULTADOS

A continuación se presentan de forma detallada los resultados obtenidos en cada una de las cinco ediciones que se han realizado de esta actividad formativa, siguiendo los criterios de evaluación del modelo de Kirkpatrick en sus cuatro niveles, que han sido presentados en el apartado previo de Evaluación. Posteriormente se expone un resumen de los resultados más importantes de forma conjunta.

1. Primera edición eMULTIPAP

Como se ha nombrado previamente, esta herramienta formativa eMULTIPAP se creó como parte de la intervención compleja del ensayo clínico MULTIPAP¹, que tenía como objetivo facilitar el abordaje y manejo clínico de los pacientes con MM, aplicando una perspectiva centrada en el paciente. La primera edición del curso formativo eMULTIPAP se corresponde con el grupo intervención del mencionado ensayo clínico, y tuvo lugar entre enero y marzo de 2017.

1.1. Primer nivel de Kirkpatrick

En el primer nivel de Kirkpatrick analizamos la participación y satisfacción de los participantes, observando en esta primera edición de eMULTIPAP que el total de profesionales matriculados fue de 59 sanitarios que se corresponden en su totalidad a especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Todos ellos completaron la actividad formativa. Los participantes tenían una media de edad de $51,8 \pm 6,8$ años (IC 95 % 50,07-53,55). De ellos, un 61 % eran mujeres, es decir, 36 alumnas participaron en el curso. El 44 % procedía de la Comunidad de Madrid, seguido por un 34 % de Andalucía y un 22 % de Aragón.

En cuanto al nivel de satisfacción global del curso, se obtuvo una media de 7,4 sobre una puntuación de 10. También se les realizó una pregunta sobre si recomendaría el curso a otra persona y se obtuvo una evaluación media de 7,97 sobre 10 con una desviación de 1,25 puntos. En la **Tabla 1** se detallan los resultados de cada uno de los aspectos evaluados en dicha encuesta:

Tabla 1. Resultados de la encuesta de satisfacción de los 59 participantes. Primera edición eMULTIPAP

<i>Respuestas (porcentajes %)</i>	<i>Muy adecuado</i>	<i>Adecuado</i>	<i>Poco adecuado</i>
Acceso al curso	40	60	0
<i>Duración</i>	<i>8,57</i>	<i>80</i>	<i>11,43</i>
Accesibilidad de los contenidos	28,57	68,57	2,86
<i>Calidad de los contenidos</i>	<i>31,43</i>	<i>65,71</i>	<i>2,86</i>
Adaptación contenidos a objetivos	28,57	60	11,43
<i>Navegación del curso</i>	<i>35,29</i>	<i>52,94</i>	<i>11,76</i>

En el curso participaron 9 teledocentes, miembros del equipo de investigación del estudio MULTIPAP. Los 9 teledocentes recibieron calificaciones superiores a 8 puntos sobre un máximo posible de 10, con un promedio de 8,37. Los contenidos del curso eMULTIPAP (vídeos, presentaciones, lecturas recomendadas, actividades evaluativas y foros) fueron considerados adecuados o muy adecuados por el 97 % de quienes hicieron el curso, obteniendo puntuación media superior a 4 (escala de 1-5 puntos).

Se registraron 85 opiniones/sugerencias de los alumnos en relación a aspectos positivos y aspectos por mejorar. Dos miembros del equipo investigador del estudio MULTIPAP procedieron de forma separada a la lectura y relectura de todas las opiniones de los alumnos, a la asignación posterior de códigos y segmentación de citas, seguido de una reunión de triangulación y consenso.

En total se han identificado 9 códigos diferentes que proceden del análisis de las opiniones. Estos códigos se han agrupado a su vez en 3 categorías. La primera contiene aspectos relacionados con la actividad formativa y su desarrollo, con opiniones positivas y negativas de contenidos concretos del curso, valoraciones globales de la actividad (positivas y negativas), problemas técnicos para hacer el curso y propuestas de mejoras para futuras ediciones. La segunda categoría se refiere a la aplicabilidad del curso y contiene aspectos que facilitarían —en opinión de los participantes— la puesta en práctica de lo aprendido y otros relativos a barreras o dificultades en la práctica diaria del profesional sanitario. Finalmente, se estableció una tercera categoría compuesta sólo por un código que procede de una opinión de un alumno relativo a los profesionales que también deberían recibir esta formación, además de los médicos de familia. Toda esta información detallada se recoge en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Categorías y códigos de la encuesta de satisfacción. Primera edición eMULTIPAP

Categoría	Código	Citas
1. Opiniones	1. Aspectos positivos del curso	<p><i>Sensibilizar.</i></p> <p><i>Aprender cómo abordar estos escenarios con mejor criterio y conocimiento.</i></p> <p><i>La transcripción del vídeo ayuda a adaptar mejor el curso al ritmo de cada alumno.</i></p> <p><i>Me ayudó a remarcar la actitud y asistencia que practico al atender a los pacientes con multimorbilidad y la polifarmacia y la importancia de esos.</i></p>
	2. Aspectos negativos del curso	<p><i>Excesivas encuestas de satisfacción.</i></p> <p><i>Carece de herramientas prácticas.</i></p> <p><i>Alguna de las tareas eran demasiado difíciles para mí.</i></p> <p><i>Aunque interesantes, las pruebas no eran lo suficientemente complejas y la del último módulo era demasiado fácil.</i></p> <p><i>Demasiados conceptos y teorías ya conocidos.</i></p>
	3. Evaluación positiva global del curso	<p><i>Adecuado como enfoque inicial.</i></p> <p><i>Conceptualmente bueno.</i></p> <p><i>Es una buena y necesaria herramienta.</i></p> <p><i>Curso interesante, fácil de completar.</i></p> <p><i>Curso muy útil, se nota que han trabajado mucho.</i></p>
	4. Evaluación negativa global del curso	<p><i>Algo corto.</i></p> <p><i>La toma de decisiones compartida con nuestros pacientes aplicada a la MM y la PP es un privilegio que no se puede simplificar para que sea fácilmente evaluable.</i></p> <p><i>...demasiado teórico.</i></p> <p><i>No he aprendido demasiado.</i></p> <p><i>No se ha profundizado.</i></p>
	5. Mejoras para futuras ediciones	<p><i>Profundizar en algunas pruebas.</i></p> <p><i>Adaptación a la práctica clínica real.</i></p> <p><i>Realizar los test con preguntas de objetivos de aprendizaje, opción de rectificar y sin doble negativo...</i></p> <p><i>Enviar un sumario de las conversaciones en el chat para fomentar la participación.</i></p> <p><i>Reorganizar duración.</i></p> <p><i>Aumentaría la duración.</i></p> <p><i>Complementar con una clase presencial.</i></p> <p><i>Más casos clínicos con situaciones médicas reales.</i></p>



(cont.) **Tabla 2.** Categorías y códigos de la encuesta de satisfacción. Primera edición eMULTIPAP

Categoría	Código	Citas
2. Aplicabilidad	6. Facilitadores para aplicar lo aprendido	<i>Es cierto que estamos acostumbrados a valorar a los pacientes longitudinalmente y, si no podemos hacerlo todo hoy, lo haremos en otro momento. Ahora nos toca a nosotros mejorar nuestra práctica clínica con este tipo de pacientes.</i>
	7. Dificultades para aplicar lo aprendido	<i>Poco tiempo para poner en práctica lo aprendido. Aprender y comprender los contenidos del curso es una cosa, pero aplicarlos correctamente es mucho más complejo. Cada día tengo, seguramente, más de 15 pacientes con multimorbilidad y polifarmacia. Me frustra no poder aplicar todo lo que sé, realmente estoy al máximo de mi capacidad de trabajo... Su aplicabilidad... me temo que será limitada. Una herramienta eficiente en el mejor de los casos, pero no eficaz en la práctica. A veces uno de los inconvenientes para adaptar el tratamiento de un paciente con MM y PP es la falta de consenso entre nosotros los médicos.</i>
	8. Preguntas sin resolver en el curso	<i>¿Cuál es la prioridad en un paciente pluripatológico? ¿Por dónde empezar? ¿Qué alternativas tenemos frente a fármacos claramente nocivos que controlan los síntomas, pero empeoran su calidad de vida?</i>
3. Profesionales que deberían tener formación en multimorbilidad	9. Profesionales que deberían tener formación en multimorbilidad	<i>Podría ser interesante ampliar esta formación a todo el personal sanitario de atención primaria y especializada.</i>

1.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

Este segundo nivel se valoró mediante un análisis de conocimientos antes de iniciar la actividad y al finalizar la misma, realizado mediante un cuestionario tipo test multi-respuesta, como se ha comentado en el apartado de Evaluación. El cuestionario previo a la actividad formativa obtuvo una puntuación media de $6,78 \pm 1,37$ puntos sobre un total de 10 puntos (CI95 %:6,42-7,14) y en el cuestionario realizado una vez finalizada la actividad se obtuvo una puntuación media de $8,85 \pm 1,02$ puntos (CI95 %:8,58-9,11). La diferencia entre los conocimientos previos y los finales fue de $2,03 \pm 1,34$ puntos (CI95 %:1,77-2,29; $p < 0,001$).

1.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

Para evaluar la aplicación realizada de los conocimientos adquiridos al lugar de trabajo (evaluación de la transferencia) de cada uno de los alumnos del curso, se llevó a cabo una encuesta online que se envió a cada uno de los participantes transcurridos al menos 3 meses desde que se realizó el curso eMULTIPAP, como se ha comentado en el apartado previo de Evaluación.

Los resultados del análisis de transferencia de la primera edición de eMULTIPAP, correspondiente al tercer nivel evaluativo de Kirkpatrick, se presentan en la **Tabla 3**. Respondió un 27,11 % (16/59) de los participantes. Las puntuaciones más elevadas se obtienen en los apartados de aplicabilidad de lo aprendido, aumento de la motivación para trabajar con pacientes con MM y autopercepción de mejora de sus intervenciones. Las puntuaciones más bajas se agrupan en las respuestas relativas al apoyo organizacional que reciben en su puesto de trabajo para poder aplicar lo aprendido en el curso y al reconocimiento que reciben por los logros conseguidos.

Tabla 3. Encuesta de transferencia. Primera edición eMULTIPAP

	<i>Nada/nunca n (%)</i>	<i>Casi nada / casi nunca n (%)</i>	<i>A veces n (%)</i>	<i>Casi siempre n (%)</i>	<i>Siempre n (%)</i>
Califique la aplicabilidad de este curso a su trabajo.	0	0	4 (25)	9 (56,25)	3 (18,75)
¿Con qué frecuencia aplica en su Práctica diaria los conocimientos adquiridos durante este curso?	0	0	6 (37,50)	9 (56,25)	1 (6,25)
¿Tiene suficiente apoyo en su trabajo para aplicar los conocimientos adquiridos en este curso?	0	3 (18,75)	10 (62,50)	2 (12,50)	1 (6,25)
¿Ha aumentado su motivación para abordar la multimorbilidad en su práctica clínica después de este curso?	0	0	3 (18,75)	11 (68,75)	2 (12,50)
¿Han mejorado sus resultados con pacientes con multimorbilidad y polifarmacia tras aplicar lo aprendido en este curso?	0	1(6,25)	5 (31,25)	8 (50,00)	2 (12,50)
¿Se le reconocen explícita o implícitamente sus logros tras completar este curso?	2 (12,50)	5 (31,25)	8 (50,00)	1 (6,25)	0

El análisis de transferencia se completa con dos preguntas abiertas. La primera pregunta se refiere a los aspectos que habían mejorado en el trabajo del médico a raíz del curso. Sobre esta cuestión, se han obtenido un total de 19 respuestas de alumnos de la primera edición. Tras la lectura y relectura y la segmentación de citas, se identifican un total de 6 códigos. Estos códigos se han agrupado en una primera categoría (2 códigos) relativa al tratamiento farmacológico, que contiene aspectos relacionados con la conciliación del tratamiento, iatrogenia e interacciones farmacológicas, junto con un apartado de deprescripción. La segunda categoría (3 códigos) la definimos con la etiqueta «sensibilización» o «efecto vacuna» ante la MM y la polimedicación en cuanto a su complejidad, importancia, edades en las que se presenta y capacidad resolutoria del profesional. Los dos códigos restantes se asignaron a 2 opiniones relativas a problemas para aplicar lo aprendido en el puesto de trabajo y a la ausencia de cambios apreciados por un profesional, y constituyen la tercera categoría relativa a obstáculos para la aplicabilidad. Estas categorías y códigos se recogen en la **Tabla 4**.

La segunda pregunta abierta solicitaba propuestas y sugerencias para las próximas ediciones de esta actividad formativa. Se han registrado 16 propuestas relativas a un aumento de los casos prácticos, proporcionar más tiempo en la atención clínica para aplicar lo aprendido, desarrollar nuevos contenidos teóricos sobre deprescripción de tratamientos en patologías frecuentes y mejorar la calidad de los contenidos actuales en cuanto a la interacción con el alumnado.

1.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

Esta es la única edición de las 5 realizadas hasta el momento donde se ha evaluado el cuarto nivel de Kirkpatrick, es decir, los resultados que ha supuesto esta herramienta formativa en los pacientes de los facultativos participantes en la intervención formativa. El resultado principal se midió como la mejoría en la puntuación del test MAI (Medication Appropriateness Index²), que tiene una puntuación máxima de 18 puntos. Se realizó una medición a los 6 meses tras la intervención formativa (T1) y a los 12 meses (T3) que se comparó con la medición realizada previa al inicio de esta (T0). La diferencia media del test MAI a los 6 meses (T1-T0) fue de 3,43 puntos (SD 0,84) y a los 12 meses de (T3-T0) de 4,6 puntos (SD 11,1).

Tabla 4. Primera pregunta abierta de la encuesta de transferencia. Primera edición eMULTIPAP

Categoría	Código	Citas
1. Aspectos relacionados con el tratamiento médico	1. Conciliación del tratamiento farmacológico, interacciones farmacológicas y yatrogenesis	<p><i>Mi percepción sobre la posibilidad de yatrogenia en personas mayores con polifarmacia ha mejorado.</i></p> <p><i>Necesidad de revisar los síntomas de los pacientes que pueden deberse a yatrogenia.</i></p> <p><i>Estar atento a los nuevos fármacos, la duración del tratamiento y los posibles efectos adversos.</i></p> <p><i>Mayor seguridad al revisar los tratamientos.</i></p>
	2. Deprescripción	<p><i>Tengo más control con los nuevos tratamientos y estoy trabajando más en la deprescripción.</i></p> <p><i>Replantearse con más frecuencia la necesidad de nuevos tratamientos.</i></p>
2. «Efecto vacuna»	3. Mayor conciencia sobre MM y PP	<p><i>Abordar a los pacientes polimedcados y con MM con una visión más integral.</i></p> <p><i>Tener en cuenta los pacientes polimedcados menores de 74 años.</i></p>
	4. Incremento en la capacidad de toma de decisiones	<p><i>Incremento en la capacidad de toma de decisiones en mis pacientes polimedcados.</i></p>
	5. Efectos positivos en la formación continuada	<p><i>Este curso me ha motivado para repasar conceptos y, en la medida de mis posibilidades, aplicarlos a mi práctica clínica.</i></p> <p><i>Ser consciente de que la práctica está correlacionada con los aspectos teóricos.</i></p>
3. Obstáculos de aplicabilidad	6. Obstáculos de aplicabilidad	<p><i>Dificultad para aplicar los conocimientos sobre detección de interacciones en prescripciones procedentes de otros compañeros o de atención especializada.</i></p> <p><i>En los indicadores de prescripción gerencial, algunas prácticas son penalizadas y, al suprimirla, mis indicadores de uso racional del medicamento caen.</i></p>

Además, en esta primera edición existió un grupo control que recibió la intervención formativa una vez superados los 12 meses de seguimiento, conformando así el grupo de participantes de la segunda edición. La existencia de este grupo de participantes a cuyos pacientes se les evaluó la adecuación de la medicación mediante MAI antes de la intervención formativa permitió la realización de un análisis comparativo entre ambos grupos; el análisis se realizó por intención de tratar con imputación múltiple y reveló una diferencia ajustada en la puntuación MAI a los 6 meses de -2,32 puntos (IC del 95 %, -4,20 a -0,45; p = 0,014). A los 12 meses, la diferencia fue mayor, de hasta -3,40 (-5,45, -1,34)

puntos, siendo estadísticamente significativo. No obstante, debemos ser cautos en la interpretación de los resultados dada la escasez de pruebas sobre el beneficio clínico del cambio observado en el MAI. En relación con la perspectiva de los pacientes sobre su experiencia en la toma de decisiones compartidas, el 94 % otorgó puntuaciones entre 7 a 10 en el cuestionario collaboRATE, y el 94 % respondió afirmativamente a la pregunta «¿Participó tanto como deseaba en las decisiones sobre su atención y tratamiento?»

Además se analizaron otras variables, como calidad de vida, adherencia, uso del sistema sanitario y de seguridad de medicamentos. Aunque no se observaron resultados estadísticamente significativos, se evidenció un aumento de valoración de calidad de vida (con el cuestionario EuroQol 5D-5L), tanto a los 6 como a los 12 meses. Estos resultados han sido publicados por el grupo MULTIPAP³; un resumen de los mismos aparece en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Diferencias ajustadas para las variables primarias (6 meses de seguimiento) y secundarias (12 meses de seguimiento). Primera edición eMULTIPAP

<i>Resultado principal (6 meses)</i>	<i>Grupo control</i>	<i>Grupo intervención</i>	<i>Diferencia ajustada (93 % CI)</i>	<i>Valor de p</i>
Diferencia en MAI T1-T0 media (SD) (n)	1,08 (0,41) (295)	3,43 (0,84) (298)	-2,42 * (de -4,27 a -0,59)	9
Resultados secundarios (12 meses)				
Diferencia en MAI T3-T0 media (SD) (n)	1,19 (8,4) (277)	4,6 (11,1) (269)	-3,40 * (de -5,45 a -1,34)	1
Calidad de vida				
EQ-VAS (Escala Visual Analógica) media (SD)	64,97 (19,75) (280)	68,18 (20,57) (272)	2,94 * (de -1,39 a 7,28)	0,18
EQ-5D-5 L (índice) media (SD) (n)	0,780 (0,182) (280)	0,763 (0,213) (272)	-0,006 (de -0,034 a 0,022)	0,68
Adherencia al tratamiento				
Medication Assessment Questionnaire	71/280 (25)	73/272 (26,8 %)	-0,048‡ (de -0,65 to 0,56)	0,87
Seguridad de los tratamientos				
Incidencia absoluta de reacciones medicamentosas agudas	1 (1-1) (291)	1 (1-2)	0,49† (de -0,12 a 1,11)	0,11
Percepción del paciente de la toma de decisiones compartidas				
Cuestionario NHS (1)	259/275 (94,2 %)	250/264 (94,7 %)	0,09‡ (de -0,91 a 1,10)	0,85
CollaboRATE (2)	218/275 (79,3 %)	211/264 (79,9 %)	0,03‡ (de -0,67 a 0,74)	0,92

(cont.) **Tabla 5.** Diferencias ajustadas para las variables primarias (6 meses de seguimiento) y secundarias (12 meses de seguimiento). Primera edición eMULTIPAP

Uso de servicios sanitarios				
Ingresos hospitalarios (IQR) (n)	1 (1-2) (280)	1 (0-1) (272)	-0,14† (de -0,57 a 0,30)	0,52
Atenciones en urgencias hospitalarias (IQR) (n)	1 (1-2) (280)	1 (1-3) (272)	0,18† (de -0,06 a 0,41)	0,14
Número de consultas en medicina Atención Primaria (n)	7 (4-10) (280)	7 (4-11) (272)	0,07† (de -0,11 a 0,25)	0,44
Número de consultas en enfermería de Atención Primaria (n)	4 (2-7) (280)	4 (2-8) (272)	0,10† (de -0,15 a 0,35)	0,43

MAI: Medication Appropriateness Index. (1) respuesta a la primera pregunta; (2) Dicotomizada (Ej. máxima puntuación para las tres preguntas o no máxima puntuación). * Coeficiente beta, el análisis fue ajustado mediante regresión lineal multinivel. † Coeficientes, el análisis fue ajustado mediante regresión multinivel de Poisson. ‡ Coeficientes, el análisis fue ajustado mediante regresión logística multinivel.

Los resultados correspondientes a esta primera edición, han sido objeto de dos publicaciones científicas^{3,4}.

2. Segunda edición del curso eMULTIPAP

Corresponde al curso realizado entre abril y mayo de 2018. Se aplicó en el grupo control del ensayo clínico MULTIPAP, una vez finalizado dicho ensayo.

2.1. Primer nivel de Kirkpatrick

En esta segunda edición, se matricularon 58 profesionales, de los cuales participaron 53 alumnos y 48 lo finalizaron. Las pérdidas objetivadas se deben a no haber completado todas las tareas. Todos los participantes eran médicos de familia en situación laboral estable. Un 70,7 % de los matriculados eran alumnas (41 matriculadas), y la media de edad global del grupo fue de 52,4±6,8 años, con un intervalo de confianza al 95 % de 50,65-54,15 años. El 43,1 % procedía de la Comunidad de Madrid, seguido por un 34,4 % de Andalucía y un 22,4 % de Aragón.

La tasa de satisfacción global obtenida con la actividad en esta edición fue del 80,83 % sobre una escala del 100 %. Los detalles sobre la puntuación de cada una de las valoraciones de la encuesta de satisfacción se analizan en la **Tabla 6**. En este caso se utilizó una escala de 1 al 5.

Tabla 6. Encuesta de satisfacción del alumnado (48 médicos de familia) que finalizó la segunda edición del curso eMULTIPAP

<i>Ítem encuesta de satisfacción</i>	<i>Número de respuestas</i>	<i>Media (escala 1 a 5)</i>	<i>Desviación</i>
Presentación			
Vídeo de presentación	44	4,32	0,74
Textos del vídeo de presentación	44	4,25	0,69
Cuestionarios y tareas pretest	44	3,98	0,73
Cuestionarios y tareas posttest	43	4,12	0,7
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedicación)			
Vídeo Módulo 1	44	4,27	0,66
Textos vídeo Módulo	44	4,27	0,62
Diapositivas Módulo 1	44	4,25	0,69
Cuestionarios y tareas Módulo 1	44	4,02	0,66
Documentación o bibliografía complementaria Módulo 1	44	4,3	0,67
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)			
Vídeo Módulo 2	44	4,3	0,73
Textos de los vídeos: vídeo Módulo 2	44	4,27	0,69
Diapositivas Módulo 2	44	4,27	0,69
Cuestionarios y tareas: Módulo 2	44	3,93	0,76
Documentación o bibliografía complementaria: Módulo 2	44	4,27	0,69

(cont.) **Tabla 6.** Encuesta de satisfacción del alumnado (48 médicos de familia) que finalizó la segunda edición del curso eMULTIPAP

<i>Ítem encuesta de satisfacción</i>	<i>Número de respuestas</i>	<i>Media (escala 1 a 5)</i>	<i>Desviación</i>
Módulo 3.1 (principios Ariadna) y Módulo 3.2 (deprescripción)			
Vídeo Módulo 3.1	44	4,32	0,64
Textos vídeo Módulo 3.1	44	4,25	0,72
Vídeo Módulo 3.2	44	4,23	0,8
Textos vídeo Módulo 3.2	44	4,25	0,81
Diapositivas Módulo 3.1	44	4,23	0,71
Diapositivas Módulo 3.2	44	4,2	0,7
Cuestionarios y tareas Módulo 3.1	44	3,98	0,7
Cuestionarios y tareas Módulo 3.2	44	4	0,75
Documentación o bibliografía complementaria Módulo 3.1	44	4,2	0,7
Documentación o bibliografía complementaria Módulo 3.2	44	4,23	0,71
Módulo 4 (Herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)			
Vídeo Módulo 4	44	4,23	0,8
Textos de los vídeos Módulo 4	44	4,23	0,77
Diapositivas Módulo 4	44	4,11	0,75
Cuestionarios y tareas Módulo 4	44	4,05	0,71
Documentación o bibliografía complementaria Módulo 4	44	4,18	0,69
En general ¿cuál es su nivel de satisfacción con la actividad?	44	8,14	1,25

En la encuesta de satisfacción se incluían dos preguntas abiertas y, como se realizó en la primera edición, las opiniones/sugerencias observadas fueron agrupadas en categorías y códigos (se detallan los resultados en la **Tabla 7**). En esta edición se objetivaron 19 respuestas, que fueron agrupadas en dos categorías. La primera de ellas contaba con 3 códigos correspondientes a opiniones positivas y negativas de la actividad. La segunda de las categorías agrupaba dos códigos: uno de ellos sobre las dificultades tecnológicas a las que se habían enfrentado y el otro código sobre las mejoras en las próximas ediciones.

Tabla 7. Categorías y códigos de las preguntas abiertas de la encuesta de satisfacción. Segunda edición eMULTIPAP

Categoría	Código	Citas
1 Opiniones	1. Aspectos positivos del curso	<i>El curso tiene muchas ventajas al ser online. Buena calidad de los materiales del curso.</i>
	2. Aspectos negativos del curso	<i>Poco tiempo y demasiado trabajo. La respuesta a las tareas era insuficiente. La principal desventaja de un curso en línea... es que carece de contacto con el profesor.</i>
	3. Evaluación positiva global del curso	<i>Aprendí mucho.</i>
2. Aplicabilidad	4. Dificultades tecnológicas	<i>Problemas con los dispositivos electrónicos...</i>
	5. Mejoras para futuras ediciones	<i>Mayor esquematización. Más contenido práctico y directos al objetivo.</i>

Se obtuvo una media de 85,21 puntos sobre una valoración de 100 en la encuesta de satisfacción respecto a los teledocentes, y el material disponible en el curso también fue considerado adecuado o muy adecuado por la mayoría del alumnado.

2.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

Este nivel fue valorado de igual forma que en la edición primera, mediante un análisis antes-después de los conocimientos adquiridos, medidos con el mismo cuestionario de preguntas tipo test multirrespuesta. La ganancia de conocimientos tras la realización

de este curso formativo ha sido de nuevo de aproximadamente 2 puntos: $1,99 \pm 1,37$ con un IC del 95 % de 1,58-2,39. En el cuestionario previo se obtuvo una puntuación de $6,55 \pm 1,41$ (IC 95 % 6,14-6,97) y en el posterior de $8,54 \pm 1,27$ (IC 95 % 8,17-8,91).

2.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

El tercer nivel de Kirkpatrick evaluado mediante la encuesta de transferencia del conocimiento a su puesto de trabajo fue respondido por un 27,08 %. Únicamente 13 alumnos de los 48 aptos contestaron.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en dicha encuesta en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Resultados de la encuesta de transferencia. Segunda edición eMULTIPAP

	<i>Nada/nunca n (%)</i>	<i>Casi nada / casi nunca n (%)</i>	<i>A veces n (%)</i>	<i>Casi siempre n (%)</i>	<i>Siempre n (%)</i>
Califique la aplicabilidad de este curso a su trabajo.	0	0	4 (30,77)	7 (53,85)	2 (15,38)
¿Con qué frecuencia aplica en su práctica diaria los conocimientos adquiridos durante este curso?	0	2 (15,38)	4 (30,77)	6 (46,15)	1 (7,69)
¿Tiene suficiente apoyo en su trabajo para aplicar los conocimientos adquiridos en este curso?	0	5 (38,46)	3 (23,08)	5 (38,46)	0
¿Ha aumentado su motivación para abordar la multimorbilidad en su práctica clínica después de este curso?	0	0	4 (30,77)	6 (46,15)	3 (23,08)
¿Han mejorado sus resultados con pacientes con multimorbilidad y polifarmacia tras aplicar lo aprendido en este curso?	0	2 (15,38)	4 (30,77)	6 (46,15)	1 (7,69)
¿Se le reconocen explícita o implícitamente sus logros tras completar este curso?	4 (30,77)	3 (23,08)	4 (30,77)	2 (15,38)	0

Trece alumnos de esta edición contestaron a la primera pregunta abierta de la encuesta de transferencia sobre los aspectos que habían mejorado en el trabajo del médico a raíz del curso. Como se realizó en la edición previa, tras la lectura y relectura de las respuestas, las citas fueron clasificadas en 3 categorías y 4 códigos. En la **Tabla 9** se detallan las respuestas obtenidas con sus categorías y códigos correspondientes.

Tabla 9. Respuestas de las primera pregunta abierta de la encuesta de transferencia. Segunda edición eMULTIPAP

<i>Categoría</i>	<i>Código</i>	<i>Citas</i>
1 Aspectos relacionados con el tratamiento médico	1. Conciliación del tratamiento farmacológico, interacciones farmacológicas y yatrogénesis	<i>Disminuir los efectos adversos.</i> <i>Prevenir interacciones tras las visitas a atención especializada.</i> <i>Disminuir los efectos adversos.</i>
	2. Deprescripción	<i>Deténgase, piense y, antes de prescribir, evalúe otras posibles acciones y, si es posible, deprescriba.</i> <i>Trato de disminuir en número de fármacos según las últimas evidencias científicas.</i>
2. Aplicabilidad	3. Mayor concienciación sobre MM y PP	<i>Tener en cuenta todas las condiciones del paciente en la toma de decisiones.</i> <i>Concienciación sobre polifarmacia y multimorbilidad.</i>
	4. Ausencia de cambios	<i>No he percibido cambios.</i>

La segunda pregunta de esta encuesta de transferencia —que invitaba a indicar las propuestas y sugerencias para las próximas ediciones de esta actividad formativa— obtuvo 8 propuestas relativas al aumento de casos clínicos en próximas ediciones, desarrollo de nuevos contenidos sobre deprescripción y mejora de la interacción entre el docente y el alumnado.

2.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

En esta edición no se ha llevado a cabo la evaluación de este nivel del modelo utilizado, dado que los participantes fueron los médicos de familia del grupo control del ensayo clínico MULTIPAP.

3. Tercera edición del curso eMULTIPAP

La tercera edición de eMULTIPAP se desarrolló entre el 22 de octubre y el 2 de diciembre de 2018, en el contexto del proyecto europeo CHRODIS PLUS^{5,6}. Como se ha nombrado previamente, esta edición incluyó a profesionales asistenciales de Aragón de distintas profesiones y ámbitos de atención, incorporando contenidos específicos de enfermería en la formación.

3.1. Primer nivel de Kirkpatrick

En esta tercera edición del curso eMULTIPAP se matricularon 55 alumnos, todos ellos procedentes de la comunidad autónoma de Aragón. Cuarenta y ocho matriculados eran mujeres, lo que corresponde a un 87 % del total de alumnos. La media de edad fue de $50,65 \pm 8,50$ años con un intervalo de confianza al 95 % de 48,28-53,02 años. En el **Gráfico 1** se detalla la distribución por categoría profesional y especialidad.

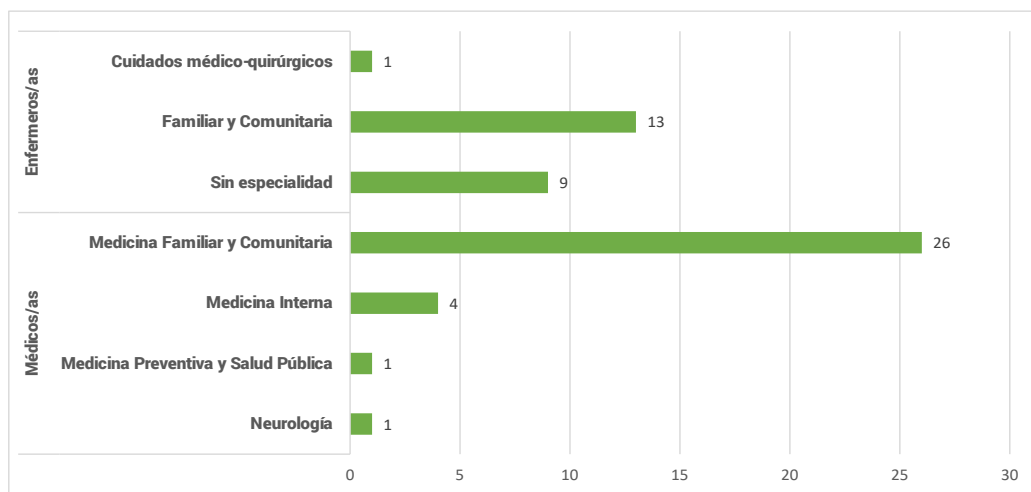


Gráfico 1. Distribución por categoría profesional y especialidad de la edición 3 de eMULTIPAP

De los 55 profesionales que se matricularon inicialmente en la actividad, 53 de ellos realizaron el curso accediendo a la plataforma; finalizaron con éxito 49 de ellos (el 92,4 %), que obtuvieron la calificación de apto.

Al final de la actividad, el alumnado fue encuestado acerca de la satisfacción con la acción formativa, tanto de manera relativa al evento general como específica a los materiales didácticos que se incluyen en la actividad. El resultado de la encuesta global de satisfacción fue de 8,3 puntos sobre una escala de 10. A continuación, en la **Tabla 10**, se detallan los resultados de la encuesta de satisfacción del alumnado.

Tabla 10. Encuesta de satisfacción del alumnado. Tercera edición eMULTIPAP

	<i>Media obtenida (escala de 0 a 10)</i>	<i>Desviación</i>
¿Cómo valora el nivel de aprendizaje que ha alcanzado mediante la actividad (curso)?	7,85	1,27
¿Cómo valora la utilidad de la actividad para su práctica profesional?	8,35	1,42
Adecuación de la estructura y organización de los contenidos.	8,25	1,37
Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos.	8,05	1,6
Adecuación de la navegación en la actividad.	8,13	1,49
Adecuación de los contenidos desarrollados para el logro de los objetivos.	8,28	1,36
Calidad de los recursos didácticos empleados en la actividad: documentos bibliográficos, presentaciones, videos, aula virtual, enlaces u otros.	8,5	1,36
Claridad de la formulación de los objetivos en la programación de la actividad.	8,43	1,3
Eficacia en la labor administrativa de la Secretaría (atención a participantes, orientaciones para utilizar los recursos del aula virtual).	8,64	1,31
La accesibilidad a los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es	8,33	1,47
La calidad de los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es	8,28	1,49
La respuesta a las incidencias técnicas y de funcionamiento por parte del equipo IAVANTE es	8,41	1,57

(cont.) **Tabla 10.** Encuesta de satisfacción del alumnado. Tercera edición eMULTIPAP

	Media obtenida (escala de 0 a 10)	Desviación
La respuesta a las preguntas de contenido científico por parte del equipo de tutores del curso es	8,7	1,38
Los espacios (aulas físicas, espacios virtuales, escenarios simulados, etc.) y equipamientos empleados, permiten el desarrollo de la formación.	7,86	1,49
Nivel de consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos.	8,05	1,26
Recomendaría a otros/as profesionales realizar esta actividad formativa.	8,35	1,69
Utilidad de las técnicas de aprendizaje empleadas en la actividad: exposiciones, debates en foro, casos u otros ejercicios individuales y grupales.	8,2	1,38

También se recogieron datos sobre el material didáctico, y se observó una satisfacción media de 4,36 sobre una puntuación máxima de 5 puntos. En la **Tabla 11** se destaca la puntuación obtenida de cada uno de los materiales.

Tabla 11. Satisfacción con el material didáctico. Tercera edición eMULTIPAP

	Media (escala de 1 a 5)	Desviación
Cuestionarios y tareas		
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedicación)	4,38	0,63
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)	4,13	0,79
Módulo 3.1 (principios Ariadna)	4,18	0,71
Módulo 3.2 (deprescripción)	4,23	0,77
Módulo 4 (herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)	4,2	0,72
Postest	4,35	0,74
Postest	4,33	0,69

(cont.) **Tabla 11.** Satisfacción con el material didáctico. Tercera edición eMULTIPAP

	Media (escala de 1 a 5)	Desviación
Diapositivas		
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedición)	4,44	0,55
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)	4,41	0,59
Módulo 3.1 (principios Ariadna)	4,38	0,63
Módulo 3.2 (deprescripción)	4,41	0,59
Módulo 4 (herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)	4,29	0,69
Documentación o bibliografía complementaria		
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedición)	4,36	0,63
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)	4,36	0,58
Módulo 3.1 (principios Ariadna)	4,33	0,58
Módulo 3.2 (deprescripción)	4,36	0,58
Módulo 4 (herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)	4,28	0,6
Textos de los vídeos		
Presentación	4,48	0,51
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedición)	4,44	0,6
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)	4,46	0,6
Módulo 3.1 (principios Ariadna)	4,38	0,63
Módulo 3.2 (deprescripción)	4,44	0,6
Módulo 4 (herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)	4,36	0,74
Vídeos		
Presentación	4,43	0,64
Módulo 1 (multimorbilidad y polimedición)	4,45	0,6
Módulo 2 (adecuación y adherencia: revisión de la medicación)	4,43	0,64
Módulo 3.1 (principios Ariadna)	4,38	0,67
Módulo 3.2 (deprescripción)	4,43	0,64
Módulo 4 (herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica)	4,43	0,71

A la encuesta de satisfacción se les añadieron preguntas abiertas sobre aspectos positivos, negativos y propuestas de mejora. Las respuestas de los participantes fueron agrupadas en cuatro niveles que se detallan a continuación:

- Al preguntar al alumnado acerca de **lo mejor de la actividad**, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◇ Las actividades prácticas.
 - ◇ Poder comprobar que muchas cosas de las que hago están bien hechas.
 - ◇ Para mí los casos clínicos y las tareas sugeridas, la mejor forma de aprender; una vez tienes las bases teóricas es hacerlo por ti mismo.
 - ◇ La estructura del curso y los docentes.
 - ◇ La claridad en la explicación de los videos.
 - ◇ Video Módulo 4.
 - ◇ Poder contrastar opiniones con otros profesionales en los foros... y por supuesto aumentar conocimientos en esta realidad que es la multimorbilidad.
 - ◇ Casos reales, los que tenemos a diario en consulta y que nos permiten trabajar los conocimientos, no son supuestos.
 - ◇ Los vídeos.
 - ◇ Muy didáctica, temas muy interesantes.
 - ◇ Ver que tras la realización del curso eran más comprensibles todas las preguntas del pretest.
 - ◇ Me ha gustado la concienciación de los profesionales sobre la pluripatología y polimedicación.
 - ◇ La del Módulo 2 (compleja pero completa).
 - ◇ Que he aumentado mis conocimientos.
 - ◇ Nuevas informaciones, ha hecho que vea a mis pacientes con diferentes formas.
 - ◇ El apartado de deprescripción.
 - ◇ Ha servido de recordatorio.
 - ◇ Realizarla online, la información y documentación obtenida.
 - ◇ Foro y documentación.
 - ◇ Tema desconocido, me ha sido útil.
 - ◇ Los vídeos y las presentaciones, muy buenas.

- ◇ Refrescar conocimientos.
 - ◇ La claridad de los conceptos.
 - ◇ Los casos prácticos.
 - ◇ Las tareas y el material adicional.
 - ◇ Aprender utilidades para el trabajo; sabíamos los problemas, pero no conocíamos las herramientas para afrontarlos.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que habría que mejorar** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
- ◇ Siempre se puede mejorar, pero me ha gustado mucho que eran ideas muy claras.
 - ◇ Lo que no hago bien hasta ahora.
 - ◇ Las actividades encaminadas a enfermería.
 - ◇ Quizá separar contenidos por actividad profesional (medicina y enfermería).
 - ◇ El curso ha sido bueno y muy práctico. Al principio parecía solo dirigido a medicina, no a enfermería.
 - ◇ La rapidez de descarga de los mismos. Evitar cortes y desconexiones.
 - ◇ Adecuación, sobre todo del 1.º módulo para profesionales de enfermería.
 - ◇ Vídeos algo más didácticos y amenos.
 - ◇ Respuesta por personal docente de la tarea personal realizada en cada módulo.
 - ◇ El enunciado y respuestas de algunas preguntas.
 - ◇ Mejorar en recursos de enfermería.
 - ◇ Me parece todo correcto.
 - ◇ La comunicación con los profesores, no responden a las cuestiones.
 - ◇ El tiempo de cada módulo, no ser tan controlado, más flexible.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que ha echado en falta** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
- ◇ Hacer una actividad práctica en el Módulo 4 para poner en práctica los conocimientos.
 - ◇ Más práctica.

- ◇ Tener más tiempo.
 - ◇ Más contenido para enfermería... En algunos módulos los contenidos han ido más enfocados a la práctica médica.
 - ◇ Me ha sido de utilidad, no he echado nada en falta.
 - ◇ Corrección individual de actividades.
 - ◇ Esa adecuación.
 - ◇ En general ha cubierto mis expectativas.
 - ◇ Más casos prácticos.
 - ◇ Instrumentos para valorar cuantificar riesgo de daño y de beneficio.
 - ◇ Formación en el Módulo 4.
 - ◇ Más tiempo entre módulos.
 - ◇ Quizá un contenido algo más extenso.
 - ◇ Metodología enfermera.
 - ◇ Mayor feed-back con los tutores desde enfermería.
 - ◇ Vídeos sobre situaciones reales en consulta.
 - ◇ Nada en general.
 - ◇ La comunicación con los expertos.
 - ◇ Más casos para desarrollar.
 - ◇ Nada.
- Otras **sugerencias** o aportaciones:
- ◇ Aplicaciones prácticas en la consulta.
 - ◇ Adaptar los contenidos al equipo médico-enfermera y, en algunos casos, separación de la documentación, no solo de las tareas a realizar....
 - ◇ Ha estado muy bien.
 - ◇ Los vídeos son muy fluidos, pero sería interesante que participaran varias personas a la vez, y quizá mejoraría la atención todavía más hacia los mismos.
 - ◇ En general dispongo de poco tiempo para realizar cursos. Una lástima no poderlo aprovecharlo más profundamente.
 - ◇ Creo que las 4 semanas inicialmente propuestas son escasas, ya que hay que tener en cuenta que estamos trabajando y a veces coincide con otras actividades formativas ya planteadas.

