



Original

Diseño del plan de acogida al paciente (*onboarding*) en una unidad multidisciplinar de asma grave

Hilario Martínez-Barros^{a,b,c,d,*}, María Muñoz-García^a, Darío Antolín-Amérigo^e, Silvia Sánchez-Cuellar^f, Ana Morales-Tirado^g, Ana de-Andrés-Martín^h, Gonzalo de-los-Santos-Granadosⁱ, Laura Yeguas-Ramírezⁱ, Enrique Blitz-Castro^g, Alfonso Santamaría-Gadeaⁱ, Belén de-la-Hoz-Caballer^e, Sagrario Martín-Aragón^b, David González-de-Olano^e, Ana María Álvarez-Díaz^a

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^b Departamento de Farmacología, Farmacognosia y Botánica, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Unidad de Bioestadística Clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^d CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^e Servicio de Alergología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^f Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^g Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

^h Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

ⁱ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de marzo de 2025

Aceptado el 13 de julio de 2025

On-line el xxxx

Palabras clave:

Asma

Diseño centrado en las personas

Equipo multidisciplinar de cuidados

Calidad de la atención sanitaria

Atención centrada en el paciente

R E S U M E N

Objetivo: Diseñar la acogida del paciente en una unidad multidisciplinar de asma grave, de acuerdo con las necesidades identificadas por pacientes y profesionales de la unidad.

Método: Estudio cualitativo, empleando un diseño centrado en las personas, realizado entre noviembre de 2022 y febrero de 2023. Participaron pacientes y profesionales de la unidad y expertos en la metodología. Se realizaron 3 talleres: en el primero, se elaboró el mapa de experiencia del paciente, identificando aspectos positivos y necesidades, y se idearon posibles soluciones. En el segundo, se seleccionaron las soluciones descritas en un proyecto anterior aplicables a la acogida del paciente y se determinaron los momentos clave. En el tercero, se finalizó la definición de los momentos clave, los profesionales responsables y las herramientas que debe incorporar. Por último, en sesiones cortas (*sprints*) se desarrollaron el material y las infografías necesarias.

Resultados: Se identificaron las principales necesidades de los pacientes (mejor control de la enfermedad y autonomía en los cuidados, conversación bidireccional con los profesionales y recibir una atención coordinada y personalizada) y de los profesionales (definir, estructurar, unificar y adecuar la información proporcionada a los pacientes y lograr mantener conversaciones abiertas con ellos). Se determinó que se debía establecer una acogida controlada a la unidad, identificable por los pacientes, y que promueva la relación paciente-profesional y el aprendizaje, uso y funcionamiento de la unidad.

Se seleccionaron las soluciones previamente ideadas aplicables a la acogida del paciente, como el *kit de aterrizaje* o el diario del paciente. Se establecieron los momentos clave de la acogida del paciente (consulta de identificación, consulta de inicio, consulta de incorporación y consultas complementarias), los profesionales involucrados y la información y material necesario.

Finalmente, se desarrollaron el diseño, la estructura y el contenido final de las herramientas necesarias, tales como el propio diario del paciente o la infografía sobre el asma.

Conclusiones: Este trabajo nos ha permitido diseñar, estructurar y estandarizar la acogida del paciente, proporcionando un entorno que facilita el autocuidado y la conversación abierta, empática y bidireccional entre pacientes y profesionales, de acuerdo con las necesidades clave expresadas por ambos. Estos hallazgos pueden ser útiles para otras unidades multidisciplinarias.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H.). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Hilario.martinez@salud.madrid.org (H. Martínez-Barros).

Designing a patient onboarding in a multidisciplinary severe asthma unit

A B S T R A C T

Keywords:

Asthma
Human centered design
Multidisciplinary care team
Quality of care
Patient-centered care

Objetives: To design the patient onboarding in a multidisciplinary severe asthma unit, according to the needs identified by patients and professionals in the unit.

Methods: Qualitative study using the human-centred design conducted between November 2022 and February 2023. Patients and professionals from the severe asthma unit and experts in the methodology participated. Three workshops were held. In the first, we elaborated the patient experience map, identifying positive aspects and needs. Possible solutions were devised. In the second, we selected the solutions described in a previous project applicable to onboarding and determined the key moments. In the third, we finalised the definition of the key moments, the professionals in charge in each step and the tools to be incorporated. Finally, in short sessions (sprints) we developed the necessary material and infographics.

Results: We identified the main needs of patients (better control of the disease and autonomy in care, two-way conversation with professionals and receiving coordinated and personalised care) and professionals (defining, structuring, unifying and adapting the information provided to patients and managing to maintain open conversations with them). We determined that onboarding should establish a controlled welcome to the severe asthma unit, which is identifiable by patients, promotes the patient-professional relationship and the learning, use and functioning of the severe asthma unit.

Previously devised solutions applicable to onboarding, such as the landing kit or the patient diary, were selected. We established the key moments of onboarding (identification consultation, initial consultation, onboarding consultation and complementary consultations), the professionals involved and the necessary information, material and infographics.

