

16

2021



MONOGRAFÍAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

Debate sobre los modelos de asistencia

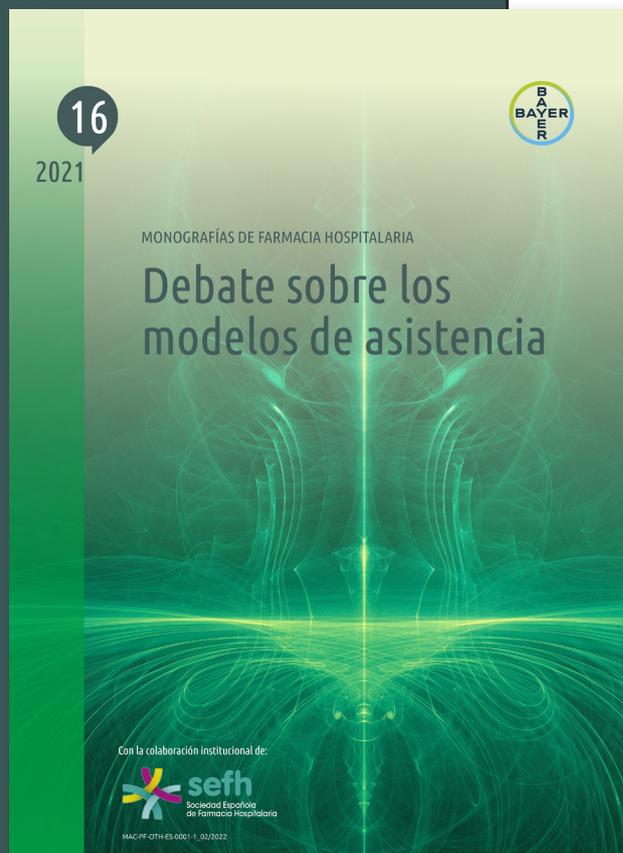
Con la colaboración institucional de:



MAC-PF-OTH-ES-0001-1_02/2022

Monografías de Farmacia Hospitalaria

Año 2021 Número 16



Edita:

BAYER HISPANIA, S.L.
Sociedad Unipersonal
Avda. Baix Llobregat, 3-5
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
C.I.F. Nº B08193013

ISBN: 978-84-09-39017-5

Cómo citar esta obra

VV.AA. *Monografías de Farmacia Hospitalaria: Debate sobre los modelos de asistencia* (nº 16).

Barcelona: Bayer Hispania SL, 2021.

Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcial, por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, reimpresión, etc.) sin autorización expresa del editor.

Monografías de Farmacia Hospitalaria no es responsable de las opiniones o juicios de valor expresados por los autores.

Debate sobre los modelos de asistencia

Número coordinado por:

José Luis Poveda Andrés

Jefe del Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia

Consejo editorial

Miguel Ángel Calleja Hernández

Jefe del Servicio de Farmacia. Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Olga Delgado Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma.
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Eduarne Fernández de Gamarra Martínez

Farmacéutica adjunta. Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Alicia Herrero Ambrosio

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

M^a Isabel Martín Herranz

Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

José Luis Poveda Andrés

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.

SUMARIO

Prólogo

Patricia Lacruz

Presentación

Olga Delgado

10

Nuevos circuitos asistenciales.
Visión general: ventajas y
desventajas

Ramón Morillo Verdugo

1. Introducción
2. El circuito ideal
3. Posibilidades en la práctica real
4. Conclusiones
5. Bibliografía



28

Tres modelos de atención farmacéutica: centro de salud, oficina comunitaria y domiciliaria

Introducción
M^a Isabel Martín Herranz

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución
Irene Zarra Ferro,
Goretti Durán Piñeiro,
Beatriz Bernárdez Ferrán

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria
Jana Vidal Otero,
Maria-Queralt Gorgas Torner

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria
Luis Margusino-Framiñán

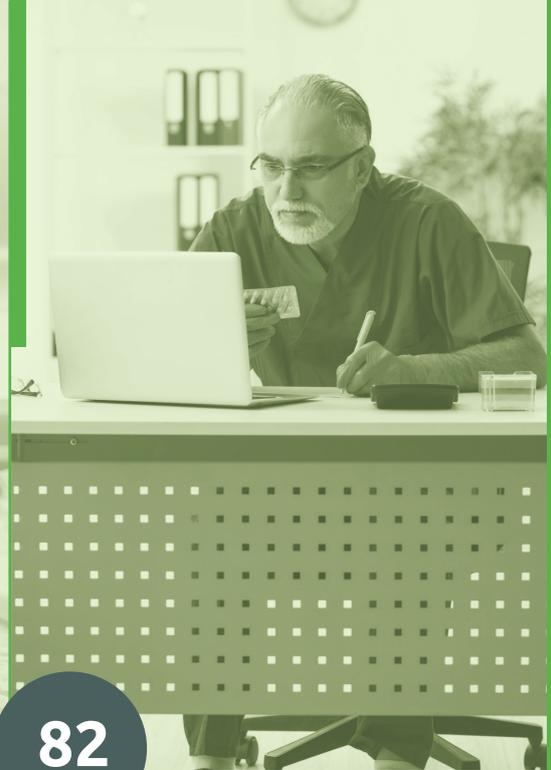


66

Criterios para la selección de pacientes en telefarmacia

Tránsito Salvador Gómez,
Mercedes Gimeno Gracia

1. Atención farmacéutica
2. Concepto de telefarmacia. Cómo se ha acelerado por el COVID-19
3. Código Español de Ética Farmacéutica
4. Pacientes candidatos a telefarmacia
5. Conclusiones
6. Bibliografía



82

Salud móvil y su aportación a la atención farmacéutica

Introducción
Olga Delgado Sánchez

La salud móvil al servicio de la atención farmacéutica: presente y futuro en el Hospital de Sant Pau
Mar Gomis Pastor

¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
Roberto Collado Borrell,
Vicente Escudero Vilaplana

Salud móvil: qué aporta a la atención farmacéutica
Juan Eduardo Megías Vericat,
José Luis Poveda Andrés

Prólogo



Patricia Lacruz

Directora General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

La transformación siempre se acelera cuando todas las personas que tienen un papel en ella tienen claro que es necesario hacerla. La gestión del cambio es cultural y requiere creencia, esfuerzo, dedicación y trabajo conjunto. Así es como la pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) ha ayudado al Sistema Nacional de Salud (SNS) a mejorar. Algo bueno tenía que tener.

Recuerdo, sin querer recordarlo, los meses de marzo y abril del 2020, sobre todo, cuando se declaró el estado de alarma y se estableció la cuarentena nacional. En ese momento y ante la normativa garantista que regula la política farmacéutica en nuestro país, consensuamos, junto con las comunidades autónomas, que lo más importante era habilitar una vía para que los pacientes dispusieran de la medicación que necesitaban. Así pues, mediante la *Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*, se estableció que, de forma excepcional, el órgano competente en materia de prestación farmacéutica de la comunidad autónoma sería el que estableciera las medidas oportunas para garantizar la dispensación de los medicamentos de dispensación hospita-

laria, sin que deban ser dispensados en las dependencias del hospital. Todo ello, porque era necesario que la respuesta se amoldara a las estructuras y a la organización de cada comunidad, en ese momento y de forma proporcional.

Esto fue el inicio jurídico de la dispensación no presencial de los medicamentos de dispensación hospitalaria en el SNS y tuvo su continuación cuando finalizó el estado de alarma, con el *Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. En su disposición adicional sexta, se estableció, tras la experiencia trasladada por todas las comunidades autónomas en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, que la dispensación no presencial debía permanecer y que la garantía principal se iba a acunar en la responsabilidad de los servicios de farmacia hospitalarios en el seguimiento farmacoterapéutico y en el suministro de los medicamentos hasta el lugar de destino. Aquí tuvo un papel importante la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Gracias.