- ◊ Realizar más casos clínicos.
 - ◊ Poder ver los resultados sobre la marcha.
 - ◊ Encontré dificultad en la aplicación de los principios Ariadna desde enfermería, quizá algún ejemplo más a añadir.
 - ◊ Es importante que el profesorado tenga experiencia en actividad asistencial en atención primaria.
 - ◊ Ninguna.
 - ◊ Alguna clase presencial.
- Comentario o sugerencia que consideres importante **para mejorar esta actividad formativa en el futuro**
- ◊ Más casos clínicos.
 - ◊ Incidir más en la realidad del trabajo diario en nuestras consultas. Falta tiempo...
 - ◊ Dificultades para acceder a la bibliografía, no a las diapositivas, ni a los textos.
 - ◊ Escaso tiempo.
 - ◊ La adecuación hacia todos los profesionales de la salud implicados en el mismo.
 - ◊ He echado en falta una mayor concreción en los principios de Ariadna.
 - ◊ Dar más tiempo.
 - ◊ Ampliar el contenido, sobre todo del Módulo 4.
 - ◊ Nada que reseñar.
 - ◊ Si se quiere leer toda la documentación aportada, me parece poco tiempo.
 - ◊ Creo que sería más interesante hacer un curso/taller presencial.
 - ◊ Creo que está todo bien.
 - ◊ Mayor interrelación con los docentes.

3.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

En la evaluación realizada previa al inicio de la formación, se obtuvo una media de $7,38 \pm 1,35$ puntos sobre una escala de 10, con intervalo de confianza al 95 % de 6,99-7,77 puntos. En el cuestionario tras la finalización del curso se obtuvo una media de

9,18±0,81 puntos, con un IC al 95% de 8,94-9,42 puntos. La ganancia en conocimientos observada tras la realización del curso fue de 1,8±1,48 puntos, siendo estadísticamente significativa con un IC al 95% de 1,37-2,23 puntos.

3.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

En la encuesta de transferencia realizada, se obtuvo una media de 3,8 puntos sobre una escala de 5. En la siguiente **Tabla 12**, se detallan las respuestas a esta encuesta en función de la especialidad.

Tabla 12. Encuesta de transferencia. Tercera edición eMULTIPAP

<i>Pregunta</i> <i>Escala de 1 (nada) hasta 5 (siempre)</i>	<i>Media</i> <i>Medicina</i>	<i>Media</i> <i>Enfermería</i>	<i>Media</i> <i>total</i>
1. Indique el grado de aplicabilidad práctica del curso a su puesto de trabajo.	4,04	3,7	3,94
2. ¿Con qué frecuencia cree que aplica los conocimientos adquiridos en el curso durante su práctica clínica diaria?	3,71	3,9	3,76
3. ¿Dispone del apoyo necesario en su puesto de trabajo para aplicar los conocimientos que aprendió en este curso?	3,458	3,8	3,56
4. Su motivación para abordar en la consulta los aspectos de la multimorbilidad, ¿ha aumentado tras el curso?	4,458	4,3	4,41
5. Los resultados de su intervención sobre los pacientes con multimorbilidad y polimedicación, ¿han mejorado tras la realización del curso?	3,7917	3,9	3,82
6. De algún modo, ¿se le reconocen explícita o implícitamente los logros conseguidos en el trabajo tras el curso?	3,3333	3,3	3,32
Total	3,799	3,817	3,804

Además se realizaron dos preguntas abiertas contestadas por la mayoría de los alumnos. A continuación se muestra una síntesis de las respuestas obtenidas, con el siguiente resultado a cada una de las dos preguntas:

- ¿Podría anotar aquellos **aspectos que hayan mejorado en su trabajo** a raíz del curso?
 - ◇ Estar atento a los nuevos fármacos, la duración del tratamiento y los posibles efectos adversos.
 - ◇ Mayor seguridad al revisar los tratamientos.
 - ◇ Prevenir interacciones tras las visitas a atención especializada.
 - ◇ Tener en cuenta la deprescripción y analizar la necesidad de nuevo tratamiento.
 - ◇ Lo que más me gustó y lo más útil fue el módulo de deprescripción.
 - ◇ Lo mejor ha sido aumentar los conocimientos sobre la realidad de la multimorbilidad.
 - ◇ Saber tratar mejor al paciente para alcanzar objetivos reales.
 - ◇ He aprendido a escuchar y entender mejor las necesidades del paciente y sus dudas.
 - ◇ Necesario centrarse en el paciente siguiendo los principios Ariadna
 - ◇ Mejorar la identificación y la atención de los pacientes con multimorbilidad.
 - ◇ Incremento en la capacidad de toma de decisiones en mis pacientes poli-medicados.
 - ◇ Utilización de herramientas en la toma de decisiones.
 - ◇ Este curso me ha ayudado a comprender mejor la motivación y desmotivación del paciente ante un tratamiento crónico y a incluir al paciente como parte activa en la toma de decisiones.
 - ◇ Gracias a la explicación de los distintos conceptos, he podido aplicar la teoría en la práctica.
 - ◇ Especialmente este curso me ha servido para hacer un mapa mental sobre cómo realizar el manejo diario de pacientes con multimorbilidad.
- Propuestas y **sugerencias para modificar/incorporar** a la actividad en próximas ediciones:
 - ◇ Complementar con una clase presencial.

- ◇ Reorganizar duración.
- ◇ Más casos clínicos con situaciones médicas reales.
- ◇ Más contenido práctico y directos al objetivo.
- ◇ Más casos clínicos con situaciones médicas reales.
- ◇ Vídeos más didácticos y entretenidos.
- ◇ Contenidos educativos más amplios.
- ◇ Instrumentos para cuantificar y evaluar la relación riesgo-beneficio.
- ◇ La redacción y las respuestas a algunas preguntas.
- ◇ Técnicas de psicología que apoyen en la motivación del paciente en tratamiento crónico.
- ◇ Poder ver al mismo tiempo los resultados de las actividades.
- ◇ Más material orientado a enfermería.
- ◇ Separar el contenido por actividad profesional (medicina-enfermería).
- ◇ Más ejemplos sobre cómo aplicar los principios Ariadna en enfermería.
- ◇ Mejorar el material para enfermería, sobre todo en el Módulo 1.
- ◇ Más tiempo para completar los módulos.
- ◇ Más feed-back personal en la resolución de tareas.

3.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

En esta edición no se ha llevado a cabo la evaluación correspondiente al cuarto nivel del modelo evaluativo.

4. Cuarta edición del curso eMULTIPAP

Corresponde al curso realizado entre mayo y junio de 2018. Este curso se diseñó para formar parte de la intervención compleja del estudio MULTIPAP Plus⁷, dirigida de nuevo a médicos de familia que trabajan en atención primaria, y formó parte del mencionado estudio. En ella se incorporaron contenidos sobre sistemas de ayuda a la toma de decisiones (SATD), y en concreto de la herramienta Check-TheMeds®⁸, que también se evalúa en la intervención compleja del ensayo clínico MULTIPAP Plus⁷.

4.1. Primer nivel de Kirkpatrick

En esta edición se matricularon 219 alumnos. De ellos participaron 217 personas, siendo aptos 196; es decir, un 90,32 % de los participantes completaron todas las tareas. Ciento cuarenta y nueve alumnos aptos eran mujeres, lo que corresponde a un 76%. Todos los participantes eran médicos de familia en situación laboral estable. A continuación se detalla en el **Gráfico 2** el número de participantes según su rango de edad.

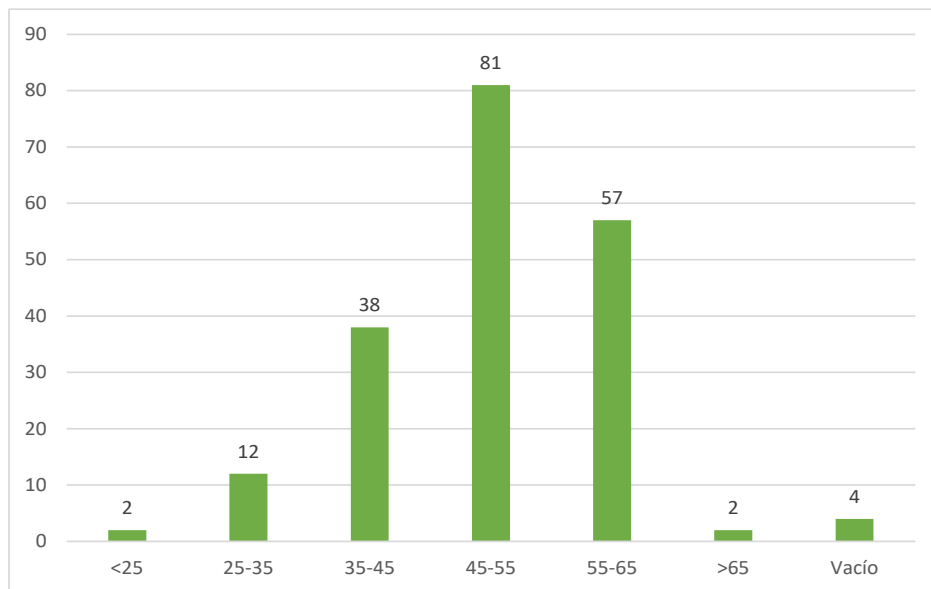


Gráfico 2. Distribución de los alumnos según rango de edad. Cuarta edición eMULTIPAP

En la encuesta de satisfacción del alumnado se obtuvo una puntuación de 8,3 sobre 10 puntos. En la **Tabla 13** se detallan las puntuaciones de dicha encuesta.

Tabla 13. Satisfacción del alumnado. Cuarta edición eMULTIPAP

Ítem encuesta	Media obtenida		
	Recuento	(escala de valoración 0 a 10)	Desviación
¿Cómo valora el nivel de aprendizaje que ha alcanzado mediante la actividad?	159	8,42	1,03
¿Cómo valora la utilidad de la actividad para su práctica profesional?	160	8,95	1,07
Adecuación de la estructura y organización de los contenidos	160	8,71	1,08
Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos.	161	8,65	1,13
Adecuación de la navegación en la actividad.	161	8,68	1,16
Adecuación de los contenidos desarrollados para el logro de los objetivos	160	8,75	1,04
Calidad de los recursos didácticos empleados en la actividad: documentos bibliográficos, presentaciones, videos, aula virtual, enlaces u otros.	161	8,93	0,96
Claridad de la formulación de los objetivos en la programación de la actividad.	161	8,85	1,01
Eficacia en la labor administrativa de la Secretaría (atención a participantes, orientaciones para utilizar los recursos del aula virtual)	150	8,98	1,03
En general ¿cuál es su nivel de satisfacción con la actividad?	160	8,74	1,04
La accesibilidad a los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es:	160	8,78	1,05
La calidad de los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es:	161	8,75	1,04
La respuesta a las incidencias técnicas y de funcionamiento por parte del equipo IAVANTE es:	148	8,8	1,18
La respuesta a las preguntas de contenido científico por parte del equipo de tutores del curso es:	152	8,89	1,17
Los espacios (aulas físicas, espacios virtuales, escenarios simulados, etc.) y equipamientos empleados, permiten el desarrollo de la formación.	157	8,55	1,62
Nivel de consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos.	161	8,58	1
Recomendaría a otros/as profesionales realizar esta actividad formativa.	161	8,96	1,12
Utilidad de las técnicas de aprendizaje empleadas en la actividad: exposiciones, debates en foro, casos u otros ejercicios individuales y grupales.	161	8,78	1,11



Las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta de satisfacción fueron clasificadas según las valoraciones sobre qué había sido lo mejor de la actividad, lo que habría que mejorar y los aspectos que se habían echado en falta. Estas respuestas son las siguientes:

- Al preguntar al alumnado acerca de **lo mejor de la actividad**, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◇ Los vídeos, claros y concisos.
 - ◇ Metodología, accesibilidad, contenido.
 - ◇ Escucha activa - Decisiones compartidas.
 - ◇ Dos docentes.
 - ◇ Los contenidos prácticos para la actividad clínica diaria.
 - ◇ Recordarnos que podemos hacer mucho por nuestros pacientes, en cuanto a control de su mediación. Repasar las herramientas que tenemos para ello.
 - ◇ Los vídeos de roll-playing.
 - ◇ Las tareas, porque te permiten reflexionar sobre lo aprendido y detectar ideas erróneas.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que habría que mejorar** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◇ Personalmente me han resultado más complicados los dos primeros módulos.
 - ◇ Que tuviese como otros cursos una herramienta resumen de progresión más funcional, que indique muy claramente qué nos va faltando hacer, incluidas las encuestas de satisfacción. Por lo demás, buena plataforma virtual.
 - ◇ Muy ajustado el tiempo
 - ◇ Los tiempos de cada módulo eran muy cortos. Menos mal que se prolongó la duración.
 - ◇ Comunicación con los ponentes.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que ha echado en falta** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◇ Un poco más de tiempo.
 - ◇ Más casos prácticos para desarrollar la deprescripción.
 - ◇ Más detalles en la resolución de los ejercicios.

- ◇ Hacer algún otro caso de «deconstrucción» del tratamiento en indicación, medicación seguridad, etc.
- ◇ Presencialidad.

A los docentes de esta edición se les realizó una encuesta de satisfacción. La satisfacción media del profesorado fue de 9 puntos sobre una escala de 10. Se recogen los detalles de la misma en la **Tabla 14**.

Tabla 14. Satisfacción del profesorado. Cuarta edición eMULTIPAP

<i>Ítem encuesta</i>	<i>Media obtenida</i>		
	<i>Recuento</i>	<i>(escala de valoración 0 a 10)</i>	<i>Desviación</i>
Características y perfil del grupo	6	9,17	0,41
Disciplina del grupo respecto a los horarios y/o entrega de tareas	6	8,67	1,03
Eficacia del área de soporte en el desarrollo óptimo de la actividad (inscripción, comunicación, etc.)	6	9,17	0,75
Guía didáctica de la actividad (objetivos, unidades didácticas, colectivos destinatarios, duración, calendario, lugar, metodología y sistemas de evaluación)	6	9,17	0,41
Indique su grado de satisfacción general	6	8,92	0,66
La organización de la formación (recursos, horarios, calendario, duración, etc.) se ajusta a las características de la formación y a los objetivos de aprendizaje formulados	6	9	0
Los espacios y/o instalaciones empleados permiten el desarrollo de la formación (aulas físicas, espacios, virtuales, escenarios simulados, equipamiento, etc.)	6	9	0,89
Nivel de participación de los/as participantes	6	8,5	0,55
Perfil del grupo ajustado al nivel de los contenidos	6	9,33	0,52

4.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

En la evaluación realizada previa al inicio de la formación, se obtuvo una media de $5,71 \pm 1,26$ puntos sobre un escala de 10, con intervalo de confianza al 95 % de 5,54-

5,88 puntos. En el cuestionario tras la finalización del curso, se obtuvo una media de 8,69±1,26 puntos, con un IC al 95% de 8,52-8,86 puntos. La ganancia en conocimientos observada tras la realización del curso fue de 2,97±1,52 puntos, siendo estadísticamente significativa con un IC al 95 % de 2,76-3,19 puntos.

4.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

El 45 % de los alumnos aptos en esta cuarta edición de eMULTIPAP respondieron a la encuesta de transferencia. En la siguiente **Tabla 15**, se detallan los resultados obtenidos para cada una de las preguntas.

Tabla 15. Encuesta de transferencia. Cuarta edición eMULTIPAP

	<i>Nada/nunca</i> n (%)	<i>Casi nada / casi nunca</i> n (%)	<i>A veces</i> n (%)	<i>Casi siempre</i> n (%)	<i>Siempre</i> n (%)
Indique el grado de aplicabilidad práctica del curso a su puesto de trabajo.	0	1 (1,49)	9 (13,43)	37 (55,23)	20 (29,85)
¿Con qué frecuencia cree que aplica los conocimientos adquiridos en el curso durante su práctica clínica diaria?	0	1 (1,49)	24 (35,82)	35 (52,24)	7 (10,45)
¿Dispone del apoyo necesario en su puesto de trabajo para aplicar los conocimientos que aprendió en este curso?	1 (1,49)	9 (13,43)	36 (53,73)	18 (26,86)	3 (4,47)
Su motivación para abordar en la consulta los aspectos de la multimorbilidad, ¿ha aumentado tras el curso?	1 (1,49)	0	4 (5,97)	35 (52,24)	27 (40,30)
Los resultados de su intervención sobre los pacientes con multimorbilidad y polimedicación, ¿han mejorado tras la realización del curso?	1 (1,49)	0	19 (28,35)	37 (55,23)	10 (14,92)
De algún modo, ¿se le reconocen explícita o implícitamente los logros conseguidos en el trabajo tras el curso?	9 (13,43)	21 (31,34)	17 (25,37)	14 (20,89)	6 (8,95)

También se incluyeron dos preguntas abiertas. La primera se refería a los aspectos que habían mejorado en el trabajo del médico a raíz del curso. Las respuestas obtenidas fueron clasificadas en las 4 categorías y los 7 códigos diferentes utilizados en la primera edición de esta herramienta formativa eMULTIPAP. Los resultados obtenidos se detallan en la **Tabla 16**.

Tabla 16. Respuesta a la primera pregunta de la encuesta de transferencia. Cuarta edición eMULTIPAP

<i>Categoría</i>	<i>Código</i>	<i>Citas</i>
1. Aspectos relacionados con el tratamiento médico	1. Conciliación del tratamiento farmacológico, interacciones farmacológicas y yatrogenesis	<p><i>Necesidad de revisar los síntomas de los pacientes que pueden deberse a yatrogenia.</i></p> <p><i>Estar atento a los nuevos fármacos, la duración del tratamiento y los posibles efectos adversos.</i></p> <p><i>Prevenir interacciones tras las visitas a atención especializada.</i></p> <p><i>Importante revisar continuamente el tratamiento.</i></p> <p><i>Evaluar la adherencia al tratamiento.</i></p> <p><i>Mayor seguridad a la hora de cambiar el tratamiento.</i></p>
	2. Deprescripción	<p><i>Evaluar continuamente el tratamiento, ajustarlo y valorar deprescripción.</i></p> <p><i>Estar atento al tratamiento innecesario y acordar con el paciente su tratamiento.</i></p> <p><i>Este curso nos recuerda que podemos hacer mucho por nuestros pacientes, en términos de control de su medicación y utilizando las herramientas que tenemos para ello.</i></p>
2. «Efecto vacuna»	3. Mayor concienciación sobre MM y PP	<p><i>Concienciación sobre polifarmacia y multimorbilidad.</i></p> <p><i>Necesario centrarse en el paciente siguiendo los principios Ariadna.</i></p> <p><i>Mejorar la identificación y la atención de los pacientes con multimorbilidad.</i></p> <p><i>Integrar en la práctica clínica diaria una evaluación integral de los pacientes con MM y PP.</i></p> <p><i>Es importante la realización de escucha activa y toma de decisiones compartida.</i></p> <p><i>Mayor implicación en la revisión y gestión de todos los aspectos del paciente con multimorbilidad.</i></p>
	4. Incremento en la capacidad de toma de decisiones	<p><i>Importante comentar las preferencias, expectativas y cómo plantear el tratamiento con el paciente.</i></p> <p><i>Creo que he mejorado la comunicación con el paciente polimedcado, explorando sus creencias y prioridades, intentando realizar negociaciones en lugar de imposiciones.</i></p>
	5. Efectos positivos en la formación continuada	<p><i>Necesario mejorar las técnicas de comunicación con el paciente.</i></p>

(cont.) **Tabla 16.** Respuesta a la primera pregunta de la encuesta de transferencia. Cuarta edición eMULTIPAP

<i>Categoría</i>	<i>Código</i>	<i>Citas</i>
3. Obstáculos de aplicabilidad	6. Obstáculos de aplicabilidad	<i>Existe el problema con el tiempo asignado para cada paciente y la alta carga asistencial. Tengo dudas de que la sobrecarga asistencial permita poner en práctica los métodos explicados anteriormente.</i>
4. Ausencia de cambios	7. Ausencia de cambios	<i>No he percibido cambios.</i>

En cuanto a las propuestas y sugerencias para modificar e incorporar a la actividad en futuras ediciones, los comentarios de los alumnos se centraban en que se trataba de un curso muy útil, pero habría que tener más tiempo para completarlo, con píldoras formativas de los conceptos más importantes para consultar en cualquier momento, añadir más simulaciones y *role-playing* y más casos prácticos.

4.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

En esta edición no se ha llevado a cabo la evaluación correspondiente al cuarto nivel del modelo evaluativo.

5. Quinta edición del curso eMULTIPAP

Entre mayo y julio de 2021 se desarrolló esta quinta edición de la herramienta formativa eMULTIPAP, en el contexto de un estudio clínico con métodos mixtos que tenía como objetivo evaluar la efectividad de la intervención MULTIPAP, dirigida a mejorar la adecuación de la prescripción y la seguridad del paciente, sobre la calidad de la atención de la población mayor de 65 con multimorbilidad y polimedicación, en los centros de salud del Servicio Canario de Salud⁹. Así como estimar el coste de la implementación de la intervención en Canarias y el impacto presupuestario en términos de costes de medicamentos dispensados.

5.1. Primer nivel de Kirkpatrick

En esta última edición del curso, se matricularon 74 alumnos, con una participación de 73 personas. Debido a no haber finalizado todas las tareas del curso, únicamente 45 alumnos fueron aptos. Todos procedían de Canarias, y específicamente 26 de ellos de Santa Cruz de Tenerife y 19 alumnos de Las Palmas de Gran Canaria. En

cuanto al sexo de los alumnos aptos, 37 fueron mujeres, lo que supone un 82,2 %. En el **Gráfico 3** se detalla la distribución de los alumnos aptos según distintos rangos de edad. Se trata de una edición en la que participaron profesionales de la medicina (40), enfermería (34) y psicología (1).

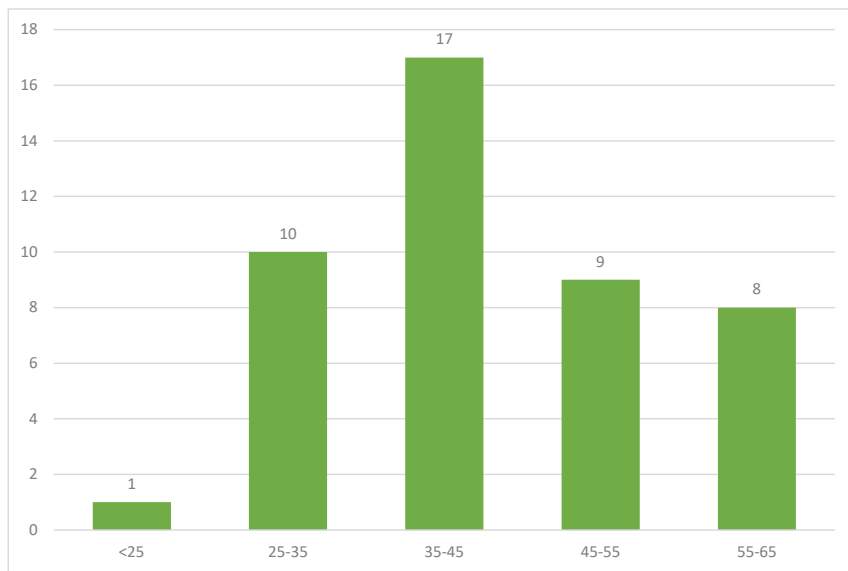


Gráfico 3. Distribución de los participantes por rango de edad. Quinta edición eMULTIPAP

Como en las previas ediciones, se valoró la satisfacción del alumno y se obtuvo una puntuación global de 8,84 puntos sobre una escala de 10. En la **Tabla 17** se presentan los resultados de la encuesta de satisfacción

Tabla 17. Satisfacción del alumnado. Quinta edición eMULTIPAP

<i>Ítem encuesta</i>	<i>Recuento</i>	<i>Media (escala de 0 a 10)</i>	<i>Desviación</i>
¿Cómo valora el nivel de aprendizaje que ha alcanzado mediante la actividad?	19	8,47	1,17
¿Cómo valora la utilidad de la actividad para su práctica profesional?	19	8,79	1,47
Adecuación de la estructura y organización de los contenidos.	19	8,79	1,27
Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos.	19	8,74	1,24
Adecuación de la navegación en la actividad.	19	9,11	1,05
Adecuación de los contenidos desarrollados para el logro de los objetivos.	19	8,89	1,24
Calidad de los recursos didácticos empleados en la actividad: documentos bibliográficos, presentaciones, videos, aula virtual, enlaces u otros.	19	9,05	1,13
Claridad de la formulación de los objetivos en la programación de la actividad.	19	8,74	1,37
Eficacia en la labor administrativa de la Secretaría.	18	9,06	1,21
En general ¿cuál es su nivel de satisfacción con la actividad?	19	8,84	1,42
La accesibilidad a los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es:	19	9,11	1,05
La calidad de los contenidos <i>e-learning</i> de la actividad es:	19	8,89	1,15
La respuesta a las incidencias técnicas y de funcionamiento por parte del equipo IAVANTE es:	18	9,28	1,02
La respuesta por parte del equipo de tutores del curso es:	18	9,17	0,99
Los espacios (aulas físicas, espacios virtuales, escenarios simulados, etc.) y equipamientos empleados, permiten el desarrollo de la formación.	18	9	1,03
Nivel de consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos.	19	8,84	1,12
Recomendaría a otros/as profesionales realizar esta actividad formativa.	19	8,68	1,67
Utilidad de las técnicas de aprendizaje empleadas en la actividad.	19	8,53	1,39

También se incluyeron preguntas abiertas sobre aspectos positivos, negativos y propuestas de mejora. Las respuestas fueron distribuidas en tres categorías, como se puede objetivar a continuación:

- Al preguntar al alumnado acerca de **lo mejor de la actividad**, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◊ La disponibilidad de recursos bibliográficos, vídeos, textos...
 - ◊ Los casos.
 - ◊ La metodología didáctica.
 - ◊ La claridad de las exposiciones y los vídeos.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que habría que mejorar** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◊ La terminología. Es decir, no usar tanta terminología médica, si el curso va destinado a médicos y enfermeras.
 - ◊ Algo más de feed back a nivel personal.
- Al preguntar al alumnado sobre **lo que ha echado en falta** en la actividad, estos han sido los aspectos que con más frecuencia se han manifestado en las encuestas:
 - ◊ El papel de la enfermera. Solo se percibe su verdadera presencia en la última actividad.

5.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

Para evaluar la ganancia de conocimientos, se realizó el cuestionario previo y se obtuvo una puntuación media de $5,42 \pm 1,22$ puntos sobre una escala de 10, con IC 95 % 5,06-5,77 puntos. La media del cuestionario posterior a la formación fue de $8,32 \pm 1,37$, con IC 95 % 7,92-8,71 puntos. Por lo que se observó una ganancia de $2,89 \pm 1,61$ puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (IC 95 % 2,42-3,36).

5.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

En esta edición también se realizó la encuesta de transferencia preguntando a los alumnos sobre la aplicabilidad del curso en el trabajo, el apoyo para poder efectuarlos, la motivación que ha supuesto el curso para abordar la MM en la práctica

clínica, si habían mejorado los resultados con pacientes con multimorbilidad y polifarmacia tras aplicar lo aprendido en este curso o si se les reconocen explícita o implícitamente los logros tras completar este curso. También se realizaron dos preguntas abiertas sobre los aspectos que habían mejorado en el trabajo del médico y de enfermería a raíz del curso. Además, se solicitaron propuestas y sugerencias para las próximas ediciones de esta actividad formativa. Esta encuesta de transferencia se envió a todos los participantes en el curso tras su finalización, pero no se obtuvo respuesta.

5.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

En esta edición no se ha llevado a cabo la evaluación correspondiente al cuarto nivel del modelo evaluativo.

6. Síntesis de los resultados de las 5 ediciones

El curso eMULTIPAP ha evolucionado a la vez que se han ido desarrollando las distintas ediciones. Con cada una de ellas se han realizado una actualización y un ajuste del contenido en función de las opiniones del alumnado, tanto en las encuestas de transferencia como en las de satisfacción. Además, en la tercera y quinta edición se incorporó material específico dirigido a la formación de enfermería. En la cuarta edición se incluyeron contenidos sobre sistemas de ayuda a la toma de decisiones (SATD), y en concreto de la herramienta CheckTheMeds[®], ya que formaban parte de la intervención compleja del ensayo clínico MULTIPAP Plus.

Aunque en los apartados anteriores a este capítulo se han ido detallando los resultados de las evaluaciones de cada una de las ediciones, en este apartado realizamos un resumen de los cuatro niveles de evaluación de Kirkpatrick de las cinco ediciones realizadas hasta este momento.

6.1. Primer nivel de Kirkpatrick

El curso formativo eMULTIPAP ha tenido una participación de 462 alumnos en total, con una mayor proporción de mujeres de hasta 67,32 %. En todas las ediciones han participado médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Además, en dos de las ediciones se añadieron participantes de Enfermería, y en una de ellas también 6 médicos de especialidades distintas a la Medicina de Familia, pero de especialidades generalistas.

La participación en todas las ediciones ha sido mayor al 80 %, salvo en la quinta edición. En una de ellas la participación fue del 100 %. La satisfacción global del curso ha ido aumentando conforme se han ido sucediendo las diferentes ediciones, con una media de 81,85 puntos sobre 100.

En cuanto a las respuestas obtenidas en las preguntas abiertas de la encuesta de satisfacción, hemos observado que los alumnos de la primera edición tuvieron una alta participación que ha ido disminuyendo en las progresivas ediciones, si bien es cierto que en la tercera edición también se recogieron bastantes. La mayoría de las respuestas sobre aspectos positivos del curso hacían referencia a la importancia de aumentar los conocimientos sobre la multimorbilidad y la polifarmacia y sobre conocer las herramientas para su manejo; de la misma forma, en la mayoría de las ediciones se ha recogido que a los alumnos les habían gustado los materiales del curso. En cuanto a los aspectos negativos de la actividad formativa, tras la evaluación de los resultados de las encuestas de satisfacción de cada una de las ediciones, se ha ido modificando el contenido del curso para mejorar estos aspectos evaluados negativamente. En la primera edición se recogió un comentario sobre la importancia de ampliar esta formación a todo el personal sanitario de atención primaria y especializada, y, entre otras cosas, es uno de los motivos por el cual se incorporaron estas profesiones en la tercera edición. Tras la tercera edición, se remarcó la necesidad de modificar el contenido del curso para hacerlo más apropiado al alumnado de enfermería, por lo que fue ajustado para el desarrollo de la quinta edición. En la **Tabla 18** se incluyen los códigos y las notas de las opiniones y sugerencias de los alumnos de las cinco ediciones.

Tabla 18. Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP

Código	Citas
1. Aspectos positivos del curso	<i>Sensibilizar (1E)</i>
	<i>Aprender cómo abordar estos escenarios con mejor criterio y conocimiento (1E)</i>
	<i>La transcripción del vídeo ayuda a adaptar mejor el curso al ritmo de cada alumno (1E)</i>
	<i>Me ayudó a remarcar la actitud y asistencia que practico al atender a los pacientes con multimorbilidad y la polifarmacia y la importancia de esos (1E) (3E)</i>
	<i>El curso tiene muchas ventajas al ser online (2E) (3E)</i>
	<i>Buena calidad de los materiales del curso (2E) (3E)</i>
	<i>La estructura del curso (3E)</i>
	<i>La claridad de las explicaciones de los videos (3E)</i>
	<i>Poder contrastar opiniones con otros profesionales en los foros (3E)</i>
	<i>Lo que más me ha gustado es el video del Módulo 4 (3E)</i>
	<i>Velocidad de descarga del material (3E)</i>
	<i>A lo largo del curso se ha respondido a todas las preguntas del cuestionario pretest (3E)</i>
	<i>El Módulo 2 es complejo pero completo (3E)</i>
	<i>Lo que más me ha gustado es el módulo de deprescripción (3E)</i>
	<i>Los profesores (3E) (4E)</i>
	<i>Las actividades prácticas (3E) (4E)</i>
<i>Disponibilidad de múltiples recursos como bibliografía, videos, texto, foro (3E) (5E)</i>	
<i>Los diferentes escenarios clínicos y roll play (3E) (4E) (5E)</i>	
<i>Importante la escucha activa y la toma de decisiones (4E)</i>	
<i>Los videos son claros y concisos (4E)</i>	
<i>Metodología, accesibilidad y contenido (4E)</i>	
<i>Las tareas porque te permite valorar lo que has aprendido y detectar ideas erróneas (4E)</i>	

(cont.) **Tabla 18.** Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP

Código	Citas
2. Aspectos negativos del curso	<p><i>Excesivas encuestas de satisfacción (1E)</i></p> <p><i>Carece de herramientas prácticas (1E)</i></p> <p><i>Alguna de las tareas eran demasiado difíciles para mí (1E)</i></p> <p><i>Aunque interesantes, las pruebas no eran lo suficientemente complejas y la del último módulo era demasiado fácil (1E)</i></p> <p><i>Demasiados conceptos y teorías ya conocidos (1E)</i></p> <p><i>Poco tiempo y demasiado trabajo (2E)</i></p> <p><i>La respuesta a las tareas era insuficiente (2E)</i></p> <p><i>La principal desventaja de un curso en línea... es que carece de contacto con el profesor (2E)</i></p> <p><i>Comunicación con los profesores, no contestaron a preguntas (3E)</i></p> <p><i>Más contenido para enfermería. Algunos de los módulos eran más enfocados a medicina (3E)</i></p> <p><i>En el Módulo 4 no había suficiente información ni actividades prácticas para poner a prueba el conocimiento adquirido (3E)</i></p> <p><i>He echado de menos una mayor concreción en los principios de Ariadna (3E)</i></p> <p><i>Poco tiempo (3E)</i></p> <p><i>Los dos primeros módulos eran más complicados que el resto (4E)</i></p>
3. Evaluación positiva global del curso	<p><i>Adecuado como enfoque inicial (1E)</i></p> <p><i>Conceptualmente bueno (1E)</i></p> <p><i>Es una buena y necesaria herramienta (1E)</i></p> <p><i>Curso interesante, fácil de completar (1E)</i></p> <p><i>Curso muy útil, se nota que han trabajado mucho (1E)</i></p> <p><i>Aprendí mucho (2E) (3E)</i></p> <p><i>Siempre hay algo que mejorar, pero me gustó mucho que las ideas estuvieran muy claras (3E)</i></p> <p><i>Nueva información que me ha hecho ver a mis pacientes de forma diferente (3E)</i></p> <p><i>Concepto desconocido, pero resultó útil (3E)</i></p>

(cont.) **Tabla 18.** Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP

Código	Citas
3. Evaluación positiva global del curso (cont.)	<p><i>Útil para aplicar conocimientos en el trabajo, conocíamos los problemas pero no las herramientas para abordarlos (3E)</i></p> <p><i>Ha cubierto mis expectativas (3E)</i></p> <p><i>La adaptación a todos los profesionales sanitarios implicados en ella (3E)</i></p> <p><i>Sensibilización de los profesionales sobre la pluripatología y la polimedicación (3E)</i></p> <p><i>Lo mejor ha sido aumentar el conocimiento en esta realidad que es la multimorbilidad (3E)</i></p> <p><i>Podemos hacer mucho por nuestros pacientes, en términos de control de su medicación y utilizando las herramientas que tenemos para ello (4E)</i></p> <p><i>Curso muy didáctico con temas muy interesantes (3E) (5E)</i></p>
4. Evaluación negativa global del curso	<p><i>Algo corto (1E)</i></p> <p><i>La toma de decisiones compartida con nuestros pacientes aplicada a la MM y la PP es un privilegio que no se puede simplificar para que sea fácilmente evaluable (1E)</i></p> <p><i>...demasiado teórico (1E)</i></p> <p><i>No he aprendido demasiado (1E)</i></p> <p><i>No se ha profundizado (1E)</i></p> <p><i>No había corrección individual de las tareas (3E)</i></p>
5. Dificultades tecnológicas	<p><i>Problemas con los dispositivos electrónicos... (2E)</i></p> <p><i>Dificultad para acceder a la bibliografía (3E)</i></p> <p><i>Cortes y desconexiones (3E) (4E)</i></p>
6. Mejoras para futuras ediciones	<p><i>Profundizar en algunas pruebas (1E)</i></p> <p><i>Adaptación a la práctica clínica real (1E)</i></p> <p><i>Realizar los test con preguntas de objetivos de aprendizaje, opción de rectificar y sin doble negativo... (1E)</i></p> <p><i>Enviar un sumario de las conversaciones en el chat para fomentar la participación (1E)</i></p> <p><i>Reorganizar duración (1FE) (3TE)</i></p>

(cont.) **Tabla 18.** Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP

Código	Citas
6. Mejoras para futuras ediciones (cont.)	<i>Aumentaría la duración (1E)</i>
	<i>Complementar con una clase presencial (1E) (3E) (4E)</i>
	<i>Más casos clínicos con situaciones médicas reales (1E) (3E)</i>
	<i>Mayor esquematización (2E)</i>
	<i>Más contenido práctico y directos al objetivo (2E) (3E)</i>
	<i>Más casos clínicos con situaciones médicas reales (3E)</i>
	<i>Videos más didácticos y entretenidos (3E)</i>
	<i>Contenidos educativos más amplios (3E)</i>
	<i>Instrumentos para cuantificar y evaluar la relación riesgo-beneficio (3E)</i>
	<i>La redacción y las respuestas a algunas preguntas (3E)</i>
	<i>Poder ver al mismo tiempo los resultados de las actividades (3E)</i>
	<i>Técnicas de psicología que apoyen en la motivación del paciente en tratamiento crónico (3E)</i>
	<i>Más material orientado a enfermería (3E)</i>
	<i>Mejorar el material para enfermería, sobre todo en el Módulo 1 (3E)</i>
	<i>Separar el contenido por actividad profesional (medicina-enfermería) (3E)</i>
	<i>Más ejemplos sobre cómo aplicar los principios Ariadna en enfermería (3E)</i>
	<i>Más tiempo para completar los módulos (3E) (4E)</i>
	<i>Más feed-back personal en la resolución de tareas (3E) (5E)</i>
	<i>Más casos clínicos sobre deprescripción (4E)</i>
	<i>Otros ejercicios sobre tratamiento, evaluar indicaciones, seguridad (4E)</i>
	<i>Añadir un informe con un decálogo de buenas prácticas, píldoras informativas... (4E)</i>
<i>Técnicas que tengan en cuenta la dificultad de las consultas telefónicas y el tiempo por paciente (4E)</i>	
<i>Plataforma más funcional, indicando más claramente las tareas a realizar, incluidas las encuestas de satisfacción (4E)</i>	
<i>Más detalles sobre la resolución de los ejercicios (4E)</i>	
<i>Más comunicación e interacción con los profesores (4E) (5E)</i>	
<i>No utilizar tanta terminología médica si el curso va dirigido a medicina y enfermería (5E)</i>	

(cont.) **Tabla 18.** Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP

Código	Citas
7. Facilitadores para aplicar lo aprendido	<p><i>Es cierto que estamos acostumbrados a valorar a los pacientes longitudinalmente y si no podemos hacerlo todo hoy, lo haremos en otro momento (1E)</i></p> <p><i>Ahora nos toca a nosotros mejorar nuestra práctica clínica con este tipo de pacientes (1E)</i></p> <p><i>La mejor manera para aprender es a través de casos clínicos y tareas, y así aplicarlos (3E)</i></p>
8. Dificultades para aplicar lo aprendido	<p><i>Poco tiempo para poner en práctica lo aprendido (1E)</i></p> <p><i>Aprender y comprender los contenidos del curso es una cosa, pero aplicarlos correctamente es mucho más complejo (1E)</i></p> <p><i>Cada día tengo, seguramente, más de 15 pacientes con multimorbilidad y polifarmacia (1E)</i></p> <p><i>Me frustra no poder aplicar todo lo que sé, realmente estoy al máximo de mi capacidad de trabajo... (1E)</i></p> <p><i>Su aplicabilidad...me temo que será limitada (1E)</i></p> <p><i>Una herramienta eficiente en el mejor de los casos, pero no eficaz en la práctica (1E)</i></p> <p><i>A veces uno de los inconvenientes para adaptar el tratamiento de un paciente con MM y PP es la falta de consenso entre nosotros los médicos (1E)</i></p>
9. Preguntas sin resolver en el curso	<p><i>¿Cuál es la prioridad en un paciente pluripatológico? ¿Por dónde empezar? ¿Qué alternativas tenemos frente a fármacos claramente nocivos que controlan los síntomas pero empeoran su calidad de vida? (1E)</i></p>
10. Profesionales que deberían tener formación en MM	<p><i>Podría ser interesante ampliar esta formación a todo el personal sanitario de atención primaria y especializada (1E)</i></p> <p><i>Profesionales de atención especializada (3E)</i></p> <p><i>Mayor énfasis sobre el papel de la enfermería en el tratamiento de estos pacientes (5E)</i></p>

6.2. Segundo nivel de Kirkpatrick

En las cinco ediciones se observa una mejoría en el nivel de conocimientos tras la realización de la actividad formativa de alrededor de 2 puntos. Las dos últimas ediciones son las que presentan mejor resultado en ganancia de conocimientos, siendo cercana a 3 puntos.

6.3. Tercer nivel de Kirkpatrick

En la quinta edición del curso, no se ha podido recoger la encuesta de transferencia, como se ha indicado anteriormente. En la mayoría de las respuestas de las encuestas de transferencia de las cuatro primeras ediciones sobre la aplicabilidad del curso, el apoyo para aplicar los contenidos en la práctica, la motivación y la objetivación de resultados en la salud de los pacientes, se ha obtenido una respuesta positiva («siempre» o «casi siempre»). La pregunta sobre si se reconocen explícita o implícitamente los logros conseguidos en el trabajo tras el curso en tres de las ediciones fue contestada en la mayoría de los casos como «casi nunca». En cuanto si se dispone del apoyo necesario en el trabajo para aplicar los conocimientos adquiridos en este curso, también se obtiene una mayoría de las respuestas negativas («a veces» o «casi nunca»).