Finally, we developed the design, structure and final content of the necessary tools, such as the patient diary or the asthma infographic.

Conclusions: This work has allowed us to design, structure and standardise the onboarding, providing an environment that facilitates self-care and open, empathetic, two-way conversation between patients and professionals, according with the key needs expressed by both. These findings may be useful for other multidisciplinary care units.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (S.E.F.H). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El asma grave no controlada (AGNC) afecta a aproximadamente al 3,9% de los pacientes con asma¹. Se trata de una enfermedad crónica y compleja, con un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y que asocia un elevado consumo de recursos sanitarios². La prevalencia e importancia de las comorbilidades y la disponibilidad de nuevas alternativas terapéuticas han derivado en la creación de unidades multidisciplinarias de asma grave (UMAG) para su correcto abordaje^{2,3}.

Las UMAG han demostrado tener un impacto positivo en el manejo del AGNC y se ha establecido su importancia asistencial, investigadora y docente^{3,4}. No obstante, su organización es compleja, al requerir una adecuada comunicación y coordinación entre profesionales de servicios diferentes. Por ello, es crucial un enfoque sistemático y holístico en su diseño e implementación para que logre adecuarse a las necesidades de los usuarios finales⁵, tanto pacientes como profesionales. En este contexto, surgió el proyecto ASfarMA en la UMAG de nuestro hospital⁶.

Dicha UMAG se creó en 2018 y cuenta con la acreditación de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Organización Mundial de Alergia (WAO). La UMAG está formada por profesionales de los servicios de alergología, farmacia, inmunología, neumología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y radiología. El proyecto ASfarMA se inició en 2020, y engloba diferentes medidas innovadoras basadas en la humanización, incorporando una visión integral acerca de la enfermedad, tratamiento, asistencia sanitaria recibida y calidad percibida, con el objetivo último de mejorar la calidad asistencial⁶.

El diseño centrado en las personas (DCP) es un enfoque holístico para la resolución de problemas y la creación de productos, sistemas o procesos, que pretende que estos sean útiles y utilizables por los usuarios al adaptarse a sus necesidades reales^{7,8}. Para lograrlo, se incorpora activamente a los usuarios para comprender y analizar

sistemáticamente sus necesidades, perspectivas y experiencias, y así diseñar conjuntamente soluciones innovadoras que den respuesta a las necesidades detectadas^{9,10}. El diseño resultante no solo permite realizar adecuadamente las tareas previstas, sino que logra una experiencia agradable y significativa⁵.

Durante el año 2021, en el contexto del proyecto ASfarMA, se definió la UMAG ideal utilizando la metodología del DCP. Se siguieron los siguientes pasos: a) descubrimiento y comprensión de los procesos, experiencias y necesidades de los agentes involucrados; b) definición de las necesidades de pacientes y profesionales de la UMAG e identificación de las clave que definen a la UMAG ideal; c) cocreación de las soluciones que nos aproximarían a la UMAG ideal, identificándose 21 soluciones innovadoras: 14 victorias tempranas (requieren poco esfuerzo pero tienen un impacto positivo considerable) y 7 soluciones transformadoras (su impacto es mayor, aunque precisan más recursos y esfuerzo). Una de las 7 soluciones transformadoras fue la acogida u *onboarding* del paciente en la UMAG⁶.

Onboarding es un término habitualmente utilizado para referenciar al proceso de introducción de un nuevo empleado en una organización, cuyo objetivo es lograr que el profesional sea capaz e independiente para realizar su labor y que comprenda los valores de la organización. Con este mismo propósito ha sido utilizado también en el ámbito sanitario¹¹. Conservando un significado parecido, en este trabajo se utiliza y aplica el término *onboarding* (adaptado y traducido al castellano como «acogida») para referirse al conjunto de acciones, material e información estructurada proporcionada durante los primeros contactos del paciente con la UMAG. Se trata de un momento del proceso asistencial identificado como clave tanto por los pacientes como por los profesionales, que asocia una elevada carga emocional y marca la relación entre el paciente y la UMAG. Por ello, se determinó que era una solución prioritaria sobre la que intervenir.

Dando continuidad a la fase anterior del proyecto y utilizando como punto de partida los hallazgos obtenidos durante el mismo, el objetivo

de este trabajo es diseñar la acogida del paciente en una UMAG, de acuerdo con las necesidades identificadas por pacientes y profesionales de la unidad.

Métodos

Estudio cualitativo realizado con metodología DCP en un hospital de tercer nivel. Su ejecución se divide en 2 fases: la primera se centra en el problema y la segunda en las soluciones. A su vez, cada una de ellas consta de 2 etapas, que consecutivamente utilizan un enfoque divergente (trata de obtener una visión amplia y profunda) y uno convergente (trata de llegar a los aspectos fundamentales). Las 4 etapas son: descubrimiento, definición, diseño y validación⁵.