Esta medida se ratificó de nuevo mediante lo establecido en la disposición adicional quinta

de la *Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19*. Lo mejorable de todo el proceso es su eficacia temporal, ya que, a pesar de que intentamos que no fuera así, es actualmente coyuntural, y debe ser consolidada en nuestro ordenamiento jurídico. Su fin es el momento en el que se acuerde en el Consejo de Ministros el fin de la crisis sanitaria.

Ahora tenemos la oportunidad de analizar los distintos modelos implementados en el SNS y determinar aquellos que han conseguido alcanzar los mejores resultados para los pacientes. Comparto mi visión: disponer de un modelo integrado en el cual las actividades se desarrollen según las necesidades de los pacientes, estratificándolas por niveles de complejidad y aportando el valor que se necesita a quien lo requiere: calidad, eficiencia y progreso.

La consolidación de la transformación digital en el proceso farmacoterapéutico es una realidad. Convertir las debilidades en oportunidades y transformarlas en fortalezas futuras es el reto. No caben pasos atrás.

Presentación



Olga Delgado Sánchez

*Jefe de Servicio de Farmacia.
Hospital Universitari Son Espases. Palma.
Presidenta de la Sociedad Española de
Farmacia Hospitalaria (SEFH).*

El modelo asistencial sanitario está en continua evolución, adaptándose a los cambios de vida y de la sociedad, e incorporando no solo la tecnología disponible, sino la tendencia a la ambulatorización de los procesos, las altas tempranas y la asistencia domiciliaria.

La farmacia hospitalaria no es ajena a estos cambios asistenciales, pero la pandemia por la enfermedad por COVID-19 ha supuesto una auténtica palanca hacia la evolución a una atención no presencial, fomentando la continuidad de este modelo con otros niveles asistenciales, y el seguimiento y acompañamiento de los pacientes atendidos en las unidades de pacientes externos.

Para abordar este debate, hemos seleccionado cuatro artículos que nos dan la visión de los cambios que se han producido en este último año. Ninguno es nuevo, y algunos hospitales fueron pioneros en su implantación, pero estamos en una etapa de verdadera expansión y desarrollo normativo, organizativo y tecnológico de los mismos.

Abordamos en esta monografía un análisis de los modelos que se han puesto en marcha para la dispensación no presencial de los medicamentos y el desarrollo de la telefarmacia, términos que a veces se confunden, pero que deben ser claramente separados en su planteamiento y desarrollo.

La telefarmacia se impone como una herramienta para la atención y el seguimiento no presencial, pero sin duda hay que reflexionar a qué paciente y en qué momento se le puede ofrecer este modelo de atención, priorizando los pacientes candidatos y centrándonos en una atención longitudinal, con la definición de criterios conjuntamente con el equipo asistencial.

Se debate la dispensación no presencial a través de los modelos que normativamente se permiten, como son la coordinación con la oficina de farmacia comunitaria, a través de la atención primaria o mediante el envío de medicación al domicilio del paciente.

Finalmente se aborda la atención farmacéutica mediante aplicaciones de salud móvil,

que permiten una conexión del paciente con el equipo asistencial de forma directa y participativa, para lo que contamos con la experiencia de farmacéuticos que nos indican los pasos seguidos para la implantación y las perspectivas futuras.

No pretendemos en esta monografía hablar de la tecnología necesaria, ni de lograr la trazabilidad de los medicamentos en el entorno extrahospitalario, sino de cómo crear una atención a los pacientes diferente, bidireccional y continua, con una red profesional que permita compartir objetivos terapéuticos y conocimiento más allá del hospital, y en la que el paciente tome el protagonismo imprescindible sobre su tratamiento, que le permita lograr los mejores resultados.

Pensamos que estos debates no pueden ser más oportunos en el tiempo, pues es ahora cuando no se puede volver atrás el camino avanzado y debemos asentar las bases de los cambios de modelos asistenciales que ya se venían intuyendo, pero que ahora se han constituido como una demanda real de los pacientes y del sistema sanitario.



1

Nuevos circuitos asistenciales. Visión general: ventajas y desventajas

Ramón Morillo Verdugo



Ramón Morillo Verdugo

Facultativo especialista de área de Farmacia Hospitalaria.
Hospital de Valme. Sevilla.

Índice

1. Introducción
2. El circuito ideal
3. Posibilidades en la práctica real
4. Conclusiones
5. Bibliografía

1. Introducción

Probablemente, tras la propia enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), el concepto más comúnmente nombrado o comentado en los servicios de farmacia hospitalaria, desde la irrupción de la pandemia por síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), en marzo de 2020 hasta la actualidad, ha sido el de telefarmacia. Si bien es cierto que no es un concepto nuevo o de reciente creación, la inesperada e impactante pandemia ha conseguido ponerla en un primer plano del debate asistencial dentro de la profesión farmacéutica general y, más concretamente, la farmacia hospitalaria en particular, acelerando su llegada.

Lejos de pillar al colectivo desprevenido o con el pie cambiado, la farmacia hospitalaria, gracias al desarrollo y la evolución del Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX), en marcha desde el año 2015, consiguió, prácticamente de la noche a la mañana, incorporar con gran acierto y rapidez diferentes circuitos asistenciales, adaptados a los medios y recursos disponi-

bles en cada entorno asistencial y, por qué no decirlo, también en muchos casos, a las necesidades de los propios pacientes. Con el liderazgo de los profesionales de la farmacia hospitalaria y el apoyo institucional, administrativo, logístico y clínico por parte de otros profesionales, la profesión dio una respuesta adecuada a un momento tan crítico como decisivo para el devenir de los próximos años, en cuanto se refiere a la atención farmacéutica al paciente externo.

La telefarmacia, definida como “la práctica asistencial a distancia gracias a las nuevas tecnologías” no debe sin embargo estancarse, ni tan siquiera reflejarse, en un momento tan histórico como anecdótico, como lo que pasó en el periodo más duro del confinamiento. Para ello, obviamente, hay que seguir profundizando en los cuatro grandes ámbitos de actuación que incluye la propia definición de este concepto: seguimiento farmacoterapéutico, formación e información a pacientes, coordinación asistencial y, por último, la dispensación y/o entrega informada de la medicación.

Probablemente sea esta última vertiente la más conocida y empleada de dicho recurso asistencial. Sin embargo, no nos debe hacer perder la referencia sobre cómo y cuándo debe utilizarse, no en vano, la nueva definición de la atención farmacéutica, y los pilares sobre los que se sustentan contemplan un escenario en el que la multidimensionalidad, el dinamismo asistencial y la toma de decisiones compartidas hará que, en los próximos años, veamos lo que ya se vislumbra y se empieza a conocer como atención farmacéutica dual o complementaria, donde lo presencial compartirá importancia con lo digital. En la Figura 1 (extraída del Marco Estratégico de Telefarmacia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [SEFH]), se observa gráficamente cómo integrar ambos aspectos utilizando los diferentes recursos asistenciales.