A continuación se adjunta la **Tabla 19** en la que se disponen las categorías y los códigos por los cuales se han clasificado las respuestas obtenidas sobre los aspectos que habían mejorado en el trabajo del médico a raíz del curso. Estos comentarios han sido categorizados en 2 categorías y 5 códigos.

Tabla 19. Preguntas abiertas de la encuesta de transferencia

Categoría	Código	Citas
1. Aspectos relacionados con el tratamiento médico	1. Conciliación del tratamiento farmacológico, interacciones farmacológicas y yatrogénesis	<p><i>Mi percepción sobre la posibilidad de yatrogenia en personas mayores con polifarmacia ha mejorado (1E).</i></p> <p><i>Necesidad de revisar los síntomas de los pacientes que pueden deberse a yatrogenia (1E) (4E).</i></p> <p><i>Estar atento a los nuevos fármacos, la duración del tratamiento y los posibles efectos adversos (1E) (3E) (4E).</i></p> <p><i>Mayor seguridad al revisar los tratamientos (1E) (3E).</i></p> <p><i>Disminuir los efectos adversos (2E).</i></p> <p><i>Prevenir interacciones tras las visitas a atención especializada (2E) (3E) (4E).</i></p> <p><i>Importante revisar continuamente el tratamiento (4E).</i></p> <p><i>Evaluar la adherencia al tratamiento (4E).</i></p> <p><i>Disminuir los efectos adversos (2E) Mayor seguridad a la hora de cambiar el tratamiento (4E).</i></p>
	2. Deprescripción	<p><i>Tengo más control con los nuevos tratamientos y estoy trabajando más en la deprescripción (1E).</i></p> <p><i>Replantearse con más frecuencia la necesidad de nuevos tratamientos (1E).</i></p> <p><i>Trato de disminuir en número de fármacos según las últimas evidencias científicas (2E).</i></p> <p><i>Deténgase, piense y, antes de prescribir, evalúe otras posibles acciones y, si es posible, desprescriba (2SE).</i></p> <p><i>Evaluar continuamente el tratamiento, ajustarlo y valorar deprescripción (4E).</i></p> <p><i>Estar atento al tratamiento innecesario y acordar con el paciente su tratamiento (4E).</i></p> <p><i>Tener en cuenta la deprescripción y analizar la necesidad de nuevo tratamiento (3E).</i></p> <p><i>Lo que más me gustó y lo más útil fue el módulo de deprescripción (3E).</i></p> <p><i>Este curso nos recuerda que podemos hacer mucho por nuestros pacientes, en términos de control de su medicación y utilizando las herramientas que tenemos para ello (4E).</i></p>

(cont.) **Tabla 19.** Preguntas abiertas de la encuesta de transferencia

Categoría	Código	Citas
2. «Efecto vacuna»	3. Mayor conciencia sobre MM y PP	<p><i>Abordar a los pacientes polimedicados y con MM con una visión más integral (1E).</i></p> <p><i>Tener en cuenta los pacientes polimedicados menores de 74 años (1E).</i></p> <p><i>Tener en cuenta todas las condiciones del paciente en la toma de decisiones... (2E).</i></p> <p><i>Concienciación sobre polifarmacia y multimorbilidad (2E) (4E).</i></p> <p><i>Lo mejor ha sido aumentar los conocimientos sobre la realidad de la multimorbilidad (3E) Saber tratar mejor al paciente para alcanzar objetivos reales (3E).</i></p> <p><i>He aprendido a escuchar y entender mejor las necesidades del paciente y sus dudas (3E).</i></p> <p><i>Necesario centrarse en el paciente siguiendo los principios Ariadna (3E) (4E).</i></p> <p><i>Mejorar la identificación y la atención de los pacientes con multimorbilidad (3E) (4E).</i></p> <p><i>Integrar en la práctica clínica diaria una evaluación integral de los pacientes con MM y PP (4E).</i></p> <p><i>Es importante la realización de escucha activa y toma de decisiones compartida (4E).</i></p> <p><i>Mayor implicación en la revisión y gestión de todos los aspectos del paciente con multimorbilidad (4E).</i></p>
	4. Incremento en la capacidad de toma de decisiones	<p><i>Incremento en la capacidad de toma de decisiones en mis pacientes polimedicados(1E) (3E)..</i></p> <p><i>Acercamiento al paciente mediante el uso de herramientas (3E).</i></p> <p><i>Este curso me ha ayudado a comprender mejor la motivación y desmotivación del paciente ante un tratamiento crónico y a incluir al paciente como parte activa en la toma de decisiones (3E).</i></p> <p><i>Importante comentar las preferencias, expectativas y cómo plantear el tratamiento con el paciente (4E).</i></p> <p><i>Creo que he mejorado la comunicación con el paciente polimedicado, explorando sus creencias y prioridades, intentando realizar negociaciones en lugar de imposiciones (4E).</i></p>

(cont.) **Tabla 19.** Preguntas abiertas de la encuesta de transferencia

Categoría	Código	Citas
2. «Efecto vacuna» (cont.)	5. Efectos positivos en la formación continuada	<p><i>Este curso me ha motivado para repasar conceptos y, en la medida de mis posibilidades, aplicarlos a mi práctica clínica (1E).</i></p> <p><i>Ser consciente de que la práctica está correlacionada con los aspectos teóricos (1E).</i></p> <p><i>Gracias a la explicación de los distintos conceptos, he podido aplicar la teoría en la práctica (3E) (3E).</i></p> <p><i>Especialmente este curso me ha servido para hacer un mapa mental sobre cómo realizar el manejo diario de pacientes con multimorbilidad (3E).</i></p> <p><i>Necesario mejorar las técnicas de comunicación con el paciente (4E).</i></p> <p><i>Sensibilización de los profesionales sobre la pluripatología y la polimedicación (3E).</i></p>
3. Obstáculos de aplicabilidad	6. Obstáculos de aplicabilidad	<p><i>Dificultad para aplicar los conocimientos sobre detección de interacciones en prescripciones procedentes de otros compañeros o de atención especializada (1E).</i></p> <p><i>En los indicadores de prescripción gerencial, algunas prácticas son penalizadas y, al suprimirla, mis indicadores de uso racional del medicamento caen (1E)..</i></p> <p><i>No es fácil aplicar en la práctica lo aprendido (3E).</i></p> <p><i>Existe el problema con el tiempo asignado para cada paciente y la alta carga asistencial (3E) (4E).</i></p> <p><i>Tengo dudas de que la sobrecarga asistencial permita poner en práctica los métodos explicados anteriormente (4E).</i></p>
4. Ausencia de cambios	7. Ausencia de cambios	<p><i>No he percibido cambios (2E) (4E).</i></p>

6.4. Cuarto nivel de Kirkpatrick

Hasta este momento, únicamente se ha medido el cuarto nivel de Kirkpatrick en la primera edición de este curso formativo. Como se ha indicado anteriormente, en dicha edición se logró en el MAI una mejoría de 2,32 puntos a los 6 meses y de 3,40 puntos a los 12 meses. También se objetivó una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, aunque no de forma significativa.

REFERENCIAS

1. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Calderón-Larrañaga A *et al.* Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). *Implement Sci.* 2017;12(1):54. DOI: 10.1186/s13012-017-0584-x.
2. Gavilán E, Villafaina A, Aranguex A, Sánchez GA, Suliman S, Jiménez L. Índice de adecuación de los medicamentos - Versión española modificada manual de usuario [Internet]. Plasencia: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud; 2012. [Consultado 13 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://somuca.es/wp-content/uploads/2012/05/Indice-Adecuacion-Medicamentos-Version-2012.pdf>.
3. Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, López-Verde F *et al.* How to Improve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. *J Pers Med.* 2022 May 6; 12(5):752. DOI: 10.3390/jpm12050752.
4. Leiva-Fernández F, Prados-Torres JD, Prados-Torres A, Del-Cura-González I, Castillo-Jimena M, López-Rodríguez JA, Rogero-Blanco ME, López-Verde F, Bujalance-Zafra MJ, Pico-Soler MV *et al.* Training primary care professionals in multimorbidity management: Educational assessment of the eMULTIPAP course. *Mech Ageing Dev.* 2020;192:111354. doi: 10.1016/j.mad.2020.111354.
5. Palmer K, Carfi A, Angioletti C, Di Paola A, Navickas R, Dambrauskas L *et al.* A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(24):5044. DOI: 10.3390/ijerph16245044.
6. Rodríguez-Blázquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliiek-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S *et al.* Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5268. DOI: 10.3390/ijerph17155268.
7. Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Feliú LA, Pico-Soler V, Bujalance-Zafra MJ *et al.* Effectiveness of the MULTIPAP Plus intervention in youngest-old patients with multimorbidity and polypharmacy aimed at improving prescribing practices in primary care: study protocol of a cluster randomized trial. *Trials.* 2022; 23(1):479. DOI: 10.1186/s13063-022-06293-x.
8. CheckTheMeds.Asistencia profesional para la revisión global rápida de los tratamientos. El Ejido (Almería) CheckTheMeds Technology S.L. [Consultado 27 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.checkthemed.com/>.
9. Toledo-Chavarri A. Envejecimiento, multimorbilidad y polimedición: Efectividad e implementación de una intervención multicomponente centrada en el paciente. [Consultado 08 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=-2d22abf7-6a10-11eb-ba92-63f958683616&iidCarpeta=bfa7ce27-adfc-11e9-bee0-f3fe-0b90eab8>.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Discusión

En sus diferentes ediciones, el curso eMULTIPAP se ha perfilado como una intervención formativa práctica, orientada a las necesidades de los profesionales que atienden a pacientes con multimorbilidad y polimedicación, estimulante, fundamentada en el aprendizaje basado en problemas y en la evidencia disponible y orientada a los resultados.

La elección de los contenidos formativos y su diseño se ha hecho con la participación de los investigadores colaboradores clínicos del proyecto MULTIPAP, teniendo en cuenta su práctica clínica y sus propias necesidades de aprendizaje, lo que probablemente ha tenido un impacto positivo en la buena valoración de los alumnos, pese a que no se hizo una evaluación inicial de sus necesidades concretas, sino que se tuvieron en cuenta las opiniones y propuestas de los propios colaboradores clínicos de nuestro grupo.

Para evaluar el curso, el equipo investigador se decidió por el modelo de Kirkpatrick porque necesitábamos un modelo evaluativo que estuviera suficientemente consolidado y documentado para su uso en nuestro ámbito, que fuera suficientemente detallado y explicativo y que no planteara excesivas dificultades en su aplicación e interpretación, que se correlacionara lo más posible con el modelo de currículum formativo que habíamos descrito en el capítulo 1 de este informe y que nos diera una información complementaria a la que estudiábamos en el propio ensayo¹ (mejoras en los resultados de la atención a los pacientes con MM). Así, los niveles 1 y 2 de Kirkpatrick proporcionaron información adicional complementaria y útil para introducir mejoras en nuevas ediciones cuando fuera necesario.

En el desarrollo del curso, se ha demostrado un impacto estable en las 5 ediciones revisadas en este informe. La citada evaluación de los niveles 1 y 2 del modelo de Kirk-

patrick indica que tanto el seguimiento del alumnado como la satisfacción con todos los aspectos operativos y de contenidos del curso han sido altos, y la ganancia de conocimientos de forma reiterada se ha mantenido en una media de 2 puntos sobre 10, independientemente del profesional que recibía el curso y el contexto en el que se aplicara el mismo (contexto de investigación o de práctica asistencial real). También se ha comprobado una elevada transferibilidad (valorada como la *autopercepción* de aplicabilidad real de lo aprendido en el ámbito de trabajo), especialmente debida al «efecto vacuna» o sensibilización respecto a los principales desafíos que conlleva la atención clínica a los pacientes con MM y polimedicación (relacionados a su vez con la carga de enfermedad y de tratamiento; con la adherencia y la conciliación terapéutica; con la deprescripción y con la aplicación de una atención clínica centrada en la persona en condiciones reales de práctica clínica).

Es importante reseñar que las sugerencias de mejora recibidas tras cada edición nos han llevado a introducir algunas en las siguientes ediciones, por lo que el curso eMULTIPAP se ha ido modificando acorde a las preferencias de los alumnos que lo realizaban. Este hecho ha motivado que, conforme avanzaban las ediciones, se identificaran menos elementos de mejora. No obstante, aún quedan algunos aspectos que perfeccionar, por ejemplo: cómo conseguir una mayor adaptación de los contenidos para la profesión enfermera cuando estas participen; cómo crear nuevos casos clínicos diferentes a los ya incluidos, con sus respectivas tareas, para que el profesional pueda encontrar más situaciones que le evoquen las vividas con sus propios pacientes; y, paralelamente a la evolución del curso a un verdadero formato MOOC (Massive Open Online Course), cómo implementar más y mejores elementos de *feedback* para que el alumno se sienta guiado por los docentes en los momentos de dudas o dificultad de algunos contenidos curriculares, pese al diseño del curso masivo.

No obstante lo anterior, se debe reflexionar sobre algunos puntos de la intervención formativa realizada, al menos en cuanto a los contenidos incluidos y sobre el modelo de curso que se ha utilizado.

Para seleccionar los contenidos del curso y los diferentes objetos docentes, hemos tenido en cuenta (aparte de las recomendaciones de nuestros colaboradores clínicos, como ya se ha dicho) algunas recomendaciones y principios del aprendizaje significativo^{2, 3, 4, 5}. Por ello, hemos intentado conseguir un curso que permita a los profesionales utilizar sus conocimientos previos para, a partir de ellos, hacerlos conscientes de las nuevas necesidades de formación en MM y permitirles utilizar la re-

flexión crítica sobre su propia práctica clínica para identificar sus lagunas concretas de formación en MM. Los objetivos de aprendizaje de este curso se han establecido teniendo en cuenta los principios Ariadna⁶, que provienen de un importante consenso internacional bastante contextualizado en la atención primaria y en la medicina de familia. Tras la publicación de la revisión sistemática de Lewis C y cols. de 2016⁷, hemos podido reflexionar acerca del análisis del currículo formativo que hemos abordado en eMULTIPAP.

Es esperable que en los próximos años, cuando estén suficientemente establecidos y consolidados los contenidos formativos básicos para atender la MM y estos formen parte del currículum fundamental de los médicos de familia y de otros profesionales implicados, sea necesario realizar nuevas detecciones de necesidades formativas entre grupos amplios de profesionales para continuar desarrollando sus competencias profesionales específicas en función de las necesidades concretas de cada puesto de trabajo en relación con la MM. El modelo de curso que se ha diseñado podrá fácilmente completarse en ese caso para dar respuesta a nuevas necesidades formativas en MM que complementen el currículum *core* o fundamental.

En cuanto al modelo de intervención educativa más apropiado, ya se abordó en el capítulo de estructura cuáles fueron las razones fundamentales que nos hicieron seleccionar una modalidad online y asíncrona.

En la ya citada revisión sistemática de Lewis C *et al.*, se afirma que, aunque «la evidencia que determina la efectividad de las intervenciones educativas para médicos es muy limitada y resulta sorprendente la escasez de estudios que abordan este tema, es factible impartir talleres o capacitación en línea durante un corto período de tiempo». Es cierto que esto supone una observación muy distinta de la publicada previamente por Andolsek y cols. en 2013⁸, en la que afirmaban que el formato taller sobre el de casos en línea parecía ser superior.

En nuestro caso, el curso eMULTIPAP en todas sus ediciones se ha realizado como una «intervención online asíncrona» que demostró gran aceptabilidad entre los profesionales. Esto es esperable dado que este tipo de formación presenta características muy adecuadas para personas que trabajan a tiempo completo y tienen que atender otras responsabilidades personales. Entre estas características destacamos, adaptándolo de Vasquez D⁹: 1) Flexibilidad de horarios: permite a los adultos estudiar según su disponibilidad y conveniencia. Pueden acceder a los materiales de aprendizaje y participar en actividades en cualquier momento y desde cualquier lugar con acceso a Internet. 2) Autonomía y autodirección: las personas adultas

suelen tener una gran motivación interna para aprender y procuran más autonomía en su proceso de aprendizaje. El aprendizaje en línea proporciona un entorno idóneo para tomar el control del propio aprendizaje, establecer metas propias y avanzar a su propio ritmo. Además, quienes lo realizan pueden elegir los recursos y las actividades que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias. 3) Variedad de recursos y herramientas interactivas: el curso eMULTIPAP ofrece una amplia gama de recursos educativos, como vídeos, presentaciones interactivas, simulaciones y actividades prácticas, referencias bibliográficas y documentación «para saber más», análisis de consultas simuladas... Estos recursos pueden ser más dinámicos y visualmente más atractivos que los materiales de aprendizaje tradicionales, lo que facilita el entendimiento y la retención de información. Además, las herramientas interactivas, como los foros de discusión y las videoconferencias, permiten la colaboración y el intercambio de ideas con otros estudiantes y profesores. 4) Ahorro de tiempo y dinero: el aprendizaje en línea elimina la necesidad de desplazarse a un lugar físico de estudio, lo que ahorra tiempo y dinero en transporte. 5) Personalización y adaptabilidad: cada persona tiene su forma especial de aprender, su estilo, sus intereses y sus necesidades concretas de aprendizaje. Además, posibilita revisar y repasar el material tantas veces como sea necesario para asegurar la comprensión y el dominio del tema.

La siguiente etapa de desarrollo del curso eMULTIPAP se ha llevado a cabo muy recientemente con la puesta en marcha de la sexta edición, en formato MOOC. Su evaluación será muy importante para saber si este formato que es autosuficiente y permite la inscripción de un mayor número de profesionales con un esfuerzo docente asumible, es también útil e igual de valorado por los profesionales. Si el resultado es positivo —como ha sucedido en las ediciones previas—, se podría ofrecer a otros colectivos profesionales pertenecientes a diferentes servicios de salud, a unidades docentes de formación sanitaria especializada, incluso a universidades para formación en el grado de las profesiones sanitarias.

Para promover la internacionalización del curso, se ha llevado a cabo la traducción a inglés de los principales contenidos formativos de eMULTIPAP, principalmente los guiones de los vídeos y de las simulaciones, y los casos clínicos y las tareas de evaluación. Las grabaciones de las clases y las simulaciones han sido subtítuladas en inglés, a partir del material traducido. Esto abre la posibilidad de realizar el curso en instituciones sanitarias internacionales y registrarlo en el portal de Buenas Prácticas de la Unión Europea¹⁰.

El equipo docente seguirá revisando de forma periódica la actividad formativa e incluyendo en la misma nuevos contenidos, con el objetivo de dar respuesta a la propuesta curricular completa de Lewis *et al.*⁷ u otras nuevas que pudieran surgir en adelante.

Queremos reseñar por último que aunque sólo se ha podido evaluar hasta ahora el nivel 4 de Kirkpatrick para la primera edición del curso eMULTIPAP, a través del análisis de los resultados del ensayo pragmático MULTIPAP¹, sí que se ha podido comprobar un impacto positivo en la adecuación del tratamiento de los pacientes con MM por los profesionales y una tendencia positiva a mejorar otros resultados de salud en los pacientes, como la calidad de vida percibida o variables relacionadas con la supervivencia o con la disminución de utilización de los servicios de salud de los pacientes con MM. Sin embargo, en las restantes ediciones, aún no hemos podido llegar a la evaluación de los efectos finales conseguidos con los pacientes, tras las mejoras constatadas en los niveles 1 y 2 de Kirkpatrick.

A la luz de estos resultados, una probable línea de trabajo futuro del Grupo MULTIPAP consistirá en desarrollar módulos específicos de formación sobre aspectos concretos de la atención a la MM (módulos de profundización) que complementen los abordados en eMULTIPAP hasta ahora. Para ello, este grupo MULTIPAP está desarrollando un proyecto para detección formal de necesidades formativas que ayudarán a la orientación de los contenidos futuros¹¹.

2. Conclusiones

Podemos considerar que eMULTIPAP es una intervención formativa práctica, orientada a las necesidades de los profesionales que la reciben (los contenidos fueron diseñados conjuntamente con investigadores clínicos del proyecto MULTIPAP), estimulante, fundamentado en el aprendizaje basado en problemas y en la evidencia disponible, y orientada a resultados con un impacto formativo positivo a nivel de conocimientos, transferencia de los mismos al puesto de trabajo y resultados en salud.

Ante el gran desafío que supone actualmente la cronicidad y la multimorbilidad para los sistemas sanitarios, el Grupo MULTIPAP continuará trabajando para mejorar el contenido del curso y adaptarlo a nuevas necesidades y perfiles profesionales y seguir poniéndolo a disposición de los sistemas de salud y profesionales sanitarios para contribuir a la mejora de los resultados en salud de la sociedad.

REFERENCIAS

1. Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Gimeno-Miguel A, Poblador-Plou B, López-Verde F *et al.* How to Improve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. *J Pers Med.* 2022; 12(5):752. DOI: 10.3390/jpm12050752.
2. Ausubel D, Novak J, Hanesian H. *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo.* México: Trillas; 2009.
3. Driver R. Un enfoque constructivista para el desarrollo del currículo en ciencias. *Enseñanza de las Ciencias.* 1988; 6(2):109-20.
4. Van der Veer R & Valsiner J. *Understanding Vigotsky. A quest for synthesis.* Oxford: Basil Blackwell; 1991.
5. Yasnitsky A, van der Veer R, Aguilar E & García LN. *Vygotski revisitado: una historia crítica de su contexto y legado.* Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2016.
6. Muth C, van den Akker MJ, Blom JW Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG *et al.* The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med.* 2014;12:223. DOI: 10.1186/s12916-014-0223-1.
7. Lewis C, Wallace E, Kyne L, Cullen W, Smith SM. Training Doctors to Manage Patients with Multimorbidity: A Systematic Review. *Journal of Comorbidity* 2016;6(2):85-94. DOI: 10.15256/joc.2016.6.87.
8. Andolsek K, Rosenberg MT, Abdolrasulnia M, Stowell SA, Gardner AJ. Complex cases in primary care: report of a CME-certified series addressing patients with multiple comorbidities. *Int J Clin Pract.* 2013;67(9):911–7. DOI: 10.1111/ijcp.12175.
9. Vasquez D. Ventajas, desventajas y ocho recomendaciones para la educación médica virtual en tiempos del COVID-19: Revisión de Tema, *CES Med [Internet].* 12 de junio 2020 34:14-27. [Consultado 10 septiembre 2023]. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/5540>.
10. European Commission. Best Practices Portal [Internet]. European Union: European Commission; 2023. Available at: <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>.
11. Leiva-Fernández F, González-Hevilla A, Prados-Torres JD, Casas-Galán F, García-Domingo E, Ortiz-Suárez P *et al.* Identification of the multimorbidity training needs of primary care professionals: Protocol of a survey. *J Multimorb Comorb.* 2021;11:26335565211024791. DOI: 10.1177/26335565211024791.

ÍNDICES

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

Figura 1. Principios básicos del aprendizaje de adultos y de la formación autodirigida con un enfoque constructivista	24
Figura 2. Contenidos del currículo formativo	26
Figura 3. Principios Ariadna	28
Figura 4. Propuesta de contenidos curriculares en MM.....	29

CONTEXTO

Figura 5. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP	41
Figura 6. Modelo lógico de la intervención compleja MULTIPAP	43
Figura 7. Elementos de la intervención compleja MULTIPAP Plus.....	46

ESTRUCTURA

Figura 8. Cono de la experiencia, de Edgar Dale	56
--	----

EVALUACIÓN

Figura 9. Niveles de la evaluación, según Miller.....	68
Figura 10. Niveles de Kirkpatrick	69

ÍNDICE DE CUADROS

ESTRUCTURA

Cuadro 1. Docentes del curso eMULTIPAP.....	50
Cuadro 2. Estructura de eMULTIPAP	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución por categoría profesional y especialidad de la edición 3 de eMULTIPAP.....	87
Gráfico 2. Distribución de los alumnos según rango de edad. Cuarta edición eMULTIPAP.....	98
Gráfico 3. Distribución de los participantes por rango de edad. Quinta edición eMULTIPAP.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

RESULTADOS

Tabla 1. Resultados de la encuesta de satisfacción de los 59 participantes. Primera edición eMULTIPAP.....	74
Tabla 2. Categorías y códigos de la encuesta de satisfacción. Primera edición eMULTIPAP.....	75
Tabla 3. Encuesta de transferencia. Primera edición eMULTIPAP.....	77
Tabla 4. Primera pregunta abierta de la encuesta de transferencia. Primera edición eMULTIPAP.....	79
Tabla 5. Diferencias ajustadas para las variables primarias (6 meses de seguimiento) y secundarias (12 meses de seguimiento). Primera edición eMULTIPAP.....	80
Tabla 6. Encuesta de satisfacción del alumnado (48 médicos de familia) que finalizó la segunda edición del curso eMULTIPAP.....	82
Tabla 7. Categorías y códigos de las preguntas abiertas de la encuesta de satisfacción. Segunda edición eMULTIPAP.....	84
Tabla 8. Resultados de la encuesta de transferencia. Segunda edición eMULTIPAP.....	85
Tabla 9. Respuestas de las primera pregunta abierta de la encuesta de transferencia. Segunda edición eMULTIPAP.....	86
Tabla 10. Encuesta de satisfacción del alumnado. Tercera edición eMULTIPAP.....	88
Tabla 11. Satisfacción con el material didáctico. Tercera edición eMULTIPAP.....	89
Tabla 12. Encuesta de transferencia. Tercera edición eMULTIPAP.....	95
Tabla 13. Satisfacción del alumnado. Cuarta edición eMULTIPAP.....	99
Tabla 14. Satisfacción del profesorado. Cuarta edición eMULTIPAP.....	101
Tabla 15. Encuesta de transferencia. Cuarta edición eMULTIPAP.....	102

Tabla 16. Respuesta a la primera pregunta de la encuesta de transferencia. Cuarta edición eMULTIPAP.....	103
Tabla 17. Satisfacción del alumnado. Quinta edición eMULTIPAP.....	106
Tabla 18. Opiniones/sugerencias en la encuesta de satisfacción. Resumen 5 ediciones eMULTIPAP.....	110
Tabla 19. Preguntas abiertas de la encuesta de transferencia.....	116

Índice analítico

A

adherencia terapéutica 20, 40, 43, 44, 52, 55, 57, 59, 60, 63, 70, 103, 116, 144, 145, 149, 150, 154, 156, 179
apoyo a la toma de decisiones 22, 136
aprendizaje
 basado en problemas 40, 65, 121, 125
 de adultos 24, 40, 57
 significativo 23, 25, 49, 51, 55, 66
assessment (evaluación) 68
atención centrada en el paciente 20, 21, 42, 43, 44, 52, 57, 167
autogestión 20

C

comorbilidad 18, 58, 138, 139
conciliación de la medicación 22, 23, 51, 55, 56, 59, 60, 78, 122, 143, 149, 152, 153, 160, 178
conocimientos, habilidades y actitudes 43, 44, 70, 145
cono de la experiencia 56
constructivismo 40, 49
currículo formativo 25, 26, 28, 37, 51, 121, 123, 136
currículum core 26, 28, 123

D

deprescripción 27, 40, 55, 60, 61, 62, 63, 78, 83, 86, 89, 90, 91, 96, 100, 103, 110, 113, 116, 122, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 178

E

efectos adversos 20, 79, 86, 96, 103, 116, 142, 143, 146, 149, 150, 151, 159, 160, 162, 164
empatía 55, 61, 62, 163, 165
enfermería 50, 52, 63, 81, 87, 92, 93, 94, 97, 105, 108, 109, 111, 113, 114, 138, 158, 177, 179
ensayo clínico 31, 37, 38, 39, 52, 53, 54, 70, 73, 81, 87, 97, 108, 142, 164, 177
escucha activa 55, 61, 62, 63, 103, 110, 117, 163, 164, 172, 173, 175, 178
estudio antes-después 70
evaluación
 al alumno 57, 58, 63, 67, 68
 de la adecuación de la prescripción farmacológica 71
 de la adherencia 59, 60, 149, 151
 de la transferencia 44, 77
 del proceso formativo 58, 60, 61, 62, 63, 64, 82, 83, 88, 89
 modelos evaluativos 30
 niveles de evaluación 69, 108, 179

F

foro 57, 89, 99, 110

G

guías de práctica clínica, GPC 20, 21, 27, 29, 40, 45, 58, 61, 136, 138, 139, 141, 160, 201
guion textual 55, 59, 60, 63

I

índice de adecuación de la medicación, MAI 38, 59, 70, 78, 79, 80, 81, 118, 145, 161, 205, 219
interacciones medicamentosas 147, 162
intervención compleja MULTIPAP 40, 41, 42, 43, 73, 177
intervención compleja MULTIPAP Plus 44, 46, 53, 97, 108, 177
intervención educativa, IE 25, 30, 31, 39, 42, 50, 51, 67, 68, 69, 70, 123

L

lecturas recomendadas 55, 60, 63, 74, 178

M

material didáctico 89, 90
modelo de Kirkpatrick 44, 68, 69, 73, 121, 179
cuarto nivel de evaluación, resultados 78, 87, 97, 104, 108, 118
primer nivel de evaluación, reacción 69, 73, 81, 87, 98, 104, 108
segundo nivel de evaluación, aprendizaje 70, 76, 84, 94, 101, 107, 114
tercer nivel de evaluación, conducta 44, 70, 77, 85, 95, 102, 107, 115
modelo lógico 42, 43

MOOC (Massive Open Online Course) 39, 40, 54, 122, 124, 133, 138, 143, 149, 155, 159, 163, 167, 172, 178, 193, 198, 203, 208, 213, 217, 221, 225, 229, 233
multimorbilidad 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 85, 86, 89, 90, 91, 95, 96, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 112, 114, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 125, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 147, 149, 151, 155, 156, 158, 159, 160, 167, 168, 169, 170, 177, 178, 179, 233, 234
compleja 19
concordante 19
contenidos curriculares 23, 29
discordante 19
patrones 17, 19

N

negociación 55, 61, 62, 63, 163, 166, 167, 168, 169, 171, 178

O

objetos docentes 55, 122

P

pirámide de Miller 67, 68
pluripatología 58, 76, 91, 112, 114, 118, 138
polimedicación 20, 21, 27, 38, 39, 40, 51, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 75,

76, 77, 78, 79, 82, 85, 86, 89, 90, 91,
95, 102, 103, 104, 108, 109, 110,
112, 114, 116, 117, 118, 119, 121,
122, 133, 134, 135, 138, 141, 143,
145, 147, 149, 155, 158, 159, 160,
164, 167, 169, 170, 178

principios

Ariadna 22, 28, 39, 40, 43, 52, 55, 57, 60,
61, 62, 83, 89, 90, 94, 96, 97, 103, 111,
113, 117, 136, 137, 142, 155, 156,
158, 159, 163, 167, 168, 172, 178

básicos del aprendizaje 24

R

resultados en salud 19, 20, 21, 30, 37, 38,
52, 70, 125, 145

S

seguridad del paciente 22, 53, 104, 143

simulación en la enseñanza 53, 54, 55, 57,
62, 63, 64, 68, 104, 124, 180, 183,
186, 189

sistemas de ayuda a la toma de decisio-
nes, SATD 45, 53, 97, 108, 147, 177,
178

T

toma de decisiones compartida, TDC 27,
55, 62, 63, 75, 103, 112, 117, 136,
167, 168

ANEXOS

1. TEXTOS VÍDEOS

1.1. Vídeo inicial: PRESENTACIÓN DEL CURSO

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

VÍDEO INICIAL: PRESENTACIÓN DEL CURSO

Docentes: Alexandra Prados Torres, Isabel del Cura, Daniel Prados Torres

Alexandra Prados Torres

Hola. Soy Alexandra Prados, investigadora principal, junto con Isabel del Cura y Daniel Prados, de MULTIPAP, un proyecto de investigación encaminado a mejorar la prescripción de los pacientes con multimorbilidad y polimedicación.

La proporción de personas que envejecen es hoy mayor que nunca.

Además, «permanecemos» durante más tiempo en esta etapa de nuestra vida, nos hacemos longevos.

... Y además queremos vivir en las mejores condiciones de salud y bienestar posibles, todos sabemos que la salud es hoy un bien social de primer orden.

La realidad, sin embargo, es que acumulamos enfermedades crónicas y lo hacemos desde muy jóvenes. Enferme-

dades que a menudo son prevenibles, o al menos demorables, pero que, cuando aparecen y se acumulan en una misma persona, suponen una carga cada vez más pesada.

Aparece lo que denominamos multimorbilidad, es decir, la presencia simultánea de diversas enfermedades crónicas en un mismo paciente.

Tanto desde la perspectiva clínica como de salud pública, la multimorbilidad es un problema de gran magnitud que afecta a uno de cada diez niños, ahora mismo, a la mitad de la población adulta y a casi toda la población anciana.

Nos preguntaremos cómo responde nuestro sistema sanitario ante esta realidad. Lo cierto es que, aun estando muy bien preparados para responder a en-

fermedades individuales, no lo estamos tanto para manejar la salud global de un paciente que tiene varios procesos simultáneos.

Respondemos con múltiples fármacos, pruebas diagnósticas y visitas a especialistas. Respuestas guiadas todas ellas por evidencia científica obtenida para enfermedades aisladas, que frecuentemente dan lugar a múltiples interacciones, duplicidades o ausencias en los tratamientos.

La multimorbilidad en sí misma se asocia a consecuencias negativas importantes para la salud que son la consecuencia de interacciones entre las propias enfermedades y las propias enfermedades y los fármacos complejos que se prescriben para ellas. Tratamientos para los que no existe evidencia científica suficiente sobre su «uso combinado».

Así, la multimorbilidad y polifarmacia es un binomio al que los profesionales se enfrentan a diario, y a menudo con dificultades para valorar a los pacientes en su conjunto. Ya sea por escasez de tiempo, formación insuficiente, por la intervención de diversos profesionales que es preciso coordinar, o incluso por la dificultad para disponer de la historia clínica completa de un mismo paciente.

Está claro que algo en nuestros sistemas sanitarios debería cambiar más pronto que tarde para poder responder a este gran reto de salud que se nos echa encima sin ser suficientemente conscientes de ello.

Parte 2. Presentación del Proyecto MULTIPAP y del curso

Isabel del Cura

Los retos que implica el abordaje de la multimorbilidad para la salud pública, los sistemas de salud y el manejo clínico de los pacientes son enormes. Esto ha hecho que destacadas instituciones estén centrando sus esfuerzos en llamar la atención sobre este problema y en orientar las necesidades de investigación sobre el mismo. En la diapositiva 1 se recogen dos de estas aportaciones. El volumen de marzo 2019 del *Journal Internal Medicine*, que recoge el trabajo presentado en el simposio celebrado en mayo 2018 en el Instituto Karolinska en Estocolmo, y el informe publicado en abril de 2018 por Academia de las Ciencias Médicas del Reino Unido. Ambos documentos reflexionan sobre la investigación que se está desarrollando en este ámbito y proponen líneas y elementos de priorización para que se desarrolle una investigación útil y de calidad que aporte el conocimiento que se necesita para mejorar la práctica y las políticas sanitarias.

Este último informe, que incluye MULTIPAP como uno de los catorce ensayos en desarrollo del ámbito internacional, destaca la necesidad de avanzar en investigación sobre las causas y la carga de la multimorbilidad y sobre las mejores y más rentables maneras de tratar a los pacientes que viven con varios problemas médicos. Entre las líneas de investigación que prioriza la Academia de Cien-

cias Médicas destaca la necesidad de investigar sobre cómo los médicos pueden aumentar los beneficios y reducir los riesgos del tratamiento para pacientes con multimorbilidad, y cómo organizar los sistemas sanitarios para hacer frente a la multimorbilidad de forma más efectiva, así como cuál es la mejor manera de incorporar las tecnologías de la información al cuidado de los pacientes.

Las revisiones sistemáticas que han evaluado la efectividad de diferentes intervenciones en pacientes con multimorbilidad y polimedicación apuntan que, para abordar la atención a estos pacientes, es necesario combinar diferentes tipos de intervenciones y aportar nuevas y mejores evidencias en aspectos como la efectividad en los diferentes rangos de edad, el marco teórico de los componentes individuales de la intervención y la evidencia sobre la que se sustentan, los modelos organizativos de atención, o las necesidades formativas y las herramientas de ayuda de los profesionales que podrían mejorar la atención a estos pacientes evaluando resultados relevantes para el paciente y para el sistema sanitario, e incorporando el análisis de costes.

Siguiendo estas recomendaciones, se ha diseñado el estudio MULTIPAP, que cuenta en el ensayo actual con dos ensayos clínicos consecutivos: MULTIPAP y MULTIPAP Plus.

Se trata de ensayos clínicos pragmáticos, en condiciones de práctica clínica, aleatorizados por conglomerados. La población de estudio se centra en los pacientes so-

ciológicamente definidos como ancianos jóvenes (entre 65 y 74 años), una población que presenta elevada prevalencia de multimorbilidad y polimedicación y sobre los que el conocimiento de la efectividad de las intervenciones es aún muy limitado.

En el ensayo MULTIPAP Plus todos los médicos participantes recibirán eMULTIPAP, el componente formativo diseñado específicamente para esta intervención. Posteriormente, serán aleatorizados al grupo de intervención o al grupo control. El grupo de intervención incorporará a su práctica una herramienta automatizada de ayuda a la prescripción y el grupo control realizará su práctica clínica habitual, según guías, protocolos y herramientas disponibles en los diferentes servicios de salud participantes.

Se trata de una intervención implementada por los propios médicos responsables de la salud global de los pacientes con multimorbilidad, y dirigida a evitar la frecuente cascada de resultados negativos que aparecen como consecuencia del binomio multimorbilidad-polimedicación.

MULTIPAP Plus es una propuesta de investigación que cumple las características que se proponen para considerar útil una investigación clínica.

Daniel Prados

Como ya se ha dicho, la atención a la multimorbilidad es un desafío para los sistemas de salud. El Integrated Multimorbidity Care Model (IMCM) de CHRODIS ha propuesto un modelo integrado de atención a

la multimorbilidad en Europa que se está implementando en la práctica clínica a través del programa CHRODIS Plus. Este ha identificado 5 dimensiones y 16 componentes que se deben abordar para conseguir un nuevo modelo de atención integral a las necesidades insatisfechas de los pacientes con multimorbilidad.

Las dimensiones y componentes se pueden resumir en: provisión de servicios, apoyo a la toma de decisiones, apoyo al autocuidado de los pacientes, sistemas de información y tecnologías y, por último, recursos sociales y comunitarios.

Los profesionales deben tomar decisiones que no siempre son fáciles ni claras. En parte, ello se debe a la falta de disponibilidad de las guías de práctica clínica (GPC), que no son todavía adecuadas para atender a la multimorbilidad, y también ocurre porque no conocen, en su verdadera dimensión, algunas de las verdaderas necesidades de los pacientes.

El estudio de Elizabeth Cottrell y Sarah Yardley de 2015 (Experiencias vividas de multimorbilidad: Una meta-síntesis interpretativa de pacientes y médicos) refleja que el problema de la multimorbilidad tiene distintos puntos de vista y que no siempre coinciden los puntos de vista de los médicos y los de los pacientes.

Una de las principales preocupaciones del paciente con multimorbilidad es precisamente poder seguir realizando su proyecto vital, no darse por vencido. Así, los aspectos más importantes que identifican los pacientes son: el diagnóstico de enfermedades que puedan amenazar

su funcionalidad y que les impidan mantener la independencia, efectos secundarios de sus tratamientos y mantener una buena calidad de vida.

Es curioso reseñar que muchas veces los pacientes no tienen grandes expectativas con relación a la mejoría de sus patologías, pero sí quieren conservar, siempre que sea posible, su independencia y su autonomía.

Para lograr todo esto, hay que entrenar a los profesionales, para que hagan Atención Centrada en el Paciente (ACP), para que favorezcan una toma de decisiones compartida (TDC) y para buscar también una buena adherencia de los pacientes.

Los contenidos de este curso se han agrupado en cinco unidades didácticas. Cada una se desarrolla durante una semana y contiene vídeos, casos clínicos, documentación de apoyo (para saber más), foros con participación de alumnos y profesores, y cuestionarios de comprobación de los conocimientos adquiridos.

eMULTIPAP, por tanto, es una intervención compleja multicomponente que se enmarca en los principios Ariadna; cuenta con elementos formativos, de organización y de incorporación de las nuevas tecnologías. Se ofrece una formación estandarizada que aborda diferentes áreas del conocimiento que se han propuesto como parte del currículo formativo que debería desarrollar cualquier médico de familia para manejar adecuadamente a los pacientes con multimorbilidad. Entre estas destacan las habilidades para realizar la entrevista médico-paciente dirigida a la

toma de decisiones compartidas. eMULTIPAP ha sido evaluada ya con resultados favorables en el ensayo MULTIPAP.

Al dar respuesta a los principios Ariadna, el curso también responde a los seis grandes bloques curriculares para la formación en multimorbilidad propuestos por Lewis y colaboradores, tras la revisión sistemática que han publicado en 2016:

1. Habilidades de comunicación
2. Habilidades clínicas
3. Habilidades de gestión

4. Habilidades en manejo de tecnologías de la información
5. Trabajo en equipo
6. y Habilidades de valoración crítica

Queremos decir, por último, que siempre hemos intentado que se aborden en los casos clínicos situaciones muy próximas a la práctica clínica habitual en atención primaria y a la tipología específica de los pacientes con multimorbilidad.

Muchas gracias.

1.2. Vídeo Módulo 1: EL DESAFÍO DE LA MULTIMORBILIDAD

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 1: Multimorbilidad y polimedicación

VÍDEO: EL DESAFÍO DE LA MULTIMORBILIDAD

Docentes: Alexandra Prados Torres, Luis A. Gimeno Feliú, Victoria Pico Soler

Alexandra Prados Torres

Hola a todos. Bienvenidos al Módulo 1, en el que abordaremos los conceptos básicos sobre multimorbilidad y polimedicación, y que vamos a presentar los tres docentes del equipo de Aragón: Victoria Pico, Luis Gimeno y yo misma, que soy Alexandra Prados.

A modo de introducción

Empezaré recordando que la esperanza de vida en los países desarrollados alcanza ya los 80 años, y que cada vez somos más las personas que convivimos con diversas enfermedades crónicas y tratamientos farmacológicos complejos.