Se constituyó un grupo principal (*core*) con al menos un participante de cada especialidad que compone la UMAG (alergología, farmacia, inmunología, neumología, otorrinolaringología, pediatría y psiquiatría), 4 pacientes representativos de los arquetipos identificados en ASfarMA⁶ y una empresa experta en DCP. Cada arquetipo es una representación de un grupo de individuos similares en cuanto a comportamiento, edad, comorbilidades y estilo de vida, así como preferencias, preocupaciones y percepciones con respecto al asma⁹. No se trata de un estereotipo ni representan a ninguna persona concreta, sino que está basado en patrones reales. A continuación, se describen brevemente los 4 arquetipos⁶:

- Paciente adolescente con deseo de olvidarse de su enfermedad para poder encajar en su entorno, al que se la oculta. Quisiera no tener un tratamiento diario y teme los efectos a largo plazo de los corticoides. Esconde o hace de menos los síntomas relacionados con el asma.
- Paciente de mediana edad que practica hábitos de vida saludables y es exigente tanto laboralmente como consigo mismo. Es una persona emocional cuyo entorno lo sobreprotege por su enfermedad, llegando en ocasiones a limitar sus actividades. Anhela controlar la situación y teme sufrir exacerbaciones imprevistas.
- Paciente de mediana edad que también padece otras comorbilidades asociadas al asma. Por ello, requiere de visitas médicas frecuentes con diferentes especialistas. Regularmente busca información acerca de su enfermedad y síntomas en Internet. Desea acceder con facilidad a sus profesionales sanitarios y sentir que estos se ponen en su piel y comprenden sus dolencias.
- Paciente de edad avanzada que ha convivido muchos años con la enfermedad y actualmente tiene otras comorbilidades que lo limitan. Se siente una carga para sus familiares, por lo que intenta pasar desapercibido. Le motiva pasar tiempo con sus seres queridos, ser autosuficiente y sentirse escuchado por los profesionales sanitarios.

Siguiendo dicha metodología, se realizaron las etapas de descubrimiento y comprensión, definición de las necesidades y cocreación (diseño) de las soluciones. Se partió de la información obtenida en la etapa anterior del proyecto ASfarMA⁶.

Se realizaron 3 talleres seguidos de sesiones cortas (*sprints*).

- Primer taller (noviembre de 2022): realizado presencialmente con pacientes, profesionales sanitarios y expertos en DCP. Se recogió la experiencia de los pacientes relativa a su enfermedad, antes y después de ser derivados a la UMAG, con el foco en los primeros contactos de los pacientes con la unidad. Se diseñó el mapa de experiencia del paciente (herramienta que recoge detalladamente el proceso seguido por el paciente relacionado con su enfermedad y las emociones y percepciones que tiene durante el recorrido). Se identificaron los aspectos positivos y las necesidades no cubiertas. Finalmente, se idearon posibles soluciones para diseñar la acogida del paciente.
- Segundo taller (diciembre de 2022): realizado telemáticamente con los profesionales sanitarios del grupo principal y el equipo de diseño. Se determinó qué soluciones previamente identificadas en el proyecto ASfarMA aplicaban a la acogida del paciente. Se identificaron los puntos y momentos de contacto clave durante la acogida del paciente.

- Tercer taller (enero de 2023): realizado telemáticamente con los profesionales sanitarios del grupo principal y el equipo de diseño. Se terminaron de definir los momentos clave de la acogida del paciente, el profesional responsable de cada uno de ellos y el material (artefactos) que se debe incorporar para informar e implicar (activar) al paciente.
- Sesiones cortas (*sprints*) (febrero de 2023): realizadas telemáticamente en grupos reducidos de profesionales sanitarios y miembros del equipo de diseño. Se desarrolló a fondo el contenido final del material.

Aspectos éticos

El Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) de nuestro centro desestimó la necesidad de autorización del estudio al tratarse de un proyecto de mejora de la calidad asistencial que no incurre en ningún problema ético. Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado para participar.

Resultados

Al comunicar su experiencia, los pacientes reportaron desconocimiento y miedo acerca de la enfermedad («desconocía que podía ocurrirles a personas deportistas») y de sus implicaciones. En la relación con los profesionales también comunicaron su vulnerabilidad a la hora de expresarse en una relación médico-paciente de carácter jerárquico («ellos tienen el poder y tú te sientes pequeño» o «está hablando de mí, pero sin tener una conversación»). Ante esto, se adopta por parte de los pacientes una actitud de escepticismo sobre las recomendaciones y el tratamiento proporcionado por el profesional. En momentos posteriores de su proceso asistencial, estas actitudes eran revertidas cuando se mantenían conversaciones bidireccionales («empiezas a escuchar porque te escuchan»).

Las principales necesidades relacionadas con la acogida del paciente en la UMAG identificadas por los pacientes fueron: conocer su enfermedad para lograr ser autónomos en su cuidado, recibir una atención personalizada y coordinada entre los diferentes profesionales, con los que poder conversar bidireccionalmente sobre su enfermedad y tratamiento, y contactar a través de medios ágiles en caso de urgencia; conseguir un mejor control de la enfermedad (deseo de «vivir una vida sin limitaciones») y reducir el uso de corticoides orales.