Si hasta ahora, digámoslo así, ha sido el paciente el que ha tenido que moverse, a partir de ahora toca un replanteamiento de estrategia asistencial, para que el que se mueva,

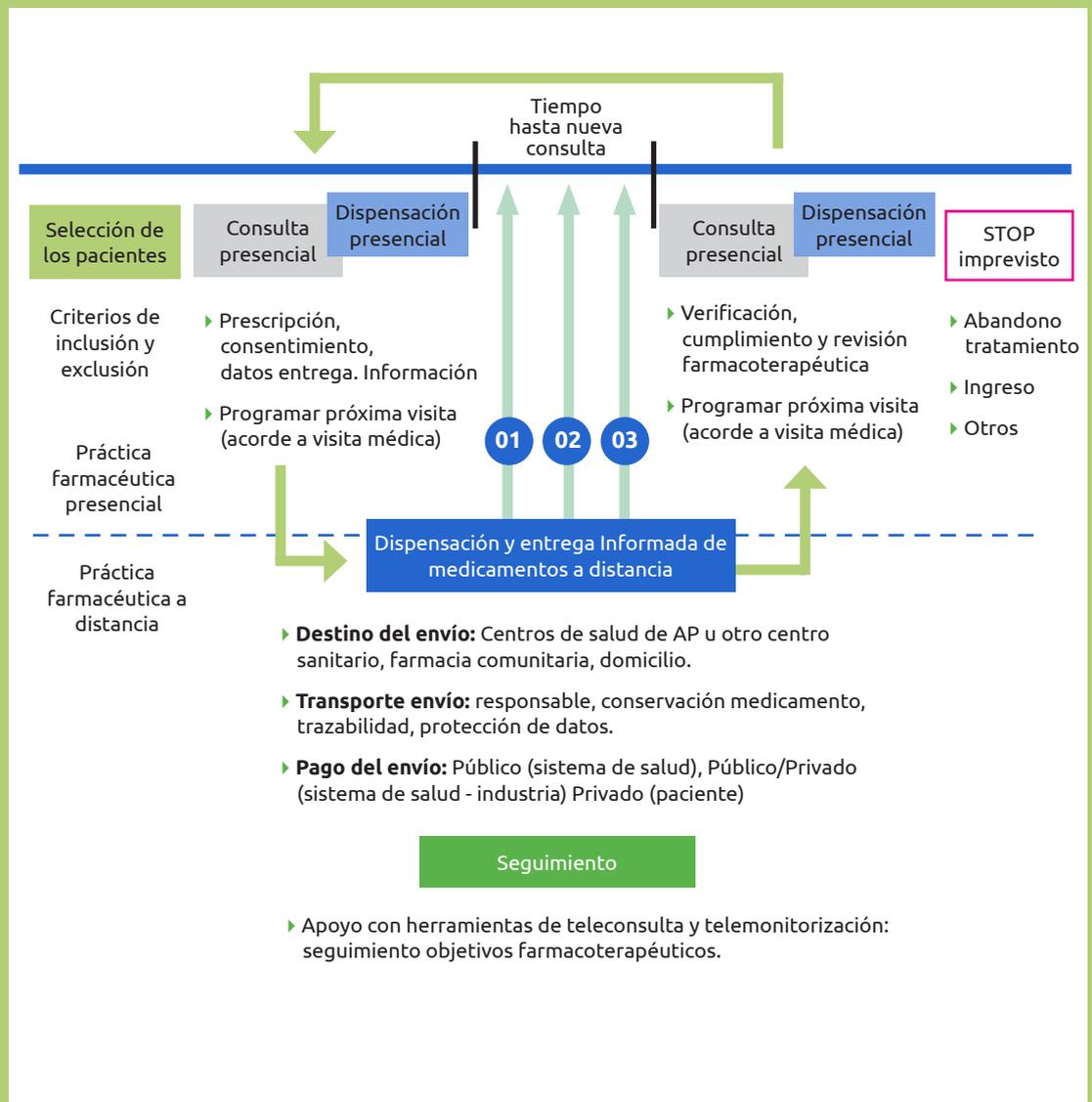
cuando corresponda, sea el medicamento. Sin embargo, esto, bajo ningún concepto, categoriza como sinónimos dos términos que no lo son y que, tal vez, y dadas las urgencias en la puesta en marcha de estos servicios durante la primera ola de la pandemia, pudieran confundirse: *home-delivery* (entrega a domicilio) y telefarmacia. A este respecto, la gran aportación del segundo concepto radica en el conocimiento especializado y la inmediatez de la acción y la coordinación asistencial que aportan los especialistas gracias a las nuevas tecnologías dispuestas para el seguimiento a distancia de los pacientes.

Una vez aclarado y cerrado ese punto, veamos a continuación los elementos imprescindibles que debe incorporar el que podríamos denominar “el circuito ideal” y, a continuación, las ventajas y desventajas de cada una de las posibilidades asistenciales que, en términos generales, actualmente se mantienen vigentes en diferentes servicios de farmacia hospitalaria en España.

F01

Figura 1.

Descripción del procedimiento de seguimiento a los pacientes en un programa de telefarmacia (tomado del Mapa estratégico para la Atención farmacéutica al Paciente Externo, de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria).



AP: Atención Primaria; MAPEX: mapa estratégico de Atención farmacéutica al paciente externo.

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos del grupo de trabajo Proyecto MAPEX (Marco estratégico en telefarmacia).

2. El circuito ideal

Los elementos imprescindibles para el diseño, la puesta en marcha y el desarrollo de un circuito asistencial ideal para la atención farmacéutica dual al paciente externo, que incluya dispensación o entrega informada fuera de las consultas externas de farmacia hospitalaria, pueden ser agrupados en cuatro bloques (Figura 2), que se detallan a continuación.

2.1 Elementos estratégicos

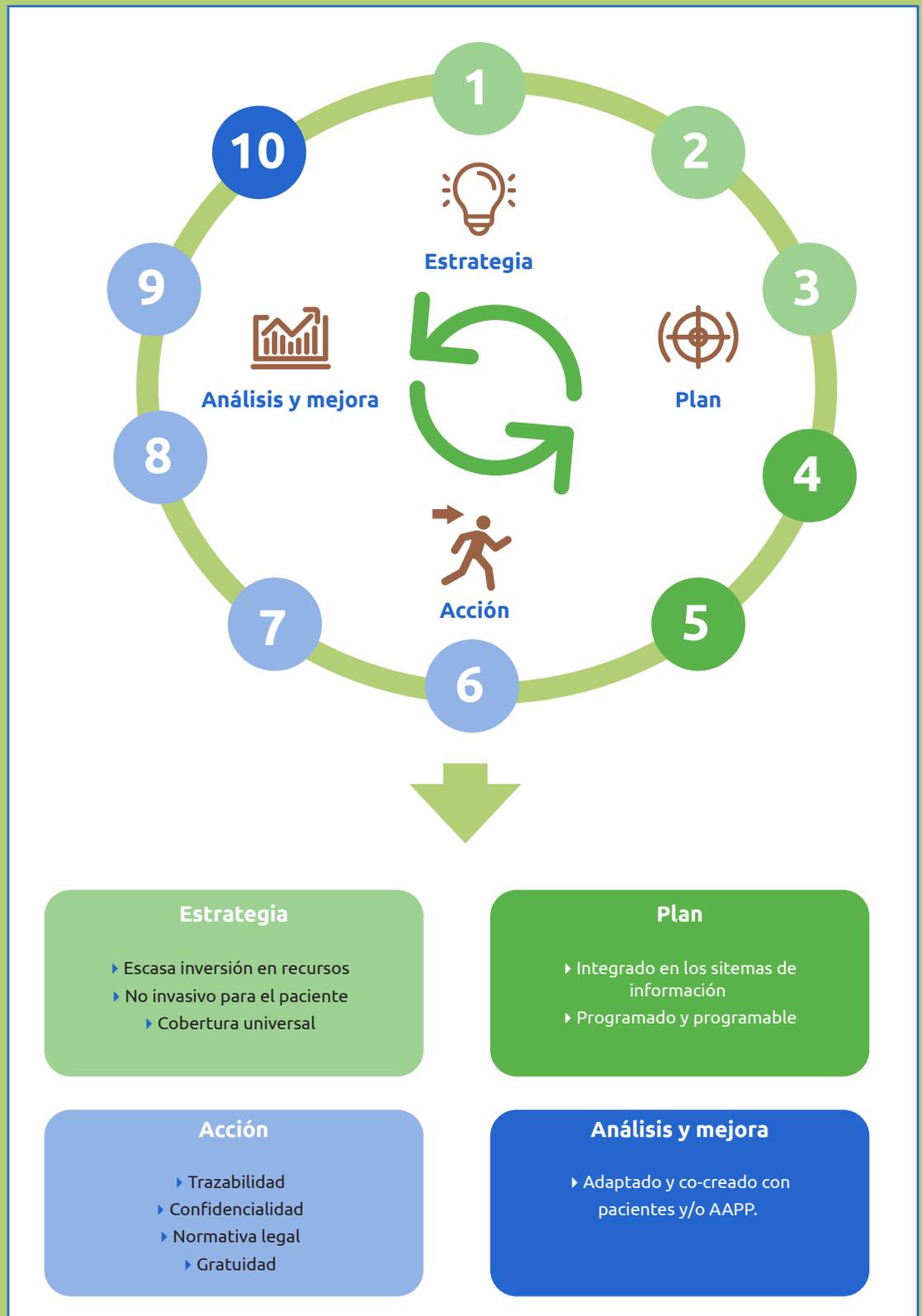
Son elementos que definen la proyección y el avance desde el punto de vista macro del procedimiento. Entre estos, podemos incluir:

- Inversión en recursos: idealmente la puesta en marcha de un circuito de estas características debería hacerse con una mínima inversión en recursos, tanto humanos como materiales. Para ello, es necesario, en la medida de lo posible, utilizar o reasignar los medios ya disponibles.
- Que no sea invasivo para el paciente: el circuito debe influir y/o condicionar mínimamente los hábitos de vida y rutina diaria de los pacientes incluidos en el mismo. En este sentido, una vez que un paciente cumpla los requisitos para su incorporación a un procedimiento que incluya una atención farmacéutica dual, esta ha de ofrecer las posibilidades para que se adapte a sus circunstancias personales y/o profesionales en todo momento (teleconsultas programadas en franjas horarias con disponibilidad, entregas adaptadas a las circunstancias propias de cada paciente, etc.).
- Que tenga cobertura universal: la puesta en marcha de un procedimiento de estas características no debe excluir a ningún paciente por características relacionadas exclusivamente con el medicamento prescrito o su patología del entorno especializado. Para ello, hay que contemplar las diferentes dimensiones que condicionan el uso del medicamento y la consecución de los objetivos en relación

F02

Figura 2.

Elementos imprescindibles para el diseño de un circuito asistencial ideal para la atención al paciente externo.



con la farmacoterapia, para priorizar la actividad farmacéutica en los pacientes de forma regular. Se recomienda aplicar periódicamente los criterios definidos en MAPEX para este aspecto.

2.2 Elementos de planificación

Son elementos que determinan la integración y puesta en marcha asistencial del procedimiento. Entre estos, podemos incluir:

- La integración en los sistemas de información. Idealmente toda la información generada sobre las visitas, las consultas de atención farmacéutica, las entregas informadas de medicación y los datos reportados por pacientes de manera síncrona o asíncrona, debe poder estar incorporada fácilmente dentro de los sistemas de información y de la historia clínica informatizada de los diferentes sistemas de salud.
- Que sea programado y programable. La planificación asistencial es un elemento basal imprescindible para el éxito del desarrollo de cualquier circuito de atención a los pacientes. Por ello, el circuito tiene que poder ofrecer esa posibilidad, tanto desde el punto de vista profesional, programando las consultas y entregas informadas, como desde el propio paciente, solicitando la demanda en tiempo real o tiempo útil.

2.3 Elementos de acción

Son los elementos que guían el funcionamiento habitual del circuito. Entre ellos destacamos, por imprescindibles:

- La trazabilidad: el circuito ha de permitir, en cualquier momento, conocer la situación clínica de los pacientes atendidos y la logística de los medicamentos dispensados.
- La confidencialidad: en todo momento, en cada una de las actividades y procedimientos llevados a cabo, la máxima confidencialidad debe guiar la realización de esta actividad asistencial.
- La normativa legal: el circuito utilizado ha de ser capaz no solo de cumplir con la normativa legal vigente en el momento de la puesta en marcha, sino, sobre todo, de adaptarse con relativa facilidad a las futuras leyes o requisitos que puedan identificarse en los años venideros.
- La gratuidad: el paciente no debería asumir los costes de su participación en este procedimiento. Entendiéndose que, como se ha comentado anteriormente, forma parte de un servicio o prestación asistencial que complementa a la actividad presencial ya realizada de forma gratuita en los centros hospitalarios en España.

2.4 Elementos de análisis y mejora permanente

Debe ser cocreado con pacientes y/o asociaciones de pacientes y adaptado a ellos. En línea con las estrategias de humanización asistencial y mejora de la calidad, para mejorar la experiencia del paciente, el circuito asistencial tiene que estar diseñado desde sus inicios y ha de ser mejorado permanentemente, incluyéndose la voz y la opinión de los pacientes o sus asociaciones de representación.

3. Posibilidades en la práctica real

Lejos de hacer un repaso minucioso y detallado sobre experiencias específicas que se han difundido, publicado o comunicado en los últimos tiempos en España sobre el diseño de circuitos asistenciales que incluyen los diferentes puntos de entrega informada indicados a continuación, se ha realizado un análisis global, incluyendo los principales problemas comunes, fortalezas demostradas, debilidades y aspectos en los que los determinados colectivos integrados pueden seguir centrandose sus aportaciones de valor específicas para el avance futuro de estas propuestas. Sin profundizar demasiado en una premisa, hay que recordar que, obviamente, de forma previa a las entregas, en cualquier tipo de circuito, tiene que haber, obligatoriamente, una consulta de atención farmacéutica virtual o digital.

3.1 Oficina de farmacia

Uno de los mayores retos y/o amenazas que pudieran existir respecto a la incorporación de la oficina de farmacia y sus profesionales en los circuitos asistenciales de atención far-

macéutica dual, incluyéndolas como puntos expresos de entrega informada de medicación, radica en la posible pérdida de referencia profesional para los pacientes participantes. Esto pudiera ser debido a que el paciente perciba e identifique posibles actuaciones diferentes o contradictorias prestadas por los profesionales integrados en el circuito. Y obliga necesariamente a establecer una comunicación interniveles, que tiene que ser formal e integrarse dentro de los sistemas de información, y un procedimiento de trabajo en el que queden perfectamente indicadas qué actuaciones se han de llevar a cabo para cada tipo de paciente y el momento específico del seguimiento, evitándose así la duplicidad de actuaciones, la disparidad de criterios, las informaciones confusas o la pérdida de variables clínicas durante el seguimiento. Es tan conflictivo como disruptivo, y superar este reto, en parte cultural, en parte tecnológico, debe ser una premisa sobre la que profundizar en los próximos años.

Por otro lado, para determinados colectivos de pacientes, en los cuales la confidenciali-

dad respecto a su patología y tratamiento resulta imperiosa, la incorporación de este circuito podría resultar incluso contraproducente.

Sin duda, poder disponer de un profesional farmacéutico que asesore y ofrezca su conocimiento y criterio para el mejor uso y manejo de la farmacoterapia prescrita es un activo que no se puede dejar de señalar como fortaleza en este tipo de circuitos. Por otra parte, al ser establecimientos consolidados y con una importante y profesionalizada red logística, la incorporación de esta al circuito asistencial garantiza, en todo momento, una trazabilidad del proceso, especialmente importante para aquellos pacientes que tengan prescritos medicamentos termolábiles o de especial almacenamiento.

