****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MOATT© | **MASCC Herramienta de enseñanza para pacientes que reciben medicación oral antineoplásica** | |
| Esta herramienta de enseñanza ha sido preparada para ayudar a los profesionales de la salud en la valoración y educación de los pacientes que reciben terapias orales antineoplásicas. El objetivo es asegurar que los pacientes conozcan y entiendan su tratamiento y la importancia de tomar sus pastillas o comprimidos según lo prescrito. Los miembros de la familia y otros proveedores de atención sanitaria pueden participar en este proceso. | | |
| Cualquiera de los siguientes aspectos puede afectar la adherencia con la terapia oral antineoplásica orales (pastillas o comprimidos).   * **Características de los pacientes** * **Medicamentos (pastillas o comprimidos)** * **Características de la enfermedad** * **Plan de tratamiento** | | |
| *Contenido*  Página 2: Sección 1 - Preguntas de evaluación  Página 3: Sección 2 - Educación del paciente  Página 4: Sección 3 - Educación específica sobre fármacos  Página 5: Sección 4 - Evaluación  Página 6: Folleto - Información específica sobre fármacos | | *Se alienta a entidades sin fines de lucro médicas, enfermeras… etc., a que utilicen el MOATT y pueden hacerlo gratuitamente. Las empresas comerciales deben obtener permiso por escrito de la MASCC se incurrirá en una tarifa nominal para el uso de esta herramienta. Para obtener más información sobre cómo utilizar el MOATT o obtener permiso, visite el sitio web de MASCC en:* [*http://www.mascc.org/MOATT*](http://www.mascc.org/MOATT). |
| El MOATT © contiene cuatro secciones. La primera sección contiene una lista de preguntas clave para evaluar el conocimiento del paciente sobre su plan de tratamiento, los medicamentos actuales y su capacidad de obtener y tomar el medicamento oral antineoplásico. La segunda sección contiene instrucciones generales de enseñanza a los pacientes sobre todos los agentes orales para el cáncer, tales como almacenamiento, manipulación y eliminación, identificación de sistemas de recuerdo de las tomas del fármaco y acciones a realizar en diversas situaciones, como en caso de dosis olvidada. La tercera sección se utiliza para proporcionar información específica de cada fármaco, como su dosis y horario, efectos secundarios e interacciones potenciales. En la última sección se enumeran las preguntas que se pueden realizar para determinar la comprensión del paciente sobre la información proporcionada. El MOATT está protegido por patente y es propiedad de la MASCC.  El Grupo de estudio para la Educación también ha desarrollado una Guía del usuario que proporciona una introducción y la explicación de la mejor manera de aprovechar el MOATT. Esta Guía del usuario proporciona aquellos antecedentes necesarios para la educación del paciente en general, así como un marco conceptual y ejemplos de utilidad del MOATT en contextos clínicos y de investigación. El uso del MOATT requiere permiso de uso por escrito. Por favor, consulte la web de la MASCC.  **Una versión MOATT- estilo tarjeta, de una sola página, MOATT (PDF) también está disponible en la web de la MASCC.** | | |

MOATT© - MASCC Teaching Tool for Patients Receiving Oral Agents for Cancer

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTAS CLAVES DE EVALUACIÓN** | |
| 1 | ¿Qué le han explicado sobre este plan de tratamiento con medicamentos orales?  *\* Verifique que el paciente sabe que estos agentes orales son para el cáncer y se toman por vía oral.* |
| 2 | ¿Qué otras medicaciones o pastillas toma usted por vía oral?  *\* Si dispone de un listado de medicamentos, revise la lista con el paciente.*  *\* Si no dispone de una lista, pregunte al paciente qué medicamentos está tomando (tanto con, como sin receta), así como suplementos a base de hierbas y/o dietéticos, terapias complementarias y otros tratamientos.* |
| 3 | ¿Puede usted tragar las pastillas o comprimidos? Si es no, explique. |
| 4 | ¿Es Usted capaz de leer la etiqueta del medicamento y la información que se adjunta? |
| 5 | ¿Puede abrir sus botes o cajas de medicamentos? |
| 6 | ¿Ha tomado otras píldoras para su enfermedad?  *\* Averigüe si tuvo problemas al tomar esos medicamentos o cualquier efecto adverso.* |
| 7 | ¿Está experimentando algún síntoma, por ejemplo náuseas o vómitos, que afectaría su capacidad para tomar las pastillas o comprimidos? |
| 8 | ¿Cómo va a conseguir su receta?  *\* Los retrasos en la obtención de las pastillas pueden afectar al inicio de los fármacos orales.* |
| 9 | ¿Ha tenido algún problema con su seguro que le ha interferido para obtener sus medicamentos? |

**Consideraciones especiales al evaluar pacientes que reciben agentes orales para el cáncer:**

Cuando enseñe al paciente, es posible que necesite adaptar su enseñanza y adaptarse a cuestiones especiales como: La edad, sonda de alimentación, problemas de visión, ceguera de color, problemas dietéticos o problemas de salud mental (demencia, depresión, deterioro cognitivo).