Por su parte, los profesionales expresaron la necesidad de definir, unificar y estructurar la información entregada a los pacientes, de lograr empatizar y mantener una conversación abierta con ellos («lo que nos preocupa a los profesionales a menudo difiere de lo que preocupa al paciente, por lo que si en la consulta las preguntas son demasiado dirigidas no encontramos esos problemas»), y de proporcionar la información adecuada que permita a los pacientes llevar una vida normal (empoderar a los pacientes «que llevar una vida normal pueda estar en manos del paciente»).

Junto con la experiencia previa del proyecto ASfarMA, se determinó que las necesidades a las que debía responder la acogida del paciente eran: a) establecer una llegada controlada del paciente en la unidad (profesionales clave, puntos de contacto, información a proporcionar y herramientas necesarias para hacerlo [artefactos]); b) diseñar un momento de entrada a la UMAG identificable por los pacientes, que puedan entender y valorar lo que les ofrece la unidad; c) definir específicamente qué información se debe proporcionar, el momento, el cómo y el emisor; y d) promover un contacto más intenso, que afiance la relación y permita facilitar el aprendizaje y el uso y funcionamiento de la UMAG (procesos, tiempos, actividades, circuitos).

Se seleccionaron 7 soluciones de ASfarMA que fueron identificadas como útiles para la acogida del paciente. Su título, clasificación según impacto-esfuerzo (solución transformadora o victoria temprana), planificación de su implementación (inmediata, a corto plazo o a largo plazo) y una breve descripción están recogidas en la [tabla 1](#).

Tabla 1Soluciones previamente identificadas en ASfarMA útiles para su aplicación en la acogida del paciente (*onboarding*)

Solución	Clasificación matriz impacto-esfuerzo	Implementación	Descripción
Perfil coordinador de pacientes	Solución transformadora	Largo plazo	Figura de referencia para los pacientes que actúa de intermediario con la unidad. Perfil gestor, resolutivo y con formación específica
Kit de aterrizaje	Victoria temprana	Inmediata	Artefactos e información que debe ser entregada al paciente a su llegada a la UMAG
Agendas compartidas	Victoria temprana	Corto plazo	Acceso a las agendas de los profesionales para hacer coincidir las citas
Sesiones de aprendizaje compartido	Victoria temprana	Medio plazo	Sesiones formativas consensuadas con los profesionales de la UMAG lideradas por pacientes expertos
Asm@	Victoria temprana	Corto plazo	Buzón electrónico común para resolver consultas no urgentes
Diario del paciente	Victoria temprana	Inmediata	Cuaderno proporcionado al paciente para anotar aspectos relacionados con la enfermedad con impacto en su vida
Guía de autocuidado	Victoria temprana	Inmediata	Documento que recoge recomendaciones sobre hábitos e intervenciones

UMAG: Unidad Multidisciplinar de Asma Grave.

Las soluciones encontradas fueron clasificadas según una matriz de impacto-esfuerzo en victorias tempranas (requieren poco esfuerzo, pero tienen un impacto positivo considerable) y soluciones transformadoras (su impacto es mayor, pero precisan más recursos y esfuerzo).

Tabla 2Momentos clave identificados en la acogida del paciente (*onboarding*) en la unidad multidisciplinar de asma grave

Momento clave	Descripción	Profesional encargado	Artefactos
<i>Consulta de identificación</i>	Consulta en la que se le habla por primera vez al paciente de la UMAG y se toma la decisión de derivarlo a la misma	Profesional habitualmente a cargo del paciente, sea o no miembro de la UMAG	Hoja informativa de la unidad
<i>Consulta de inicio</i>	Primera consulta en la UMAG. Se introduce con más detenimiento la UMAG, los profesionales de referencia que tendrá desde ese momento y el seguimiento. Si se debe derivar al paciente a algún otro especialista de la UMAG, también se informa de ello y se introduce su perfil y propósito	Especialista de referencia para el paciente en la UMAG, perteneciente a los servicios de alergología, neumología o pediatría	Hoja informativa de la unidad Infografía sobre el asma Ficha de especialidades
<i>Consulta de incorporación</i>	Objetivos: repasar y completar la información acerca del funcionamiento de la UMAG y realizar educación sanitaria. Se entrega, explica y forma acerca del uso del Diario del Paciente y se proporciona información sobre el uso correcto de inhaladores, especialmente en caso de modificaciones	Personal de enfermería de la UMAG	Diario del Paciente, hoja de exacerbaciones y hoja de preparación de siguientes consultas. Hoja de inhaladores
<i>Consultas complementarias</i>	Según las características, comorbilidades y evolución de cada paciente se suceden a medida que requiera derivación. Aunque no lo requiriese, debe ser conocedor del enfoque multidisciplinar y que tiene a otros profesionales a su disposición, pero sin adelantar escenarios que puedan asustarle	Especialistas de la UMAG a los que es derivado el paciente	Ficha de especialidades

UMAG: Unidad Multidisciplinar de Asma Grave.

En la [tabla 2](#) se recogen los momentos detectados como clave durante la acogida del paciente, así como los profesionales involucrados y la información y material necesario. Se detectó que el término «grave» puede generar inquietud en el paciente, identificándose como una oportunidad para educar al paciente acerca del asma, adaptado a su conocimiento previo y entendimiento, para contextualizar el término y aliviar su preocupación.