Respecto a las debilidades identificadas, sigue existiendo una necesidad de desplazamiento del paciente, aunque sea mínima, y un ajuste o adaptación a los horarios comerciales o en los que el servicio ofrecido esté disponible.

Adicionalmente, el necesario conocimiento del procedimiento y de las intervenciones profesionales a llevar a cabo obliga a que, necesariamente, el *staff* de la oficina de farmacia esté formado e informado de este procedimiento asistencial para proceder a su incorporación y participación en el mismo.

Otro de los posibles condicionantes, en algunos casos, puede estar en la participación expresa de la oficina de farmacia que inicialmente pueda seleccionar el paciente dentro del circuito. En el caso de no estar incorporada o no participar, obliga o condiciona al propio paciente a seleccionar alguna que pudiera no ser preferencial.

Por último, la oficina de farmacia ofrece una extensa red de establecimientos que potencialmente podrían cubrir las necesidades de la mayoría de los individuos, ensalzando su colaboración como puntos de salud asistenciales. Esto y su evidente cercanía al paciente resultan elementos fundamentales sobre los que pivotar para el desarrollo y la mejora de los futuros proyectos que integren a estos profesionales como participantes en los circuitos de atención farmacéutica dual (Figura 3).

3.2 Coordinación con atención primaria

La integración con los farmacéuticos de atención primaria dentro de este tipo de circuitos asistenciales está muy condicionada, tanto desde el punto de vista asistencial como de los propios pacientes, si forman parte o no de las denominadas áreas de gestión sanitaria integradas (o los diferentes sinónimos disponibles en las diferentes comunidades autónomas en España). Obviamente, la comunicación y el uso de recursos asistenciales no tiene nada que ver si se da esa circunstancia o no. Es decir, la coordinación asistencial necesaria para poner en marcha y, sobre todo, desarrollar y mantener un circuito de estas características, condiciona el volumen de trabajo y los pacientes que pudiera incluir el procedimiento.

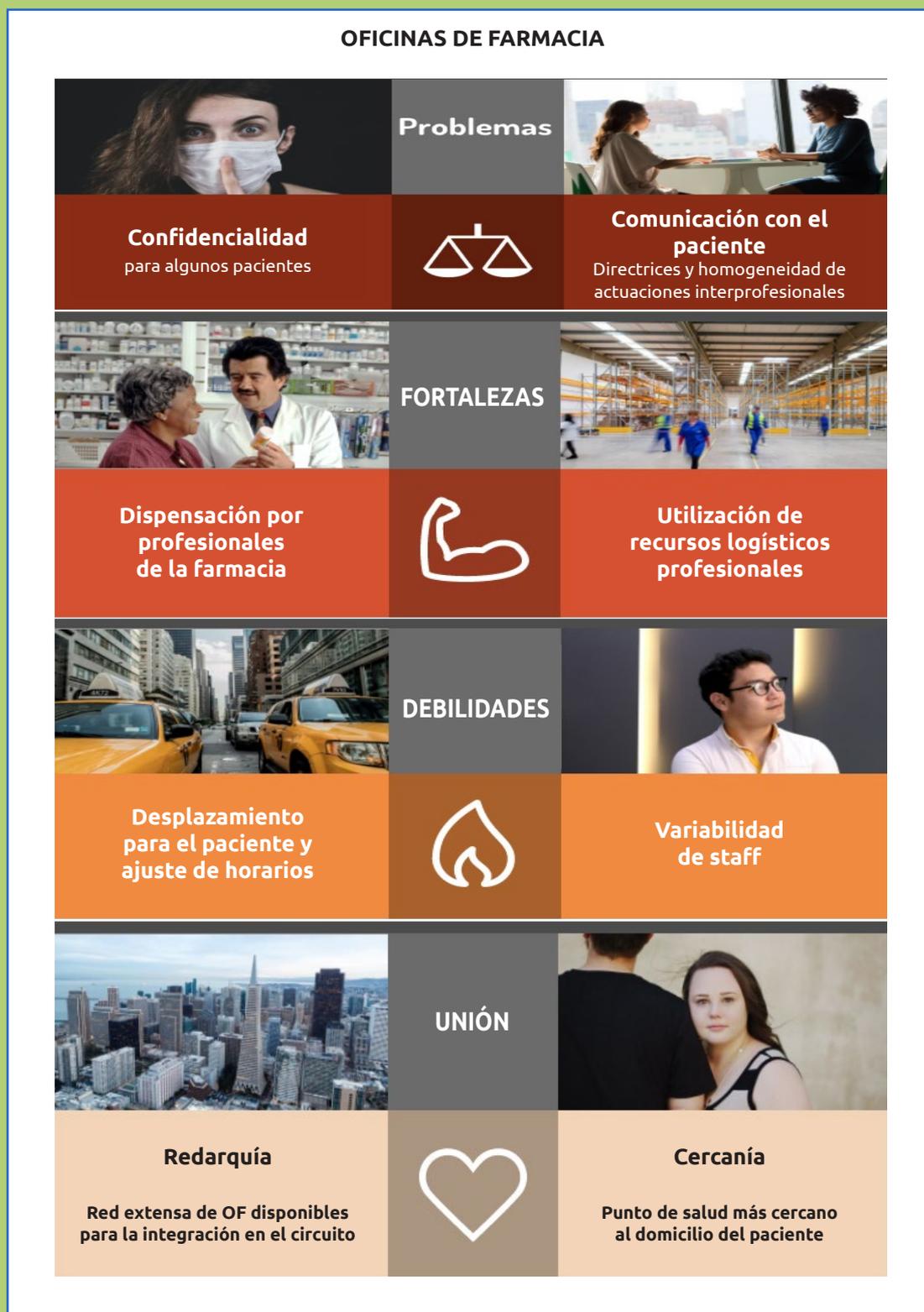
Por otra parte, sí que resulta más accesible la posibilidad de planificar y programar las agendas, al compartir sistemas de información en la mayoría de los casos.

De nuevo, disponer de un profesional farmacéutico, que, en muchas ocasiones, será también especialista en farmacia hospitalaria y, por tanto, con una formación y experiencia

F03

Figura 3.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a la oficina de farmacia.



OF: Oficina de farmacia.

previa en atención farmacéutica y dispensación, es un importante aval para este tipo de circuitos. En caso de que dicha dispensación no fuera realizada por un farmacéutico, dicha fortaleza se convertiría, automáticamente, en debilidad.

Precisamente, entre las posibles debilidades a destacar, se encuentra, de nuevo, el obligar al paciente a desplazarse a los centros de salud necesariamente y ajustarse a los horarios asistenciales establecidos para este tipo de procedimientos por los profesionales implicados. De la misma manera, puede que el circuito solo esté disponible para determinadas áreas geográficas.

La posibilidad de reutilizar, reorganizar o redistribuir recursos asistenciales ya existentes, y que son de uso compartido entre atención primaria y especializada, es el principal punto de apoyo para el diseño, la puesta en marcha y el mantenimiento de este tipo de proyectos conjuntos. La eficiencia asistencial aportada y el lógico retorno de la posible inversión, desde la perspectiva sanitaria, es un importante activo que juega a favor de su utilización (Figura 4).

3.3 Coordinación con asociaciones de pacientes

Aunque son más contadas y limitadas las experiencias puestas en marcha y desarrolladas que incluyen la integración de las asociaciones de pacientes, no debe dejar de contemplarse como una opción disponible.