La multimorbilidad:

- Puede considerarse hoy la forma de presentación más frecuente de enfermedades crónicas.
- Tiene múltiples consecuencias negativas para la salud de los pacientes, que en buena parte son atribuibles al modelo de atención sanitaria actual, que está organizado y diseñado esencialmente para pacientes con enfermedades aisladas, y por otra a la insuficiente formación de los profesionales para atender una realidad y a la escasez de evidencia científica al respecto.

- Cuando se cumplen las recomendaciones de las distintas guías de práctica clínica (GPC) en un mismo paciente, aumenta sí o sí considerablemente la probabilidad de polimedicación.

Multimorbilidad y comorbilidad

Son dos conceptos que enfocan el problema de la enfermedad crónica múltiple desde perspectivas complementarias.

Mientras que la multimorbilidad se define como la coexistencia de diversas enfermedades crónicas en una misma persona, la comorbilidad se centra en aquellas enfermedades adicionales, previas o que aparecen durante el curso clínico de una enfermedad índice.

Multimorbilidad y pluripatología

Multimorbilidad (*multimorbidity* en inglés) es el término internacionalmente aceptado, y su uso facilita por tanto la comparación con otros entornos.

En nuestro contexto, un consenso de las sociedades científicas de atención primaria, medicina interna y enfermería propone el uso del término «pluripatología» para definir a pacientes con dos o más enfermedades y una especial susceptibilidad y fragilidad clínica.

Si comparáramos la dimensión del pro-

blema con un iceberg, en la parte visible del iceberg estarían los pacientes de mayor complejidad y necesidad de recursos sanitarios, mientras que el volumen completo del iceberg sería el total de pacientes con multimorbilidad.

Existen otros términos relacionados: comorbilidad, carga de morbilidad, complejidad, etc., están desarrollados en el material de estudio y podéis consultarlos.

A continuación, revisaremos algunos datos sobre epidemiología de la multimorbilidad.

Tres ideas clave:

1. La multimorbilidad es hoy la forma de presentación más frecuente de la enfermedad crónica.
2. Aunque es mucho más frecuente en la población anciana donde la presentan hasta 9 de cada 10 personas, en realidad, en números absolutos es mayor entre los adultos, que son el grupo de población más numeroso.
3. Con la edad, aumenta progresivamente el número de enfermedades crónicas, pero este incremento es evidente y llamativo, mucho más llamativo, a partir de los 40 años.

Victoria Pico Soler

La realidad es que las enfermedades crónicas aparecen habitualmente acompañadas (en la gráfica representadas en la barra de color azul), y son una minoría las enfermedades crónicas que se presentan de forma aislada (las barras de color rojo).

Los datos de la Cohorte EpiChron (que incluye toda la población de Aragón) corroboran cómo, al avanzar la edad, es progresivamente menos frecuente la presentación de enfermedades crónicas aisladas, de manera que en mayores de 65 años casi todo es multimorbilidad (como veis en las barras azules).

La multimorbilidad se asocia fuertemente a factores socioeconómicos, presentándose de 10 a 15 años antes en las clases sociales más desfavorecidas, y con un incremento diferenciado desde edades tempranas, tal como se comprueba en la gráfica.

Para resumir la situación: la mayor parte de las personas con enfermedades crónicas tienen multimorbilidad, sin embargo, casi todas las guías de práctica clínica se centran en enfermedades aisladas.

Luis A. Gimeno Feliú

Ahora vamos a revisar las principales causas de multimorbilidad.

- En primer lugar, vamos a hablar del incremento de la esperanza de vida. Lógicamente, a mayor edad, más enfermedades crónicas. El envejecimiento de la población lleva a la multimorbilidad.
- En segundo lugar, vamos a recordar el concepto de «transición epidemiológica»: la mortalidad por causas agudas ha disminuido (enfermedades perinatales, infecciosas durante el embarazo...), mientras, paralelamente, han aumentado las muertes por enfermedades

crónicas. Así, cuatro enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, enfermedad respiratoria y diabetes) son las causantes en este momento de 3 de cada 5 muertes en el mundo.

- En tercer lugar, el disease mongering. Se ha traducido como «promoción o invención de enfermedades». En resumen, consiste en tratar de convencer a gente sana de que está enferma, y a gente levemente enferma de que está muy enferma. Como ejemplos muy presentes: la alopecia, síndrome postvacacional, la osteopenia..., y vosotros podéis recordar muchos casos que salen en prensa.
- En cuarto lugar, la ampliación de criterios diagnósticos, medicalización de factores de riesgo y los nuevos conceptos de «preenfermedad». Todo esto directamente produce un aumento del número de «enfermos» y de «casos a tratar». Ejemplos que podemos tener presentes: bajar el punto de corte para la hipertensión arterial, el diagnóstico de osteopenia al realizar una densitometría no indicada, la prevención primaria en pacientes con aumento del colesterol sin otros factores de riesgo, la «prediabetes»...
- Otra causa de multimorbilidad es lo que llamamos «cascada terapéutica», que es la sucesión encadenada de prescripciones en la que un fármaco produce un efecto adverso que no hemos reconocido y que hemos tratado con un nuevo fármaco, y así sucesivamente.
- Finalmente, recordemos el concepto de «furor preventivo»: no siempre más

es mejor, no siempre prevenir es más importante que curar. Muchas veces en las mismas actuaciones sanitarias que hacemos podemos producir efectos secundarios.

Hemos repasado estas causas de multimorbilidad, y ahora podéis repasar el caso de Paco, el caso práctico que os pusimos al principio, para ver que, en este paciente, muchos de los puntos que os acabamos de comentar están presentes en su situación de multimorbilidad.

Victoria Pico Soler

La Multimorbilidad supone un factor de riesgo por sí misma y tiene consecuencias negativas para los pacientes. En pacientes con multimorbilidad, la probabilidad de aparición de una nueva enfermedad en el año siguiente es de hasta un 40 %.

Entre las consecuencias de la multimorbilidad se han descrito:

- La disminución de la calidad de vida y la capacidad funcional.
- El incremento en la utilización de atención primaria y consultas extra-hospitalarias.
- El incremento de estancias hospitalarias y complicaciones quirúrgicas.
- Y el incremento global de los costes de la atención.

Estos resultados negativos asociados a la multimorbilidad son, en parte, atribuibles al modelo de atención sanitaria actual, organizado y diseñado esencialmente para pacientes con enfermedades aisladas.

En la gráfica observamos que, al crecer el número de problemas crónicos (en el eje horizontal), vemos cómo aumentan las complicaciones (línea azul); vemos cómo aumenta también llamativamente el consumo de recursos sanitarios y de costes asociados (línea roja); y también (en la línea rosa) cómo aumentan los ingresos hospitalarios evitables en pacientes por complicaciones potencialmente prevenibles. Esto es reflejo de la situación actual de los sistemas sanitarios, donde los pacientes con mayores niveles de multimorbilidad y necesidades de atención complejas a menudo reciben cuidados fragmentarios, incompletos, ineficientes e inefectivos.

Polimedicación en la práctica se define como el consumo simultáneo de cinco o más fármacos.

La polimedicación supone en sí un incremento del riesgo de:

- medicación inadecuada,
- infrutilización de tratamientos necesarios,
- baja adherencia,
- incremento de interacciones y reacciones adversas a medicamentos, e
- incremento de mortalidad en el anciano.

Tanto la prevalencia de multimorbilidad como de polifarmacia aumentan con la edad. Nuestros mayores consumen hoy entre 4,5 y 8 fármacos al día.

La realidad es que existe una relación directa entre el número de enfermedades crónicas (como veis en la línea roja)

y el de recetas prescritas (como veis en la línea azul), observándose un aumento drástico de prescripciones a partir de dos enfermedades.

En Atención Primaria, sabemos también que, cuando se cumplen estrictamente las recomendaciones de las distintas guías de práctica clínica (GPC) en un paciente con diversas enfermedades, aumenta considerablemente la probabilidad de polimedicación, como hemos comprobado en diferentes ejemplos clínicos sobre casos reales.

También hemos comprobado cómo el número de efectos secundarios aumenta con la multimorbilidad y la polimedicación (lo que es un dato esperable), y con el número de distintos especialistas visitados (esto ya no tan esperable).

Comprobamos que existe una relación directa entre la coordinación asistencial y las consecuencias negativas de la polimedicación en pacientes con multimorbilidad. El riesgo de presentación de reacciones adversas a medicamentos aumenta hasta en un 20 % por cada derivación a un especialista distinto.

Las guías de práctica clínica (GPC) son hoy la principal herramienta de que disponen los profesionales sanitarios para responder a las necesidades de salud del paciente. Sin embargo, la mayor parte de las GPC abordan el manejo de las enfermedades de forma aislada, y la evidencia en la que se sustentan procede en gran medida de ensayos clínicos que excluyen sistemáticamente a pacientes con diversas enfermedades.

Necesitamos cambiar el enfoque hacia un abordaje centrado en el paciente, al que responden los principios Ariadna, que son la base de la intervención del ensayo clínico MULTIPAP, y que estudiaréis detalladamente en otra unidad.

Os adelantamos la propuesta de Víctor Montori sobre la necesidad de un cambio de modelo hacia una «medicina mínimamente impertinente».

La «medicina mínimamente impertinente» propone que los cuidados sanitarios (farmacológicos y no farmacológicos) sean mucho menos pesados, incómodos y a veces imposibles de cumplir para los pacientes.

En el vídeo que disponéis como enlace en la documentación «Para saber más», se resume este interesante artículo.

Barbara Starfield planteaba ya en 2005 la urgencia de un cambio de paradigma en el abordaje de este grupo poblacional cada vez más numeroso y argumentaba

que «cuando centramos nuestra atención en la persona y no en la enfermedad, conseguimos reducir efectos adversos, costes, y mejoramos la salud global de las poblaciones».

En resumen, la multimorbilidad:

- Es un fenómeno muy frecuente y creciente.
- Tiene consecuencias negativas relevantes para la salud y los sistemas sanitarios.
- Está aún insuficientemente estudiada.
- Su manejo clínico conlleva un elevado margen de incertidumbre.
- No está formalmente incluida en los procesos formativos.
- Supone un importante desafío diario para profesionales, pacientes y servicios sanitarios.
- Necesitamos conocer qué manejo sería más efectivo en los pacientes, y sobre esto trata MULTIPAP.

1.3. Vídeo 1, Módulo 2: REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 2: La polimedicación en pacientes con multimorbilidad

VÍDEO 1: REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN: ADECUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Docentes: Isabel del Cura González, Juan Antonio López Rodríguez

Isabel del Cura González

Como acabamos de ver en la primera unidad, uno de los problemas de la multimorbilidad es la utilización simultánea de varios fármacos, lo que supone un mayor riesgo de efectos adversos, pudiendo comprometer la seguridad del paciente.

Por ello, es fundamental la revisión de la medicación, comprobando la adecuación y garantizando la conciliación del tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo.

Dentro del concepto de polimedicación se pueden contemplar tres situaciones:

1. La polimedicación adecuada, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir el número de fármacos, sino adecuarlos a la situación del paciente.
2. La polimedicación inadecuada es cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo, en este caso, es reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
3. Y, por último, la pseudopolimedicación, sería el caso de un paciente que tiene registrados en su historia clínica

más fármacos de los que realmente está tomando. El objetivo es, entonces, actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

La adecuación del tratamiento es un término general que comprende un amplio rango de características y comportamientos relacionados con la calidad de la prescripción.

Una prescripción se considera adecuada cuando existe una evidencia clara que apoya su uso para esa indicación, es bien tolerada y presenta un perfil de coste-efectividad favorable.

La prescripción potencialmente inadecuada (PPI) incluye el uso de fármacos no indicados, con una duración o dosis incorrecta, o cuando existen interacciones que no se han tenido en cuenta y duplicidades.

Además, se deben considerar criterios como el pronóstico, la esperanza de vida y el estado funcional del paciente para promover la utilización de tratamientos con mejor relación beneficio-riesgo o la eliminación de fármacos poco justificados.

El abordaje de la adecuación de los tratamientos se integra dentro del proceso de

revisión de la medicación, que consiste en una evaluación rigurosa del régimen terapéutico del paciente, con el objetivo de aumentar los beneficios en salud y minimizar los riesgos asociados a la medicación. Durante la prescripción, o a lo largo del proceso de revisión de la medicación, es necesario tener en cuenta los factores inherentes al paciente, al profesional sanitario, al entorno en el que trabaja el equipo multidisciplinar que atiende al paciente y al contexto social.

Cuando el paciente crónico obtiene la medicación mediante un sistema de prescripción electrónica (una receta electrónica), que debe ser actualizada periódicamente, generalmente al menos una vez al año, este momento es una excelente oportunidad para revisar la medicación de forma estructurada.

En términos generales se pueden considerar dos tipos de aproximación a la revisión de la medicación. Una primera fase, que puede realizarse sin la presencia del paciente analizando el plan terapéutico. El médico puede usar para ello herramientas de ayuda a la prescripción que facilitan la detección de interacciones, duplicidades o medicamentos potencialmente inapropiados.

En una segunda fase, en la que se realiza la entrevista con el paciente, nos permitirá explorar la adherencia al tratamiento, sus creencias y valores respecto al tratamiento farmacológico, así como permitir que adquiera un grado de compromiso o corresponsabilidad con el manejo de su medicación y en la toma de decisiones

sobre su tratamiento, como veremos con más detalle en la Unidad 5 del curso.

La propuesta de revisión de los medicamentos de la Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria (SEFAP), sugiere unas preguntas clave que podemos utilizar para explorar los cinco dominios (indicación, medicación, efectividad, seguridad y paciente) que contempla una revisión estructurada.

Para explorar la indicación utilizaremos preguntas como: ¿Está indicado este tratamiento para el problema de salud que presenta el paciente? ¿Tiene el paciente algún problema de salud diagnosticado y confirmado que debería ser tratado por un medicamento y, sin embargo, no lo está?

Exploraremos el ajuste de la medicación con preguntas como: ¿El medicamento prescrito es adecuado y conveniente dada la edad del paciente y sus condiciones clínicas? ¿Precisa ajuste por insuficiencia renal o hepática o según hallazgos analíticos? ¿La dosis, pauta y duración son adecuadas?

Una vez confirmada la indicación y la adecuación a las características del paciente hay que comprobar si el medicamento pautado es la mejor alternativa y si está siendo efectivo.

Para valorar la seguridad de un tratamiento nos preguntaremos: ¿Hay duplicidades o medicamentos contraindicados por la edad o por la patología que presenta el paciente? ¿Ha presentado o existe riesgo de reacción adversa o interacción? ¿Hay

indicios claros de «cascada farmacológica» en el plan terapéutico del paciente? Debemos considerar siempre la posibilidad de que uno o más medicamentos hayan sido añadidos a la farmacoterapia para contrarrestar un posible efecto adverso de algún otro medicamento que ya toma el paciente.

El proceso de revisión finaliza con la participación del paciente abordando la adherencia al tratamiento, sus conocimientos, habilidades y actitudes. Sobre todos estos aspectos se profundizará en la segunda parte de este módulo.

Juan Antonio López Rodríguez

Existen varias herramientas que ayudan a sistematizar la revisión de la medicación teniendo en cuenta los dominios de indicación y medicación anteriormente descritos. Todas ellas recogen en sus cuestionarios o algoritmos algunos o la mayoría de los objetivos específicos de la revisión de la medicación.

Clásicamente se utilizan dos tipos de métodos para evaluar la adecuación terapéutica: métodos explícitos e implícitos.

Los métodos implícitos se basan en juicios clínicos, suelen tener en cuenta resultados en salud y suelen ser más válidos, aunque precisan un entrenamiento adecuado y especificaciones muy detalladas. El método más utilizado es el Índice de Adecuación de los Medicamentos (MAI, Medication Appropriateness Index). Mide la adecuación de cada uno de los fármacos del paciente evaluando su

situación clínica y su medicación, y realizan una valoración de si los fármacos prescritos son o no apropiados. Incorporan como medida de una adecuada prescripción, por ejemplo, los costes, la dosis o la duración incorrecta del tratamiento. Se dispone de una versión en español adaptada en atención primaria. Su mayor limitación es el tiempo necesario para su aplicación, ya que el MAI hace una revisión de adecuación exhaustiva fármaco a fármaco, empleándose entre 10-20 minutos por paciente con multimorbilidad y polimedicación. Esto dificulta su uso en condiciones de práctica clínica habitual.

Los métodos explícitos se basan en criterios previamente definidos y, por tanto, son más fiables, aunque no tienen en cuenta las particularidades de cada paciente. Pueden detectar tres tipos de situaciones: la prescripción inadecuada, la sobreprescripción y la infraprescripción.

Entre los más conocidos se encuentran los criterios BEERS y los STOPP/START. El uso de ambos se ha relacionado con mejoras en resultados en salud relevantes en pacientes (como hospitalizaciones, mortalidad o calidad de vida), siendo los STOPP/START los más utilizados en nuestro ámbito.

A la hora de elegir un método para revisar los tratamientos no hay un sistema de evaluación ideal; ambos criterios presentan ventajas y limitaciones, y algunos autores aconsejan la aplicación simultánea de ambos. Veamos algunos detalles de los criterios STOPP/START, por ser los más utilizados.

Fueron elaborados en Europa y publicados por vez primera en 2008, están organizados por aparatos y sistemas fisiológicos, pueden ser aplicados rápidamente (en aproximadamente 5 minutos) y recogen los errores más comunes de tratamiento, incluyen la omisión en la prescripción y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos de los pacientes y con la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas informáticas de cada paciente. Constan de dos grupos de criterios: los STOPP, que detectan la prescripción potencialmente inadecuada, que sugieren parar –de ahí la palabra «stop»–; y los START, aquella medicación que se debe iniciar.

Como se puede observar en la diapositiva, un ejemplo en la sección de anticoagulantes y antiagregantes sería el criterio 5, que es la recomendación de detener la combinación de AAS y antagonistas de la vitamina K en un paciente con una fibrilación auricular crónica.

En el material suplementario se presenta el listado completo de los criterios STOPP y START.

El otro gran dominio de la propuesta de revisión sería la seguridad de los medicamentos. La medicación es la primera causa de acontecimientos adversos derivados de actuaciones sanitarias. Se estima que en torno al 50 % de los errores de medicación y el 20 % de los efectos adversos de medicamentos podrían eliminarse con una correcta indicación y prescripción de la medicación. En la tabla que muestra la diapositiva se recogen los grupos far-

macológicos más frecuentemente implicados en reacciones adversas. Hay que tener en cuenta que algunos de ellos son muy utilizados en nuestra práctica clínica diaria.

A diferencia de la prescripción potencialmente inadecuada, las interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad se relacionan con las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los fármacos. Los criterios para detectar medicación potencialmente inadecuada solo tienen en cuenta alguna de estas interacciones frecuentes.

Las interacciones farmacológicas son las alteraciones de los efectos de un fármaco debidas a la utilización reciente o simultánea de otro u otros fármacos, a la ingesta de alimentos o a la interacción del fármaco con una enfermedad diferente de aquella para la que estaba indicado.

Las interacciones pueden intensificar o reducir la acción de uno o más fármacos, o dar lugar a efectos secundarios o a un fracaso del tratamiento.

La información de las interacciones farmacológicas procede de diferentes fuentes de datos. Según la evidencia disponible, se diferencian interacciones bien documentadas, parcialmente documentadas o escasamente documentadas.

Si, por otro lado, atendemos a la gravedad de las interacciones, se distinguen las que potencialmente producen daño, que habría que evitarlas; las interacciones moderadas, que habría que valorar y, en caso de continuarlas, hacer un estre-

cho seguimiento; las interacciones leves simplemente habría que monitorizarlas.

La última clasificación relaciona estas interacciones con riesgos de eventos adversos y su repercusión. Según su gravedad, pueden requerir desde la monitorización hasta la hospitalización.

Según el informe APEAS, el 47,8 % de los eventos adversos en AP son debidos a medicamentos, de los cuales el 3,5 % son consecuencia de interacciones medicamentosas. Como hemos mencionado, la información sobre las interacciones farmacológicas procede de diferentes fuentes de datos. Una de esas fuentes son bases de datos de interacciones muy establecidas, como BotPlus, Micromedex o Lexicomp. También se obtiene información de interacciones procedentes de estudios postcomercialización, agencias de medicamentos y otras agencias. Este ejemplo que vemos corresponde con el Lexicomp, una de las que más se utilizan, y clasifica las interacciones como pueden observar en la diapositiva. Las interacciones clasificadas como X son combinaciones que deberían ser evitadas. El resto, valoradas o monitorizadas, como ya se ha mencionado.

Como hemos visto, la revisión de la medicación tiene en cuenta dominios de indicación, medicación y seguridad según la propuesta que acabamos de trabajar. Debido al número de factores para tener en cuenta durante la revisión sistemática de los planes terapéuticos, la incorporación de las TIC en la atención de los pacientes ha permitido introducir

herramientas de evaluación de medicamentos, como sistemas automatizados de ayuda a la prescripción que podrían alertar en el momento de prescripción. Algunos de esos ya están disponibles en varias comunidades autónomas, y estos pueden automatizar también la detección de prescripción potencialmente inadecuada, mediante criterios explícitos que hemos mencionado, así como las interacciones de fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad.

Revisiones sistemáticas consultadas concluyen que los sistemas de ayuda a la toma de decisiones (SATD) reducen la prescripción potencialmente inadecuada en mayores de 65 años en el ámbito comunitario y que es necesario realizar nuevas investigaciones para estudiar su impacto en la disminución de visitas a urgencias y hospitalizaciones. Precisamente, el estudio MULTIPAP Plus tiene como objetivo aportar evidencia sobre estos aspectos.

Como hemos visto en este módulo, abordar la adecuación durante el proceso de revisión es un paso esencial para evitar la prescripción potencialmente inadecuada, los eventos adversos y disminuir las hospitalizaciones en la población con multimorbilidad y polifarmacia.

Existe una propuesta de revisión estructurada que propone tener en cuenta indicación, el ajuste y la efectividad de la medicación, la seguridad y preferencias del paciente (buscando siempre una buena adherencia de este) para poder adecuar los tratamientos.

Además, se dispone de herramientas sistematizadas que permiten optimizar el tiempo de la revisión en esos dominios, como son los ya citados criterios STOPP/START y las bases de datos de interacciones como el Lexicomp.

Los sistemas automatizados de ayuda a la prescripción podrían contribuir a realizar de forma integral el proceso de exploración durante la práctica clínica habitual, al aumentar la exhaustividad y eficiencia de la revisión.

1.4. Vídeo 2, Módulo 2: PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 2: La polimedicación en pacientes con multimorbilidad

VÍDEO 2: PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Docentes: M.^a Eloísa Rogero Blanco, Cristina M.^a Lozano Hernández

M.^a Eloísa Rogero Blanco

Como hemos visto, la revisión de la medicación se completa con una entrevista con el paciente, que nos permite explorar componentes de su adherencia al tratamiento, sus creencias, sus valores a su tratamiento farmacológico, así como la adquisición del paciente de un grado de compromiso o corresponsabilidad en el manejo de su medicación. Este protagonismo del paciente también debería estar presente en el proceso de conciliación de la medicación después de cada transición asistencial.

La valoración de la adherencia no se debe plantear como un examen de la misma —que puede ser percibida como culpabilizadora—, sino como una valoración compartida con el paciente sobre sus necesidades de información y apoyo en el tratamiento de su enfermedad. Una forma de sugerirlo consiste en realizar preguntas indirectas al paciente, como por ejemplo si ha olvidado alguna dosis de la medicación recientemente, explicando por qué se le está preguntando y mencionando un tiempo de referencia en el que se puede haber olvidado de la toma de alguna pastilla (por ejemplo, última semana), y explorar sobre los hábitos acerca de cómo y cuándo toma la medicación,

por ejemplo, en relación con las comidas o al acostarse.

Para explorar los efectos adversos, se debe preguntar al paciente si ha padecido alguno de los que pueden causar los medicamentos que está tomando.

Vamos a revisar tres conceptos importantes. Se define cumplimiento como el grado en el que la toma de la medicación coincide con la prescripción médica. Se trata de un concepto excesivamente paternalista y con una actitud pasiva del paciente, por lo que cada vez se usa menos. Por otro lado, entendemos por adherencia terapéutica el grado de acuerdo o aceptación del paciente en relación con los medicamentos prescritos. No consiste en un seguimiento ciego de las recomendaciones médicas basadas únicamente en la información proporcionada por profesionales sanitarios, sino que es un proceso dinámico en el cual el paciente es parte esencial y activa.

En este sentido, se ha propuesto un cambio conceptual basado en la definición de un modelo de relación centrado en las necesidades del paciente definidas por él mismo, en el cual los valores, los conocimientos y las preferencias de los pacientes tienen un rol central y deben

ser explorados y respetados en el marco de la relación médico-paciente. En este modelo, se propone sustituir la definición de adherencia o cumplimiento por la de concordancia. Desde esta perspectiva, el proceso de prescripción y de toma de la medicación se contempla como una alianza en la cual el paciente y el médico participan para lograr un acuerdo sobre los medicamentos a tomar, cuándo y cómo se tomarán, a partir de los conocimientos y experiencias del profesional y de las experiencias, creencias y preferencias del paciente.

De forma general, se sigue utilizando el término adherencia y no el de concordancia para referirse a este modelo, por lo que, en el curso, cuando hablamos de adherencia, lo estamos haciendo desde un modelo de relación centrado en las necesidades del paciente.

Cristina M.^a Lozano Hernández

La falta de adherencia terapéutica en los pacientes que padecen enfermedades crónicas es muy frecuente (se estima en torno al 50 %) y puede tener consecuencias relevantes. Pensaremos en un problema de adherencia cuando el control del problema de salud sea inadecuado, cuando el tratamiento no tenga el resultado esperado, cuando se observen cambios bruscos en la evolución de la enfermedad o cuando aparezcan efectos adversos.

Las creencias del paciente sobre la enfermedad, sus causas, la eficacia o los riesgos de la medicación condicionan de forma importante la adherencia. Otros

factores que no podemos olvidar son la calidad de la relación médico-paciente y algunos aspectos del sistema sanitario, como problemas de accesibilidad o el coste de los medicamentos.

Hay dos tipos de métodos para valorar la adherencia. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en el organismo, en sangre, orina u otro fluido. Son de difícil aplicación en la práctica clínica.

Los métodos indirectos engloban distintas herramientas que tratan de conocer el grado de adherencia a partir de la información facilitada por el paciente mediante cuestionarios (como el Test de Morisky-Green y el test de Batalla), a partir del recuento de comprimidos o a partir del análisis de la medicación dispensada en las oficinas de farmacia.

En cuanto a la elección de los métodos para evaluar la adherencia, cada uno tiene sus ventajas y sus inconvenientes. En la práctica clínica proponemos hacerlo en función de la prevalencia esperada de no adherencia:

- Si se espera una prevalencia alta o media de no adherencia en nuestros pacientes, podemos utilizar los métodos de Morisky-Green y Batalla juntos. De este modo, detectaremos la no adherencia de forma sencilla y rápida.
- Si se espera una baja adherencia, podemos utilizar el recuento de dosis o de comprimidos (ya sea manual o mediante dispositivos electrónicos, si fuera necesario). Con ello, lograremos una exploración más detallada.

El test de Morisky-Green es el más utilizado en nuestro entorno. Consiste en una serie de preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto a la adherencia. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento de su enfermedad; se asume que, si las actitudes son incorrectas, el paciente no es adherente.

El test de Batalla consta de tres preguntas que evalúan el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad. Dos preguntas tienen respuesta dicotómica (sí/no), y la tercera es abierta. Se considera un paciente no adherente si falla alguna de las preguntas.

Para realizar una valoración estructurada de la adherencia, podemos formular tres preguntas que exploran los conocimientos, los comportamientos y las emociones.

En los pacientes con multimorbilidad, la primera pregunta por formular explorará el conocimiento que el paciente tiene sobre el tratamiento que toma para cada una de las enfermedades que padece, por ejemplo: «¿Recuerda qué medicamento está tomando para la hipertensión?». Se considerará que el paciente tiene un buen conocimiento de la medicación si conoce la dosis, la frecuencia y el nombre del medicamento; o bien, lo conoce de manera indirecta identificándolo a través del color del comprimido o del envase. En este caso, se puede pasar a la siguiente pregunta, que nos servirá para explorar el ámbito de los comportamientos y las emociones. En relación a medicamentos

que requieren una técnica compleja (por ejemplo, los inhaladores), debe revisarse la técnica de utilización periódicamente y, en cualquier caso, siempre que tengamos dudas de cómo lo está utilizando el paciente.

La segunda pregunta va dirigida a detectar barreras que percibe el paciente para tomar su medicación, relacionadas tanto con comportamientos como con el área emocional, explorando posibles miedos a los medicamentos. Comenzaremos facilitando la pregunta: «Hay personas que tienen dificultades al tomar su medicación, ¿tiene usted dificultades para tomar la suya?».

Finalmente, se deben contrastar los aspectos relacionados con los efectos adversos de la medicación, que, en muchas ocasiones, son motivo de abandono de la misma. Para ello, podemos ayudarnos de un listado de efectos adversos por fármaco y plantear al paciente la tercera pregunta: «Ocasionalmente, los medicamentos pueden producir alguna molestia. En su caso, ¿cree que ha sufrido alguna?».

Para finalizar, cerraremos la evaluación de la adherencia con mensajes que sirvan para reforzar las áreas del conocimiento, del comportamiento y del entorno emocional. Es fundamental saber dosificar los mensajes y priorizarlos en función de las características del paciente (en función de su nivel cultural, su edad, ...) y de los problemas detectados.

En el material complementario, se puede consultar la información sobre posibles mensajes que se pueden dar al paciente

al analizar las diferentes dimensiones exploradas.

En la primera visita de revisión es recomendable centrarse solo en aspectos básicos relacionados con la correcta administración y cumplimiento de los tratamientos.

Es importante explorar los motivos de no adherencia. En la tabla que vemos en la diapositiva se recomiendan algunas acciones/intervenciones que pueden ayudarnos a dirigir la información o explorar las opiniones del paciente en cada uno de los motivos de no adherencia más frecuentes. Por ejemplo, ante un paciente que reconoce olvidar la toma de medicación y hacerse un lío con los medicamentos, podemos plantearnos como intervención repasar el tratamiento con él: para qué sirve cada fármaco, la dosis y el momento de la toma, y valorar el uso de un clasificador para la medicación. Además, se le pueden recomendar tácticas de recuerdo adaptadas a su rutina diaria, como colocar el pastillero al lado del bote del café, si lo que hace cada mañana es tomar un café.

Entre las estrategias para mejorar la adherencia es clave dar una buena información simplificando las pautas. Se puede reforzar con instrucciones escritas o mediante el uso de pictogramas.

En los pacientes con tratamientos crónicos se recomienda adaptar la prescripción a sus actividades cotidianas, recordar la importancia del cumplimiento en cada visita, ajustar la frecuencia de las visitas a sus necesidades, contactar con

él en caso de que no acuda a la visita programada y reforzarlo, reconociendo los esfuerzos y avances que realice.

M.^a Eloísa Rogero Blanco

La conciliación se entiende como un proceso formal que debe incluirse en la práctica clínica habitual siempre que se produce un cambio en la medicación después de una transición asistencial.

Consiste en:

1. Valorar el listado completo y exacto de la medicación del paciente. En un paso previo se deben repasar y actualizar las etiquetas diagnósticas que también han podido cambiar en la transición asistencial.
2. Revisar la medicación cada vez que se produzca una nueva prescripción farmacológica después de la transición asistencial, vigilando:
 - ◇ Discrepancias
 - ◇ Duplicidades
 - ◇ Interacciones
 - ◇ Contraindicaciones
 - ◇ Posibles fármacos que pueda ser necesario deprescribir
3. Por último, es importante disponer de una lista exacta de los medicamentos que toma el paciente y que esté disponible para él o su familia/cuidador y para todos los proveedores involucrados en el cuidado del paciente.

La entrevista con el paciente es una herramienta fundamental para obtener información en los procesos de conciliación y revisión de la medicación, si bien debe complementarse con otras fuentes

de información, como son la que proporciona la historia clínica del paciente y la comunicación con el resto del equipo asistencial.

Los errores de conciliación son aquellas discrepancias o diferencias no justificadas clínicamente entre la medicación crónica habitual del paciente y la nueva prescripción después de una transición asistencial, ya sea ingreso, traslado de unidad, alta hospitalaria, atención domiciliaria, asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas especializadas.

El error de conciliación es aquel aceptado como tal por el prescriptor después de solicitar su aclaración. En este sentido, es necesario documentar o comunicar adecuadamente los cambios de medicación realizados al siguiente responsable sanitario del paciente y también al propio paciente.

En todos los ámbitos asistenciales, la mayor parte de los errores son debidos a la recogida incompleta de la lista de medicación. En cuanto al tipo de error, el que se produce con más frecuencia es el de omisión de medicamentos, en un 42-77 % de los casos, seguido de las diferencias de dosis, vía o pauta de administración, en torno a un 30 %.

El proceso se inicia a partir del registro de medicación activa prescrita en atención primaria que, idealmente, debería incluir medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria, automedicación y plantas medicinales.

Después de cada transición, debemos:

- Revisar el informe de alta, de urgencias, del especialista de consultas externas, del especialista privado...
- Comparar y detectar discrepancias aparentemente no justificadas susceptibles de aclaración, incluyendo:
 - a) la omisión de una medicación habitual necesaria para el paciente, b) la continuidad de una medicación innecesaria o prescripción no justificada de un medicamento que no necesita, c) la duplicidad terapéutica, d) prescripciones incompletas en las que no se indica la dosis y posología, e) la no modificación o modificación de dosis/frecuencia o vía de administración, las interacciones y contraindicaciones de algunos medicamentos con la nueva situación clínica del paciente.
- En la entrevista con el paciente, detectar deficiencias en la comprensión tanto de los nuevos tratamientos propuestos como de los previos.
- Revisar el tratamiento completo, incluyendo tanto los medicamentos de prescripción médica como la automedicación y las plantas medicinales.
- Y una vez efectuada toda esta revisión, debemos valorar si los cambios introducidos son adecuados o no, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente. Si la prescripción no es adecuada, se debe suspender o no iniciar.

En una segunda etapa valoraremos las discrepancias y justificaremos los cambios.

- En el caso de duda con la prescripción o discrepancia en dosis, etc., y, si fue-

ra posible, se recomienda contactar con el prescriptor de la anterior transición, ya sea verbalmente o bien por escrito, para consensuar el manejo farmacológico.

- Se deben documentar los cambios realizados en la historia clínica de atención primaria. Es importante dejar detalles de las razones y los argumentos que justificaron las decisiones, para evitar errores futuros. Por ejemplo, «Retiro el fármaco A por el efecto adverso B» o «Intensifico tratamiento por mal control».

Por último, en una tercera etapa:

- Actualizaremos el nuevo plan terapéutico, diseñando una nueva lista de medicación habitual del paciente en los registros de atención primaria.
- Comunicaremos el nuevo plan terapéutico al paciente o cuidador (verbalmente y con la entrega del listado actualizado de medicamentos).
- Informaremos al paciente con el objetivo de reforzar la comprensión y la adherencia al tratamiento.

1.5. Vídeo 1, Módulo 3: PRINCIPIOS ARIADNA

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 3: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica

VÍDEO 1: PRINCIPIOS ARIADNA

Docente: Fernando López Verde

Fernando López Verde

Bienvenidos al Módulo 3. Soy Fernando López Verde.

Tal como se ha mostrado en los temas anteriores, tanto la multimorbilidad como la polimedicación se han constituido en auténticos problemas de salud.

El enfoque clásico aborda la enfermedad desde el punto de vista de las guías clínicas, en el mejor de los casos basadas en las pruebas, enfocadas a objetivos específicos de cada patología. En el momento que un paciente acumula un cierto número de procesos mórbidos, se produce un acumulo de recomendaciones terapéuticas, objetivos a alcanzar, posologías..., que provocan una carga, a veces inmanejable por el paciente o incluso por sus cuidadores, y entran directamente en juego interacciones fármaco-fármaco (por ejemplo, antiinflamatorios-anticoagulantes), fármaco-enfermedad (antiinflamatorios con enfermedad renal crónica o insuficiencia cardiaca congestiva) o enfermedad-enfermedad (por ejemplo, hipertiroidismo y fibrilación auricular).

Cada vez que un paciente consulta a su médico, este se ve en la necesidad de valorar cómo se interrelacionan los nuevos problemas con toda la patología preexistente, los cambios en las circunstancias

del paciente, los aspectos psicosociales, las decisiones terapéuticas, el pronóstico y las expectativas de vida y las posibles medidas preventivas que puedan estar indicadas en función de su edad y género. El médico debe ser consciente de que sus prioridades pueden ser muy distintas a las del paciente y a sus expectativas, si quiere llegar a un acuerdo de objetivos realista. Por ejemplo, el profesional puede plantear una anticoagulación preventiva, pero al paciente le preocupan los controles, las limitaciones dietéticas o el riesgo de sangrado si toma la medicación.

Stott y Davis describen un marco de atención que va más allá del motivo de consulta: cuando se atienden pacientes con varias patologías crónicas, identifican cuatro elementos:

1. Atención a los nuevos problemas que se presentan. En un paciente con multimorbilidad, el abordaje de un problema nuevo se complica porque puede tener relación con la morbilidad previa o con el tratamiento de estas enfermedades que ya tenía.
2. En segundo lugar, atención a los problemas preexistentes que se mantienen. Se tendrá que hacer frente a estos problemas valorando el grado de control, el cumplimiento terapéutico y el impacto de cualquier nueva inter-

vención sobre el nuevo problema que puede interferir con los antiguos.

3. En tercer lugar, la modificación de los comportamientos de búsqueda de ayuda por parte del paciente. Cada contacto médico-paciente debe concluir comprobando y negociando unas necesidades y acuerdo de futuras visitas y estableciendo unas medidas de precaución (cuándo y por qué se podría adelantar una visita, qué hacer ante la aparición de un efecto no deseado...). Pero, por otro lado, además debemos asegurarnos de que el plan no es una carga inasumible para el paciente, que interfiera con su vida cotidiana o dificulte la adherencia al tratamiento.
4. Y, en cuarto lugar, atender a la promoción de la salud. Las recomendaciones de medidas preventivas, adecuadas a la edad y género y otras características del paciente, pueden complicar todavía más la toma de decisiones y aumentar la carga de visitas y de tratamiento.

Los principios Ariadna han surgido de un grupo internacional de expertos (Norteamérica, Europa y Australia) como una propuesta que facilite a los profesionales de atención primaria el manejo de estos problemas. Toman su nombre de la mitología griega. Ariadna ayudó a Teseo a salir del laberinto del Minotauro mediante un ovillo de hilo. De la misma forma, los principios Ariadna pretenden ser el hilo conductor que guíe al médico a encontrar el camino en un laberinto de patologías, consultas, especialidades y múltiples

profesionales... todos ellos implicados en la atención a un paciente.

De acuerdo con los principios Ariadna, el proceso de valoración y asesoramiento en estas circunstancias no se limita a una sola consulta y pueden abordarse distintos aspectos en consultas sucesivas.

En la figura podemos observar cuales son los elementos básicos a tener en cuenta en el proceso de asesorar a un paciente con multimorbilidad ante cualquier desencadenante (sea este un cambio en la enfermedad, un nuevo proceso, cambios en su contexto...).

En primer lugar, se debe evaluar la interacción entre las enfermedades y los tratamientos.

En un contexto de multimorbilidad las interacciones entre las enfermedades y los tratamientos pueden causar un deterioro de la evolución, síntomas nuevos, y complicar el proceso diagnóstico, de tratamiento o de prevención. Además, existe un riesgo claro de falta de adherencia, pero también de infratratamiento para determinados procesos comórbidos, relacionado con regímenes terapéuticos complejos. Por tanto, es necesario mantener actualizada una lista de problemas que nos permita ser conscientes de la gravedad y el impacto en la calidad de vida y en la funcionalidad. También es preciso mantener actualizado el listado de fármacos, tanto para valorar posibles interacciones como efectos secundarios y carga global del tratamiento. Determinados síntomas como el cansancio, el dolor, la disnea, el mareo... pueden estar

relacionados con la patología de base o con los tratamientos previos. Cambios en las circunstancias sociales (por ejemplo, soledad, viudedad, una avería en el ascensor del domicilio...), trastornos mentales o psicológicos pueden, además, condicionar la búsqueda de atención por parte del paciente. Por último, es preciso conocer el papel que juegan otros médicos y profesionales sanitarios en el cuidado del paciente e intentar actuar lo más coordinadamente posible.

En segundo lugar, se deben establecer las prioridades del paciente.

Siempre debemos atender las prioridades del paciente, pero muy especialmente cuando entran en conflicto los daños y beneficios del tratamiento, cuando existen objetivos incompatibles o una excesiva carga de tratamiento. Para ello es preciso conocer sus valores y preferencias y contrastarlas con las preferencias del profesional, que pueden ser totalmente divergentes. Esta es la única forma de poder llegar a un acuerdo de objetivos que sea realista. En este momento el pronóstico y esperanza de vida del paciente pueden ayudar a dilucidar los objetivos. En determinadas circunstancias es posible (incluso puede ser recomendable) dejar de lado objetivos específicos de una enfermedad o factor de riesgo (hablemos de grado de control, prevención secundaria...) para dar prioridad a cuestiones más generales relacionadas con la calidad de vida del paciente (control de síntomas como las náuseas, los mareos, el dolor, la somnolencia... por citar algunos). En un paciente con una expectativa de vida limitada o muy corta,

¿tiene sentido mantener tratamientos hipolipemiantes o prescribir fármacos preventivos de la osteoporosis?

Cuando se establecen objetivos, es necesario hacerlo en un marco temporal: ¿Cuánto tiempo nos damos para alcanzar un objetivo o beneficio? Esto nos facilita el establecer un plan de revisión y reevaluación de las prioridades y preferencias y tener en cuenta un entorno cambiante.