Se definió el diseño, la estructura y el contenido final de los artefactos ([tabla 3](#)). Los artefactos: diario del paciente, hoja de

exacerbaciones y hoja de preparación de siguientes consultas, hoja de inhaladores y la ficha de especialidad de neumología están disponibles para su consulta en el material suplementario.

Discusión

El DCP nos ha permitido involucrar a todas las partes interesadas en el proceso de acogida del paciente para conocer sus perspectivas, experiencias y necesidades, y a partir de estas, cocrear propuestas que

Tabla 3Artefactos de apoyo para la acogida del paciente (*onboarding*) en la unidad multidisciplinar de asma grave

Artefacto	Descripción
<i>Hoja informativa de la unidad</i>	Presentación de la UMAG. Sirve para que el paciente pueda recordar con calma aquella información que se le ha adelantado o quiera ampliar. Incluye una breve descripción de la UMAG: propósito, profesionales que la forman, servicios que ofrece al paciente, funcionamiento y herramientas que se utilizarán
<i>Infografía sobre el asma</i>	Documento apoyado en imágenes que muestra los conceptos más importantes del asma y su nivel de gravedad, en unos términos y lenguaje que sean fácilmente entendibles para el paciente. Describe el asma (prevalencia, sintomatología, desencadenantes, exacerbaciones), recoge fuentes de información de interés e incluye un apartado para anotar dudas sobre el asma para consultar al profesional
<i>Diario del paciente, hoja de exacerbaciones y hoja de preparación de siguientes consultas^a</i>	Documentos estructurados para que el paciente pueda realizar anotaciones acerca de su sintomatología y desencadenantes, cambios en el tratamiento, exacerbaciones (incluye infografía para ayudar a detectar exacerbaciones y recomendaciones generales de actuación) y un espacio para preparar la siguiente consulta (p. ej., inquietudes que desea consultar a los profesionales de la UMAG) y anotar las acciones más importantes que de ella se deriven
<i>Hoja de inhaladores^a</i>	Información y acceso a explicaciones sobre la administración de los diferentes inhaladores empleados en el manejo del asma
<i>Ficha de especialidades^a</i>	Entregadas según se derive al paciente a otro especialista. Contiene información específica de cada servicio que compone la unidad y sirve para introducir cada uno en el momento que se decida su derivación. Se estructura en los siguientes apartados: por qué somos parte de la UMAG, qué podemos hacer por ti, profesional (incluye foto e información de contacto) y motivos por los que acude a este especialista (campo libre a rellenar por el referente)

UMAG: Unidad Multidisciplinar de Asma Grave.

^a Disponible para su consulta en el material suplementario. El lector interesado puede solicitar a los autores el envío de los artefactos para su visualización o uso autorizado.

aporten soluciones integrales e innovadoras. Los cuidados sanitarios han estado frecuentemente ligados a los 2 primeros componentes del denominado «buen diseño», el rendimiento (es decir, funcionalidad, en qué medida cumple con la tarea u objetivo propuesto, aplicación de la medicina basada en la evidencia) e ingeniería u organización (estándares de seguridad y reproducibilidad que salvaguardan a los pacientes); y menos en el tercero, la usabilidad (estética de la experiencia, cómo se experimenta o siente el conjunto de la interacción con el proceso o producto)¹². Al incorporar la experiencia (tercer componente del «buen diseño»), no se sustituyen o debilitan los otros 2 componentes, sino que estos también se expanden al encontrar debilidades y oportunidades de mejora del proceso para hacerlo más efectivo y seguro, reducir la variabilidad e involucrar al paciente. La formación sobre el asma, la promoción de la autonomía del paciente en sus cuidados y el refuerzo de la relación y comunicación con los profesionales son necesidades expresadas por los pacientes y elementos facilitadores para lograr resultados en salud^{13–16}, y son también los aspectos clave sobre los que pivota la acogida del paciente.

Es determinante conocer el flujo de procesos y experiencias para poder proporcionar la información adecuada en el momento adecuado, que esta sea útil y adaptada a las características del paciente; así como para ayudar a reforzar la colaboración entre profesionales sanitarios y pacientes a lo largo del tiempo¹⁷. La importancia de la acogida (*onboarding*) en el viaje del paciente también es destacada por Bellei et al.¹⁸, quienes seleccionaron una serie de requisitos relacionados con el *onboarding* o la bienvenida del paciente que debían cumplir los centros de excelencia en el tratamiento de la hidradenitis supurativa, entre los que se encontraba la necesidad de estandarizar este proceso, proporcionar información relevante acerca de la enfermedad y guías en situaciones de urgencia, así como favorecer un correcto flujo en la derivación y atención del paciente. Para nuestro conocimiento, el presente trabajo es el primero que establece y diseña una batería de soluciones para la acogida del paciente en una UMAG.