Sin embargo, el principal problema que puede presentar es la condicionalidad de su aportación a los usuarios representados por la misma, excluyendo al resto, tanto de la

propia patología como de otras, aspecto que entra en controversia con los criterios establecidos para la participación en los programas de telefarmacia, según el posicionamiento de la SEFH.

Este enfoque de participación incorpora un elemento muy relevante y, hasta ahora, poco utilizado en el ámbito asistencial, como es la figura del “paciente experto”, el cual, sin duda, aporta un soporte y un apoyo robusto para el dinamismo y funcionamiento óptimo del circuito, gracias a la resolución de consultas y/o dudas y la visión aportada como paciente. Para aquellas asociaciones de pacientes con suficientes recursos y una estructura sólida y definida, pudiera darse el caso también de que no fuera necesario o se precisara mínimamente incorporar nuevos recursos destinados al transporte y la entrega de la medicación.

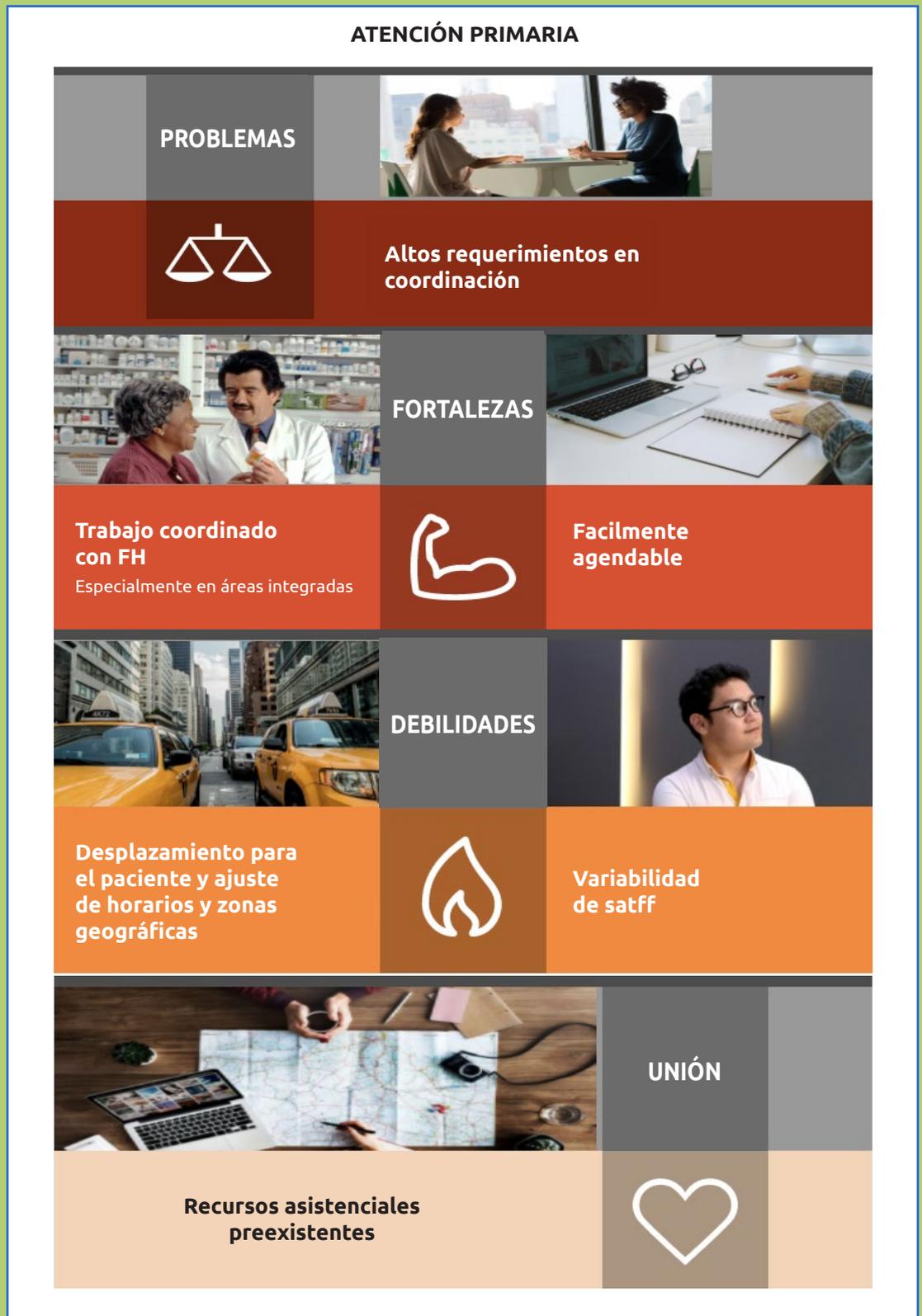
Son varias las debilidades identificadas en este tipo de circuitos, según las experiencias reportadas hasta ahora:

- Por un lado, la posible pérdida de comunicación o referencialidad de los profesionales de la farmacia hospitalaria para aquellos pacientes que no identifiquen o no estén bien informados sobre cómo contactar con estos profesionales fuera del establecimiento de las consultas programadas (presenciales o virtuales).
- La obligatoriedad del cumplimiento de las normativas de protección de datos que, sobre todo, ante posibles incidencias o anomalías respecto del funcionamiento habitual pudiera surgir.
- Por otra parte, la necesidad de incorporar un sistema externo de trazabilidad, con la consiguiente inversión necesaria.

F04

Figura 4.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a la atención primaria.



FH: servicio de farmacia hospitalaria

Sin duda alguna, el pilar fundamental sobre el que seguir incorporando o teniendo en cuenta a las asociaciones de pacientes que pudieran asumirlo a este tipo de circuitos radica en la posibilidad de integrarlos en la mejora asistencial y lo que se viene definiendo en los últimos años como la mejora de la experiencia del paciente, dentro de las estrategias de humanización asistencial de las profesiones sanitarias (Figura 5).

3.4 Entrega a domicilio

Según los datos difundidos por la SEFH en relación con el estudio ENOPEX, la principal preferencia referida por los propios pacientes, para la participación en programas de telefarmacia que incluyan la dispensación o entrega informada fuera de las consultas externas de farmacia hospitalaria, incluía la entrega en domicilio.

Desde el punto de vista de las fortalezas identificadas en este tipo de circuitos, obviamente, se encuentra la posibilidad de ofrecerlo de manera casi universal a todos los pacientes en seguimiento en las consultas externas de farmacia hospitalaria que, como hemos comentado antes, lógicamente cumplan los requisitos y criterios para participar. Además, análogamente a las consultas presenciales, permitiría su integración en los sistemas de información utilizados de forma habitual en los diferentes sistemas sanitarios, o lo que es lo mismo, sería fácilmente agendable y programable.

Son circuitos, no obstante, que requieren una inversión en recursos humanos y materiales importante, tanto más cuanto mayor sea el volumen de pacientes incorporados, tanto desde el punto de vista de asistencia como de logística (preparación y transporte) y de trazabilidad propiamente dicha. Otro importante debate radica en la necesidad de ofrecer operadores logísticos comunes y estables (no ligados a aportaciones externas de la industria farmacéutica ni a las sociedades científicas ni a los sistemas sanitarios) para el mantenimiento de este tipo de circuitos y que, además, dispongan de herramientas informatizadas y automatizadas que faciliten y no compliquen el circuito.

Hoy en día, mientras no se disponga de herramientas desarrolladas que lo permitan, es difícil alcanzar un control completo de todo el proceso, pudiendo correr el riesgo de que determinados parámetros o registros necesarios para el ideal control de este tipo de pacientes se pierdan o no se reporten en el tiempo necesario para llevar a cabo un óptimo seguimiento.