En tercer lugar, establecer una gestión individualizada.

Tras conocer las posibles interacciones y las preferencias del paciente, llega el momento de establecer un plan de atención que incluya el seguimiento, el tratamiento, la prevención y los consejos de autocuidado. Será clave decidir si los beneficios de cualquier intervención superan los posibles perjuicios.

Este primer punto lo vamos a analizar con las siguientes gráficas. En la imagen podemos ver de forma gráfica la relación entre los resultados esperados y la gravedad de la enfermedad o el grado de riesgo del paciente. Observamos la línea del beneficio obtenido según los ensayos clínicos y los daños esperados para un determinado tratamiento. El punto de corte entre ambas líneas nos marca el umbral de tratamiento. Un beneficio neto solo se produce cuando la gravedad del riesgo o enfermedad es lo suficientemente alta como para estar a la derecha del umbral de tratamiento.

Pero, en la mayoría de los casos, el límite es muy difuso entre tratamientos reco-

mendados o no (por ejemplo, el uso de antiinflamatorios en un paciente con artritis reumatoide e insuficiencia cardíaca congestiva).

Por otro lado, determinadas enfermedades crónicas, sobre todo insuficiencia hepática y renal, estrechan el margen terapéutico y aumentan la probabilidad de daño. Desplazando el umbral de tratamiento a la derecha, los resultados esperados deberán ser mayores para compensar el incremento de riesgo.

En otras ocasiones la enfermedad crónica puede disminuir el beneficio relativo del tratamiento, haciendo que el umbral también se desplace a la derecha, y en este caso requerirá mayor nivel de severidad o riesgo para alcanzar los mismos resultados.

Por tanto, siguiendo con la individualización de objetivos, ante un paciente con multimorbilidad, en general, hay que ser conservadores al introducir cualquier nuevo tratamiento, pero al mismo tiempo hay que ser conscientes del riesgo de infratratamiento. En segundo lugar, hay que anticipar las consecuencias no deseadas de un nuevo tratamiento, a lo que

pueden ayudar los sistemas automáticos de alerta y dar instrucciones claras de seguridad al paciente o a los cuidadores. En tercer lugar, valorar la complejidad del régimen terapéutico. Para ello puede ser útil el cambio de presentaciones (utilizando presentaciones multifármacos) o de formulación (por ejemplo, presentaciones de liberación prolongada) a la hora de reducir el número de dosificaciones necesarias. Las cajas dosificadoras y sistemas de recordatorio también pueden ayudar al paciente.

Finalmente, no se debe olvidar la coordinación de citas para la atención por distintos profesionales o la realización de pruebas complementarias. Y en esta coordinación es clave el papel de los profesionales de atención primaria, tanto médicos como de enfermería.

Espero que esta breve presentación de los principios Ariadna os haya servido de hilo conductor en el complejo mundo de la multimorbilidad y la polimedicación. Y, con ello, doy paso a las siguientes unidades que hablan de deprescripción y de cómo aplicar estas herramientas en la consulta.

1.6. Vídeo 2, Módulo 3: DEPRESCRIPCIÓN

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 3: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica

VÍDEO 2: DEPRESCRIPCIÓN

Docente: M.^a José Bujalance Zafra

M.^a José Bujalance Zafra

Hola, soy M.^a José Bujalance, médico de familia, y voy a hablaros de deprescripción.

Como ya hemos visto en los principios de Ariadna, es importante evaluar de forma individualizada al paciente con multimorbilidad y polimedicación para prevenir un deterioro de la evolución o la aparición de nuevos síntomas.

En este contexto, vamos a hablar de deprescripción, entendida como «el proceso de desmontaje o deconstrucción de la prescripción por medio de su revisión y análisis y que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros». Por tanto, deprescripción no es sinónimo de retirada de medicamentos.

Supone cuestionarlo todo desde el principio: la situación clínica, funcional y social del paciente, el diagnóstico, la indicación o tratamientos, los posibles problemas de adherencia y el proceso de prescripción/deprescripción.

¿Cuándo deprescribir?

La deprescripción debe iniciarse, de forma preventiva, en el mismo momento de la prescripción, y debe mantenerse mientras dure la misma. La deprescripción se

encuadra dentro de la prevención cuaternaria, entendida como aquellas actividades encaminadas a evitar, reducir o paliar el daño provocado por las actividades sanitarias.

La deprescripción es un ejemplo de prevención cuaternaria y pretende evitar la llamada «cascada terapéutica», que es la sucesión encadenada de prescripciones en las que un fármaco produce un efecto adverso que no se reconoce como tal y se trata con otro fármaco adicional, que a su vez también puede producir efectos adversos. A este respecto, conviene tener en cuenta que un síntoma nuevo en un paciente mayor, es una reacción adversa mientras no se demuestre lo contrario.

¿A quién realizar deprescripción?

Tal y como la hemos descrito, la deprescripción debería hacerse siempre que se prescribe, aunque muy especialmente:

- A pacientes polimedicados y mayores.
- Cuando se usen fármacos que producen efectos adversos (por ejemplo, las caídas) o que no han demostrado claramente su eficacia o que dejan de ser necesarios o adecuados porque han cambiado las características del paciente.

- Cuando la expectativa de vida es corta, en pacientes terminales, frágiles o con demencia avanzada.
- Cuando se detecten duplicidades de tratamiento, interacciones relevantes, errores de prescripción, medicación inadecuada o lo que podríamos llamar incumplimiento «responsable», por ejemplo, cuando un paciente deja de tomar un fármaco porque le produce determinados efectos adversos y nos lo comunica o desaparece la causa que lo justifica (por ejemplo, abandono de analgésicos cuando ha cedido el dolor).

¿Por qué deprescribir a los mayores?

Los mayores generalmente están polimedificados, y las consecuencias negativas de la polimedicación son más frecuentes en ellos: se producen errores de la conciliación, mayor vulnerabilidad a las reacciones adversas e interacciones. De hecho, las reacciones adversas a medicamentos suponen el 30 % de los ingresos hospitalarios en estos pacientes. Existe una limitada evidencia sobre la eficacia de los fármacos en este grupo de pacientes, por lo que la relación riesgo/beneficio debe ser valorada, sobre todo en tratamientos preventivos, que pueden ser discutibles cuando la esperanza de vida es corta.

Hay que tener en cuenta que las guías de práctica clínica suelen ser específicas para enfermedades concretas, van orientadas a «patologías», no a pacientes (y menos cuando estos tienen multimorbilidad y polimedicación). Por otra parte, las

guías de práctica clínica, en la mayoría de los casos, no dan pautas de retirada de medicamentos.

La deprescripción tiene además justificaciones éticas. Como hemos visto anteriormente, el beneficio de diversos tratamientos en los mayores es, cuando menos, controvertido (dudosa beneficencia) y produce en ocasiones daños evitables (principio de maleficencia). Las preferencias del paciente a veces chocan frontalmente con las recomendaciones clínicas (principio de autonomía). Por último, determinadas estrategias de terapéutica «para todos» a veces compromete que esta llegue a los que más la necesitan (y puede disminuir la justicia social) o se puede ocasionar un trasvase de recursos que pudieran mermar la sostenibilidad del sistema sanitario (comprometiendo la justicia distributiva).

¿Cómo llevar a cabo la deprescripción de medicamentos?

En general, existen dos estrategias diferentes:

La primera la podríamos nombrar con el símil de la «tala selectiva». Se trataría de, una vez conocido que un fármaco determinado es inapropiado en una población concreta, revisar uno a uno a todos esos pacientes, actuando luego en consecuencia (como ocurre cuando hay una alerta a un medicamento). Aunque este tipo de deprescripción es más factible porque consume menos tiempo y probablemente es más eficiente, también es menos flexible, tiene menos en cuenta las características específicas de cada paciente

(incluido su contexto individual y socio-familiar).

El segundo sería el tipo «poda». Se trataría de reconsiderar en un paciente concreto su régimen terapéutico, discontinuando lo innecesario y añadiendo lo preciso de una forma individualizada, según el estado del paciente y la expectativa de vida. Esta táctica se acerca más al concepto de deprescripción que hemos descrito anteriormente.

¿Cómo deprescribir?

La deprescripción por paciente incluye una serie de fases que van desde:

- Revisar el listado de medicamentos disponiendo de información detallada sobre la medicación que realmente toma el paciente, teniendo en cuenta el estado físico y psíquico del paciente y su contexto sociofamiliar.
- Analizar la idoneidad de su plan terapéutico, evaluando la adherencia, interacciones o los posibles eventos adversos. Valorar los objetivos de atención y de tratamiento, la expectativa de vida y el tiempo necesario para obtener beneficio con el tratamiento. En esta fase son de utilidad diversas herramientas que ayudan a la evaluación sistemática de la adecuación de la medicación, como el índice de adecuación de medicación (el MAI), que es un instrumento validado para la evaluación de fármacos en relación a la indicación del tratamiento.
- Actuar ante los fármacos inapropiados, los que hacen daño o los que no

se están utilizando por mala adherencia o incumplimiento, o bien actuar desde la perspectiva del cambio de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a un escenario paliativo o sintomático, cuando determinadas circunstancias del paciente así lo recomienden, por ejemplo, en la edad avanzada, como ya se ha dicho anteriormente.

- La siguiente fase es consensuar y acordar los cambios con el paciente, teniendo en cuenta sus expectativas, creencias y preferencias, adaptando el ritmo a sus posibilidades reales. Esta fase se desarrollará más ampliamente en la siguiente unidad de este curso.
- Y, por último, monitorizar para resaltar los logros, valorar la adherencia a la deprescripción y, al mismo tiempo, estar alerta para detectar la reaparición de síntomas o el empeoramiento de la enfermedad de base, así como la aparición de un nuevo evento adverso si en la deprescripción se ha introducido un nuevo medicamento.

Existen barreras en la deprescripción relacionadas con:

- El sistema sanitario y la sociedad, como la introducción de la receta electrónica, que en ocasiones supone algún riesgo. Siempre deberíamos cuestionarnos: ¿Por cuánto tiempo renovamos la prescripción por receta electrónica? O ¿Realizamos un análisis de la prescripción antes de renovarla...? Es posible que, por el contrario, en muchas ocasiones, se reactive

automáticamente la continuidad de las prescripciones.

- Otras barreras están relacionadas con el médico, por la inercia sobreterapéutica y las reticencias a cambiar medicamentos prescritos por otros facultativos, en muchas ocasiones por falta de tiempo o habilidad comunicacional con el paciente.
- Barreras relacionadas en la relación médico paciente, al no tener en cuenta la perspectiva del paciente.
- Y, por último, barreras del paciente como la resistencia a abandonar medicamentos que viene tomando durante mucho tiempo.

Como cualquier intervención médica, la deprescripción puede tener consecuencias positivas y negativas.

Entre las positivas en ocasiones se consigue una mayor satisfacción del paciente, una mejoría funcional y de la calidad de vida y una reducción del riesgo de efectos adversos e interacciones medicamentosas.

Como consecuencias negativas de la deprescripción podría aparecer el síndrome de retirada ante algunos fármacos (por ejemplo, con benzodiazepinas, corticoides, antidepresivos...), un efecto rebote (por ejemplo, con betabloqueantes), un

desenmascaramiento de interacciones (por ejemplo, en pacientes tratados con acenocumarol) y reaparición de síntomas (por ejemplo, insomnio tras el cese de hipnóticos).

Por ello, es importante el seguimiento o la monitorización de los pacientes a los que se les realice deprescripción, tanto para reforzar el cambio como para detectar la reaparición de síntomas o el empeoramiento de la enfermedad de base, o también un nuevo efecto adverso si hemos introducido un nuevo fármaco en el proceso de deprescripción.

Hay que tener en cuenta que algunos fármacos requieren una retirada progresiva (como los inhibidores de la bomba de protones, benzodiazepinas, opioides...), mientras que otros pueden retirarse en un solo acto sin problemas (como los difosfonatos, las estatinas, los antiinflamatorios...)

En conclusión, la deprescripción es una importante actividad de prevención de nuevos problemas de salud y de la aparición de la cascada terapéutica, especialmente en los denominados «ancianos jóvenes», como los que estamos estudiando en MULTIPAP.

Muchas gracias.

1.7. Vídeo Módulo 4: HERRAMIENTAS PARA TRABAJAR LOS PRINCIPIOS ARIADNA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 4: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica

VÍDEO: HERRAMIENTAS PARA TRABAJAR LOS PRINCIPIOS ARIADNA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Docente: José Ramón Boxó Cifuentes

José Ramón Boxó Cifuentes

Bienvenidos a este 4.º módulo sobre la utilización de los principios Ariadna en la práctica clínica.

Soy José Ramón Boxó Cifuentes, médico de familia del centro de salud Puerta Blanca de Málaga.

Los módulos precedentes nos han ayudado a organizar nuestra reflexión sobre los requerimientos de salud de nuestros pacientes guiados por los principios Ariadna y, posiblemente, hayamos planteado una propuesta de deprescripción. Hasta este momento quizás hemos trabajado tan solo sobre la historia clínica. Ahora hemos de trabajar junto con el paciente real en persona: nos planteamos, pues, contrastar nuestras propuestas de salud con una persona portadora de criterios propios que va a modular la adecuación de nuestras reflexiones con su propia realidad. Esta transferencia bidireccional de criterios se realiza mediante una entrevista clínica, que es un tipo específico de conversación.

Los conceptos que vamos a desarrollar debieran formar parte de una conversación clínica en la que se pueda verificar la toma de decisiones compartidas entre clínicos y pacientes.

La raíz etimológica de «conversación» es común con «conversión». Orienta, por tanto, a un acto del habla en el cual los hablantes pueden verse afectados por lo que cada uno comunica, de modo que pueden modificar su forma de pensar o de actuar sobre determinados contenidos.

En una conversación clínica tendríamos que reconocer una serie de elementos para tener un mínimo de calidad. Estos elementos reconocibles son la individualización, la escucha activa, la empatía, la exploración de creencias y la negociación.

El primer elemento de la conversación es la individualización. La individualización puede caracterizarse, en líneas generales, como el proceso inverso de la clasificación. Mediante una actitud individualizadora acentuamos dos rasgos del individuo: su carácter de único e inédito y, además, no divisible sin alteración, es decir, su carácter de totalidad. Los principios Ariadna nos animan a construir con el paciente un panorama holístico de las circunstancias y vivencias de su salud que desafíe la tendencia a la división de su persona en parcelas de abordaje. Es más, estos principios llevan implícito que es esta

atomización la responsable, en parte, de los efectos nocivos de la polimedición: se trata una parcela de su salud y se olvida la repercusión sobre la totalidad. No olvidemos que los seres humanos nos percibimos como totalidades. Sería una buena señal de calidad en nuestra comunicación con el paciente cuando percibimos que estamos hablando con una persona y no con una enfermedad. Por ejemplo, «Hablo con Ana sobre su diabetes y no con una diabética que se llama Ana».

En el aspecto estrictamente biológico también la individualización es capital. Cuando leemos los resultados de un ensayo clínico, sabemos que solamente un porcentaje determinado de pacientes se ha beneficiado de la intervención, y los efectos adversos han afectado a otro grupo determinado. La variabilidad de resultados se explica en gran parte por la diversa individualidad a la que solo tenemos acceso mediante la exploración comunicativa. Estar atentos a los posibles efectos adversos forma parte de una aproximación individualizadora.

La individualización enmarca la conversación en una dimensión respetuosa de acuerdo a principios bioéticos. Nos permite considerar a la persona como portadora de valores morales y éticos personales, de modo que inicia una primera transformación del paciente a agente de su salud, y del profesional como omnipotente a un profesional como asesor y facilitador de cuidados.

El segundo contenido de una conversación clínica es la escucha activa.

Si bien la individualización era una actitud, la escucha es una acción. La escucha efectiva es el esfuerzo consciente de entender la comunicación desde el punto de vista del que habla; más aún, es identificar y entender a quien habla.

La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo; por tanto, requiere esfuerzo y formación, por lo que se trata de una competencia profesional de primer orden.

Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también sus sentimientos, ideas, pensamientos o intenciones que subyacen a lo que se está diciendo.

Hablábamos de esfuerzos, y estos distintos esfuerzos que tiene que realizar el profesional para acceder a una escucha activa determinan unos fenómenos que se espera se estén dando en la comunicación. Estos esfuerzos son:

- Centrar la atención: significa controlar el propio juicio, relegarlo para evitar clasificar a la persona.
- Segundo, perplejidad o extrañeza ante el encuentro humano, reconociendo que no sabemos nada del otro y que tenemos que escucharlo para salir de nuestra ignorancia.
- Tercero, atribuimos valores a la persona, aceptamos que es veraz en lo que cuenta y que es una persona portadora de capacidades personales.
- El cuarto punto sería no perder el hilo de la trama: la historia es la expresión

de la persona, no tan solo de unos hechos.

El tercer contenido en la conversación es la empatía.

Se trata de una herramienta que facilita el acercamiento emocional de los participantes en la conversación. Para llegar a entender a alguien parece preciso tener cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de otro.

No obstante, lo más que se alcanza con la empatía es a divisar en el otro mi propio yo, de modo que planea sobre la empatía la sospecha de desplazar al otro mientras uno se desdobra llegando a verse como sujeto y objeto. Las resonancias personales en el profesional nunca deben sustituir a la fuente de información, que es el paciente; por esto, la empatía debe estar al servicio de la escucha, y no al contrario, porque correríamos el riesgo de interesarnos solamente por lo que nos impacta y no por lo que preocupa al paciente.

De acuerdo a esta limitación aludida, la escucha ocuparía un lugar más elaborado en el proceso de comunicación que la propia empatía, ya que no comienza en el compromiso del que escucha, sino en su decisión de escuchar al paciente desde el paciente. Se trata de una habilidad para pensar, particularmente para pensar desde el punto de vista de otra persona.

El 4.º elemento es la exploración de creencias.

Los pacientes, al igual que nosotros, tienen una concepción del mundo y, para lo

que aquí nos interesa, de la salud y de la enfermedad. La mayoría de ellas las han recibido pasivamente por la pertenencia social. Muchas reposan en la solidez del conocimiento científico, otras en prejuicios y tradiciones no evaluadas. La misma ciencia incluso puede aportar creencias no contrastadas suficientemente o divulgadas con intereses comerciales o de control. Las creencias determinan nuestra conducta al estar ligadas a un vínculo emocional que las refuerza y nos da seguridad o miedo.

La comunicación de información sobre la salud debe contar con lo que el paciente cree, con la convicción previa no racionalizada. Probablemente en ellas existirán numerosos elementos favorables que debemos reforzar con la aportación de nueva información contrastada, de modo que la nueva información repose sobre la previa facilitando su asimilación e incorporando al bagaje de la persona los nuevos conocimientos. En otras ocasiones la creencia funciona como un prejuicio nocivo que hemos de enfrentar con argumentación asumible para el paciente, siempre recalcando el beneficio que para su salud supone la modificación de un hábito o de una conducta.

Como ejemplo de preguntas sencillas para explorar creencias, podemos hacer: ¿qué piensa usted respecto a sus enfermedades? Pregunta abierta que permite al paciente expresarse sobre sus temores o seguridades. También, ¿qué piensa sobre los medicamentos que toma?, ¿qué temores alberga sobre los efectos de esos medicamentos? Nos ayuda a soli-

darizarnos y a entender más el proceso de cumplimentación.

Por último, llegamos a la fase de negociación.

Es la fase final de la entrevista, en la que desembocan todas las etapas o contenidos que hemos trabajado anteriormente, respetando la individualidad, escuchando con interés y profesionalidad, y explorando las creencias. En esta fase no se trata de imponer una razón, un logos, sino de elaborar una razón compartida a través de la relación (es decir, un diálogo), cuyo objetivo es la salud del paciente. Por tanto:

- Hemos de centrarnos en los intereses y en los objetivos compartidos, no en las divergencias de partida. Por ejemplo, podemos decir «Comparto su preocupación por los mareos y la inseguridad que le producen», o bien «Las causas que usted piensa de es-

tos mareos, como la circulación, el oído... me parecen razonables».

- Antes de decidir alguna opción, hay que generar una variedad de posibilidades. Por ejemplo, «¿Qué le parece si revisamos los medicamentos que usted toma por si en alguna manera explican sus molestias?».
- Hay que intentar siempre que el resultado se base en un objetivo. «Probablemente, si las pastillas para dormir le producen los mareos, tengamos que buscar otra opción para su sueño». O bien «¿Qué es más importante para usted?».

En definitiva, la buena comunicación no es la fase final del diálogo, sino la posibilidad permanente del mismo, ya que el proceso de atención a nuestros pacientes es prolongado, de modo que resulta capital dejar una puerta abierta a una comunicación fluida y confiada.

1.8. Vídeo 1, Módulo 5: DECISIONES COMPARTIDAS

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 5: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica

VÍDEO: DECISIONES COMPARTIDAS

Docentes: M.^a José Bujalance Zafra, Fernando López Verde

M.^a José Bujalance Zafra

Toma de decisiones compartidas y técnicas de negociación

Siguiendo los principios Ariadna que nos guían en la atención a pacientes con multimorbilidad y polimedicación, el clínico debe ser consciente de que sus prioridades y expectativas pueden ser muy distintas a las del paciente y, si queremos llegar a una toma de decisiones compartidas o a acuerdos de objetivos realistas, nos vemos en la necesidad de utilizar las distintas técnicas de negociación de las que hablaremos en este vídeo.

La toma de decisiones compartida (TDC) es un estilo de relación entre el clínico y el paciente que permite que ambos lleguen a acuerdos sobre una decisión de salud.

Se puede aplicar a todo tipo de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada.

La TDC incluye tres elementos esenciales:

- Intercambio de información (personal y clínica) entre el paciente y el sanitario,
- deliberación entre las distintas opciones disponibles y
- llegar a una decisión consensuada.

La TDC forma parte de la atención centrada en el paciente (ACP) y ayuda a conseguir una buena adherencia en atención primaria. Se debe intentar utilizar siempre y muy especialmente cuando:

- Hay más de una opción razonable desde el punto de vista clínico.
- Ninguna opción tiene una ventaja clara en cuanto a sus resultados sobre la salud.
- Cada opción posee beneficios y daños que las personas valoran de forma diferente.

Por ejemplo, en un paciente diagnosticado de EPOC, con el que decidimos de forma consensuada el formato del inhalador que utilizará.

En orden de mayor a menor calidad de la evidencia se ha demostrado que las tomas de decisiones compartidas son efectivas para:

1. Mejorar el conocimiento del paciente acerca de las opciones y reducir su conflicto a la hora de elegir.
2. Estimular a la persona a tomar un papel más activo y a tener una percepción más clara del riesgo.
3. Mejorar la congruencia entre la opción elegida en común y los valores del paciente.

Aunque en los últimos veinte años se ha desarrollado bastante la TDC, a veces existen barreras que dificultan su aplicación. Parte de estas barreras, en realidad son mitos, unos relacionados con el paciente y otros con el profesional.

En el texto ampliado podéis ver los mitos más frecuentes y tenéis formación detallada que desmontan dichos mitos.

Otras barreras se deben a la falta de acuerdos entre el clínico y el paciente. En estos casos, es de gran utilidad para el profesional disponer de herramientas que le ayuden a delimitar y resolver los desacuerdos mediante las técnicas de negociación que veremos a continuación y que va a presentar nuestro compañero Fernando.

Muchas gracias.

Fernando López Verde

La negociación es una conversación entre el clínico y el paciente, en la que uno o ambos desean claramente lograr un compromiso. No dejamos al albur del paciente que acepte o no un determinado compromiso como ocurre en la persuasión, pero tampoco ordenamos algo, porque sabemos que no sería eficaz.

Las premisas para la negociación son las siguientes:

- En primer lugar, establecer un clima empático donde contraponer argumentos y que todos tengan la percepción de que pueden ganar algo.

- Detectar expresiones de dudas, respuestas evaluativas y explorar creencias mediante contraste, reconversión y exploración de consecuencias.
- En tercer lugar, legitimar, normalizar y delimitar las discrepancias.

A continuación, vamos a ir presentando diversas técnicas de negociación que pueden ser útiles en la aplicación de los principios Ariadna a la práctica asistencia en pacientes con multimorbilidad. Os invitamos a ir pensando en vuestros propios pacientes según los vamos describiendo.

Técnicas de negociación

El doble pacto consiste en ceder en un punto a cambio de otra cesión por parte del paciente. Puede tener un valor muy concreto («Yo le pongo la pastilla del colesterol, si usted empieza a caminar una hora al día durante 3 meses»), o un valor puramente simbólico («Yo tomo en consideración la importancia que para usted tiene el colesterol, pero usted considere la importancia que la alimentación tiene en que el colesterol se controle»). Esta técnica es sobre todo útil cuando el paciente viene a consulta con la expectativa de conseguir una demanda muy concreta, en este caso la pastilla para el colesterol.

Otra técnica sería el paréntesis. Consiste en posponer la resolución de una demanda concreta solicitada por el paciente, ya sea evitando o posponiendo otra medida solicitada por él. Esta técnica es especialmente útil cuando la demanda no requiere una respuesta inmediata o en el momento actual no se reúnen las ca-

racterísticas que el profesional considera necesarias para abordarlas.

Por ejemplo, un paciente de 65 años, polimedicaado, que acude solicitando una derivación a digestivo, el médico le podría decir: «Muy bien, primero vamos a explorarle, vamos a ver los resultados de los análisis y, a la vista de lo que encontremos, valoraremos su derivación a digestivo, ¿de acuerdo?».

Otra técnica sería la reconducción por objetivos. Consiste en desviar el campo de negociación de aspectos periféricos a las cuestiones centrales, con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente. Esta técnica es muy útil cuando los objetivos del paciente y del profesional no concuerdan en la prioridad.

Podríamos tener un paciente de 70 años que solicita una crema para unas molestias en las piernas y en la exploración objetivamos unos edemas maleolares. El médico le podría plantear: «El problema que tiene en las piernas no precisa una crema: las piernas están hinchadas y lo más importante es valorar por qué tiene esos edemas».

Una técnica nueva t sería la negativa argumentada seguida del disco rayado. Primero argumentamos la negativa, tras lo cual, si el paciente insiste, nos posicionamos en un «no» sin añadir nuevos argumentos, pero tampoco cambiando nuestro tono emocional, que debe mantenerse plano. Esta técnica es muy útil para un paciente que acude por una demanda concreta y quiere una respuesta inmediata que no podemos o no debemos dar.

Por ejemplo, un paciente de 68 años con multimorbilidad y polimedicaación que acude solicitando adelantar su receta de el hipnótico que toma para el insomnio y que tiene prescrito en receta electrónica. El médico le puede decir: «No puedo hacerle esta receta, pues no debe tomar más dosis de la prescrita». Si el paciente insiste, «No, no se la haré... no, lo siento... no... no puedo».

También podemos plantear, como técnica de negociación, una propuesta de nueva relación. El profesional reivindica una condición necesaria para proseguir con el «contrato terapéutico». Esta técnica se emplea cuando la posición del paciente nos obliga a cuestionar elementos esenciales como la confianza.

Por ejemplo, un paciente con obesidad, diabetes e hipertensión que acude solicitando de nuevo ser derivado al endocrino para perder peso y controlar su diabetes. Como en consultas previas, le volvemos a decir que somos nosotros (el médico y la enfermera) los encargados de ayudarle a resolver esos problemas de salud. Pero, si sigue sin aceptarlo, acabaremos diciendo: «Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico/enfermera».

Hablaremos ahora de la cesión en la negociación. En toda negociación es importante ser conscientes del «listón de negociación», entendido como el énfasis que ponemos en conseguir algo y además fijar el «campo de negociación», que son los contenidos sobre los que al menos una de las partes desea llegar a un acuerdo.

Por ejemplo: «Estaría bien que, aparte del tomar o no las pastillas, veamos qué otras medidas le pueden ayudar a dormir mejor».

El listón puede ser alto o bajo y tanto el paciente como el profesional van a fijar el suyo; los dos saben lo que quieren y que es lo que están dispuestos a ceder. Por ejemplo, un listón alto sería que el paciente nos diga: «Necesito sin falta que me recete algo para dormir. Yo no puedo seguir sin pegar ojo toda la noche». Mientras que un listón bajo: «Estoy descansando muy mal últimamente, ¿cree usted que me podría tomar algo para dormir?».

Cuando el paciente se presenta con listón muy alto, el profesional puede también presentar un listón alto, con riesgo de enfrentamiento (a veces inevitable) o puede ceder.

La cesión se puede materializar de distintas formas, según las expectativas y creencias del paciente, y la actitud del profesional. Veamos algunos ejemplos:

- Podemos tener una cesión real: aceptar una petición o sugerencia del paciente, porque también nos parece adecuada. Por ejemplo, acude un paciente con multimorbilidad y polimedicación solicitando un cambio de tratamiento analgésico porque ha aumentado su dolor de rodillas. Aceptamos este cambio porque ya lo ha tomado otras veces y además lo vemos justificado por la clínica.
- Podemos hacer una cesión intencional: aceptamos la posibilidad de considerar la petición, pero aplicarla

en un futuro. Es útil para evitar enfrentamientos cuando el paciente solicita algo concreto al comienzo de la consulta. Por ejemplo, el paciente nos puede solicitar que le recetemos una aspirina porque le han dicho que es buena para la circulación. Le podemos contestar: «Muy bien, cuénteme qué le sucede, voy a explorarle y le pondré la aspirina si lo considero necesario».

- Puede haber una cesión diferida: se acepta la petición, pero se pospone en el tiempo. Suele utilizarse con la petición de pruebas diagnósticas, derivaciones, para control de las enfermedades crónicas... Por ejemplo: «Es verdad que tenemos que hacer una nueva analítica, pero es demasiado pronto para que haya cambiado algo con respecto a la última. En tres meses se la haremos».
- Otra posible cesión es la cesión condicionada: retrasamos la decisión hasta que ocurra algo, pero la cesión ya está hecha. Por ejemplo, el paciente con 65 años con diabetes mellitus tipo 2, de larga evolución y con algunas dificultades para cambiar estilos de vida, acude solicitándonos un cambio de tratamiento porque le han dicho que hay tratamientos nuevos para la diabetes. M: «Es verdad, hay nuevos tratamientos para la diabetes; en la próxima analítica, si con el tratamiento, las recomendaciones de ejercicio y dieta que le vamos a dar ahora, no está controlada su diabetes, haremos el cambio».

Aunque haya decidido ceder, hay que tratar de reconducir por objetivos y demorar la resolución al final de la entrevista, cuando tenga todos los datos, y evitar así asumir riesgos innecesarios. Al menos, que la cesión se traduzca en ganar la con-

fianza del paciente y mejorar la relación asistencial y la alianza terapéutica.

Muchas gracias y espero que os hayan servido las reflexiones sobre cesión y sobre negociación.

1.9. Vídeo 2, Módulo 5: ESCUCHA ACTIVA

INTERVENCIÓN FORMATIVA MOOC

Módulo 5: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica

VÍDEO: ESCUCHA ACTIVA

Docente: M.^a Victoria Pico Soler

M.^a Victoria Pico Soler

Definición escucha activa

La individualización es una actitud, la escucha es una acción. La escucha efectiva es el esfuerzo consciente de entender la comunicación desde el punto de vista del que habla; más aún, es identificar y entender a quién habla.

Escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas, pensamientos o intenciones que subyacen a lo que se está diciendo. Debemos fijarnos no sólo en lo que se dice sino también en cómo se dice, en el lenguaje no verbal, los elementos paraverbales y hacer sentir al paciente que lo escuchamos.

Ejemplos de lenguaje no verbal con significación comunicativa:

- Del profesional, por ejemplo, serían: cuando rehúyo la mirada de un paciente enfadado o tableteo los dedos en la mesa como signo de impaciencia.
 - O del paciente: una mirada huidiza, se sienta en el borde de la silla, cruza y descruza manos y piernas como signo de temor, nerviosismo, ansiedad o falta de acuerdo. En cambio, si nos mira
- y coloca manos y antebrazos en la mesa, expresa confianza y seguridad.
- El paralenguaje es la forma en la que se expresan las palabras y está compuesto por las cualidades y los modificadores de la voz, como los distintos acentos, la entonación, la velocidad y el ritmo empleados...; también los sonidos fisiológicos y emocionales (como la risa y el llanto), las interjecciones y onomatopeyas, y pausas y silencios.
- Un componente fundamental de la escucha activa es el silencio. Gracias a él mantenemos una postura atenta y relajada, con una mirada hacia el paciente sinónimo de «estar ahí».
- El silencio en el ámbito de la comunicación es la abstención de hablar, que también ayuda en pausas reflexivas para tener más claridad en los actos.
- Veamos algunos ejemplos de paralenguaje en la expresión verbal, así como el uso de silencios, dejando espacio a que el paciente reflexione y amplíe su narración, o para que pueda expresar emociones:
- Por ejemplo, ante un paciente con obesidad que nos dice con entonación exagerada: «Pues yo no como taaanto», y el profesional responde: «¿Taaanto?», alargando la duración de la «a» y reforzando el interrogante,

guardando silencio después mientras le mira, para que así el paciente sienta la necesidad de reflexionar sobre lo que nos ha dicho.

- O un paciente que tiene dolor de rodilla al caminar y el médico le pregunta «¿Cómo es ese dolor?», y contesta «Uff, es muuuy malo, doctor; es que me mata». Yo, guardo silencio y, mirando al paciente: «¿Le mata?» Así expreso mi duda y dejo espacio para reflexionar.
- También cuando un paciente, al contarnos una situación personal, se pone a llorar y, sin decirle nada, le damos unos pañuelos y le dejamos tiempo y espacio para que exprese sus emociones.

Para desarrollar una escucha activa, tenemos que incorporar una serie de hábitos de trabajo basados en unas tareas bien aprendidas. Esta agrupación de tareas es un modo de conversación clínica en la que:

Repasaremos la lista de problemas, haremos un saludo cordial, delimitaremos el motivo de consulta con técnicas de apoyo narrativo, averiguaremos y completaremos datos, y realizaremos un resumen final.

1. En primer lugar, repasaremos la lista de problemas de la historia clínica del paciente, a ser posible antes de que el paciente entre en la consulta.
2. El saludo cordial permite establecer el tono necesario en la consulta. Desde que el paciente abre la puerta nos da información: cómo camina, cómo

se sienta, cómo nos mira o cómo habla (el qué dice y cómo lo dice). Los profesionales solemos «etiquetar» al paciente en una serie de estereotipos, como, por ejemplo, «es un mal paciente» o «es una pesada». El reto consiste en contrarrestar estos estereotipos, para reconducir nuestro pensamiento y nuestra actitud.

3. Para delimitar el motivo de consulta:
 - a. Haga un mapa de quejas y demandas lo más completo posible antes de embarcarse en una exploración, porque es la única manera de llegar al fondo de los problemas del paciente.
 - b. También recordemos ir más allá de la demanda aparente, porque no siempre lo primero que declara el paciente como motivo de consulta es lo que de verdad desea consultar.
 - c. Si necesito que el paciente «hable más», podemos centrar la entrevista con algunas TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO que vamos a ir detallando a continuación:
 - ◇ Las facilitaciones y órdenes cordiales: son los mensajes verbales o no verbales que animan al paciente a proseguir su relato. Por ejemplo: «Siga, le escuchó», «continúe, por favor». Estas frases pueden sustituirse por un movimiento o gesto afirmativo con la cabeza.

- ◇ Frase interrogativa. Al preguntar podemos utilizar preguntas abiertas o cerradas. Siempre son preferibles las preguntas exploratorias abiertas y casi cualquier pregunta abierta o cerrada puede formularse como una frase en la que obviamos la interrogación. Por ejemplo: «Cuénteme qué le preocupa sobre este tratamiento».
 - ◇ En la frase por repetición, repito la frase o una parte de lo expresado por el paciente con el fin de dirigir su atención de manera selectiva. Por ejemplo, el paciente dice: «Tantas enfermedades y molestias me hacen sentir mal, pero uno hace la vida normal y trata de seguir adelante». Si nosotros repetimos: «¿Le hace sentir mal?», centramos al paciente en lo que le hace sufrir. Mientras que si decimos: «Claro, usted quiere hacer una vida normal», esta frase en positivo facilitará la recomposición de sus defensas.
 - ◇ La clarificación es una intervención verbal o no verbal que obliga al paciente a explicar el sentido de un término o idea. Por ejemplo: «¿Qué entiende usted por "mareo"...?».
 - ◇ La técnica de señalamiento pone de manifiesto emociones o conductas. Ello puede hacerse mediante una observación sobre la emoción o el estado de ánimo del paciente, por ejemplo: «Parece como si estuviera irritado por tener que tomar pastillas para la diabetes», o sobre una conducta reciente: «Al repasar su receta electrónica, observo que no compra este medicamento desde hace 3 meses».
 - ◇ La siguiente técnica es la técnica de adición sugerida. Consiste en proponer al paciente algo que pensamos que quiere decir, pero no se atreve. Por ejemplo: «Tengo una molestia en el pecho, no es muy fuerte, pero...», nosotros responderíamos, por ejemplo: «Pero ¿le asusta?», lo que daría pie a que la paciente nos contara el motivo y expresara su miedo (por ejemplo, que su hermano ha tenido un infarto).
4. En la fase de averiguar y completar datos, si todavía me falta más información, tendremos que preguntar sobre otros aspectos. El reto es obtener datos de calidad. Para ello es importante que sean datos reales, es decir, sentidos o vividos por el paciente; datos fiables, es decir, que si otro entrevistador los interroga obtenga similares respuestas; o también válidos, que sean los datos que estamos tratando de obtener.
 5. Cualquier paciente puede beneficiarse de una valoración psicosocial que tendremos que realizar no solo para completar datos de la historia sino

para entenderlo mejor. Conviene distinguir una verdadera resistencia en este campo («De este tema preferiría no hablar»), del miedo a que achaquemos sus síntomas a esta área («Todos me dicen que son nervios, y nervios no son»). En este último caso, rebajaremos su prevención si advertimos: «Bueno, ahora quisiera conocerle mejor como persona... ¿tiene aficiones?, ¿vive solo?, ¿cómo es su descanso por la noche? ¿Cómo describiría su estado de ánimo?».

La exploración de creencias y opiniones del paciente ayuda a centrarnos y mejorar la comunicación. De nuevo utilizaremos las preguntas exploratorias abiertas siempre que sea oportuno. Por ejemplo: «¿Qué piensa sobre el tratamiento que lleva?», «¿Qué le preocupa sobre los efectos de su medicación?»...

Sin embargo, a veces preguntamos: «¿Qué cree usted que le ocurre?», y el paciente contesta: «No lo sé, para esto vengo a usted». A esta respuesta le llamamos efecto bumerán, y debería seguirse con: «Sí, por supuesto, pero lo que me interesa saber es su opinión, lo que usted piensa al respecto o lo que pueda haber comentado con amigos o familiares» (es decir, el contrabumerán).

Para acabar, al final de la conversación clínica haremos un sumario de la información que hemos obtenido, que ayudará a proponer alternativas terapéuticas y negociar con el paciente.

Para llevar a cabo una escucha activa efectiva, trataremos de estar atentos

también a una serie de errores comunes que pueden perjudicar el desarrollo de nuestra conversación clínica, como son:

- Realizar un saludo muy frío o inexistente.
- No escuchar con atención las frases utilizadas por el paciente, porque a veces contienen claves que posteriormente no vuelven a aparecer.
- No delimitar con claridad el motivo o los motivos de la visita y aceptar explicaciones vagas.
- O también introducir consejos de educación sanitaria cuando aún no hemos concluido una correcta anamnesis.

Como recordatorio final, no debemos olvidar que la escucha activa requiere:

1. Eliminar distracciones, como puertas abiertas y llamadas telefónicas.
2. Mantener una posición abierta y activa, manifestándole al paciente nuestro interés y escuchándolo para tratar de entenderlo y no para oponernos.
3. Respetar los silencios. Si se está hablando no se puede escuchar.
4. No interrumpir precozmente y dar margen a la narrativa espontánea del paciente.
5. Tener paciencia, tomándonos el tiempo necesario, teniendo en cuenta del que disponemos.
6. Ser empático, para conseguir que el interlocutor se sienta comprendido, con confianza y libre para expresarse.
7. Ser asertivo, es decir, manifestar las opiniones y defender los derechos sin

agredir o someterse a la voluntad de otras personas. Saber hasta dónde podemos decir «sí» y cuándo tenemos el deber de decir «no».

Para finalizar, podéis estudiar más ampliamente estos contenidos en el documento formativo que acompaña a este vídeo.

1.10. Guion vídeo eMULTIPAP

¿Qué es eMULTIPAP?

El curso eMULTIPAP aborda el problema de la multimorbilidad (MM) y presenta las principales estrategias disponibles en este momento para ayudar a profesionales de medicina y de enfermería de familia a mejorar la atención clínica a personas con MM. Tiene en cuenta para ello las opiniones y preferencias de este numeroso grupo de pacientes, consideración que ha demostrado ser clave para obtener resultados favorables en todo el proceso de la práctica clínica. La MM es un fenómeno creciente que afecta hoy a la gran mayoría de los ancianos, a la mitad de los adultos y a uno de cada diez niños; conlleva importantes consecuencias negativas para la salud, y supone un claro desafío para los sistemas sanitarios y para los programas de educación médica.

¿Cómo nace?

El curso se creó en 2015 como parte de la intervención compleja MULTIPAP en el contexto del primer ensayo clínico MULTIPAP. Se inició con dos ediciones dirigidas a profesionales de medicina de familia participantes en dicho ensayo. Pudimos comprobar así su utilidad para mejorar su formación en la atención a la multimorbilidad.

eMULTIPAP a través de sus ediciones

Desde las dos primeras ediciones, se han realizado tres más (cinco en total), hasta ahora:

La 3.^a edición eMULTIPAP

Se realizó a petición del grupo que desarrolló el proyecto europeo Chrodis Plus para profesionales de enfermería y medicina de familia de Atención Primaria de Aragón. Fue la primera edición dirigida a personal asistencial (de medicina y enfermería). Esta edición incorporó contenidos sobre cuidados enfermeros en el contexto de las personas con MM y se dirigió a profesionales de atención primaria y de atención hospitalaria.