* *La información recomendada para evaluar se anota en cursiva.*

MOATT© - MASCC Teaching Tool for Patients Receiving Oral Agents for Cancer

|  |  |
| --- | --- |
| **EDUCACIÓN PARA EL PACIENTE**  Educación genérica para todo tipo de fármacos orales | |
| **Comente los siguientes temas con el paciente y/o cuidador.** | |
| 1 | Informe a otros médicos, dentistas o proveedores de atención sanitaria que está tomando píldoras o comprimidos para su cáncer. |
| 2 | Mantenga las píldoras o comprimidos alejado de niños, mascotas y, en un recipiente a prueba de niños. |
| 3 | Mantenga las pastillas o comprimidos en el recipiente original, a menos que se indique lo contrario. Podría ser peligroso mezclarlos con otras píldoras. |
| 4 | Lávese las manos antes y después de tocar las píldoras o comprimidos. |
| 5 | No aplaste, mastique, corte ni modifique sus píldoras o comprimidos a menos que se indique lo contrario. |
| 6 | Guarde sus pastillas o tabletas lejos del calor, de la luz del sol y de la humedad. Estos pueden descomponer las pastillas o comprimidos y hacerlas menos eficaces. |
| 7 | Siga un sistema para asegurarse de que toma sus píldoras o tabletas correctamente.  *\* Dé al paciente algunas ideas, como usar una alarma de aviso, reloj o calendario.* |
| 8 | Asegúrese de disponer de instrucciones precisas sobre qué hacer si se olvida tomar una dosis. |
| 9 | Si accidentalmente toma demasiadas píldoras, o si alguien toma sus pastillas o comprimidos, comuníquese con su médico o enfermera inmediatamente. |
| 10 | Pregunte a su enfermera o farmacéutico qué debe hacer con cualquier pastilla o comprimido que no haya tomado o que haya caducado de fecha.  *\* Se puede pedir que el paciente traiga las pastillas o comprimidos no usados en la próxima visita.* |
| 11 | Lleve consigo una lista de los medicamentos que esté tomando, incluyendo pastillas o comprimidos para el cáncer. |
| 12 | Háganos saber si usted tiene problemas para obtener sus pastillas o para el pago de ellas. |
| 13 | Asegúrese, con suficiente antelación, de obtener las pastillas y planifique los viajes y fines de semana. |

MOATT© - MASCC Teaching Tool for Patients Receiving Oral Agents for Cancer

|  |  |
| --- | --- |
| **EDUCACIÓN FÁRMACO-ESPECÍFICA** | |
| **La siguiente información contiene recursos para obtener más información sobre medicamentos específicos.**  *\* Referirle a información específica para educar al paciente sobre sus pastillas o comprimidos.*  Recursos:   * Paquete del producto o información específica de la prescripción * Drugs.com * MedlinePlus * AHFS Drug Information * FDA Index to Drug-Specific Information * Micromedex * Natural Medicines Comprehensive Database   Añada otros recursos que crea apropiados. | |
| ***Sea cuál sea la herramienta utilizada para educar al paciente, incluya la siguiente información específica del fármaco. Puede completar el formulario proporcionado a continuación y darlo al paciente utilizando el material de referencia que tiene sobre las pastillas o comprimidos específicos.*** | |
| 1 | Nombre genérico (genérico y comercial) |
| 2 | Cuál es el aspecto del fármaco |
| 3 | Dosis y horario de la toma  ¿Cuántas pastillas diferentes?  ¿Cuántas veces al día?  ¿Cuánto tiempo? |
| 4 | Dónde va guardar las pastillas o comprimidos  *\* Sea concreto, por ejemplo, mantenerlas alejadas del calor o calefacción (no en la cocina), humedad (no en el cuarto de baño) y del sol (no en el dintel de la ventana).* |
| 5 | Posibles efectos secundarios y cómo manejarlos  *\* Incluya análisis o cualquier prueba médica que fuera usada para el control del fármaco.* |
| 6 | Cualquier precaución que deba ser comentada |
| 7 | Cualquier interacción entre fármacos o alimentos |
| 8 | Cuándo y a quién llamar si hay dudas  *\* Provea de nombres y números de teléfono aquí.* |

MOATT© - MASCC Teaching Tool for Patients Receiving Oral Agents for Cancer

|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN Fecha**: .…/.…./……. |
| ***Pida al paciente y/o cuidador que responda a las siguientes preguntas para asegurarse de que entienden la información que usted les ha dado.*** |
| Ha recibido hoy mucha información. Repasemos los puntos claves. |
|  |
| ¿Cuál es el nombre-s de sus pastillas o comprimidos? |
|  |
| ¿Cuándo tiene que tomas sus pastillas o comprimidos? |
|  |
| ¿Importa si las toma acompañadas de comida o no? |
|  |
| ¿Dónde piensa guardar sus pastillas o comprimidos? |
|  |
| ¿Cuándo deberá llamar al médico o a la enfermera? |
|  |
| ¿Tiene alguna otra pregunta? |
|  |
| ¿Cuándo es su próxima visita médica? |
|  |
| Si problemas, contacte con: |
|  |

MOATT© - MASCC Teaching Tool for Patients Receiving Oral Agents for Cancer

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN FÁRMACO ESPECÍFICA** |
| Nombre genérico (genérico y comercial): |
| Cuál es el aspecto del fármaco: |
| Dosis y horario:  ¿Cuántas pastillas diferentes?  ¿Cuántas veces al día?  ¿Por cuánto tiempo? |
| Dónde va guardar las pastillas o comprimidos  *\* Sea concreto, por ejemplo, mantenerlas alejadas del calor o calefacción (no en la cocina), humedad (no en el cuarto de baño) y del sol (no en el dintel de la ventana).* |
| Cuáles son los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos  *\* Incluya análisis o cualquier prueba médica que fuera usada para el control del fármaco.* |
| ¿Alguna otra precaución? |
| ¿Tiene el fármaco alguna interacción con alimentos o con otros fármacos? |
| Cuándo y a quién llamar si hay dudas o problemas:   * Provea de nombres y números de teléfono aquí. |