Dada la alta satisfacción y las preferencias del paciente por este tipo de propuestas, con todas las premisas expuestas con anterioridad, hay que seguir profundizando en optimizar y homogeneizar dichos circuitos asistenciales (Figura 6).

F05

Figura 5.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye a las asociaciones de pacientes.



ENTREGA A DOMICILIO



F06

Figura 6.

Ventajas y desventajas del circuito asistencial que incluye la entrega a domicilio.

4. Conclusiones

En conclusión, no existe en la actualidad un circuito asistencial que universalmente cubra todas las necesidades o demandas de los pacientes externos atendidos en las consultas externas de farmacia hospitalaria en España. En todos ellos, en términos generales, se han identificado problemas o retos a superar y debilidades, pero también fortalezas y, sobre todo, elementos clave sobre los que seguir avanzando en el futuro.

La decisión de utilizar uno u otro circuito debe ser una medida que debe considerar, en primer lugar, las preferencias y/o necesidades de los pacientes y, a continuación, las circunstancias, recursos, infraestructuras y medios propios del entorno asistencial donde este procedimiento se ponga en marcha. Sin perder de vista, obviamente, las normativas regionales y nacionales que vayan surgiendo en los próximos meses y/o años y que condicionen asistencialmente su desarrollo e integración complementaria con la práctica rutinaria que, presencialmente, se

ha venido realizando hasta la llegada de la COVID-19.

Por último, no debe perderse la referencia de que, en cualquier caso, será siempre un recurso que deba utilizarse de forma dinámica, de acuerdo con los criterios y la priorización asistencial que se establezca en todo momento y conforme a las condiciones y situaciones clínicas de cada paciente. En este sentido, la estratificación asistencial y el cumplimiento de los objetivos farmacoterapéuticos en cada momento serán dos elementos ineludibles en los que la atención farmacéutica digital estará imbricada con la presencial.

En esta línea, no lo olvidemos, tan importante como hacer llegar el medicamento será, sin duda, hacer llegar el conocimiento. No en vano, nuestra profesión está inmersa en una transformación asistencial en la que se está dando ya el paso de ser expertos en el medicamento a ser expertos en la relación del paciente con su farmacoterapia.

5. Bibliografía

- Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins MT, Long RD, Shipman CJ, *et al.* ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm.* 2017;74(9):236-41.
- Caballero-Romero Á, Fernández S, Morillo AB, Zaragoza-Rascón M, Jaramillo-Pérez C, Del Pozo-Rubio R. Healthcare failure mode and effects analysis and cost-minimization analysis of three pharmaceutical services. *Farm Hosp.* 2021;45(2):66-72.
- García-Queiruga M, Margusino-Framinan L, Gutiérrez Estoa M, Güeto Rial X, Capitán Guarnizo J, Martín-Herranz I. e-Interconsultations between a hospital pharmacy service and primary care pharmacy units in Spain. *Eur J Hosp Pharm.* 2021;28(4):202-6.
- Le T, Toscani M, Colaizzi J. Telepharmacy: A New Paradigm for Our Profession. *J Pharm Pract.* 2020; 33(2):176-82.
- Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Castro-Iglesias Á, Mena-de-Cea Á, Rodríguez-Osorio I, Pernas-Souto B, *et al.* Teleconsultation for the Pharmaceutical Care of HIV Outpatients in Receipt of Home Antiretrovirals Delivery: Clinical, Economic, and Patient-Perceived Quality Analysis. *Telemed J E Health.* 2019; 25(5):399-406.
- Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Martínez-Roca C, García-Queiruga M, Fernández-Gabriel E, Mateos-Salvador M, *et al.* Implementation of Specialized Pharmaceutical Care Hospital Outpatient Clinics in a Hospital Pharmacy Department. *Farm Hosp.* 2017; 41(6):660-6.
- Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, *et al.* Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farm Hosp.* 2020;44(7):61-5.
- Megías-Vericat JE, Monte-Boquet E, Martín-Cerezueta M, Cuéllar-Monreal MJ, Tarazona-Casany MV, Pérez-Huertas P, *et al.* Pilot evaluation of home delivery programme in haemophilia. *J Clin Pharm Ther.* 2018;43(6):822-8.
- Ministerio de Sanidad. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. BOE. 2020;85:27500-1. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/27/pdfs/BOE-A-2020-4130.pdf>
- Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, Robustillo-Cortés MLA, Poveda Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: The Barbate Document. *Farm Hosp.* 2020;44(4):158-62.
- Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Monte-Boquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñeiro XM, *et al.* Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020;44(4):174-81.
- Negro E. Resultados del proyecto ENOPEX de satisfacción de pacientes con la telefarmacia. En: 65 Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://65congreso.sefh.es/programa-cientifico>.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet]. BOE. 2015;177. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8343-consolidado.pdf>
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
- Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp.* 2020;44(4):135-40.
- World Health Organization. WHO Library. Telemedicine. Opportunities and Developments in Members States. Global Observatory for eHealth series. Vol. 2. [Internet]. Geneva: WHO; 2010. [Consultado 11 Sep 2021]. Disponible en: https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf

2

Tres modelos de atención farmacéutica: centro de salud, oficina comunitaria y domiciliaria

Introducción. M^a Isabel Martín Herranz

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

Jana Vidal Otero, Maria-Queralt Gorgas Torner

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

Luis Margusino-Framiñán



M^a Isabel Martín Herranz

Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza.

Jana Vidal Otero¹, María-Queralt Gorgas Torner²

¹Coordinadora de la Unidad de Dispensación Ambulatoria.

²Directora de Servicio de Farmacia.
Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

Luis Margusino-Framiñán

Jefe de Sección de Atención Farmacéutica.
Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Índice

Introducción

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

1. Introducción
2. Marco normativo
3. Evolución de la atención farmacéutica
4. MAPEX
5. Modelo CMO
6. Telefarmacia
7. Conclusiones
8. Bibliografía

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

1. Introducción
2. Marco normativo
3. Justificación de la necesidad del modelo, reflexión de pros y contras
4. Experiencias conocidas y resultados en el modelo
5. Perspectiva y necesidades futuras del modelo
6. Conclusiones
7. Bibliografía

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

1. Introducción
2. Marco legal
3. Experiencias de modelos de coordinación FH-FAP
4. Perspectivas futuras. Telefarmacia
5. Conclusiones
6. Bibliografía

Introducción

M^a Isabel Martín Herranz

**Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.**

Este capítulo revisa la Atención Farmacéutica a pacientes externos desde su inicio en el año 1991 hasta ahora. Esta actividad no ha dejado de evolucionar tanto cuanti como cualitativamente hasta convertirse en este momento en una de las funciones más importantes dentro de la Farmacia Hospitalaria, ocupando una parte muy importante de los recursos farmacoterapéuticos y de la asignación de

recursos humanos en nuestros servicios. La pandemia de la COVID-19 ha marcado un cambio crucial en el desarrollo de esta actividad en la que ya se vislumbraba la necesidad de un cambio en el modelo. Los tres artículos que componen este capítulo abordan desde una perspectiva general estos cambios y lo que podemos esperar para un futuro próximo.

Atención farmacéutica a pacientes externos, marco normativo y evolución

Irene Zarra Ferro, Goretti Durán Piñeiro, Beatriz Bernárdez Ferrán

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.
Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza.

1. Introducción

En estos momentos, aproximadamente entre el 70-75% del gasto en medicamentos en un hospital corresponde al área de pacientes externos y ambulatorios. Además, este porcentaje ha ido incrementándose de manera significativa con el paso de los años. Esta situación se explica por varias razones, una de ellas es que una parte importante del número de medicamentos nuevos que se comercializan cada año son clasificados como medicamentos de uso hospitalario o de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y, por lo tanto, exigen que su dispensación sea realizada en un hospital por parte de farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria.