La 4.^a edición eMULTIPAP

Se diseñó para formar parte de una nueva intervención compleja planteada para el nuevo estudio MULTIPAP Plus, también dirigida a profesionales de medicina de familia que trabajan en Atención Primaria. En esta edición, se incorporaron contenidos sobre Sistemas de Ayuda al profesional a la Toma de Decisiones (SATD). En concreto se añadió un tutorial sobre el manejo de la herramienta CheckTheMeds que también se está evaluando en dicho ensayo clínico.

La 5.^a edición eMULTIPAP

Es la última edición, por ahora. Se puso en marcha en el contexto de la intervención multicomponente del estudio MULTIPAP Canarias. Se dirigió a profesionales de medicina y enfermería de familia de la comunidad autónoma de Canarias.

Situación actual

En el momento actual, una vez comprobada la efectividad formativa, el curso se está transformando para una nueva edición MOOC (*massive open online course*). Se pretende así ofrecer de forma eficiente a un gran número de profesionales a quienes les interese. También se están traduciendo todos los guiones de los vídeos y los materiales escritos para ofrecer una edición bilingüe (español-inglés).

Contenidos

El curso eMULTIPAP tiene una estructura modular. La versión más reciente está compuesta por cinco módulos de una semana de duración cada uno, con una estructura similar y relacionados entre sí.

- Semana 1. Módulo 1: Multimorbilidad y polimedicación.
- Semana 2. Módulo 2: Adecuación y conciliación del tratamiento. Adherencia terapéutica. SATD.
- Semana 3. Módulo 3: Principios Ariadna. Aplicación en la práctica clínica. Concepto de deprescripción. Barreras asociadas a la deprescripción y seguimiento tras la deprescripción.
- Semana 4. Módulo 4: Herramientas para trabajar los principios Ariadna en la práctica clínica.
- Semana 5. Módulo 5: La escucha activa y las técnicas de negociación.

Cada módulo empieza con la visualización de un vídeo que se acompaña de su correspondiente *script* o guion para faci-

litar el aprendizaje. Se incluyen también lecturas obligatorias y lecturas recomendadas. Finaliza con una o dos actividades centradas en casos clínicos creados por el personal docente que deben resolver quienes siguen el curso.

Objetivo general

Revisar las principales recomendaciones internacionales para abordar la multimorbilidad (MM) y la polimedicación en Atención Primaria, minimizando en lo posible los problemas de seguridad para el paciente y, muy especialmente, los relacionados con el manejo de las combinaciones farmacológicas habitualmente empleadas en este grupo de pacientes.

Objetivos específicos

- Revisar y actualizar los conocimientos sobre MM y polimedicación de quienes participan, así como las últimas recomendaciones internacionales al respecto.
- Capacitar a profesionales sanitarios para mejorar su prescripción en MM y conseguir mayor implicación y adherencia de los pacientes.
- Presentar sistemas de ayuda para la toma de decisiones compartidas.
- Presentar los principios Ariadna, así como otras estrategias internacionales para mejorar la atención clínica en MM.
- Presentar y discutir las características que debe tener la entrevista clínica centrada en la persona y la relación

médico/paciente para mejorar la adherencia al tratamiento, la seguridad medicamentosa en pacientes con MM y la adecuada utilización por estos de los servicios de salud.

Docentes

Diseñado por un equipo multidisciplinar de docentes e investigadores (de medicina y enfermería de familia) pertenecientes al MULTIPAP Study.

Las videgrabaciones y la plataforma formativa de cada una de las cinco ediciones han sido desarrolladas con el equipo técnico de la plataforma IAVANTE de Andalucía.

Evaluación del impacto formativo

El impacto formativo del curso eMULTIPAP se ha evaluado siguiendo el modelo de Kirkpatrick, que establece cuatro niveles de evaluación: Reacción, Aprendizaje, Comportamiento y Resultados.

Las dos primeras ediciones se han sometido a evaluación en cada uno de los cuatro niveles, con resultados favorables que han sido publicados en artículos científicos.

Las restantes ediciones están en fase de valoración con este modelo evaluativo.

2. TEXTOS SIMULACIONES

2.1. Guion 1 simulación caso clínico Módulo 4

Contexto: a raíz de un accidente doméstico se le propuso a Francisca (F), entre otras modificaciones, retirar los psicofármacos (ella había mejorado del ánimo con un cambio de roles en las tareas del hogar). Francisca en un principio se opuso y se decidió postponer la decisión para más adelante. Hoy acude recelosa a consulta porque le han caducado los psicofármacos y ella prevé que su médico no se lo va a querer renovar.

Francisca está en la sala de espera. Se encuentra nerviosa porque sabe que su médico (M) le va a volver a plantear quitarle las medicinas para los nervios.

F: (Pensando). *Estoy muy preocupada porque don Marcos hoy me va a querer quitar las medicinas de dormir, y yo no puedo estar sin ellas. Ya verás como me las quiere quitar. Ay, Dios mío, ¿qué trabajo le costará dejarlo todo como está?*

M: Buenos días, Francisca.

F: Buenos días, don Marcos.

M: ¿Qué tal?, ¿cómo está? ¿Qué tal la rodilla?, ¿la está dejando cuidar de su nieto?

F: Pues la rodilla, mejor, ahí voy. Hay días mejores y días peor, pero más o menos como antes de la caída. La verdad es que, desde que estoy viniendo a los talleres de María, la enfermera, he perdido mucho peso, y la rodilla me duele menos, y —quieras que no— eso se nota. Y con mi nieto muy bien, no le puedo quitar ojo

de encima; estoy muy entretenida. Pero, desde que Pepe se hace cargo de la compra y la comida, estoy mucho más liberada para cuidarlo.

M: Qué maravilla, cuánto me alegro. ¿Y en qué le puedo ayudar hoy?

F: Pues yo venía porque me han caducado la medicación de los nervios y la de dormir...

M: Sí... (la invita a hablar con un gesto).

F: Bueno... y usted recordará que, cuando lo de la rodilla me dijo de quitarlas, por mi bien y eso..., pero...

M: Ajam...

F: ... yo he estado pensando y...

M: Cuente...

F: ... usted va a pensar que yo soy muy pesada, pero es que yo no termino de tenerlo claro.

M: A ver, mujer, no se trata de ser o no ser pesada. Cuénteme ¿Qué es lo que no tiene claro?

F: Pues eso, lo de quitarme las pastillas. Pero, vamos, que aquí el que entiende de esto es usted...

M: No, bueno, de medicación entiendo yo, pero de lo que ocurre fuera de la consulta la experta es usted, y seguro que hay muchas cosas en su vida que no conozco y en esto está jugando un papel

importante. Cuénteme qué es lo que le preocupa.

F: Es que yo ahora estoy muy bien. Yo ahora entro, salgo, hago mis cosas... y puedo echar una mano.

M: ¿Echar una mano?

F: A mi hija. Mi hija ha estado mucho tiempo parada y ahora ha vuelto a trabajar, y ella me trae por las mañanas al niño, y yo me encargo de él todo el día, hasta por la tarde que la pobrecilla sale del trabajo. Y yo antes sentía que no hacía otra cosa más que limpiar la casa, pero ahora es diferente. Yo tengo que mantenerme activa como sea.

M: Entiendo entonces que para usted es muy importante mantenerse activa para cuidar a su nieto y ayudar a su hija y, ahora que lo está haciendo, se encuentra mucho mejor del ánimo.

F: Sí, eso es.

M: Bien y... ¿qué le parecería si retirásemos o disminuyésemos la medicación?, ¿qué cree usted que pasaría?

F: Pues a mí lo que me da miedo es no poder dormir por las noches...

M: Ajá.

F: ... porque luego estoy todo el día desgana y yo eso no me lo puedo permitir. Yo creo que lo del llanto y la tristeza ya... no va a ser como hace dos años, porque yo ahora tengo otras cositas que me dan alegría, Pepe está más pendiente de mí. Pero con el sueño yo no me fío.

M: Bien... Es cierto que está últimamente mejor del ánimo, y tanto para usted o

para mí, es muy importante que se mantenga activa en el día a día y que pueda hacer sus cosas. Y es precisamente por eso que me da miedo que alguna de la medicación que está tomando para el ánimo y que tal vez no la esté necesitando ahora mismo, pues le produzca un daño y eso sí la merme para su día a día. Podrían aparecer daños digestivos o, si se vuelve a caer, sufrir una lesión mucho peor. Ya sabe que las pastillas para dormir la hacen sentir un poco mareada.

F: Eso es verdad. Pero yo tengo que dormir.

M: Cierto. Y, bueno... Ante esta situación, tenemos varias opciones para elegir: en primer lugar, podemos dejar la medicación como está y ya lo volvemos a ver dentro de unos meses (Francisca asiente con la cabeza); también podemos intentar reducir una de las dos y, si va bien la cosa, pues ya nos planteamos qué hacer con la otra (Francisca deja de asentir); o incluso podíamos intentar disminuir las dos medicaciones a la vez... (Francisca niega con la cabeza)... poco a poco, y, si vemos que algo no va bien, volvemos a tomar la que fuera necesaria (Francisca sigue negando con la cabeza). El objetivo es que usted se encuentre bien en su día a día, pero intentando que no se exponga a riesgo innecesario de la medicación.

F: Yo preferiría dejar primero la de la depresión, porque en el fondo yo creo que esas no me están sirviendo ahora para nada..., pero, con las de dormir, yo no me fío, un poquito más adelante ya vamos hablando de dejarlas.

M: Vale, perfecto. Pues, si quiere, le voy explicando cómo podemos hacer para ir reduciéndolas poquito a poquito.

F: (Asintiendo). *Vale.* (Pensando). *Ya sabía yo que hoy me iba de aquí sin mis pastillas de los nervios.* (Suspira). *Aunque la verdad*

es que... las de la depresión le he dicho yo que me las quitara, y además me ha dejado las de dormir. Y, desde que vengo con la enfermera, yo estoy más animada. Y, sobre todo, la niña sigue con el trabajo, que es lo que más me preocupaba.

2.2. Guion 2 simulación caso clínico Módulo 5

Francisca acude a la consulta de su médico 6 meses después de la última visita para solicitar la renovación de la benzodiazepina que actualmente está tomando. Durante estos meses, según quedaron, ha ido reduciendo el tratamiento antidepresivo hasta su retirada total. No ha acudido a nuestra consulta como acordaron para realizar un seguimiento. Por su parte, María (la enfermera del cupo) ha informado de que Francisca ha dejado de ir a unos talleres de relajación a los que se incorporó una vez terminados los de hábitos saludables. María desconoce el motivo.

M: Buenos días, Francisca, ¡qué alegría verla! ¿Cómo está?

F: Pues aquí vamos; tirando, como siempre. Buenos días.

M: Muy bien. Cuénteme: ¿en qué le puedo ayudar hoy? (*Exploración de demanda*).

F: Pues yo venía porque me han caducado las pastillas de dormir.

M: Bien...

F: Para que me las recete.

M: Vale, ahora vamos a eso. (Cesión intencional). ¿Hay alguna otra cosa que quisiera que habláramos hoy? (*Delimitación de demanda*).

F: No, no, solo eso. Yo no quiero entretenerle mucho. (Evitativa, brazos cruzados...).

M: Bien... Con respecto a lo de las pastillas, retiramos las pastillas para el ánimo

hace seis meses, ¿cómo se ha encontrado desde entonces? (*Pregunta abierta*).

F: Pues igual. Yo creo que en el fondo... no me estaban... (Evitativa, brazos cruzados...).

M: No te estaban haciendo gran cosa, ¿no? (*Adición sugerida*).

F: No. Igual no me hacían mucho...

M: Muy bien.

F: ... la verdad.

M: Y, precisamente por eso, ¿ha pensado algo al respecto de las pastillas para dormir? ¿Qué le parecería si hiciéramos lo mismo que hicimos con las pastillas para el ánimo? (*Pregunta abierta*).

F: Pues sí que lo he estado pensando, pero...

M: Ajam.

F: ... yo es que sin ellas no voy a dormir. Y, si no duermo, luego al día siguiente estoy muy nerviosa y no hay quien me aguante. Y además usted ya sabe que yo tengo que cuidar de mi nieto y, si no estoy descansada, pues yo no puedo.

(El médico se echa hacia atrás en la silla y se pone la mano en la cara).

M: Ya... Entiendo... Y, con respecto a lo de estar más cansada... ¿ha ido a los talleres de María? Me dijo que había dejado de asistir a los talleres de relajación... ¿ha ocurrido algo? (La paciente: mirada al suelo, algo disgustada). Mala no ha estado, ¿no? (Mirando en el ordenador). (Por

el paralenguaje de la paciente, es evidente que esa pregunta no le ha gustado).

F: No me estaban yendo mal, la verdad. Lo que pasa es que estuve unos días pachuchilla, no pude ir y luego ya me dio vergüenza reengancharme.

M: ¿Unos días pachuchilla? (*Frase por repetición*).

(*Silencio*). (Silencio, la paciente: mirada al suelo, resopla).

F: Pues mire, es que una noche me levanté a orinar y me volví a caer. (Deja de mirar el ordenador y vuelve a mirarla, la paciente responde defendiéndose de una «regañina», levanta la mano para frenar al médico de interrumpirla). Pero esta vez no me hice casi nada, no tuve que ir a urgencias. Estuve en la casa unos días tranquila y... (El médico la interrumpe).

M: Si es que se veía venir, Francisca. Y además por la noche... (Mira el ordenador y la mira a ella). Me ha dicho que no fue a urgencias, ¿no?

F: No, no, porque... (La vuelve a interrumpir).

M: Si es que esta benzodiacepina... es que tenemos que quitarla ya. (Gesto corporal de evidencia o ausencia de duda). Como se caiga y se parta la cadera, ahí sí que la vamos a liar... (Resopla mirando el ordenador). Y, además, polimedicada...

F: Don Marcos...

M: ... ¿Qué más queremos?

(La paciente niega con la cabeza, con gesto disgustado y mirando al doctor).

M: Yo creo que lo tenemos claro, ¿no?

F: Don Marcos, yo no puedo dejar las pastillas, yo tengo que dormir.

M: Pues me dirá qué es lo que hacemos...

F: (Elevando la velocidad y el tono). Yo no quiero que todo vuelva a ser como antes.

M: ¿Y qué es lo que hacemos? (Se hace un silencio donde él está inclinado sobre la mesa y ella con la cabeza agachada y los brazos cruzados). (El médico se da cuenta de su posición y decide cambiar completamente su actitud: se apoya relajado sobre el respaldo y pregunta en un tono diferente). Bueno, a ver... en el fondo... tampoco tiene usted la culpa, no toma la medicación por gusto... A ver, cuénteme, ¿a qué se refería cuando ha dicho que no quiere volver a estar como antes? (*Pregunta abierta / exploración de creencias*).

F: (Levanta la cabeza, hablando con sinceridad). Pues cuando me sentía tan mal antes de que me trajeran a mi nieto. Estaba todo el día muy desanimada... y con el pellizco en el pecho... Y luego llegaba la noche y la casa se me caía encima. Todo el día sola en la casa, no hacía otra cosa más que limpiar, y yo ahora me siento muy bien ayudando a mi hija. Yo no le resuelvo su problema, pero le hago un apañón muy bueno, ¿eh?

M: Entiendo. Siga. (Facilitador). (*Contacto visual directo*).

F: Y tiene usted razón con eso de que, si me caigo y me rompo la cadera, todo va a ser peor... Pero... igual es cosa mía, pero es que yo creo que, sin esas pastillas de dormir, todo va a ser como antes.

M: Bien. Francisca, y, además de las pastillas, que estoy seguro de que le han hecho mucho bien, ¿cómo cree que han influido en su ánimo otras cosas, como los cambios en la casa o los talleres con María y las otras mujeres? (*Pregunta abierta*).

F: (Habla más relajada). Hombre, los cambios en la casa, la verdad es que muy bien: no es lo mismo estar en cien cosas que poderme centrar en cuidar del niño. Y los talleres con María... Me estaban haciendo mucho bien, la verdad, pero no solo los talleres; era venir, ver otras mujeres, hablar con ellas, nos echábamos unas risas, yo salía de casa... Pero es que yo creo que, sin esas pastillas, yo no lo veo, ¿eh?

M: Ajam... Bueno, en el fondo usted y yo buscamos lo mismo, y es que se encuentre lo mejor posible durante cuanto más tiempo mejor. (*Reconducción por objetivos*). Pero estamos viendo que usted no

se siente en absoluto segura retirando la medicación. (*Señalamiento*). (La paciente asiente). ¿Qué le parece si le vuelvo a recetar las pastillas y, a cambio, usted va a los talleres con María y las otras mujeres? (*Doble pacto*).

F: Yo sé que usted siempre ha querido mi bien, don Marcos, yo lo sé. Pero es que lo de quitar las pastillas para dormir... hum... (tajante) no. Yo veo bien eso de hablar con María, la enfermera, y yo a los talleres. Aunque yo creo que, tarde o temprano, nos vamos a tener que plantear dejar la pastilla, porque, si no, en una de estas que me caiga, me quedo para el desguace, pero dentro de unos meses; ya vamos hablando en serio cómo podemos ir quitando la pastillita esa, ¿vale?

M: Muy bien, pero lo vamos haciendo poco a poco, ¿vale?

F: Vale.

2.3. Guion 3 simulación caso clínico Módulo 5. Enfermería

Contexto: unas semanas después de la última consulta con su médico de familia (Marcos), Francisca (F) acude a la consulta de María (M), su enfermera de familia, para preguntar, tal y como acordó con Marcos, por los talleres de relajación a los que dejó de acudir tras su caída.

Francisca se encuentra en la sala de espera de la consulta. María, desde su mesa, ve a Francisca esperando para entrar.

M: (Pensando). *Ahí está Francisca; ya me dijo Marcos que estuvo en su consulta, y acordaron que vendría a preguntarme por el taller de relajación. Me comentó que una vez quitada la fluoxetina le intentó retirar alguna medicación más, pero que ella no estaba muy conforme. Además me comentó que se había caído en la casa hacía poco y que por eso dejó de venir a los talleres... Bueno, pues vamos a ver qué me cuenta.*

(María abre la puerta de la consulta para ofrecer entrar al siguiente paciente).

M: Buenos días, Francisca ¡Qué alegría volver a verla! Pase, por favor. (María invita a Francisca a acceder y tomar asiento con un gesto).

F: Buenos días, María; yo también me alegro de verla.

M: Dígame qué la trae por la consulta.

F: Pues, mira, hace unos días estuve con el médico para renovar la medicación, y eso es siempre una lucha, y cree que volviendo a los talleres de relajación podrá dejar una pastilla.

M: La noto algo descontenta con los cambios en la medicación.

F: Sí. Hace unos meses me quitó la del ánimo y ahora está erre que erre con quitarme la de dormir. El tema es que yo sé que lo hace por mi bien, que tomo mucha medicación, y le da miedo que me vuelva a caer, pero yo no quiero volver a estar sin dormir y llorando todo el día. Eso sería lo último.

M: ¿Y en qué han quedado?

F: La del ánimo hace ya meses que no la tomo. Ni yo quiero tomarla ya, que no me hace falta. La de dormir me la va a dejar unos meses más mientras yo vengo a los talleres a ver si con ellos puedo dejarla.

M: Bueno, no parece mal plan. Pero cuénteme: ¿quiere volver porque le apetece retomarlos o porque se lo ha dicho el médico?

F: Bueno... la verdad es que hace tiempo que quería volver... pero como dejé de venir sin avisar... (se muestra algo avergonzada y evitativa).

(Silencio).

M: A veces es difícil retomar algo después de dejarlo, pero no se preocupe: a mí me alegra que vuelva. Pero me gustaría que fuera sincera. ¿En qué cree usted que le pueden ayudar los talleres?

(Silencio).

F: Pues... lo cierto es que me vinieron muy bien para el ánimo. No solo por las técni-

cas de relajación o alguna de las charlas, que me ayudaron mucho. También el hecho de salir y hablar con las otras mujeres. Desde que dejé de venir, no me noto yo tan bien como antes y llego al final del día un poco más angustiada. Yo creo que los talleres me hicieron más que las pastillas del ánimo. A ver qué pasa con las del sueño, pero lo veo más difícil, y don Marcos está empeñado en quitarlas.

M: Me alegro de que le vinieran bien para el ánimo. Yo estoy convencida de que al llegar a la noche menos angustiada podrá dormir mejor, y ojalá que pueda hacerlo sin pastillas y así evitamos que vuelva a caerse. No obstante, como se las ha renovado para unos meses, tenemos tiempo para valorar la evolución y ya veremos más adelante qué hacemos con esas pastillas.

M: Por otra parte, se han hecho muchos cambios en la medicación últimamente. ¿Qué le parecería contarme cómo las toma y nos aseguramos de que esté todo correctamente?

F: Pues... por la mañana con el desayuno me tomo la pastilla de la tensión, esa que son dos medicamentos juntos, y también la del azúcar. Con la comida me tomo otra para el azúcar, y ya por la noche, sobre las 10, me tomo la de dormir. Ah sí, y los días que me molesta mucho la rodilla durante el paseo con mi nieto tomo paracetamol.

M: Muy bien, exactamente el tratamiento que me aparece en su historia. Y... ¿se las toma todos los días o hay alguna que a veces se le olvide?

F: Sí, suelo tomármelas bien. Hay veces que no me tomo la del azúcar, si noto que me ha dado un bajón.

M: Ajam. ¿Podría decirme qué entiende usted por bajón?

F: Pues que me noto más acelerada y nerviosa. Suele coincidir con cuando almuerzo con prisas porque tengo que ir a recoger al niño al colegio. Luego a media tarde, cuando vuelvo, si me tomo algo dulce, se me pasa. Yo querría tener una máquina para medirla como la de mi vecina, pero como no hay manera de conseguirla...

M: Eso que me comenta lo piensan muchas personas..., pero esa pastilla, que se llama metformina, por su forma de actuar en el cuerpo, no es esperable que produzca bajadas de azúcar, de ahí que los pacientes con esa medicación no tengan la necesidad de glucómetros, esa máquina que me comenta de su vecina. ¿Puede que sea porque ese día está más activa con sus quehaceres y su nieto, y le hace estar algo más inquieta?

F: Yo pienso que es el azúcar. Ya le digo que, tomándome un dulce a la tarde, se me pasa.

M: Aunque parece poco probable que se deba a la metformina y viendo que hace bastante que no se hace su analítica de control, ¿qué le parece si hacemos la analítica, vemos cuán controlada tiene el azúcar y, en caso de que veamos un descontrol, nos planteamos ajustar la medicación o incluso, dado el caso, vemos si podemos conseguir un glucómetro para unos días si fuera necesario?

F: Vale. La verdad es que hace mucho que no me hago ninguna analítica.

M: Bien, Francisca; por hacer un resumen de la situación: por un lado, vamos a volver a los talleres de relajación con la idea de continuar aprendiendo técnicas que le sean de ayuda y retomar el contacto con las mujeres, y en unos meses replantearnos si podemos dejar las pastillas de dormir. Así, además, reducimos el riesgo de caídas. Por otro lado, vamos a hacer la analítica de control de la diabetes y, en base a ello, tomamos las decisiones que tengamos que tomar con la medicación y el glucómetro.

F: Me parece bien. En el fondo yo lo que quiero es estar bien y tomando las menos pastillas posibles. ¿Cuándo puedo empezar en los talleres?

M: En la sesión de la semana que viene. Siguen siendo los martes, cuando termino la consulta de la tarde. A las 17:30

más o menos. Vente con ropa cómoda, que esta semana practicaremos estiramientos.

F: Uy, qué bien me van a venir. Pues nada. Hasta la semana que viene.

M: Hasta la semana que viene.

M: (Pensando). *Bueno, parece que Francisca tiene disposición para mejorar la gestión de su salud. Aunque no está segura de cómo hacerlo, quiere intentar reducir las BDZ, a ver si conseguimos aumentar su confianza en cuanto a su capacidad para conciliar el sueño sin las pastillas. Además... al dejar la medicación, disminuiría su riesgo de caídas. Por otro lado, algunos días está haciendo un incumplimiento de parte del tratamiento con ADO, veremos cómo de controlada está y, si viene a la consulta algunos días, podemos recordar el tratamiento de la DM y repasar cómo funciona la metformina que está tomando. Hablaré con Marcos sobre este tema.*

2.4. Guion simulación comunicación interprofesional

Relación tipo profesor-alumno

Tras la consulta de Enfermería en la que María acuerda con Francisca volver a los talleres y además detecta un incumplimiento parcial del tratamiento ADO, María se encuentra con Marcos en el estar de personal del centro de salud y aprovecha para comentar con él algunos aspectos de la misma.

(En la sala de estar del centro de salud).

María: Hola, Marcos. Quería hablar contigo, si tienes un momento.

Marcos: Hola, María. Sí, claro, cuéntame.

María: Pues mira, era sobre Francisca, la paciente de los cursos de relajación.

Marcos: Ah sí, ¿qué le pasa?

María: Como me dijiste, vino a mi consulta... la veo motivada con los talleres y creo que pueden servirle de ayuda para eso de dejar la medicación. Parece ser que vendrá la semana que viene.

Marcos: Muy bien.

María: Aparte de eso, lo que te quería decir es que me ha comentado que hay días que no se está tomando la metformina que tiene prescrita y...

[Marcos interrumpe a María en tono sorprendido y extrañado]

Marcos: ¿Metformina? No, no. Hubo que quitársela. Ella tiene insulina glargina

(María contesta sorprendida).

María: ¿Con insulina? Si repasé con ella

toda la medicación que toma... yo no encontré nada de insulina en su tratamiento...

Marcos: Claro que sí. Hubo que quitar la metformina en el último ingreso por un fallo renal.

María: Pues no sé... yo hablo de Francisca, la que me comentaste que se cayó en su casa, que cuida de su nieto y con la que estuvimos trabajando para conseguir que su marido ayudara algo más en las tareas de la casa...

Marcos: Ah, espera, ahora sé de quién me hablas... ¡Estaba pensando en otra paciente! Esa Francisca sí que está con metformina. Y cuéntame entonces, ¿qué me dices, que no se toma bien la medicación?

María: Sí, el otro día en la consulta...

(Interrumpe otro compañero/a dirigiéndose a María).

¿?: Oye, María: ¿qué pasó con la guardia de la semana que viene?, ¿conseguiste cambiarla?

María: Hombre, ¿qué tal? Pues sí que lo conseguí, y ¡menos mal! Así ya se me queda el martes libre para poder ayudar con las vacunaciones en el polideportivo.

¿?: Pues qué bien, yo también tengo que buscar a alguien para el mes que viene, que tengo el examen de la ope justo un día que me toca cubrir.

Marcos: Ejem..., disculpad pero ¿podría-

mos terminar con eso del tratamiento de Francisca?

María: Ah sí, claro (se dirige al compañero de nuevo). Quizás te lo pueda cambiar yo, escíbeme y lo miro (vuelve a dirigirse a Marcos). Pues eso, que durante la consulta me dijo que no se tomaba a veces la metformina porque se nota como que le dan bajones y...

(Marcos interrumpe el discurso de María).

Marcos: ¿Bajones? Pero si la metformina no produce hipoglucemias...

María: Sí, ya... (pausa) (evita dar explicaciones). Y también comentó querer un glucómetro y que no lo...

(Marcos interrumpe de nuevo).

Marcos: Pero con la metformina los controles glucémicos en domicilio tienen poca utilidad y por eso no los visa farmacia.

María: Ya... [se muestra algo incómoda] si eso quería comentarte. Bueno, la cuestión es que ella cree que hay días que le dan bajones, yo le expliqué que su medicación no suele producirlos y que por eso no necesita glucómetro... Para mí que lo que nota es ansiedad. Pero, por otro lado, me fijé que hacía tiempo que no se hacía una analítica, así que acordamos hacer una de control para ver si hace falta hacer cambios en la medicación o si necesita algún glucómetro temporalmente para reeducación. Intentaré que venga algunas veces a la consulta para volver a recordar el tratamiento y el manejo de la diabetes.

Marcos: Ah, pues muy bien entonces (sorprendido). Yo creo que has hecho un abordaje muy bueno.

(Silencio).

Marcos: (Tono agradable) Si te parece, permíteme que mire, porque quizás necesite alguna analítica algo más completa que creo recordar que hay que controlar los iones por los medicamentos antihipertensivos. Descuida, que ya, si eso, se la pido yo.

María: Muy bien, cuando lo compruebes me comentas, y así me quedo pendiente de citarla en consulta.

Marcos: Genial.

Relación colaborativa

Tras la consulta de Enfermería en la que María acuerda con Francisca volver a los talleres y además detecta un incumplimiento parcial del tratamiento ADO, María se encuentra con Marcos en el estar de personal del centro de salud y aprovecha para pedirle ir a la consulta un momento para comentar con él algunos aspectos de la misma.

(En la sala de estar del centro de salud)

(María entra en la consulta de Marcos)

María: Hola, Marcos, ¿te pillo bien?

Marcos: Sí, dame un segundo, que firmo esto (firma un papel). Ya estoy, dime.

María: Quería hablar contigo de Francisca. La he citado en tu agenda, al final, en las programadas. Es la única que hay.

Marcos: Aquí está, ya la veo. Cuéntame, ¿va a ir a los talleres?

María: Sí, sí. Además la veo con mucha motivación y capacidad de cambio. Por ahora sigue cerrada con el tema de la medicación, pero es cuestión de tiempo que se abra. Ya lo verás.

Marcos: Sí, ella tiene mucha capacidad. Y, ya que estamos, a ver si la tanteamos sobre el tema de dejar de fumar, que siempre lo dejamos de lado y también sería interesante, ¿no crees?

María: Sí, es un tema que tenemos pendiente con ella. Hay una sesión de los talleres en los que igual sale el tema. Si puedo, evalúo su predisposición.

Marcos: Sería estupendo. Bueno, cuéntame.

María: Yo venía a comentarte que el otro día en la consulta revisé con ella la medicación y a veces no se toma la metformina porque cree que le produce hipoglucemias.

Marcos: Entiendo.

María: Por como me lo cuenta... relacionado con las prisas por el nieto, le pasa después de comer... a mí me parece que puede ser un signo de ansiedad. La cuestión es que ella quiere que le demos un glucómetro para ver si son hipoglucemias. ¿A ti te ha comentado algo?

Marcos: No, qué va. Las últimas consultas han ido muy centradas en las benzo-

diazepinas y nunca antes me había mencionado nada.

María: Sí, yo creo que es algo nuevo. Fijo que te lo comenta más adelante.

Marcos: Sí, seguro. ¿Y en qué habéis quedado?

María: Pues, como he visto que hace mucho que no se hace la glicosilada, he pensado en pedirle una analítica y, si vemos que hay alguna alteración o que esto se mantiene en el tiempo, ya le consigo yo un glucómetro para unos días nada más, y vemos qué está pasando.

Marcos: Ah, pues mira, ¿se la has pedido tu?

María: No, a eso venía. He pensado que tal vez tú necesites pedir algo en la analítica y así nos ahorramos un pinchazo.

Marcos: Sí, gracias. Yo quiero ver cómo van los iones, que no se le pidieron en la última, y con los antihipertensivos que toma nos vendría bien controlarlos

María: Genial.

Marcos: ¿Se la pido, ya que tengo la historia abierta?

María: Si no te importa, me viene genial, y ya la llamo yo para que venga a extracciones.

Marcos: Ahora mismo (solicita la analítica en el ordenador).

ANNEXES

1. VIDEO TEXTS

1.1. Initial video: PRESENTATION OF THE COURSE

MOOC TRAINING INTERVENTION

INITIAL VIDEO: PRESENTATION OF THE COURSE

Instruction: Alexandra Prados Torres, Isabel del Cura, Daniel Prados Torres

Part 1. The Multimorbidity Challenge.

Alexandra Prados Torres

Hi. I'm Alexandra Prados, principal investigator, together with Isabel del Cura and Daniel Prados, of MULTIPAP, a research project aimed at improving prescribing among patients with multimorbidity and polypharmacy.

The proportion of elderly people in our population is larger today than ever before.

Moreover, we “persist” longer at this stage of our lives: we become longer-lived.

... And we want to live in the best possible conditions of health and well-being. We all know that health is a primary social good.

The reality, however, is that we accumulate chronic diseases, and do so from a

very young age. These diseases are often preventable, or at least delayable, but when they appear and accumulate in the same person, they result in an increasingly heavy burden.

What develops is what we call multimorbidity, which is the simultaneous presence of various chronic diseases in the same patient.

From both a clinical and a public health perspective, multimorbidity is a major problem that currently affects one in 10 children, half of the adult population, and almost the entire elderly population.

How does our health system respond to this reality? The truth is that, even though we are very well prepared to respond

to individual diseases, we are not as well prepared to manage the overall health of a patient who has several simultaneous processes.

We respond with multiple drugs, diagnostic tests, and visits to specialists. The responses are guided by scientific evidence obtained for isolated diseases, and frequently give rise to multiple treatment interactions, duplications, and omissions.

Multimorbidity itself is associated with significant negative health consequences that are the consequence of interactions between the diseases themselves and the complex drugs that are prescribed to treat them. Treatments for which there is insufficient scientific evidence regarding their “combined use”.

Thus, multimorbidity and polypharmacy is a binomial that professionals face on a daily basis, often resulting in difficulties in assessing patients as a whole, due to a lack of time, insufficient training, the need for coordinated involvement of various professionals, or even due to difficulties in obtaining a complete medical history of a given patient.

Clearly, something in our healthcare systems must change sooner rather than later in order to respond to this great challenge that we face, but of which are not sufficiently aware.

Part 2. Presentation of the MULTIPAP Project

Isabel del Cura

The challenges involved in addressing multimorbidity for public health, healthcare systems, and clinical management of patients are enormous. This has caused leading institutions to focus their efforts on increasing awareness about this issue and the need for further research. Slide 1 outlines two such contributions. The March 2019 volume of the *Journal of Internal Medicine*, which includes the work presented at the symposium held in May 2018 at the Karolinska Institute in Stockholm, and the report published in April 2018 by the United Kingdom Academy of Medical Sciences. Both documents reflect on the research being carried out in this field and propose lines and elements of prioritization so that useful and quality research is developed to provide the knowledge necessary to improve health practice and policies.

This latest report, which lists MULTIPAP as one of 14 international trials underway, highlights the need for further research into the causes and burden of multimorbidity and into the best and most cost-effective ways to treat patients living with multiple medical problems. Key among the lines of research prioritized by the Academy of Medical Sciences is the need to study how doctors can increase the benefits and reduce the risks of treating patients with multimorbidity, how to organize health systems to deal with

multimorbidity most effectively, and how to best incorporate information technologies into patient care.

Systematic reviews that have evaluated the effectiveness of different interventions in patients with multimorbidity and polypharmacy suggest the following: in order to address the care of these patients, it is necessary to combine different types of interventions and provide new and better evidence about aspects such as effectiveness in different age ranges, the theoretical framework of the individual components of the intervention and the evidence on which they are based, organizational models of care, the training needs and tools required by professionals who can improve the care of these patients by evaluating results relevant to the patient and the healthcare system, and the incorporation of cost analysis.

The MULTIPAP study has been designed following these recommendations, and the current trial includes two consecutive clinical trials: MULTIPAP and MULTIPAP Plus.

These are pragmatic clinical trials, performed under clinical practice conditions, with clustered randomization. The study population consists of patients sociologically defined as young elderly (65 to 74 years), a population with a high prevalence of multimorbidity and polypharmacy and for whom knowledge of the effectiveness of interventions remains very limited.

In the MULTIPAP Plus trial, all participating physicians will complete the eMULTI-

PAP training course, specifically designed for this intervention. Subsequently, they will be randomized to the intervention group or the control group. The intervention group will incorporate an automated prescription support tool into their practice and the control group will carry out their clinical practice as usual, according to the guidelines, protocols, and tools available in the different participating health services.

This is an intervention implemented by the doctors responsible for the global health of patients with multimorbidity, aimed at avoiding the frequent cascade of negative outcomes that occur as a consequence of the multimorbidity-polypharmacy binomial.

MULTIPAP Plus is a research proposal that fulfils the criteria for useful clinical research.

Part 3. Presentation of the course eMULTIPAP

Daniel Prados

As already mentioned, the care for patients with multimorbidity is a challenge for health systems. *The Integrated Multimorbidity Care Model (IMCM)* of CHRODIS proposes an integrated model of care for multimorbidity in Europe that is being implemented in clinical practice through the CHRODIS Plus program. This has identified 5 dimensions and 16 components that must be addressed to achieve a new comprehensive care model for the unmet needs of patients with multimorbidity.

The dimensions and components can be summarized as follows: provision of services, support for decision-making, support for patient self-care, information systems and technologies, and lastly, social and community resources.

Professionals must make decisions that are not always easy or clear. This is partly due to the lack of availability of clinical practice guidelines (CPG), which are not yet adequate to deal with multimorbidity, and because they are not fully aware of patients' true needs

Elizabeth Cottrell and Sarah Yardley's 2015 study (Lived experiences of multimorbidity: An interpretative meta-synthesis of patients', general practitioners' and trainees' perceptions) notes that there are multiple perspectives to the problem of multimorbidity, and that the points of view of doctors and patients do not always coincide.

One of the main concerns of patients with multimorbidity is their ability to continue living their current life (i.e. not giving up). Thus, the most important aspects identified by patients are: diagnosis of diseases that may threaten their functionality and prevent them from maintaining independence, side effects of their treatments, and maintaining a good quality of life.

Curiously, patients often do not have great expectations regarding improvement of their diseases, but do want to preserve, whenever possible, their independence and autonomy.

To achieve this, professionals must be trained to perform patient-centred care (PCC), encourage shared decision-making (SDM), and seek good patient adherence.

The contents of this course have been grouped into 5 didactic units. Each one takes place over a week and contains videos, clinical cases, supporting documentation (*Further information*), forums with student and teacher participation, and questionnaires to verify the knowledge acquired.

eMULTIPAP, therefore, is a complex multicomponent intervention based on the Ariadne principles: it includes elements of training, organization, and the incorporation of new technologies. Standardized training is offered to address different areas of knowledge that have been proposed as part of the training curriculum that any family doctor should develop to adequately manage patients with multimorbidity. Key among these are the skills to carry out the doctor-patient interview in a manner that promotes shared decision-making. eMULTIPAP has already been evaluated with favourable results in the MULTIPAP trial.

By following the Ariadne principles, the course also addresses the 6 major curricular blocks for training in multimorbidity proposed by Lewis *et al.*, after publication of a systematic review in 2016:

1. Communication Skills
2. Clinical skills
3. Management skills

4. Information technology management skills
5. Teamwork
6. and Critical appraisal skills

Finally, we would like to add that in our clinical cases we have always sought to

address situations that accurately represent routine clinical practice in primary care and to the specific typology of patients with multimorbidity.

Thank you all very much.

1.2. Module 1 video: THE CHALLENGE OF MULTIMORBIDITY

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 1: Multimorbidity and polypharmacy

VIDEO: THE CHALLENGE OF MULTIMORBIDITY

Instruction: Alexandra Prados Torres, Luis A. Gimeno Feliú, Victoria Pico Soler

Alexandra Prados Torres

Hello everyone. Welcome to Module 1, in which we will address the basic concepts of multimorbidity and polypharmacy, presented by 3 speakers from the Aragon team: Victoria Picó, Luis Gimeno, and myself, Alexandra Prados.

By way of introduction

I will start by noting that life expectancy in developed countries is now 80 years, and that more and more people are living with multiple chronic diseases and complex drug treatments.

Multimorbidity:

- This is currently considered the most frequent form of presentation of chronic diseases.
- Its multiple negative consequences for patient health are largely attributable to the current healthcare model, which is essentially organized and designed for patients with isolated diseases, insufficient training of professionals to deal with this reality, and a scarcity of corresponding scientific evidence.
- When recommendations in different clinical practice guidelines (CPG) are fulfilled in the same patient, the probability

of polypharmacy inevitably increases considerably.

Multimorbidity and comorbidity

These are two concepts that view the problem of multiple chronic diseases from complementary perspectives.

While multimorbidity is defined as the co-existence of various chronic diseases in the same person, comorbidity focuses on additional diseases that occur during the clinical course of an index disease.

Multimorbidity and polypathology

Multimorbidity is the internationally accepted term, and its use therefore facilitates comparison with other environments.

In our context, a consensus among primary care, internal medicine, and nursing societies proposes the use of the term “polypathology” to define patients with two or more diseases and a particular susceptibility and clinical fragility.

If we were to compare the dimensions of this problem with an iceberg, the visible part of the iceberg would represent patients with the greatest complexity and need for healthcare resources, while the entire volume of the iceberg would correspond to the total number of patients with multimorbidity.

Additional related terms, including co-morbidity, disease burden, complexity, etc, are included in the study material provided to you.

Next, we will review some data on the epidemiology of multimorbidity.

Three key ideas:

1. Multimorbidity is currently the most frequent form of presentation of chronic disease.
2. While it is much more frequent in the elderly population, affecting up to 9 out of 10 individuals, in absolute numbers its prevalence is greatest among adults, who are the largest population group.
3. The number of chronic diseases progressively increases with age, but this increase is much more evident and striking after the age of 40.

Victoria Pico Soler

The reality is that chronic diseases usually appear together (represented by the blue bar in the graph). A minority of chronic diseases present in isolation (the red bars).

The data from the EpiChron Cohort (which includes the entire population of Aragon) corroborate how, with advancing age, the presentation of isolated chronic diseases is progressively less frequent, such that in individuals over 65 years of age almost everything is multimorbidity (as represented by the blue bars).

Multimorbidity is strongly associated with socioeconomic factors, appearing

10 to 15 years earlier, and increasing more sharply, in the most socially disadvantaged groups, as shown in the graph.

In summary: most people with chronic diseases experience multimorbidity. However, almost all clinical practice guidelines focus on isolated diseases.

Luis A. Gimeno Feliú

Now we will review the main causes of multimorbidity.