Otros trabajos previos también hallan necesidades similares y soluciones que, si bien no hacen referencia explícita al momento en el cual deben abordarse, parecería adecuado planificarlos desde la acogida del paciente. Van Harlingen et al.¹⁹ elaboraron una caja de herramientas (*toolkit*) para facilitar la comunicación y expresión de las preferencias de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o insuficiencia cardíaca crónica al conversar con sus profesionales sanitarios. Entre las herramientas propuestas se encuentran el diario de síntomas, plantillas para preparar preguntas o temas de conversación sobre la enfermedad para entablar durante la consulta, así como la importancia de proporcionar documentos o páginas web explicativas sobre la enfermedad. Philpot et al.²⁰ identificaron varios aspectos con un elevado potencial para afectar globalmente la experiencia del paciente, entre los que destacan la información proporcionada al paciente sobre el autocuidado, la medicación y su enfermedad, así como el estado de esta. Algunos de los métodos para mejorar estos aspectos son proporcionar cuestionarios previos a la consulta para conocer cambios sobre la enfermedad, facilitar material educativo que pueda ser descargable, planificar preguntas clave que deben ser respondidas durante la visita, proveer educación e instrucciones adaptadas a los pacientes sobre el seguimiento y hacer más acogedora la derivación a otros profesionales. Sonney et al.²¹ elaboraron un botiquín básico (*essentials kit*) para apoyar el manejo compartido del asma entre padres e hijos e identificaron la necesidad de disponer de un plan de acción, hojas informativas sobre el asma y los inhaladores o artefactos para poder registrar desencadenantes o síntomas, hallazgos consistentes con los observados en el presente trabajo.

Como limitaciones de este estudio, hay que indicar que la experiencia de los pacientes y la de los profesionales corresponden a las de un único centro y a un marco temporal determinado. Por tanto, al dar respuesta a las necesidades de los usuarios en un contexto espacio-temporal concreto, podrían diferir de otros entornos, teniendo en cuenta la aceleración de la evolución científico-tecnológica y su impacto social.

No obstante, se ha seguido una metodología de investigación cualitativa rigurosa, que ha involucrado a los agentes interesados en todo el proceso para conocer sus necesidades y cocrear soluciones que se adaptan a ellas. Firmemente creemos que pueden ser de utilidad tanto para otras UMAG como para otras unidades multidisciplinarias que atienden a pacientes crónicos complejos, independientemente de que pudiesen existir diferencias con respecto a la situación de otros centros o que las necesidades de los pacientes pueden cambiar rápidamente según los desarrollos tecnológicos. En este sentido, destacamos que se pueden observar similitudes entre las necesidades y soluciones encontradas en este proyecto y las descritas previamente por otros autores, en diferentes entornos y temporalidades. Las soluciones propuestas pueden ser aplicadas directamente o bien adaptarse a las particularidades de cada centro, y la metodología descrita puede servir de hoja de ruta para otros proyectos de mejora de la calidad asistencial. Además, tanto las necesidades como las soluciones propuestas van más allá del uso de tecnologías y, en todo caso, puede enfocarse positivamente: lejos de hacerlas obsoletas, los avances tecnológicos son herramientas que nos pueden permitir matizar, mejorar o adaptar a diferentes formatos las soluciones propuestas. También es importante destacar que la implicación de todos los servicios que componen la UMAG ha consolidado el carácter multidisciplinar y la cohesión de la unidad, y nos ha permitido detectar tanto las fortalezas como las debilidades y, consecuentemente, las oportunidades de mejora del proceso. Al involucrar a los pacientes en el proyecto, incluido el diseño de las soluciones, obtuvimos unos aprendizajes que nos ayudaron a orientar mejor dónde poner el foco de atención, tanto en el diseño de la acogida del paciente como en los artefactos que debían acompañarlo.

Este trabajo nos ha permitido diseñar, estructurar y estandarizar la acogida del paciente, proporcionando un entorno que facilita el autocuidado y la conversación abierta, empática y bidireccional entre pacientes y profesionales, de acuerdo con las necesidades clave expresadas por ambos. Estos hallazgos pueden ser útiles para otras unidades multidisciplinarias. El siguiente paso consistirá en determinar el impacto en la calidad asistencial y en el conocimiento de la enfermedad tras la implantación de las soluciones propuestas.

Aportación a la literatura científica

Los resultados presentados aportan información acerca de las necesidades de pacientes y profesionales en una unidad multidisciplinar de asma grave en relación con la acogida u *onboarding*, y proporciona una batería de soluciones y herramientas diseñadas colaborativamente mediante la metodología de diseño centrado en las personas.

Estas soluciones y herramientas pueden ser de ayuda para otras unidades multidisciplinarias de asma grave u otros proyectos de mejora de la calidad asistencial en enfermedades crónicas.

Responsabilidades éticas

El Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) de nuestro centro desestimó la necesidad de autorización del estudio al tratarse de un proyecto de mejora de la calidad asistencial que no incurre en ningún problema ético. Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado para participar.

Financiación

Los autores declaran que este trabajo recibió financiación de AstraZeneca y Sanofi.