- First, let's talk about the increase in life expectancy. Logically, the older the individual, the more chronic diseases. Aging of the population leads to multimorbidity.
- Second, let's recall the concept of "epidemiological transition": mortality from acute causes has decreased (perinatal diseases, infectious diseases during pregnancy, etc.), while at the same time deaths from chronic diseases have increased. Thus, 4 chronic diseases (cardiovascular, cancer, respiratory disease, and diabetes) currently cause 3 out of 5 deaths worldwide.
- Third: *disease mongering*. This is described as the "promotion or invention of diseases". In short, it involves trying to convince healthy people that they are ill, and slightly ill people that they are very ill. Examples include alopecia, post-vacation syndrome, osteopenia..., and you may recall various other cases that have appeared in the media.
- Fourth, the expansion of diagnostic criteria, medicalization of risk factors,

and new concepts of “pre-disease”. This directly increases the number of “patients” and “cases to be treated”. Examples include: lowering the cut-off point for arterial hypertension, the diagnosis of osteopenia when performing unindicated densitometry, primary prevention in patients with increased cholesterol without other risk factors, “pre-diabetes”...

- Another cause of multimorbidity is what we call the “therapeutic cascade”, triggered by prescriptions, whereby a drug produces an adverse effect that is not correctly recognized, and is subsequently treated with another drug, and so on and so forth.
- Finally, let’s recall the concept of “preventive frenzy”: more is not always better, prevention is not always more important than cure. Often, our healthcare actions can cause side effects.

We have reviewed the causes of multimorbidity. Now you can review the case of Paco, which we provided at the beginning. In this patient with multimorbidity, we can see many of the features discussed previously.

Victoria Pico Soler

Multimorbidity is a risk factor in itself and has negative consequences for patients. In patients with multimorbidity, the probability of the appearance of a new disease in the following year is up to 40%.

Among the consequences of multimorbidity, the following are described:

- Decreased quality of life and functional capacity.
- Increased use of primary care and out-of-hospital consultations.
- Increase in hospital stays and surgical complications.
- Global increase in the costs of care.

These negative effects associated with multimorbidity are, in part, attributable to the current healthcare model, which is essentially organized and designed for patients with isolated diseases.

In the graph we see that as the number of chronic problems grows (on the horizontal axis), complications also increase (blue line). We see how the consumption of healthcare resources and associated costs also increases markedly (red line), and how (the pink line) avoidable hospital admissions due to potentially preventable complications increase. This is a reflection of the current situation of healthcare systems, where patients with higher levels of multimorbidity and complex care needs often receive fragmented, incomplete, inefficient, and ineffective care.

Polypharmacy in practice is defined as the simultaneous use of 5 or more drugs.

Polypharmacy itself implies an increased risk of:

- inappropriate medication,
- underutilization of necessary treatments,
- low adherence,
- increased drug interactions and adverse reactions, and

- increased mortality in the elderly.

Both the prevalence of multimorbidity and polypharmacy increase with age. Today's elderly population consumes between 4.5 and 8 drugs per day.

The reality is that there is a direct relationship between the number of chronic diseases (as shown on the red line) and the number of prescriptions prescribed (the blue line), with a drastic increase in prescriptions observed from 2 diseases upwards.

In primary care, we know that when the recommendations of the different clinical practice guidelines (GPC) are strictly followed in a patient with various diseases, the probability of polypharmacy increases considerably, and we have verified this in multiple real-world clinical cases.

We have also verified how the number of side effects increases with multimorbidity and polypharmacy (as expected), and with the number of different specialists visited (not so expected).

We verified that there is a direct relationship between care coordination and the negative consequences of polypharmacy in patients with multimorbidity. The risk of adverse drug reactions increases by up to 20% for each referral to a different specialist.

Clinical practice guidelines (CPG) are the main tool currently available to health professionals to respond to the patient's health needs. However, most CPGs address the management of diseases in isolation, and the evidence

on which they are based comes largely from clinical trials that systematically exclude patients with multiple diseases.

We need to change the focus towards a patient-centred approach, following the Ariadne principles, which form the basis of the MULTIPAP clinical trial intervention, and will be covered in detail in another unit.

We have provided you with information on Victor Montori's proposal on the need for a change in the current model towards a "minimally disruptive medicine".

"Minimally disruptive medicine" proposes that healthcare (pharmacological and non-pharmacological) be much less burdensome and uncomfortable for patients to comply with.

This interesting article is summarized in the video linked in the "Further information" section.

Back in 2005, Barbara Starfield highlighted the urgent need for a paradigm shift in the approach to this increasingly numerous population group and argued that "when we focus our attention on the person and not on the disease, we manage to reduce adverse effects, costs, and improve the global health of populations".

In summary, multimorbidity:

- Is a very frequent and growing phenomenon.
- Has significant negative consequences for health and healthcare systems.
- Is still insufficiently studied.

- Involves clinical management with a high margin of uncertainty.
- Is not formally included in training processes.
- Is a major daily challenge for professionals, patients, and health services.

We need to know what management approaches are most effective in patients, and this is what MULTIPAP is all about.

1.3. Module 2, video 1: MEDICATION REVIEW: SUITABILITY OF TREATMENTS

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 2: Polypharmacy in patients with multimorbidity

VIDEO 1: MEDICATION REVIEW: SUITABILITY OF TREATMENTS

Instruction: Isabel del Cura González, Juan Antonio López Rodríguez

Isabel del Cura González

As we have just seen in the first unit, one of the problems of multimorbidity is the simultaneous use of several drugs, which implies a greater risk of adverse effects, and may compromise patient safety.

For this reason, it is essential to review patients' medication, checking its adequacy and ensuring reconciliation with pharmacological treatment over time.

Within the concept of polypharmacy, we can consider three situations:

1. Adequate polypharmacy, when the patient takes many drugs, but all have a clinical indication. The objective in this case is not to reduce the number of drugs, but to adapt them to the patient's situation.
2. Inappropriate polypharmacy, when more drugs are taken than are clinically necessary. The objective in this case is to reduce the number of inappropriate drugs as much as possible.
3. And finally, pseudopharmacy, when a patient has more drugs recorded in their medical history than they are actually taking. The objective is to update medical records and adequately coordinate clinical care between the

different professionals and levels of care involved.

Adequacy of treatment is a general term that encompasses a wide range of characteristics and behaviours related to the quality of prescribing.

A prescription is considered adequate when there is clear evidence supporting its use for that indication, it is well tolerated, and it has a favourable cost-effectiveness profile.

Potentially inappropriate prescribing (PIP) includes the use of drugs that are not indicated, with an incorrect duration or dose, the existence of interactions that have not been taken into account, and treatment duplications.

In addition, criteria such as the prognosis, life expectancy, and functional status of the patient should be considered to promote the use of treatments with a better risk-benefit ratio or elimination of drugs that are not adequately justified.

The treatment adequacy approach is integrated into the medication review process, which consists of a rigorous evaluation of the patient's therapeutic regimen, with the aim of increasing health benefits and minimizing risks associated with medication. During the prescription, or throu-

Throughout the medication review process, it is necessary to take into account factors inherent to the patient, the health professional, the environment in which the multidisciplinary team caring for the patient works, and the social context.

The moment at which a chronic patient obtains the medication via an electronic prescribing system (an electronic prescription), which must be updated periodically, generally at least once a year, offers an excellent opportunity to review the medication in a structured manner.

In general terms, 2 approaches to medication review can be considered. A first phase, which can be carried out without the presence of the patient, involves analysing the therapeutic plan. For this the doctor can use prescribing assistance tools that facilitate the detection of interactions, duplications, or potentially inappropriate medications.

A second phase, in which the interview with the patient is carried out, allows us to explore treatment adherence and their beliefs and values regarding pharmacological treatment, and allow them to acquire a degree of commitment or co-responsibility in the management of their medication and in making decisions about their treatment, something we will cover in greater detail in Unit 5 of the course.

The drug review proposal of the Spanish Society of Primary Care Pharmacy (SEFAP) suggests some key questions that we can use to explore the 5 domains (indication, medication, efficacy, safety, and patient) that a structured review involves.

To explore the indication we will use questions like: Is this treatment indicated for the health problem presented by the patient? Does the patient have a diagnosed and confirmed health problem that should be treated by medication, but is not?

We can explore adjustment of the medication with questions like: Is the prescribed medication adequate and convenient given the patient's age and clinical conditions? Does it require adjustment for renal or hepatic insufficiency or laboratory findings? Are the dose, regimen, and duration adequate?

Once the indication and adaptation to the patient's characteristics have been confirmed, it is necessary to check whether the medication prescribed is the best alternative and whether it is effective.

To evaluate the safety of a treatment we must ask ourselves: Are there duplications or medications that are contraindicated due to age or the patient's pathology? Is there an evident or potential risk of an adverse reaction or interaction? Are there clear indications of a "pharmacological cascade" in the patient's treatment plan? We must always consider the possibility that one or more drugs have been added to the pharmacotherapy to counteract a possible adverse effect of some other drug that the patient is already taking.

The review process ends with the participation of the patient, addressing adherence to treatment, their knowledge, skills, and attitudes. All these aspects will be studied in depth in the second part of this module.

Juan Antonio López Rodríguez

There are several tools that help to systematize the medication review, considering the indication and medication domains described above. All of them gather in questionnaires or algorithms some or most of the specific objectives of the medication review.

Classically, two types of methods are used to assess therapeutic adequacy: explicit and implicit methods.

Implicit methods are based on clinical judgments, tend to take health outcomes into account, and tend to be more valid, although they require adequate training and very detailed specifications. The most widely used method is the Medication Appropriateness Index (MAI). It measures the adequacy of each of the patient's drugs by evaluating their clinical situation and their medication, and assesses whether the prescribed drugs are appropriate. As a measure of an adequate prescription, it incorporates, for example, costs, dose, or incorrect duration of treatment. There is a Spanish version adapted to primary care. Its greatest limitation is the time it takes to apply: the MAI performs an exhaustive drug-to-drug adequacy review, taking 10–20 minutes per patient with multimorbidity and polypharmacy. This complicates its application in routine clinical practice.

Explicit methods are based on previously defined criteria and, therefore, are more reliable, although they do not consider the particularities of each patient. They can detect 3 types of situations: inadequate

prescription, over-prescription, and under-prescription.

Among the best known are the BEERS and STOPP/START criteria. Both have been shown to improve key health outcomes in patients (e.g. hospitalizations, mortality, quality of life). STOPP/START are the most widely used in our field.

When choosing a method to review treatments there is no ideal evaluation system; both criteria have advantages and limitations, and some authors advise simultaneous application of both. Let's discuss some details of the STOPP/START criteria, as they are the most used.

They were developed in Europe and first published in 2008, are organized by physiological systems and apparatus, can be applied rapidly (in approximately 5 minutes), include the most common treatment errors and prescription omissions, and are easy to link to the patient's active diagnoses and the list of medications in each patient's electronic medical record. They consist of 2 sets of criteria: STOPP criteria, which detect potentially inappropriate prescription, suggesting the need for discontinuation (hence "stop"); and START criteria, to identify correct treatments.

As can be seen on the slide, an example in the anticoagulant and antiplatelet agents section is criterion 5: the recommendation to stop the combination of acetylsalicylic acid and vitamin K antagonists in a patient with chronic atrial fibrillation.

The complete STOPP and START criteria

are presented in the supplementary material.

The other major domain of the proposed review is drug safety. Medication is the first cause of adverse events linked to healthcare interventions. An estimated 50% of medication errors and 20% of adverse drug effects could be eliminated by ensuring correct indication and prescribing of medication. The table on the slide shows the pharmacological groups most frequently linked to adverse reactions. It should be noted that some are widely used in daily clinical practice.

Unlike potentially inappropriate prescribing, drug-drug or drug-disease interactions are related to the pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of drugs. The criteria for detecting potentially inappropriate medication only consider some of these frequent interactions.

Drug interactions are alterations in the effects of a drug due to recent or simultaneous use of another drug or drugs, food intake, or interaction of the drug with a disease other than that for which it was indicated.

Interactions can enhance or reduce the action of one or more drugs, or lead to side effects or treatment failure.

Information on drug interactions comes from different data sources. Available evidence distinguishes between well-documented, partially documented, and poorly documented interactions.

On the other hand, classification by severity distinguishes interactions that poten-

tially cause harm and should be avoided; moderate interactions that should be assessed and, if they continue, closely monitored; and mild interactions that should simply be monitored.

The last form of classification links interactions to the risk of adverse events and the impact thereof. Depending on their severity, the required response can range from monitoring to hospitalization.

According to the APEAS report, 47.8% of adverse events in PC are due to medications, and 3.5% of these are the consequence of drug interactions. As mentioned previously, information on drug interactions comes from different data sources. One such source is well-established interaction databases such as BotPlus, Micromedex, and Lexicomp. Interaction data are also obtained from post-marketing studies, drug agencies, and other agencies. The example shown here corresponds to Lexicomp, one of the most widely used databases, and classifies the interactions as you can see on the slide. Interactions classified as X are combinations that should be avoided. The remainder require evaluation or monitoring, as described previously.

As we have seen, the proposed medication review considers indication, medication, and safety domains. Due to the number of factors to be considered during a systematic review of treatment plans, the incorporation of information and communication technologies into patient care has allowed the introduction of medication evaluation tools, such as automated

prescription support systems that can trigger alerts at the moment of prescribing. Some of these are already available in certain autonomous communities, and enable automated detection of potentially inappropriate prescriptions using the explicit criteria we have discussed, as well as drug-drug and drug-disease interactions.

Systematic reviews conclude that clinical decision support systems (CDSS) reduce potentially inappropriate prescribing in people over 65 years of age in community settings and that further research is necessary to determine their impact on reducing emergency room visits and hospitalizations. The MULTIPAP Plus study aims to generate evidence to address these specific aspects.

As we have seen in this module, addressing appropriateness during the review process is an essential step to avoid po-

tentially inappropriate prescribing and adverse events, and to decrease hospitalizations in individuals with multimorbidity and polypharmacy.

There is a proposed structured review that considers indication, adjustment, and efficacy of the medication, as well as patient safety and preferences (always seeking good adherence), in order to adapt treatments.

In addition, systematized tools are available to optimize review time in these domains. Examples include the aforementioned STOPP/START criteria and interaction databases such as Lexicomp.

Automated prescription support systems could help to implement comprehensive screening process in routine clinical practice by increasing the scope and efficiency of the review.

1.4. Module 2, video 2: PATIENT PARTICIPATION IN THE MEDICATION REVIEW

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 2: Polypharmacy in patients with multimorbidity

VIDEO 2: PATIENT PARTICIPATION IN THE MEDICATION REVIEW

Instruction: M.^a Eloísa Rogero Blanco, Cristina M.^a Lozano Hernández

M.^a Eloísa Rogero Blanco

As we have seen, the medication review is completed with a patient interview, which allows us to explore components of their treatment adherence, their beliefs, their values regarding their pharmacological treatment, and the degree to which they have acquired commitment or co-responsibility in the management of their medication. Patient participation should also be a part of the medication reconciliation process after each health-care transition.

Assessment of adherence should not be framed as an examination—which can be perceived as blaming—, but as an assessment, in which the patient participates, of their need for information and support in the treatment of their disease. One way to suggest this is to ask the patient indirect questions, such as whether they have recently missed any medication doses, explaining why they are being asked and providing a reference period during which they may have forgotten to take a pill (e.g., the preceding week), and to explore how and when medication is taken, for example relative to meals or at bedtime.

To explore adverse effects, the patient should be asked whether they have ex-

perienced any that may be caused by the drugs they are taking.

Let's review 3 important concepts. Compliance is the degree to which taking the medication coincides with the medical prescription. It is an excessively paternalistic concept with a passive attitude towards the patient, and for these reasons is used less and less. On the other hand, therapeutic adherence is the degree of agreement or acceptance of the patient regarding prescribed medications. It does not consist of a blind follow-up of medical recommendations based solely on information provided by healthcare professionals, but rather is a dynamic process in which the patient plays an essential and active role.

In this sense, a conceptual change has been proposed based on a relationship model centred on the patient's needs as defined by them, in which patient values, knowledge, and preferences play a central role and should be explored and respected within the framework of the doctor-patient relationship. This model proposes replacing the definition of adherence or compliance with the concept of concordance. From this perspective, the process of prescribing and taking the medication is seen as an alliance in which

the patient and the doctor participate in order to reach an agreement on the medication to be taken and when and how it will be taken, based on the knowledge and experiences of the professional and the experiences, beliefs, and preferences of the patient.

In general, the term adherence, rather than concordance, is still used to refer to this model. So, in this course, when we discuss adherence we do so in the framework of a relationship model focused on the patient's needs.

Cristina M.^a Lozano Hernández

Lack of therapeutic adherence in patients with chronic diseases is very frequent (estimated at around 50%) and can have serious consequences. We consider adherence to be problematic when a patient's health problem is inadequately controlled, when the treatment does not have the expected result, when sudden changes in disease course occur, or when adverse effects are observed.

Adherence is significantly influenced by the patient's beliefs about the disease, its causes, and the efficacy or risks of medication. Other important factors are the quality of the doctor-patient relationship and certain aspects of the healthcare system, such as accessibility problems or the cost of medication.

Two types of methods are used to assess adherence. Direct methods are based on the determination of drug levels in the body, in blood, urine, or other fluids. They are difficult to apply in clinical practice.

Indirect methods include different tools that assess the degree of adherence based on information provided by the patient through questionnaires (such as the Morisky-Green test and the Batalla test), tablet counting, or analysis of records of medication dispensed by pharmacies.

Each of these methods used to assess adherence has its advantages and disadvantages. In clinical practice, we propose doing so based on the expected prevalence of non-adherence:

- If the expected prevalence of non-adherence in our patients is high or medium, we can use the Morisky-Green and Batalla methods together. This enables rapid and easy detection of non-adherence.
- If low adherence is expected, we can use dose or tablet counting (using manual or electronic devices, where necessary). This approach allows for more detailed exploration.

The Morisky-Green test is the most widely used in our field. It consists of a series of questions with a yes/no answer, which reflect the patient's behaviour regarding adherence. The objective is to assess whether the patient adopts correct attitudes in relation to the treatment of their illness. It is assumed that if the attitudes are incorrect, then the patient is not adherent.

The Batalla test consists of 3 questions that assess the patient's knowledge of their own illness. Two questions have a dichotomous answer (yes/no), and the third is open. A patient is considered

non-adherent if they respond incorrectly to any of the questions.

To perform a structured assessment of adherence, we can ask 3 questions that explore knowledge, behaviours, and emotions.

In patients with multimorbidity, the first question will explore the patient's knowledge about the treatment they are taking for each of their diseases. For example: "Do you remember what medication you are taking for high blood pressure?". The patient will be considered to have a good knowledge of the medication if they know the dosage, the frequency, and the name of the medication. Alternatively, they can indicate indirect knowledge by identifying it through the colour of the tablet or the container. In this case, we can move on to the next question, which will help us to explore behaviours and emotions. In the case of medications that require a complex technique (e.g., inhalers), the administration technique should be reviewed periodically, particularly if we have doubts about the way the patient is using it.

The aim of the second question is to identify barriers to adherence perceived by the patient, relating both to behavioural and emotional aspects, and to explore possible fears of medications. We can begin by asking the question: "Some people have difficulties taking their medication. Do you have difficulties taking yours?".

Finally, we must explore aspects related to the adverse effects of the medication, as these often lead to patients abandoning treatment. To do this, we can use a

list of adverse effects by drug and ask the patient the third question: "Occasionally, medications can cause some discomfort. In your case, do you think you have experienced any?".

Finally, we will end the adherence assessment with messages that serve to reinforce the areas of knowledge, behaviour, and the emotional environment. It is essential to know how to dose the messages and prioritize them according to the patient's characteristics (their cultural level, age, etc ...) and the problems detected.

Information on possible messages that can be given to the patient when exploring the different dimensions can be found in the supplementary material.

In the first follow-up visit, it is advisable to focus only on basic aspects related to correct administration and compliance with treatment.

It is important to explore the reasons for non-adherence. The table on this slide shows some recommended actions/interventions that can help us direct the information or explore the opinions of the patient on each of the most frequent reasons for non-adherence. For example, if a patient admits forgetting to take or getting confused about their medications, we can consider reviewing the treatment with them as an intervention, explaining what each drug is for, the dose required, and the time it should be taken, and considering the use of a medication classifier. In addition, we can recommend reminder tactics tailored to the patient's daily routine, such as placing their pillbox

next to their coffee container, if they drink coffee every morning.

Among strategies to improve adherence, it is essential to provide good information by simplifying the regimen. This can be reinforced with written instructions or using pictograms.

In patients with chronic treatments it is advisable to adapt the prescription to their daily activities, emphasise the importance of adherence at each visit, adjust the frequency of visits to their needs, contact them if they do not attend the scheduled visit, and reinforce adherence by recognizing the efforts and progress made.

M.^a Eloísa Rogero Blanco

Reconciliation is a formal process that should be included in routine clinical practice whenever there is a change in medication after a healthcare transition.

It involves the following steps:

1. Evaluating the complete and exact list of the patient's medication. In a previous step, diagnostic labels that may have also changed during the healthcare transition should be reviewed and updated.
2. Review the medication each time a new pharmacological prescription is produced after a healthcare transition, monitoring:
 - ◇ Discrepancies
 - ◇ Duplications
 - ◇ Interactions

- ◇ Contraindications
- ◇ Possible drugs that may need to be deprescribed

3. Finally, it is important to have an accurate list of the medications the patient is taking that is available to the patient or family/carer and to all providers involved in the patient's care.

The interview with the patient is a fundamental tool for obtaining information in the reconciliation and medication review processes, although it must be complemented with other information sources, such as the patient's clinical history and communication with the rest of the care team.

Reconciliation errors are discrepancies or differences that are not clinically justified between the patient's habitual chronic medication and the new prescription after a healthcare transition, whether admission, unit transfer, hospital discharge, home care, emergency care, or consultation with a different medical specialist.

The reconciliation error is accepted as such by the prescriber after requesting clarification. In this sense, it is necessary to adequately document or communicate the medication changes made to the next healthcare manager of the patient and to the patients themselves.

In all healthcare settings, most errors are due to an incomplete medication list. The type of error that occurs most frequently is medication omission, in 42–77% of cases, followed by differences in dose, route of administration, or regimen, at around 30%.

The process starts with the record of active medication prescribed in primary care, which ideally should include hospital medications dispensed to outpatients, self-medication, and medicinal plants.

After each transition, we must:

- Review the discharge report and reports from the emergency department, the outpatient specialist, private specialists, etc.
- Compare and detect apparently unjustified discrepancies that can be clarified, including: a) the omission of a habitual medication necessary for the patient; b) continued use of an unnecessary medication or unjustified prescription of a medication that is not needed; c) therapeutic duplications; d) incomplete prescriptions in which the dose or posology is not indicated; e) non-modification or modification of dose/frequency or route of administration, interactions, and contraindications of certain drugs given the patient's new clinical situation.
- In the interview with the patient, detect deficiencies in their understanding of both newly proposed and previous treatments.
- Review the complete treatment regimen, including prescription drugs, self-medication, and medicinal plants.
- Once this review has been carried out, we must assess whether the chan-

ges introduced are appropriate or not, considering the patient's clinical situation. If the prescription is inadequate, it should be stopped or not started.

In a second stage we will assess the discrepancies and justify the changes.

- In case of doubt regarding the prescription or discrepancies in the dose, etc., it is recommended, if possible, to contact the previous prescriber, either verbally or in writing, to agree on the patient's pharmacological management.
- Changes made must be documented in the primary care medical record. It is important to include detailed reasons and arguments that justify the decisions, to avoid future errors. For example, "I withdraw drug A due to adverse effect B" or "I increased the dose due to poor control".

Finally, in a third stage:

- We will update the new treatment plan, creating a new list of the patient's usual medication in the primary care records.
- We will communicate the new therapeutic plan to the patient or caregiver (verbally and upon delivery of the updated list of medications).
- We will inform the patient in order to reinforce understanding and adherence to treatment.

1.5. Module 3, video 1: ARIADNE PRINCIPLES

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 3: Ariadne Principles. Application in clinical practice

VIDEO 1: ARIADNE PRINCIPLES

Instruction: Fernando López Verde

Fernando López Verde

Welcome to Module 3. I am Fernando López Verde.

As discussed in the previous units, both multimorbidity and polypharmacy have become real health problems.

The classical approach addresses disease from the point of view of clinical guidelines, in the best of cases based on evidence, focused on objectives specific to each pathology. When a patient accumulates a certain number of morbid processes, there is a parallel accumulation of therapeutic recommendations, objectives to be achieved, regimens, etc., which can lead to a burden that may be unmanageable by the patient or even by their caregivers, and may directly result in drug-drug (e.g. anti-inflammatories–anticoagulants), drug-disease (anti-inflammatories with chronic kidney disease or congestive heart failure), or disease-disease (e.g. hyperthyroidism and atrial fibrillation) interactions.

Every time a patient sees their doctor, the doctor must assess how any new problems influence pre-existing pathologies, patient circumstances, psychosocial aspects, therapeutic decisions, prognosis and life expectancy, and consider preven-

tive measures that may be indicated based on patient age and sex. If a realistic agreement on objectives is to be reached, it is important to be aware that the doctor's priorities may differ greatly from the patient priorities and expectations. For example, the healthcare professional may suggest preventive anticoagulation, while the patient may be concerned about follow-up, dietary limitations, or the risk of bleeding if they take the medication.

Stott and Davis describe a healthcare framework that goes beyond the reason for consultation: when caring for patients with various chronic pathologies, they identify four elements:

1. Care directed at new problems that arise. In a patient with multimorbidity, the approach to a new problem is complicated, as it may be related to a previous condition or to treatment of pre-existing diseases.
2. Second, care directed at pre-existing problems that persist. These problems will have to be tackled by assessing the degree of control, therapeutic adherence, and how any intervention for the new problem may interfere with pre-existing ones.
3. Third, modification of the patient's help-seeking behaviours. Each doc-

tor-patient contact should be concluded by checking and negotiating needs, agreeing on future visits, and establishing some precautionary measures (when and why a visit could be brought forward, what to do in the event of an unwanted effect, etc.). On the other hand, we must also ensure that the plan does not represent an unaffordable burden for the patient, interfere with their daily life, or make treatment adherence more difficult.

4. Fourth, promote good health. Recommendations for preventive measures, appropriate to patient's age, sex, and other characteristics, can further complicate decision-making and increase the burden of visits and treatment.

The Ariadne principles emerged from an international group of experts (North America, Europe and Australia) as a proposal to facilitate management of these problems by primary care professionals. They take their name from Greek mythology. Ariadne helped Theseus out of the minotaur's labyrinth with a ball of thread. In the same way, the Ariadne principles are intended as the common thread that guides the doctor to find their way through the labyrinth of pathologies, consultations, specialities, and multiple healthcare professionals, all of which are involved in the patient's care.

According to the Ariadne principles, the assessment and advice process in these circumstances is not limited to a single consultation: different aspects can be addressed in successive consultations.

The figure shows the basic elements to take into account during the process of advising a patient with multimorbidity before any triggering event (e.g. a change in the disease, a new process, changes in context).

First, we must evaluate the interaction between diseases and treatments.

In the context of multimorbidity, interactions between diseases and treatments can lead to worsening of the disease course and new symptoms, and can complicate the diagnostic, treatment, or prevention processes. In addition, there are clear risks of non-adherence and under-treatment of certain comorbid conditions, due to the need for complex therapeutic regimens. Therefore, it is necessary to maintain an updated list of problems in order to be aware of disease severity and the impact on quality of life and functionality. The list of drugs should also be kept up to date to assess possible interactions and side effects and the overall burden of treatment. Certain symptoms such as fatigue, pain, dyspnoea, and dizziness may be related to the underlying pathology or previous treatments. Changes in social circumstances (e.g. loneliness, widowhood, a broken elevator at home) and mental or psychological disorders can also condition the patient's search for care. Finally, it is important to understand the role that other doctors and health professionals play in patient care and ensure that this is as coordinated as possible.

Second, patient priorities must be established

We must always consider the patient's priorities, especially when these conflict with the risks and benefits of treatment, when there are incompatible objectives, or when there is an excessive treatment load. To this end, it is necessary to understand their values and preferences and to contrast them with the preferences of the healthcare professional, which may be totally divergent. This is the only way to achieve realistic goal agreement. At this point the patient's prognosis and life expectancy can help orient the objectives. In certain circumstances it is possible (and maybe even advisable) to put aside specific objectives relating to a disease or risk factor (e.g. degree of control, secondary prevention) to prioritize more general issues related to patient quality of life (e.g. control of symptoms such as nausea, dizziness, pain, drowsiness). In a patient with a limited or very short life expectancy, does it make sense to maintain lipid-lowering treatments or prescribe preventive treatments for osteoporosis?

When setting goals, it is important to use a specific time frame: How much time do we give ourselves to reach an objective or see a benefit? This makes it easier for us to establish a plan to review and reassess priorities and preferences and consider a changing environment.

Third, establish individualized management.

After establishing the possible interactions and the patient's preferences, it is time to establish a care plan that includes monitoring, treatment, prevention, and

self-care advice. It will be key to decide whether the benefits of any intervention outweigh the possible harms.

We will analyse this first point with the following graphs. The image illustrates the relationship between the expected results and disease severity or the patient's level of risk. We can see the benefits obtained according to the clinical trials and the harm expected for a certain treatment. The cut-off point between both lines marks the treatment threshold. A net benefit only occurs when the severity of the risk or disease is high enough to be to the right of the treatment threshold.

However, in most cases the line between recommended and non-recommended treatments is vague (e.g. the use of anti-inflammatories in a patient with rheumatoid arthritis and congestive heart failure).

On the other hand, certain chronic diseases, especially liver and kidney failure, reduce the therapeutic margin and increase the probability of harm. By shifting the treatment threshold to the right, the expected results should be higher in order to compensate for the increased risk.

On other occasions, chronic disease can decrease the relative benefit of a treatment, causing a rightward shift in the threshold. In this case, a higher level of severity or risk will be required to achieve the same results.

Therefore, continuing with the individualization of objectives, in cases of patients with multimorbidity, one must generally

be conservative when introducing any new treatment, but also aware of the risk of undertreatment. Second, the unintended consequences of a new treatment must be anticipated. This can be facilitated using automatic alert systems and by providing clear safety instructions to the patient or caregiver. Third, assess the complexity of the therapeutic regimen. It may be useful to change presentation (using multidrug presentations) or formulation (e.g. prolonged release presentations) in order to reduce the number of necessary doses. Dose dispensers and reminder systems can also help the patient.

Finally, it is important to consider the coordination of healthcare appointments with different professionals and the need for additional tests. Primary care professionals, both doctors and nurses, play a key role in ensuring effective coordination.

I hope that this brief presentation on the Ariadne principles provides a common thread in the complex world of multimorbidity and polypharmacy. We will now move on to the following units that cover deprescription and how to apply these tools in practice.

1.6. Module 3, video 2: DEPRESCRIPTION

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 3: Ariadne Principles. Application in clinical practice

VIDEO 2: DEPRESCRIPTION

Instruction: M^a José Bujalance Zafra

M^a José Bujalance Zafra

Hello, I am M.^a José Bujalance, a family doctor, and I am going to talk to you about deprescription.

As we have already seen in the section on the Ariadne principles, it is important to individually evaluate patients with multimorbidity and polypharmacy to prevent deterioration or the appearance of new symptoms.

In this context, we are going to talk about deprescription, which is understood as “the process of disassembling or deconstructing the prescription through review and analysis, concluding with modification of the dose, substitution or elimination of some drugs, and the addition of others”. Therefore, deprescription is not synonymous with withdrawal of a drug.

It means questioning everything from the beginning: the patient’s clinical, functional and social situation, the diagnosis, the indication or treatments, possible adherence problems, and the prescription/deprescription process.

When should deprescription occur?

Deprescription must be started, preventively, at the same time as the prescription,

and should be maintained for the duration of the prescription. Deprescription falls within quaternary prevention, which consists of activities aimed at avoiding, reducing, or alleviating the harms caused by healthcare interventions.

Deprescription is an example of quaternary prevention and seeks to avoid the so-called “therapeutic cascade”, which is the chained succession of prescriptions in which one drug produces an adverse effect that is not recognized as such, and is treated with another additional drug, which in turn can also cause adverse effects. It should be noted that a new symptom in an elderly patient is an adverse reaction until proven otherwise.

What patients are candidates for deprescription?

Deprescription should be done in parallel with prescription, and especially in the following situations:

- Polymedicated and older patients.
- When using drugs that produce adverse effects (e.g. falls), for which efficacy has not been clearly demonstrated, or that are no longer necessary or appropriate because the characteristics of the patient have changed.

- When life expectancy is short, and in terminal, fragile, or advanced dementia patients.
- In cases of treatment duplication, significant interactions, prescription errors, inappropriate medication, or what we might call “responsible” nonadherence such as when a patient stops taking a drug because it causes certain adverse effects and they inform us, or the justification for treatment is no longer valid (e.g. discontinuing painkillers when pain has subsided).

Why is deprescription necessary in elder patients?

The elderly are generally polymedicated, and more frequently suffer negative consequences of polypharmacy: reconciliation errors occur, and there is greater vulnerability to adverse reactions and interactions. In fact, adverse drug reactions account for 30% of hospital admissions in these patients. There is limited evidence on the efficacy of drugs in this group of patients, so the risk:benefit ratio must be assessed, especially for preventive treatments, which can be questionable when life expectancy is short.

It should be noted that clinical practice guidelines are usually specific for a given disease: they are aimed at “pathologies”, not at patients (especially those with multimorbidity and polypharmacy). On the other hand, clinical practice guidelines, in most cases, do not provide guidelines for drug discontinuation.

Deprescription also has ethical justifications. As we have discussed previously,

the benefit of various treatments in the elderly is, to say the least, controversial (dubious benefit) and sometimes produces avoidable damage (principle of maleficence). Patient preferences sometimes collide head-on with clinical recommendations (principle of autonomy). Finally, certain therapeutic strategies “for all” sometimes do not reach those who most need them (reducing social justice) or can result in a transfer of resources that can reduce the sustainability of the healthcare system (compromising distributive justice).

How should medicines be deprescribed?

In general, there are two different strategies:

The first we could describe as “selective logging”. Once it is known that a certain drug is inappropriate in a specific population, it is a matter of reviewing all relevant patients one by one, and then acting accordingly (as occurs when there is an alert for a drug). Although this type of deprescription is more feasible because it takes less time and is probably more efficient, it is also less flexible, and focuses less on the specific characteristics of each patient (including their individual and social/family context).

The second type can be described as “pruning”. It is a matter of reconsidering the therapeutic regimen in a specific patient, discontinuing unnecessary treatments, and adding necessary treatments in an individualized way, based on the patient’s condition and life expectancy.

This approach is closer to the concept of deprescription described above.

How should deprescription be performed?

Deprescription includes a series of phases, as follows:

- Revision of the list of medicines with detailed information on the medication that the patient really takes, considering the patient's physical and mental state and their social/family context.
- Analysis of the suitability of the treatment plan, evaluating adherence, interactions, and possible adverse events. Assessment of care and treatment goals, life expectancy, and time needed to benefit from treatment. In this phase, various tools can facilitate the systematic evaluation of medication adequacy, including the medication adequacy index (MAI), a validated instrument for the evaluation of drugs in relation to the treatment indication.
- Action in patients who are taking inappropriate or harmful drugs or medications that are not being used due to poor adherence or non-compliance, or action to switch from preventive or disease-modifying to palliative or symptomatic therapy if relevant to patient circumstances (e.g. advanced age, as discussed previously).
- The next phase is to establish consensus and agreement with the patient regarding the proposed changes, considering their expectations, beliefs,

and preferences, and adapting a realistic pace of change. This phase will be further explained in the next unit of this course.

- Finally, monitor the patient to highlight achievements and assess adherence to deprescription, while remaining alert for reappearance of symptoms or worsening of the underlying disease, as well as the appearance of new adverse events if deprescription involved the introduction of a new medicine.

Barriers to deprescription include those related to:

- The healthcare system and society in general. For example, the introduction of electronic prescription can sometimes involve a certain degree of risk. We should always ask ourselves: For how long should we renew the prescription electronically? Or, should we analyse the prescription before renewing it? Conversely, in many cases prescriptions will be automatically re-activated.
- Other barriers are related to the doctor, including therapeutic inertia and reluctance to change medications prescribed by other physicians, often due to lack of time or communication skills.
- Barriers relating to the doctor-patient relationship, such as not taking the patient's perspective into account.
- Finally, patient-related barriers such as resistance to stopping medications that they have been taking for a long time.

Like any medical intervention, deprescription can have positive and negative consequences.

Positive effects include potentially greater patient satisfaction, improvements in function and quality of life, and reduced risk of adverse effects and drug interactions.

Negative consequences include withdrawal syndrome due to deprescription of certain drugs (e.g. benzodiazepines, corticosteroids, antidepressants), rebound effect (e.g. with beta-blockers), unmasking of interactions (e.g. in patients treated with acenocoumarol), and symptom recurrence (e.g. insomnia after cessation of hypnotics).

For this reason, it is important to follow up or monitor patients who undergo de-

prescription, both to reinforce the change and detect the reappearance of symptoms, worsening of the underlying disease, or new adverse effects if the deprescription process involved introduction of a new drug.

It should be taken into account that some drugs require gradual withdrawal (e.g. proton pump inhibitors, benzodiazepines, opioids), while others can be withdrawn immediately without problems (e.g. diphosphonates, statins, anti-inflammatories)

In conclusion, deprescription is important to prevent new health problems and avoid therapeutic cascade, especially in the so-called “young elderly”, who make up the MULTIPAP study population.

Thank you all very much.

1.7. Module 4 video: TOOLS FOR APPLYING THE ARIADNE PRINCIPLES IN CLINICAL PRACTICE

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 4: Ariadne Principles. Application in clinical practice

VIDEO: TOOLS FOR APPLYING THE ARIADNE PRINCIPLES IN CLINICAL PRACTICE

Instruction: José Ramón Boxó Cifuentes

José Ramón Boxó Cifuentes

Welcome to this fourth module on the use of the Ariadne principles in clinical practice.

I am José Ramón Boxó Cifuentes, family doctor at the Puerta Blanca health centre in Málaga.

The previous modules have helped us reflect on the health requirements of our patients, guided by the Ariadne principles, and to consider the possibility of depression. Until now, perhaps we have only worked on the clinical history. Now we must work together, in person, with the real patient: we thus have to compare our healthcare proposals with someone who has their own criteria, who will judge the adequacy of our proposals in the context of their own reality. This two-way transfer of criteria occurs via a clinical interview, which is a specific type of conversation.

The concepts that we are going to work on should be part of a clinical conversation in which shared decision-making between clinicians and patients can be verified.

“Conversation” has the same etymological root as “conversion”, and describes a

conversational act in which each speaker can be affected by what the other says, and can modify their way of thinking about or acting on certain concepts.

To ensure a minimum level of quality, a clinical interview should include a series of elements. These recognizable elements are individualization, active listening, empathy, exploration of beliefs, and negotiation.

The first element of the conversation is individualization. Individualization can be broadly characterized as the inverse of classification. By taking an individualizing approach we accentuate 2 traits of the individual's character: it is unique, and it is indivisible without alteration (i.e. holistic in nature). The Ariadne principles encourage us to build with the patient a holistic panorama of their health circumstances and experiences. This challenges the tendency to divide the person into individual health intervention areas. Implicit in these principles is the idea that this atomization is partly responsible for the harmful effects of polypharmacy: a single element of one's health is treated while the overall effects are forgotten. Let's not forget that human beings perceive ourselves as totalities. A sign of good quality

communication with the patient is when we perceive that we are talking with a person, not a disease. For example, “I’m talking to Ana about her diabetes, not to a diabetic named Ana”.

Individualization is also essential in the strictly biological sense. When we read the results of a clinical trial, we know that only a certain percentage of patients have benefited from the intervention, while another proportion of the group has experienced adverse effects. This variability is largely explained by diverse individuality, which we can only access via communicative exploration. Awareness of possible adverse effects is part of an individualizing approach.

Individualization provides the conversation with respectful framework, based on bioethical principles. It allows us to consider the person as the bearer of personal moral and ethical values, such that the patient is transformed into an agent of their own health, and the healthcare professional is transformed from an omnipotent being into a healthcare advisor and facilitator.

The second element of a clinical conversation is active listening.

While individualization is an attitude, listening is an action. Effective listening is the conscious effort to understand communication from the point of view of the speaker, and to identify and understand who they are speaking to.

Effective listening is necessarily active rather than passive. It thus requires effort

and training, which is why it is a key professional competence.

It is the ability to listen not only to what the person is expressing directly, but also to understand their feelings, ideas, and thoughts, or the intentions that underlie their statements.

We are talking about effort: the different types of effort that the professional must make to achieve active listening give rise to certain phenomena that are expected to occur in communication. These are:

- Focused attention: this means controlling one’s judgement, relegating it to avoid classifying the person.
- Second, perplexity or surprise at the human encounter, recognizing that we know nothing about the other and that we must listen to them to overcome our own ignorance.
- Third, we attribute values to the person, we accept that their statements are truthful, and that they are a person with personal skills.
- The fourth is not losing the thread of the story: their story is the expression of their person, not just a list of facts.

The third key element of the conversation is empathy.

It is a tool that facilitates emotional approximation between the participants in the conversation. To understand someone, it is necessary to have a degree of empathy, to know how to put yourself in another person’s shoes.

Most importantly, empathy achieves allows us to see ourselves reflected in another, although it is possible that our interpretation of the other can be distorted by our own SELF, or overly influenced by our own point of view. Personal resonances of the healthcare professional should never replace the source of information, which is the patient. For this reason, empathy should promote listening, and not the other way around. Otherwise we run the risk of only being interested in what specifically impacts us, and not what concerns the patient.

According to this aforementioned limitation, listening plays a more complex role in the communication process than empathy itself, as it does not begin with the listener's commitment, but with their decision to listen to the patient from the patient's point of view. It is an ability to think, particularly to think from another person's point of view.

The fourth element is belief exploration.

Patients, like us, have their own outlook on the world and, more specifically, on health and disease. Most develop this outlook passively through social belonging. Many base it on scientific knowledge, others on prejudices and untested traditions. Science can even contribute to beliefs that have not been sufficiently verified or are linked to commercial or other controlling interests. Beliefs determine our behaviour because they are linked by an emotional bond that reinforces them, evoking feelings of security or fear.

Communication of health information must consider what the patient believes,

and should be free from the influence of the healthcare professional. There will likely be numerous favourable elements that we must reinforce by contributing new, verified information. This way the new information builds upon existing beliefs, facilitating the assimilation and incorporation of new knowledge. On other occasions, belief may represent a harmful prejudice that we must tackle using arguments that can be assimilated by the patient, always emphasizing the health benefits of modifying a habit or behaviour.

Here's an example of a simple question to explore beliefs: How do you feel about your illnesses? It's an open question that allows the patient to expound on their fears or beliefs. Also, how do you feel about the medications you take? What fears do you have about the effects of those medications? It helps us show solidarity and better understand the compliance process.

Finally, we come to the negotiation phase.

This is the final phase of the interview, towards which all the preceding stages (individuality, listening with interest and professionalism, belief exploration) lead. At this stage it is not a question of imposing a reason, a logos, but rather of developing shared reasoning through the relationship (i.e. a dialogue), the focus of which is the patient's health. Therefore:

- We must focus on shared interests and objectives, rather than differences. For example, we can say "I share your concern about the dizziness

and the insecurity it causes”, or “The things you feel are causing this dizziness, such as circulatory or ear issues: these seem reasonable to me”.

- Before deciding on any specific option, a variety of possibilities must be generated. For example, “How about we review the medications you are taking to see whether they explain your discomfort?”.
- Always try to base the result on an objective. “If the sleeping pills are cau-

sing dizziness, we’ll have to look at another option to help you sleep”. Or, “What is most important to you?”.

In short, good communication is not the final phase of dialogue, but the continued possibility of dialogue, since the process of caring for our patients is continuous, and it is thus therefore to leave the door open for fluid and trusting communication.

1.8. Module 5 video: SHARED DECISION-MAKING

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 5: Ariadne Principles. Application in clinical practice

VIDEO: SHARED DECISION-MAKING

Instruction: M.^a José Bujalance Zafra, Fernando López Verde

M.^a José Bujalance Zafra

Shared decision-making and negotiation techniques

Following the Ariadne principles, which provide guidance on caring for patients with multimorbidity and polypharmacy, the clinician must be aware that their priorities and expectations differ greatly from those of the patient and, if we want to achieve shared decision-making or agreement on realistic objectives, we will need to avail of the different negotiation techniques discussed in this video.

Shared decision-making (SDM) is a type of relationship between clinician and patient that allows both to reach agreement around a health decision.

It can be applied to all types of consultations, since there are always different options, including the option to do nothing.

SDM includes 3 essential elements:

- exchanging information (personal and clinical) between patient and health-care provider;
- deliberating over the different available options;
- and reaching a consensual decision.

SDM is part of patient-centred care (PCC) and helps to achieve good adherence in primary care. We should always try to use it, especially when:

- There is more than one clinically reasonable option.
- No particular option offers a clear advantage in terms of health outcomes.
- All options have benefits and risks that the involved parties do not agree on.

For example, in a patient diagnosed with COPD, with whom we agreed on the type of the inhaler to be used.

In order of highest to lowest quality of evidence, shared decision-making has been shown to be effective for:

1. Improving patient knowledge about options and minimizing conflict around decisions.
2. Encouraging the patient to take a more active role and have a clearer understanding of risk.
3. Improving congruence between the selected option and the patient's values.

Although SDM has advanced a lot in the last 20 years, certain barriers can complicate its implementation. Some of these

barriers are myths, associated with either the patient or the healthcare professional.

The expanded text covers the most frequent myths and provides detailed information that debunks them.

Other barriers are due to a lack of agreement between clinician and patient. In these cases it is very useful for the professional to have tools that help them define and resolve disagreements using the negotiation techniques discussed later, which will be presented by our colleague Fernando.

Thank you all very much.

Fernando López Verde

Negotiation is a conversation between the clinician and the patient, in which one or both clearly want to reach a compromise. We do not leave it up to the patient to accept or not accept a certain commitment by himself, but we also don't issue commands, because we know this won't be effective.

The premises for the negotiation are as follows:

- First, establish a climate of empathy in which counter arguments can be put forward and all parties feel that they have something to gain.
- Detect expressions of doubt and evaluative responses, and explore beliefs by comparing and contrasting, and exploring consequences.
- Third, legitimize, normalize, and delimit discrepancies.

Next, we will present various negotiation techniques that can be useful when applying the Ariadne principles to the care of patients with multimorbidity. We invite you to start thinking about your own patients as we describe them.

Negotiation techniques

The double pact consists of yielding one point in exchange for obtaining something from the patient. It can have a very concrete value ("I'll prescribe cholesterol medication if you start walking an hour a day for 3 months"), or a purely symbolic value ("I take into consideration the importance of cholesterol for you, but you must consider the importance of diet in controlling cholesterol"). This technique is especially useful when the patient comes to the consultation expecting fulfilment of a very specific request, in this case prescribing of cholesterol medication.

Another technique is parenthesis. This consists of postponing resolution of a specific demand by the patient until another measure requested by the patient is fulfilled. This technique is especially useful when the demand does not require an immediate response or the criteria that the healthcare professional considers necessary to fulfil are not met.

For example, if a 65-year-old polymedicated patient requests a referral to a digestive system specialist, the doctor could say: "Very well, first we are going to look at you, we'll examine the results of the analyses and, based on what we find, we will consider referral to the digestive system specialist, OK?".

Another technique is redirection based on objectives. This consists of diverting the area of negotiation from peripheral aspects to central issues, in order to improve the patient's health status. This technique is very useful when the patient and professional disagree on priorities.

We could have a 70-year-old patient who requests a cream for discomfort in the legs, and examination reveals ankle oedema. The doctor may say: "The problem you have does not require a cream: your legs are swollen and the most important thing is to assess why this oedema has occurred".

Another new technique is negative argument followed by repetition. First, we argue the negative, after which, if the patient insists, we maintain a negative stance, without adding new arguments or changing our emotional tone, which should remain neutral. This technique is very useful for patients with a specific request who demand an immediate response that we cannot or should not give.

For example, a 68-year-old patient with multimorbidity and polypharmacy requests an advance prescription for the hypnotic medication he takes for insomnia, which is prescribed electronically. The doctor may say: "I can't give you this prescription, because you shouldn't take more than the prescribed dose". If the patient insists: "No, I won't... no, I'm sorry... no... I can't".

As a negotiation technique, we can also propose a new relationship. The professional indicates a condition that must be

fulfilled to continue the "therapeutic contract". This technique is used when the patient's position forces us to question essential elements such as trust.

For example, a patient with obesity, diabetes, and hypertension who repeatedly requests referral to an endocrinologist to lose weight and control their diabetes. As in previous consultations, we tell them that we (doctor and nurse) are responsible for helping them solve these health problems. If they refuse to accept this, we can say: "Without your trust I cannot continue to be your doctor/nurse".

We will now talk about concession in negotiation. In any negotiation it is important to be aware of the "negotiation bar", which is the emphasis we place on achieving something, and to establish a "scope of negotiation", which are the contents on which at least one of the parties wishes to reach an agreement.

For example: "It would be nice if, other than taking the pills or not, we see what other measures could help you sleep better".

The bar can be high or low and both the patient and the professional will establish their own: they both know what they want and what they are willing to concede. For example, a high bar would be for the patient to tell us: "I absolutely need you to prescribe me something to sleep. I can't go on without sleeping all night". While a low bar would be: "I have been sleeping very poorly lately: do you think I could take something to sleep?".

When the patient has a very high bar, the professional can also establish a high bar, with the possibility of (sometimes unavoidable) confrontation or of the patient conceding.

Concession can occur in different ways, depending on the expectations and beliefs of the patient, and the attitude of the healthcare professional. Here are some examples:

- We can agree to the patient’s demand: we accept their request or suggestion because we feel it is appropriate. For example, a patient with multimorbidity and polypharmacy requests a change in analgesic treatment because their knee pain has increased. We agree to this request because the patient has taken the medication previously, and the decision is justified based on their clinical presentation.
- We can concede intentionally: we accept the possibility of considering the request, but doing so at a future date. This is a useful way of avoiding confrontations when the patient requests something specific at the beginning of the consultation. For example, the patient may ask us to prescribe aspirin because they have been told that it is good for circulation. We can answer: “Very well, tell me what’s wrong. I’m going to examine you and I’ll give you aspirin if I consider it necessary”.
- There may be a deferred cession: the request is accepted, but it is postponed in time. This is usually used when

the patient requests diagnostic tests, referrals, or follow-up of chronic diseases. For example: “It is true that we have to do a new analysis, but it’s too early for anything to have changed relative to the last one. We’ll do it in 3 months”.

- Another type of concession is conditional concession: We delay the decision until something happens, but concession has already occurred. For example, a 65-year-old patient with long-standing type 2 diabetes mellitus, with some difficulties in changing their lifestyle, requests a change in treatment because they have heard about new treatments for diabetes. M: “It’s true, there are new treatments for diabetes. If after the next analysis your diabetes remains uncontrolled, despite the current treatment and the exercise and dietary recommendations that I’ll give you now, we’ll make that change”.

Even if we have decided to yield to the patient’s request, we must try to redirect using objectives and delay the resolution until the end of the consultation, when we have all the data, thereby avoiding taking unnecessary risks. The concession translates into gaining the patient’s trust and improving the healthcare relationship and the therapeutic alliance.

I hope that these reflections on concession and negotiation have been useful. Thank you very much.

1.9. Module 5 video: ACTIVE LISTENING

MOOC TRAINING INTERVENTION

Module 5: Ariadne Principles. Application in clinical practice

VIDEO: ACTIVE LISTENING

Instruction: M.^a Victoria Pico Soler

M.^a Victoria Pico Soler

Definition of active listening

Individualization is an attitude, listening is an action. Effective listening is the conscious effort to understand communication from the point of view of the speaker and, furthermore, to identify with and understand them.

Active listening is the ability to listen not only to what the person is expressing directly, but also to understand their feelings, ideas, and thoughts, or the intentions that underlie their statements. We must focus not only on what is said but also on how it is said, on the non-verbal language and paraverbal elements, and let the patient know that we are listening.

Examples of non-verbal language with communicative significance:

- On the part of the healthcare professional: looking away from an angry patient or tapping one's fingers on the table as a sign of impatience.
- On the part of the patient: shifting glances, sitting on the edge of the chair, crossing and uncrossing the hands and legs, which can be signs of fear, nervousness, anxiety, or disagreement. On the other hand, if pa-

tient looks directly at us and places their hands and forearms on the table, they are expressing confidence and security.

Paralanguage is the way in which words are expressed and involves the qualities and modifiers of the voice, such as the different accents, intonation, speeds, and rhythms used, as well as physiological and emotional sounds (such as laughter and crying), interjections and onomatopoeia, and pauses and silences.

Silence is a fundamental component of active listening. We maintain an attentive and relaxed posture, looking towards the patient, synonymous with "being present".

Silence in the field of communication is abstention from speaking. In the form of reflective pauses, silence can lend greater clarity to actions.

Let's look at some examples of paralanguage in verbal expression, as well as the use of silences, leaving space for the patient to reflect and expand their narrative, or to express emotions:

- For example, the case of an obese patient who tells us with exaggerated intonation: "Well, I don't eat that much", and the professional replies: "That

much?”, lengthening the duration of the “a” and reinforcing the question, and then stays silent while looking at the patient, who therefore feels the need to reflect on what they have just said.

- Or a patient who experiences knee pain when walking. The doctor asks “How bad is the pain?”, and they respond “Oh, it’s really bad, doctor, it’s killing me”. The doctor remains silent and then looks at the patient: “It’s killing you?” This way doubt is expressed while leaving the patient space to reflect.
- If a patient starts to cry when telling us about a personal situation, we pass them a tissue without saying anything and give them time and space to express their emotions.

To develop active listening we have to incorporate a series of habits based on well-learned tasks. This grouping of tasks is a type of clinical conversation in which:

We review the list of problems, cordially greet the patient, define the reason for the consultation using narrative support techniques, obtain the necessary data, and make a final summary.

1. First, we go through the list of problems in the patient’s record, ideally before the patient walks into the office.
2. A cordial greeting establishes the necessary tone for the consultation. From the moment the patient opens the door, they are providing us with information: in the way they walk, sit,

look at us, and talk (what is said and how it is said). We professionals tend to “label” the patient using a series of stereotypes, such as “he is a bad patient” or “she is a pain to deal with”. The challenge is to counteract these stereotypes, to redirect our thinking and our attitude.

3. To define the reason for consultation:
 - a. Make a complete map of the patient’s complaints and demands before embarking on an exploration: this is the only way to get to the bottom of the patient’s problems.
 - b. Also remember to go beyond the apparent reason for the consultation, as this is not always what the patient really wants to address.
 - c. If we need the patient to “talk more”, we can focus the interview using NARRATIVE SUPPORT TECHNIQUES, which are detailed below:
 - ◇ Facilitation and cordial gestures: these are verbal or non-verbal messages that encourage the patient to continue with their story. For example: “Go on, I’m listening”, “go on, please”. These phrases can be replaced with a nod or affirmative gesture.
 - ◇ Interrogative phrases. When asking questions, we can use open or closed questions.

Open-ended probing questions are always preferable. Almost any open- or closed-ended question can be phrased to remove the interrogative element. For example: "Tell me what concerns you about this treatment".

- ◇ Using repetition, we can repeat some or all of the patient's statement in order to selectively direct their attention. For example, the patient says: "So many diseases and pains make me feel bad, but I have to try to live a normal life and move on". If we repeat: "Make you feel bad?", we focus on the patient on that which is making them suffer. Whereas if we say: "Of course, you want to lead a normal life", this will encourage the patient to rebuild their defences.
- ◇ Clarification is a verbal or non-verbal intervention that forces the patient to explain the meaning of a term or idea. For example: "What do you understand by "dizziness"...?".
- ◇ Signalling reveals emotions or behaviours. This can be done by making an observation about the patient's emotion or mood, for example: "You seem to be irritated that you have to take diabetes medication," or about recent behaviour: "When reviewing your electronic pres-

cription, I notice that you have not purchased this medication for 3 months".

- ◇ The next technique is explanation through suggestion. It involves proposing to the patient something we think they want to say, but are uncomfortable doing so. For example: "I have chest pain, it's not very bad, but...". We could respond as follows: "But does it scare you?", which would prompt the patient to explain further and express their fear (for example, the fact that their brother had a heart attack).
4. If we still lack certain information after the data gathering phase, we will need to inquire. The challenge is in obtaining quality data. It is important that the data are real (i.e. felt or experienced by the patient), reliable (i.e. if another interviewer were to ask the same questions they would get similar answers), and valid (i.e. the data we are trying to obtain).
 5. Any patient can benefit from a psychosocial assessment, which we will have to carry out not only to complete their medical history, but also to better understand them. It is convenient to distinguish true resistance around this topic ("I would prefer not to talk about this subject"), from fear that we will attribute their symptoms to this area ("Everyone tells me I'm just nervous, but I know it's not that"). In the latter case, we can reduce their resis-

tance if we notice: “Well, now I would like to know you better as a person... Do you have hobbies? Do you live alone? Do you sleep well? How would you describe your state of mind?”.

Exploration of the patient’s beliefs and opinions helps to focus and improve communication. Again, we will use open-ended exploratory questions whenever appropriate. For example: “What do you think about the treatment you are undergoing?”, “What worries you about the effects of your medication?”...

However, sometimes we ask: “What do you think is happening to you?”, and the patient answers: “I don’t know, that’s why I come to you”. We call this response the boomerang effect, and it should be followed up with: “Yes, of course, but what I’m interested in knowing is your opinion, what you think about it, or what you may have discussed with friends or family” (i.e. the counter-boomerang).

Finally, at the end of the clinical interview we will summarize the information we have obtained, which will help when proposing therapeutic alternatives and negotiating with the patient.

To ensure effective active listening, we can also try to look out for a series of common errors that can jeopardize the clinical conversation, such as:

- A cold or non-existent greeting.
- Not listening carefully to the phrases used by the patient, which sometimes

contain clues that may not reappear later.

- Not clearly defining the reason(s) for the visit and accepting vague explanations.
- Introducing health education advice before completing an anamnesis.

As a final reminder, we must not forget that active listening requires:

1. Elimination of distractions, such as open doors and phone calls.
2. Maintaining an open and active disposition, expressing our interest to the patient, and listening to them in order to understand, not oppose them.
3. Respecting silences. If we are talking, we cannot listen.
4. Not interrupting and providing space for the patient’s spontaneous narrative.
5. Being patient, taking the necessary time.
6. Being empathetic, making the speaker feel understood, confident, and free to express themselves.
7. Being assertive: expressing opinions and ensuring the patient’s wellbeing without criticising or bowing to pressure. Knowing up to what point we can say “yes”, and when we have a duty to say “no”.

Finally, you can study this content more extensively in the training document that accompanies this video.

1.10. eMULTIPAP video script

What is eMULTIPAP?

The eMULTIPAP course addresses the problem of multimorbidity (MM) and presents the main strategies currently available to help family medicine and nursing professionals improve the clinical care of people with MM. To this end, it considers the opinions and preferences of this large group of patients, which has proven key to obtaining favourable results throughout the clinical practice process. MM is a growing phenomenon that today affects the vast majority of the elderly, half of all adults, and 1 in 10 children. It is associated with significant negative health consequences, and poses a clear challenge to healthcare systems and medical education programmes.

How was it created?

The course was developed in 2015 as part of the MULTIPAP complex intervention in the context of the first MULTIPAP clinical trial. It began with 2 editions aimed at family medicine professionals participating in that trial. Thus, we were able to verify its utility to improve their training in multimorbidity care.

eMULTIPAP through various editions

Since the first 2 editions, there have been 3 more (5 in total):

eMULTIPAP, 3rd edition

This was carried out at the request of the group that developed the ChrodisPlus

European project for nursing and family medicine professionals within the primary care system of Aragon. It was the first edition directed towards healthcare personnel (medicine and nursing). This edition included content on nursing care in the context of people with MM and was aimed at primary care and hospital care professionals.

eMULTIPAP, 4th edition

This was designed as part of a new complex intervention proposed for the new MULTIPAP Plus study, also aimed at family medicine professionals working in Primary Care. This edition included content on clinical decision support systems (CDSS). Specifically, it included a tutorial on using the CheckTheMeds tool, which is also being evaluated in the aforementioned clinical trial.

eMULTIPAP, 5th edition

Is the most recent edition. Was launched within the framework of the multicomponent intervention of the MULTIPAP Canary Islands study. It was aimed at family medicine and nursing professionals in the autonomous community of the Canary Islands.

Current status

Right now, once the efficacy of the training has been verified, the course will be transformed for a new MOOC (massive open online course) edition. This way it

can be efficiently offered to a large number of interested professionals. All video scripts and written materials are also being translated to offer a bilingual (Spanish-English) edition.

Contents

The eMULTIPAP course has a modular structure. The most recent version is made up of 5, 1-week-long inter-related modules, each with a similar structure.

- Week 1. Module 1: Multimorbidity and polypharmacy.
- Week 2. Module 2: Treatment adequacy and reconciliation. Treatment adherence. CDSS.
- Week 3. Module 3: Ariadne principles. Application in clinical practice. Deprescription concept. Barriers associated with deprescription and follow-up after deprescription.
- Week 4. Module 4: Tools to implement the Ariadne principles in clinical practice.
- Week 5. Module 5: Active listening and negotiation techniques.

Each module begins with the viewing of a video that is accompanied by a corresponding script to facilitate learning. Also included are required and recommended readings. It ends with one or 2 activities focused on clinical cases created by the teaching staff that must be solved by the course participants.

Overall objective

To review the main international recommendations to address multimorbidity (MM) and polypharmacy in primary care, minimizing to the extent possible patient safety issues and, in particular, those related to the management of drug combinations commonly used in this patient group.

Specific objectives

- Review and update participants' knowledge of MM and polypharmacy, and the latest relevant international recommendations.
- Train health professionals to improve their prescribing in MM and achieve greater patient involvement and adherence.
- Present support systems for shared decision-making.
- Present the Ariadne principles, as well as other international strategies to improve clinical care in MM.
- Present and discuss the characteristics that the person-centred clinical interview and the doctor/patient relationship should have to improve treatment adherence, drug safety, and proper use of healthcare services by patients with MM.

Instruction

Designed by a multidisciplinary team of teachers and researchers (family medicine and nursing) involved in the MULTIPAP Study.

The video recordings and training platform for each of the 5 editions have been developed in conjunction with the technical team of the IAVANTE platform from Andalusia.

Evaluation of the training impact

The educational impact of the eMULTI-PAP course has been evaluated following the Kirkpatrick model, which establishes

4 levels of evaluation: Reaction, Learning, Behaviour, and Results.

The first 2 editions have been submitted for evaluation at each of the 4 levels, with favourable results that have been published in scientific articles.

The remaining editions are in the evaluation phase, using the same evaluative model.

2. SIMULATION TEXTS

2.1. Script 1 clinical case simulation Module 4

Background: Changes proposed after Francisca (F) had a domestic accident included discontinuation of psychotropic drugs (her mood had improved following some changes to her daily household routine). Francisca initially opposed the idea, and it was decided to postpone the decision. Today she is nervous attending the consultation because her psychoactive drug prescription has expired and she anticipates that her doctor will not want to renew it.

Francisca is in the waiting room. She is nervous because she knows that her doctor (M) is going to ask her to stop taking her medicine for her anxiety.

F: (Thinking). *I am very worried because Dr. Marcos is going to want to withdraw my sleeping pills today, and I can't be without them. I'm sure he wants to take them away from me. Oh God, what do I have to do to keep things as they are?*

M: Good morning Francisca.

F: Good morning, Dr. Marcos.

M: How are you? How's the knee? Is it letting you take care of your grandson?

F: The knee's better. I'm managing. I have good and bad days, but it's more or less as it was before the fall. Honestly, since I've started coming to the workshops run by María, the nurse, I've lost a lot of wei-

ght, and my knee hurts less. The difference is noticeable. And with my grandson all is good: I can't take my eyes off him. He keeps me very entertained. Also, since Pepe has taken charge of the shopping and cooking, I've much more time to take care of him.

M: Wonderful. I'm happy for you. And how can I help you today?

F: Well, I came because my prescriptions for my anxiety and sleep pills have expired...

M: Yes... (gestures to her to continue).

F: Well... you will remember that when I hurt my knee you suggested removing the pills, for my own good...

M: Ehm...

F: ... but I've been thinking and...

M: Go on...

F: ... you'll think that I'm very annoying, but I am not completely convinced.

M: Well, it's not a question of annoyance. Explain, what is unclear to you?

F: Well, the idea of taking away the pills. You understand all this..

M: Well, I understand medication. But you are the expert on what happens outside this office, and I'm sure there are many things in your life that I don't know about

that play an important role in this. Tell me what worries you.

F: It's just that right now I'm doing very well. I can go out, I can take care of my things, I can lend a hand.

M: Lend a hand?

F: To my daughter. My daughter was unemployed for a long time, and now she has returned to work, and she brings her child to me in the morning, and I take care of him all day, until the afternoon when the poor thing gets out of work. And I used to feel like I was doing nothing but cleaning the house, but now it's different. I have to stay active no matter what.

M: So, it's very important for you to stay active to take care of your grandson and help your daughter, and now that you can do it, you are in much better spirits.

F: Exactly.

M: Well... what if we withdrew or decreased the medication? What do you think would happen?

F: Well, I'm anxious that I won't be able sleep at night...

M: I see.

F: And then I'll be tired all day and I can't afford that. I think about the crying and sadness. It won't be like 2 years ago, because now I have other little things that give me joy. Pepe is taking better care of me. But I'm not confident I'll be able sleep.

M: Well, it's true that you've been feeling better lately, and it's very important, for

both you and I, that you stay active daily and do what you want to do. Precisely for this reason I'm concerned that some of anxiety medication, which may not be necessary right now, could cause harm and detract from your daily quality of life. It could cause digestive damage, or, if you fall again, a much worse injury. You know sleeping pills make you feel a little dizzy.

F: That's true. But I have to sleep.

M: True. So, in this situation, we have several options. First, we can leave the medication as it is and see each other again in a few months (Francisca nods). We can also try to reduce one of the 2 medications and, all going well, then consider what to do with the other (Francisca stops nodding). Or we could even try to reduce the 2 medications at the same time (Francisca shakes her head), little by little, and if any problems arise go back to taking the necessary medication (Francisca continues to shake her head). The goal is for you to feel well each day, without exposing yourself to unnecessary risks associated with the medication.

F: I would prefer to stop the anxiety medication first, because deep down I think that it's not helping me at all right now. But I'm not convinced about the sleeping pills. I'd prefer to wait a while before we consider stopping them.

M: OK, perfect. Well, if you want, I'll explain how we can reduce them little by little.

F: (Nodding). OK. (Thinking). *I already knew that I'd leave here without my anxiety medication (sighs). Although since I told him I'd stop taking it, he's left me on the sleeping pills. And, since I've started co-*

ming to the nurse's workshops, I'm in better spirits. And, most importantly, my daughter can continue with her job, which is what worried me most.

2.2. Script 2 clinical case simulation Module 5

Francisca goes to her doctor's office 6 months after the last visit to request renewal of the benzodiazepine she is currently prescribed. During these months, as previously agreed, she has been reducing her antidepressant dose in preparation for complete discontinuation. She failed to attend a follow-up consultation. María (the nurse) has reported that Francisca has stopped attending the relaxation workshops that she started after completing the healthy habits workshops. María doesn't know why.

M: Good morning, Francisca, lovely to see you! How are you doing?

F: Putting my best foot forward, as always. Good morning.

M: Very good. Tell me: How can I help you today? (*Exploration of patient's needs*).

F: Well, I came because my sleeping pill prescription has expired.

M: OK

F: For you to prescribe more.

M: Ok, let's have a look. (Intentional concession). Is there anything else you'd like us to talk about today? (*Delimitation of patient's needs*).

F: No, no, just that. I don't want to keep you too long. (Avoidant, arms crossed...).

M: Well... about the pills. We withdrew the medication for your mood 6 months ago.

How have you felt since then? (*Open question*).

F: About the same. I think that deep down... they weren't... (Avoidant, arms crossed...).

M: They weren't doing much to you, were they? (*Suggested addition*).

F: No. They didn't do much for me anyway...

M: Very good.

F: ... to be honest.

M: And precisely because of that, have you thought about the sleeping pills? How about doing the same thing we did with the antidepressants? (*Open question*).

F: Well, I've been thinking about it, but...

M: Ahem.

F: ... I won't be able to sleep without them. And, if I don't sleep, then the next day I'm very nervous. And besides, you already know that I have to take care of my grandson and I can't if I'm not rested.

(The doctor leans back in his chair and puts his hand to his face).

M: OK, I understand. About your tiredness, have you attended María's workshops? She told me that you had stopped attending the relaxation workshops. Has something happened? (The patient: looks at the ground, somewhat upset. You weren't ill, were you? (Looking at the compu-

ter). (From the patient's paralanguage, it is evident that she did not like that question).

F: They weren't going badly for me, really. What happened was I was under the weather for a few days, and I couldn't go, and then I was embarrassed about resuming.

M: Under the weather for a few days? (*Phrase repetition*).

(*Silence*). (Silence, the patient: looks at the ground, sighs).

F: Well, it's just that one night I got up to urinate and I fell again. (Doctor stops looking at the computer screen and looks at the patient again. Patient responds by defending herself from a "scolding", raising her hand to stop the doctor from interrupting her). But this time it wasn't serious, I didn't have to go to the emergency room. I took it easy at home for a few days and... (The doctor interrupts her).

M: You could see it coming, Francisca. And also at night... (He looks at the computer and looks at her). You told me you didn't go to the ER, right?

F: No, no, because... (He interrupts her again).

M: It's this benzodiazepine ... we have to withdraw it now. (Gesture indicating absence of doubt). If you fall and break your hip, then you're in trouble. (Sighs, looking at the computer). And, in addition, you're taking multiple drugs

F: Dr. Marcos...

M: ... What else do we want?

(The patient shakes her head, gestures her disapproval, and looks at the doctor).

M: I think it's clear, right?

F: Dr. Marcos, I can't stop taking the pills, I have to sleep.

M: Well, tell me what we do...

F: (Increasing speed and pitch). I don't want everything to go back to the way it was before.

M: And what do we do? (There is silence. The doctor is leaning over the table and the patient has her head bowed and her arms crossed). (The doctor notices his position and decides to completely change his attitude: he leans back in a more relaxed posture and inquires using a different tone). Well, let's see... it's not your fault either, you don't take the medication for fun. Tell me, what did you mean when you said you don't want to go back to the way things were before? (*Open question / exploration of beliefs*).

F: (Raises her head, speaking sincerely). Well, when I used to feel so bad, before I used to mind my grandson. I was very discouraged all day... I had that tightness in my chest. And then at night I'd be overwhelmed by the household chores. All day alone at home, I did nothing but clean, and now I feel very good helping my daughter. I can't solve her problem, but I do help her out a lot.

M: I understand. Go on. (*Facilitation*). (*Direct eye contact*).

F: And you are right about that, if I fall and break my hip, everything will be worse.

And maybe it's just me, but I think that, without the sleeping pills, everything will be like before.

M: Right. Francisca, apart from the pills, which I am sure have done you a lot of good, how do you think other things have influenced your mood, such as the changes in the house or the workshops with María and the other women? (*Open question*).

(Speaks in a more relaxed way). Honestly, the changes in the house have been great: I'm not trying to deal with a hundred different things and I can focus on taking care of my grandson. And the workshops with María... They were doing me a lot of good, really, but not just the workshops: coming, seeing other women, talking to them, we'd have a laugh. It got me out of the house. But without those pills, I just can't imagine it.

M: Well, in reality you and I are looking for the same thing, and that's for you to feel

as good as possible for as long as possible. (*Redirection based on objectives*). But we can see that you do not feel at all sure about withdrawing the medication. (*Signalling*). (The patient nods). How would you feel if I prescribe the pills again and, in return, you go back to the workshops with María and the other women? (*Double pact*).

F: I know that you have always wanted the best for me, Dr. Marcos. But getting rid of the sleeping pills... ehm, no. I agree about talking to María, the nurse, and resuming the workshops. But I think that, sooner or later, we are going to have to consider withdrawing the pills. If not, one of these falls could ruin me. But in a few months, then we can seriously talk about how to remove the medication, OK?

M: Very good, but we'll do it little by little, OK?

F: OK.

2.3. Role playing module 5 Nursing consultation

Background: A few weeks after the last visit to her general practitioner (Marcos), Francisca (F) goes to ask María (M), her family nurse, about the relaxation workshops she stopped attending after her fall, as previously agreed with Marcos.

Francisca is in the waiting room of her nurse's office. María, from her desk, sees Francisca waiting to be attended.

M: (voice-over). There's Francisca, Marcos told me that she was in his consulting room and they agreed that she would come to ask me about the relaxation workshop. He mentioned me that once fluoxetine was withdrawn from her usual treatment he tried to remove some more of her medication, but she wasn't very happy with that option. He also told me that she had fallen in her house recently and that's why she stopped coming to the workshops.... Well, let's see what she has to say.

(María opens the door of the consulting room to let the next patient in).

M: Good morning, Francisca, what a pleasure to see you again! (María gestures Francisca to come in and take a sit).

F: Good morning, María; it's good to see you too.

M: Tell me what brings you here today.

F: Well, a few days ago I went to the doctor to renew my medication and that's always a struggle, he thinks that by going back to the relaxation workshops I'll be able to stop taking a pill.

M: You seem a bit unhappy with the changes in your medication.

F: Yes, a few months ago he took away my mood medication and now he's insistently trying to take away my sleep medication. The thing is that I know he's doing it for my own good, that I take a lot of medication, and he's afraid I'll fall off again, but I don't want to go back to being sleepless and crying all day. That would be the last thing.

M: And what have you agreed on?

F: I haven't been taking the mood medication for months now. I don't even want to take it anymore, I don't need it. He will keep prescribing me the sleeping pill for a few more months, while I am coming to the workshops; to see if they helps me to stop taking it.

M: Well, that doesn't sound like a bad plan. But tell me: do you want to come back because you feel like taking them up again or because the doctor told you to?

F: Well... the truth is that I've wanted to come back for a long time... but since I suddenling stopped coming without warning... (she looks a bit embarrassed and avoidant).

(Silence).

M: Sometimes it's difficult to take something up again after leaving it, but don't worry: I'm glad you're coming back. But I'd like you to be honest - how

do you think the workshops can help you?

(Silence).

F: Well... the truth is that they were very good for my mood. Not only because of the relaxation techniques or some of the talks, which helped me a lot. Also the fact of going out and talking to the other women. Since I stopped coming, I don't feel as good as I used to and I get to the end of the day a bit more anxious. I think the workshops did more for me than the mood pills. Let's see what happens with the sleeping pills, but I think it's more difficult and Don Marcos is determined to take them away.

M: I'm glad they were helpful for your mood. I'm convinced that when you go to bed at night less anxious you'll be able to sleep better, and hopefully you'll be able to do it without pills and so we'll prevent you from falling again. However, as he has had renewed them for a few months, we have time to assess the evolution and we'll see what we can do with those pills later on.

M: On the other hand, there have been a lot of changes in your medication lately. How about telling me how you take them? So we can make sure everything is in order.

F: Well... in the morning with breakfast I take the blood pressure pill, the one that is two drugs together, and also the one for sugar. At lunch, I take another sugar pill, and at night, around 10 o'clock, I take the sleeping pill. Oh right! And on days when

my knee bothers me a lot while walking with my grandson, I take paracetamol.

M: Very good, exactly the treatment that appears in your history. And... do you take them every day or do you sometimes forget to take them?

F: Yes, I usually take them everyday. There are some times I don't take the sugar pill, if I feel a drop in my blood sugar.

M: Aham, could you explain a bit further how you feel a drop in your blood sugar?

F: Well, it usually coincides with when I have lunch in a hurry because I have to pick up my child from school, I feel more accelerated and nervous. Then in the middle of the afternoon, when I come back, if I have something sweet, that sensation goes away. I would love to have a machine to measure my blood sugar like my neighbour, but there's no way to get one....

M: Many people think what you are telling me..., but that pill, which is called metformin, the way it works in the body does not produce low blood sugar, so patients on that medication do not need glucometers, that machine you are telling me your neighbour has. May it be possible those sensations appear because you are more active that day with your chores and your grandchild, and it makes you a little more restless?

F: I think it's the sugar. I'm telling you, if I have a sweet in the afternoon, it goes away.

M: It seems unlikely that those symptoms are due to the metformin. I noticed that it has been a long time since you

have your last blood test, what do you think if we do one and see how controlled your blood sugar is? In case we see a lack of control, we can consider adjusting the medication or even, if necessary, see if we can get you a glucometer for a few days. Does it sound good to you?

F: It sounds good. The truth is that it's been a long time since I've had a blood test.

M: Well, Francisca, to summarise the situation: on the one hand, we are going back to the relaxation workshops with the idea of learning techniques that will help you, and to resume contact with the other women, in a few months we will reconsider whether we can stop taking sleeping pills. In this way, we also reduce the risk of falls. On the other hand, we are going to do the diabetes control tests and, based on that, we will make the decisions we have to take with the medication and the glucometer.

F: That's fine with me. I really want to stay well and take as few pills as possible. When can I start the workshops?

M: In next week's session. It's still on Tuesdays when I finish the afternoon consultation. At 17:30 or so. Come with comfortable clothes, this week we'll practice stretching.

F: Oh, terrific! Then, see you next week.

M: See you next week.

M: (voice-over). *Well, it seems that Francisca is willing to improve her health management. Although she is not sure how to do it, she wants to try to reduce the benzodiazepines, to see if we can increase her confidence in her ability to fall asleep without the pills. Also... withdrawing the medication would decrease her risk of falling. On the other hand, some days she is non-compliant with part of the antidiabetic drugs, we will see how controlled her sugar levels are. Additionally, if she comes to the consultation from time to time, I can take the opportunity to remind her the DM treatment and review how the metformin she is taking works. I will talk to Marcos about this.*

2.4. Interprofessional communication simulation script

Relationship: Teacher-student

After the nursing consultation in which María agrees with Francisca to return to the workshops and notes partial non-compliance with the oral antidiabetic treatment, María meets Marcos in the staff room of the health centre and takes the opportunity to discuss certain aspects of the case with him.

(In the common room of the health centre).

María: Hi Marcos. I wanted to talk to you, if you have a moment.

Marcos: Hello María. Sure.

María: It's about Francisca, the patient of the relaxation courses.

Marcos: Yes, what about her?

María: Like you said, she came to my office. I thought she seems motivated by the workshops and I think they can help her to stop taking her medication. It looks like she's coming next week.

Marcos: Very good.

María: Also, she told me that there are days when she doesn't take her prescribed metformin and...

(Marcos, surprised, interrupts María).

Marcos: Metformin? No, no. I had to take her off it. She's on insulin glargine

(María responds, surprised).

María: Insulin? I went through all the medication she takes with her, and I didn't see insulin indicated anywhere...

Marcos: Of course. We had to discontinue metformin the last time she was admitted due to renal failure.

María: I'm confused, I'm talking about Francisca, the patient you told me fell at home, who takes care of her grandson: we were working to get her husband to help a little more with the housework.

Marcos: Oh wait, now I know who you're talking about. I was thinking of another patient! That Francisca is taking metformin, correct. So what did you say, that she doesn't always take her medication?

María: Yes, the other day at the consultation...

(Another colleague interrupts, addressing María).

¿?: Hey, María: what happened with next week's shift? Did you manage to change it?

María: Hey, how are you? I did, thankfully! So Tuesday is free for me to help with vaccinations at the sports centre.

¿?: Great, I also have to look for someone for next month, because I have an exam, so I need someone to cover for me.

Marcos: Ahem..., sorry, can we finish up about Francisca's treatment?

María: Ah, sure (addressing colleague again). Maybe I can change it for you,

message me and I'll look into it (Turns to Marcos again). So, during the consultation she told me that she sometimes doesn't take the metformin because she feels that it causes her blood sugar to drop...

(Marcos interrupts María).

Marcos: Low blood sugar? But metformin doesn't cause hypoglycaemia...

María: Right... (pauses) (avoids providing further explanations). And she also mentioned that she wanted a glucometer and that...

(Marcos interrupts again).

Marcos: But with metformin, glycaemic controls at home are of little use. That's why they are not endorsed by a pharmacy.

María: Right... (looks somewhat uncomfortable), that's what I wanted to tell you. The point is that she believes that there are days when she gets low blood sugar, and I explained to her that her medication doesn't usually do this, and therefore she doesn't need a glucometer. In my opinion it's anxiety that she's experiencing. On the other hand, I noticed that no blood tests had been performed for a while, so we agreed to do one to see if it was necessary to change her medication or to temporarily use a glucometer for re-education purposes. I will try to get her to come to the office a few times to go over the treatment and management of diabetes.

Marcos: Ah, very good then (surprised). I think this is a very good approach you're proposing.

(Silence).

Marcos: (Warm tone). If it's OK with you, I'll take a look, because I may need some more in-depth lab work done: I recall that ion levels need to be monitored due to antihypertensive drugs. But don't worry: if that's necessary, I can request it.

María: Very well. Either way, let me know once you confirm it, so I can schedule a consultation.

Marcos: Great.

Collaborative relationship

After the nursing consultation in which María agrees with Francisca to return to the workshops and notes partial non-compliance with oral antidiabetics, María meets Marcos in the staff room of the health centre and takes the opportunity to discuss certain aspects of the case with him.

(In the common room of the health centre).

(María enters Marcos's office).

María: Hi Marcos, is this a good time?

Marcos: Yes, just give me a second to sign this (signs a document). Go ahead.

María: I wanted to talk to you about Francisca. I've scheduled a consultation in your agenda. It's the only one there is.

Marcos: Yes, here it is, I see it. Tell me, is she attending the workshops?

María: Yes. She seems motivated, and has a capacity to change. For now she's resistant on the issue of withdrawing medication, but it's a matter of time before she reconsiders. You'll see.

Marcos: Yes, she has a lot of capacity. And, while we're at it, let's see if we can introduce the topic of quitting smoking. We always leave it aside but it would be interesting, don't you think?

María: Yes, it is an issue that we have pending with her. There is a session of the workshops in which the topic might come up. If I can, I'll see what her attitude is.

Marcos: That would be great. So, go on.

María: I came to tell you that the other day during the consultation I reviewed the medication with her, and it seems that sometimes she doesn't take the metformin because she thinks it causes hypoglycaemia.

Marcos: Right, I understand.

María: The way she tells it, it's related to her hurry to take care of her grandson: it happens after eating. To me it sounds like a sign of anxiety. The thing is, she wants us to give her a glucometer to see whether it really is hypoglycaemia. Has she said anything to you?

Marcos: No, not at all. The last consultations have been very focused on benzodiazepines and she had never mentioned anything about this to me before.

María: Yes, I think it is something new. I'm sure she'll tell you later.

Marcos: Yes, I'm sure she will. So what did you arrange?

María: Well, since I saw the glycosylated haemoglobin test hasn't been done for a long time, I have thought about requesting an analysis and, if we see that there is any alteration or that this is maintained over time, I'll give her a glucometer for just a few days, and we see what's happening.

Marcos: OK, look, did you request it?

María: No, that's why I'm here. I thought that maybe you needed to request something in the analyses and that way we won't have to withdraw blood again.

Marcos: Right, thanks. I want to see how the ion levels are, which were not measured in the last analysis. With the antihypertensives she's taking it would be wise to monitor them.

María: Great.

Marcos: Will I request it, since I have the medical history open here?

María: If you don't mind, that would be great. And I'll call her to come to give a blood sample.

Marcos: I'll do it right now (requests the analysis on the computer).