Declaración de autoría

Todos los autores participaron en la concepción y diseño del trabajo. Hilario Martínez-Barros redactó la primera versión del manuscrito, bajo

la supervisión de María Muñoz-García, que fue revisada críticamente por el resto de los autores, quienes aportaron sus contribuciones. Todos los autores aprobaron la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

ASfarMA cuenta con financiación de AstraZeneca y Sanofi. Hilario Martínez-Barros ha recibido apoyo de AMGEN para viajar y asistir al *Midyear Clinical Meeting 2023* de la *American Society of Health-System Pharmacists*, celebrado en diciembre de 2023. María Muñoz-García ha recibido honorarios por ponencias de AstraZeneca y GSK y por asesoramiento por AstraZeneca, GSK y Sanofi. Darío Antolín-Amérigo ha recibido honorarios por ponencias de AstraZeneca, Chiesi, Gebro, GSK, Leti Pharma, Menarini, Roxall y Sanofi y por asesoramiento de ALK-Abelló, AstraZeneca, Chiesi y Gebro. Silvia Sánchez-Cuellar ha recibido honorarios por ponencias de AstraZeneca, Bial, Chiesi, Faes, Gebro Pharma, GSK, Novartis y Sanofi y por asesoramiento de AstraZeneca, Chiesi, GSK, Novartis y Sanofi, y ha recibido apoyo para viajar o asistir a reuniones científicas de AstraZeneca, Bial, Chiesi, Faes, Gebro Pharma, GSK, Novartis y Sanofi. Ana Morales-Tirado ha asistido a reuniones científicas con el apoyo de Sanofi. Laura Yeguas-Ramírez ha recibido honorarios por ponencias de GSK. Enrique Blitz-Castro ha recibido honorarios por ponencias de GSK y apoyo de Sanofi para asistir a reuniones científicas. Alfonso Santamaría-Gadea ha recibido honorarios por ponencias de AstraZeneca, GSK y Sanofi y por asesoramiento de AstraZeneca, GSK y Sanofi, y ha recibido apoyo para asistir a reuniones científicas de Sanofi. Belén de-la-Hoz-Caballer ha recibido honorarios por ponencias de Immunotek y por asesoramiento de Leti Pharma y Sanofi.

Agradecimientos

Agradecemos la inestimable y desinteresada colaboración de los pacientes en los talleres y entrevistas en profundidad. Agradecemos a Joan Vinyets Rejón y Laura Martínez Mifsut por compartir con nosotros bibliografía y su bagaje en experiencia del paciente.

Presentación en congresos

El proyecto ha sido presentado parcialmente en Congresos Nacionales: Organización: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; lugar: Bilbao; fecha: del 5 al 7 de octubre de 2023. Título: Proyecto ASfarMA: Diseño del Onboarding del paciente en una Unidad Multidisciplinar de Asma Grave.

Organización: Sociedad Española de Calidad Asistencial; lugar: Murcia; fecha: del 25 al 27 de octubre de 2023. Título: Momentos clave del aterrizaje de un paciente en la Unidad Multidisciplinar de Asma Grave. Presentado como comunicación oral.

Organización: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica; Lugar: Santiago de Compostela. Fecha: del 25 al 28 de octubre de 2023. Título: El «onboarding»: innovación de procesos y humanización de una unidad de asma grave. Presentado como comunicación oral.

Responsabilidad y cesión de derechos

Todos los autores aceptamos la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (disponible en <http://www.icmje.org/>).

Declaración de contribución de autoría CRediT

Hilario Martínez-Barros: Writing – review & editing, Writing – original draft, Project administration, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **María Muñoz-García:** Writing – review & editing, Supervision, Project administration,

Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Darío Antolín-Amérigo:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Silvia Sánchez-Cuellar:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Ana Morales-Tirado:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Ana de Andrés-Martín:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Gonzalo de-los-Santos-Granados:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Laura Yeguas-Ramírez:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Enrique Blitz-Castro:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Alfonso Santamaría-Gadea:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Belén de-la-Hoz-Caballer:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Sagrario Martín-Aragón:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **David González-de-Olano:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Formal analysis, Data curation, Conceptualization. **Ana María Álvarez-Díaz:** Writing – review & editing, Methodology, Investigation, Funding acquisition, Formal analysis, Data curation, Conceptualization.

Anexo A. Dato suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.farma.2025.07.003>.

Bibliografía

1. Quirce S, Plaza V, Picado C, Vennera M, Casafont J. Prevalence of uncontrolled severe persistent asthma in pneumology and allergy hospital units in Spain. *J Invest Allergol Clin Immunol*. 2011;21:466–71.
2. Climente-Martí M, Ausín-Herrero P, Carballo-Martínez N, Merino-Bohórquez V, Gómez-Bastero A, López-García VM. Best practices for interdisciplinary care of uncontrolled severe asthma patients (TEAM project). *Farm Hosp*. 2020;44(5):230–7. doi:10.7399/fh.11436.
3. Comité Ejecutivo de la GEMA. GEMA 5.4. Guía española para el manejo del asma; 2024. [consultado 12 May 2025]. Disponible en: <https://www.gemasma.com/>.
4. Pérez de Llano LA, Villoro R, Merino M, Gómez Neira M del C, Muñiz C, Hidalgo Á. Cost effectiveness of outpatient asthma clinics. *Arch Bronconeumol*. 2016;52(4):196–203. doi:10.1016/j.arbres.2015.09.009.
5. Melles M, Albayrak A, Goossens R. Innovating health care: key characteristics of human-centered design. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(Supplement_1):37–44. doi:10.1093/intqhc/mzaa127.
6. Muñoz-García M, Martínez-Barros H, Sánchez-Cuellar S, Morales-Tirado A, De-Andrés-Martín A, De-Los-Santos-Granados G, et al. Optimisation of the quality of care for patients with severe asthma: ASfarMA project. *Eur J Hosp Pharm*. 2024;31(5):480–2. doi:10.1136/ejpharm-2022-003611.
7. International Organization for Standardization. ISO 9241-210:2019. Ergonomics of human-system interaction part 210: Human-centered design for interactive systems. [consultado 07 Abr 2024]. Disponible en: 2019 <https://www.iso.org/es/contents/data/standard/07/75/77520.html>.
8. Leary M, Cacchione PZ, Demiris G, Carthon JMB, Bauermeister JA. An integrative review of human-centered design and design thinking for the creation of health interventions. *Nurs Forum*. 2022;57(6):1137–52. doi:10.1111/nuf.12805.
9. Álvarez A, Barreda D, Bermejo T, Delgado E, García A, García M, et al. Guía humanización servicios de farmacia hospitalaria. SEFH; 2020. [consultado 07 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.sefh.es/guia-humanizacion/docs/guia-humanizacion-espanol.pdf>.
10. Bhattacharyya O, Blumenthal D, Stoddard R, Mansell L, Mossman K, Schneider EC. Redesigning care: adapting new improvement methods to achieve person-centred care. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(3):242–8. doi:10.1136/bmjqs-2018-008208.
11. De Vries N, Lavreysen O, Boone A, Bouman J, Szemik S, Baranski K, et al. Retaining healthcare workers: a systematic review of strategies for sustaining power in the workplace. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(13):1887. doi:10.3390/healthcare11131887.
12. Bate P, Robert G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(5):307–10. doi:10.1136/qshc.2005.016527.

13. Miles C, Arden-Close E, Thomas M, Bruton A, Yardley L, Hankins M, et al. Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017;27(1):57. doi:[10.1038/s41533-017-0056-4](https://doi.org/10.1038/s41533-017-0056-4).
14. Fawcett M, Coughlan C, McGeorge E, Imran A, Bello F, Kneebone R, et al. Qualitative evaluation of asthma services for young people: a sequential simulation study. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. 2020;7(3):134–9. doi:[10.1136/bmjstel-2020-000585](https://doi.org/10.1136/bmjstel-2020-000585).
15. Eassey D, Reddel HK, Ryan K, Smith L. Living with severe asthma: the role of perceived competence and goal achievement. *Chron Illn*. 2021;17(4):416–32. doi:[10.1177/1742395319884104](https://doi.org/10.1177/1742395319884104).
16. Baggott C, Chan A, Hurford S, Fingleton J, Beasley R, Harwood M, et al. Patient preferences for asthma management: a qualitative study. *BMJ Open*. 2020;10(8):e037491. doi:[10.1136/bmjopen-2020-037491](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037491).
17. Chidambaran V, Simpson B, Brower L, Hanke R, Mecoli M, Lane B, et al. Design and implementation of a novel patient-centered empowerment approach for pain optimisation in children undergoing major surgery. *BMJ Open Qual*. 2022;11(3):e001874. doi:[10.1136/bmjopen-2022-001874](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001874).
18. Bellei EA, Shirozaki MEM, Puglia ALP, Esteves de Carvalho AV, Riquena B, Vallilo CC, et al. Requirements for brazilian outpatient centers of excellence in hidradenitis suppurativa: consensus co-creative study. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023 (16):2029–44. doi:[10.2147/CCID.S420750](https://doi.org/10.2147/CCID.S420750).
19. van Harlingen AOW, van de Ven LG, Hasselaar J, Thalen J, Jukema J, Vissers K, et al. Developing a toolkit for patients with COPD or chronic heart failure and their informal caregivers to improve person-centredness in conversations with healthcare professionals: a design thinking approach. *Patient Educ Couns*. 2022;105(11):3324–30. doi:[10.1016/j.pec.2022.07.002](https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.002).
20. Philpot LM, Khokhar BA, DeZutter MA, Loftus CG, Stehr HI, Ramar P, et al. Creation of a patient-centered journey map to improve the patient experience: a mixed methods approach. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2019;3(4):466–75. doi:[10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004](https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004).
21. Sonney J, Duffy M, Hoogerheyde LX, Langhauser E, Teska D. Applying human-centered design to the development of an asthma essentials kit for school-aged children and their parents. *J Pediatr Health Care*. 2019;33(2):169–77. doi:[10.1016/j.pedhc.2018.07.008](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.07.008).