La mayoría de estos medicamentos nuevos son innovadores en determinadas patologías

(virus de la hepatitis C, dermatitis atópica, cirrosis biliar primaria, migraña, etc.), para las cuales su abordaje farmacológico era muy limitado y, con los nuevos medicamentos, se han abierto nuevas oportunidades terapéuticas. Por último, otra razón es la mayor esperanza de vida de la población, junto con la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas. Esta última razón es justamente el fin que persiguen los sistemas de salud, mejorar la salud de la población.

Con todo esto, se pone de manifiesto el enorme impacto en salud que supone el buen uso de estos medicamentos de dispensación hospitalaria junto con su importante repercusión económica. Se trabaja con un elevado número de pacientes y con medicamentos de alto coste.

La atención farmacéutica a estos pacientes externos también ha evolucionado de manera paralela desde su nacimiento, a finales de la década de los 90, hasta la actualidad, pero ha sufrido una obligada y acelerada transformación por la pandemia causada por la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19).

En este capítulo, se muestra la evolución de la atención farmacéutica al paciente externo tanto desde el punto de vista legislativo como funcional, haciendo especial hincapié

en las últimas normativas y modelos de atención.

La atención farmacéutica, como se ha dicho, es un factor clave que va a determinar e influir en el resultado en salud obtenido por el sistema sanitario. La superespecialización y la integración del farmacéutico hospitalario en los equipos asistenciales serán las principales bases para lograr un salto cualitativo en la atención farmacéutica.

2. Marco normativo

La Circular 12/91, de 17 de abril, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (PROSEREME, programa selectivo de seguimiento de medicamentos) fue la primera normativa publicada que regulaba la dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios por los servicios de farmacia hospitalaria¹. La entrada en vigor de la fase 5 del PROSEREME comunica el cambio de ámbito de prescripción y dispensación de distintas especialidades farmacéuticas, y define la condición de los medicamentos de uso hospitalario cuya dispensación quedaba reservada exclusivamente a los servicios de farmacia de los hospitales.

Otras disposiciones posteriores del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) fueron complementando al PROSEREME (Figura 1), concretamente la Circular 8/91, de 23 de abril de 1991, del Instituto Nacional de la Salud para la dispensación de medicamentos en enfermos hemofílicos, con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivos y afectados de fibrosis quística²; y la Circular 4/92, de 9 de junio de 1992, que regula las condiciones de dispensación por parte de los servicios de

farmacia hospitalaria para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario a pacientes no ingresados³.

Con la publicación de esta normativa, se crean las primeras unidades de consultas externas de farmacia en los hospitales. El farmacéutico de hospital desarrolla una nueva competencia clínica con atención directa a pacientes externos.

En 2001, la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana publica en su Diario Oficial la Orden de 31 de julio de 2001, la creación de unidades específicas de atención farmacéutica para pacientes externos dentro de los servicios de farmacia hospitalaria. Hasta el momento, no se habían regulado las funciones a desarrollar por los farmacéuticos hospitalarios, la dotación de la plantilla, las condiciones de la ubicación, el procedimiento de dispensación, el informe farmacéutico y la evaluación de la prestación farmacéutica⁴.

La normativa del Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre la receta médica y órdenes de dispensación, en el apartado

b) de la Orden de dispensación hospitalaria, publicada en el BOE del 20 de enero 2011, establece que *la orden de dispensación hospitalaria para pacientes no ingresados es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio para la prescripción por los médicos, odontólogos y podólogos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, que deban ser dispensados por los servicios de farmacia hospitalaria a dichos pacientes*⁵.

Por otra parte, el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁶ (Ley 26/2006 de 26 de julio) establece que *la dispensación de medicamentos para su utilización en hospitales o los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, de conformidad con la calificación otorgada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para tales medicamentos, corresponde a los servicios de farmacia de los hospitales*.

Además, el artículo 3, establece en el punto 6 c) que *en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, además de los medicamentos especificados en el párrafo b), corresponderá a los servicios de farmacia de los hospitales la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos de uso humano en los que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acuerde establecer reservas singulares, limitando su dispensación sin necesidad de visado a los pacientes no hospitalizados*⁷.

Ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, el Ministerio de Sanidad publica la Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que *se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el*

ámbito del Sistema Nacional de Salud. En esta Orden⁸, destaca lo siguiente:

- *Los servicios de farmacia hospitalaria no podrán dispensar medicamentos de dispensación hospitalaria para más de dos meses para garantizar la disponibilidad de medicamentos en España.*
- *De forma excepcional, las comunidades autónomas podrán establecer las medidas oportunas para:*
 - *Garantizar la dispensación de los medicamentos de dispensación hospitalaria sin que deban ser dispensados en las dependencias del hospital.*
 - *Que los pacientes que participen en un ensayo clínico reciban la medicación en su domicilio.*
 - *Administrar medicamentos de uso hospitalario fuera del centro hospitalario, siempre que las condiciones del paciente, de la enfermedad, del medicamento o de la situación epidemiológica así lo aconsejen.*

En este sentido, varias comunidades adoptaron medidas relacionadas con la dispensación a domicilio de medicamentos por los servicios de farmacia hospitalaria durante la pandemia, aunque varias autonomías ya contemplaban estas medidas dentro de su ley de ordenación farmacéutica, como la de Galicia, la Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia, en el artículo 7, sobre *supuestos especiales de entrega de medicamentos y productos sanitarios*⁹. Complementariamente también están trabajando en el desarrollo legislativo de la telefarmacia. Los modelos que se plantean por las distintas comunidades autónomas son diferentes, pero todos ellos exigen una adecuada coordinación de todos los ámbitos asistenciales implicados.

F01



Figura 1.

Evolución del marco normativo de la dispensación de medicamentos desde los servicios de Farmacia de Hospital.

COVID-19: enfermedad por coronavirus del 2019; PROSEREME: programa selectivo de seguimiento de medicamentos.

3. Evolución de la atención farmacéutica

La atención farmacéutica se puede entender desde cualquier ámbito desde el que se ejerce (comunitaria, primaria o especializada), como el conjunto de acciones que, según su formación, habilidad, competencia y experiencia, un farmacéutico pone a disposición de las necesidades farmacoterapéuticas de un paciente¹⁰.

Partiendo de que toda la atención farmacéutica ha sufrido un cambio desde una orientación hacia el medicamento hasta centrarse en el paciente¹¹, el objetivo de esta reflexión es analizar la evolución en la atención farmacéutica ejercida desde los servicios de farmacia hospitalaria.

Posiblemente, los hechos que más claramente definen esta evolución son la excelencia en la formación por áreas y la integración en equipos multidisciplinares.

En 1971, la Cámara de Delegados de la Asociación Americana de Farmacéuticos (APhA, *American Pharmacists Association*) adoptó una declaración política que contenía en par-

te la siguiente disposición: *que se establezca un mecanismo organizativo con la estructura de la asociación para el reconocimiento de especialidades y la certificación de especialistas*. Tras la adopción de esta declaración, el Consejo de Administración de la APhA creó en 1973 el Grupo de Trabajo sobre Especialidades en Farmacia.

Así nace el *Board of Pharmacy Specialties* (BPS)[®] que fue establecida como una división autónoma de la APhA. Se establece la primera certificación en farmacia nuclear en 1978.

Ya en el año 1988, un grupo de profesionales sanitarios indios, que se encargaron de definir el papel de los farmacéuticos en el sistema sanitario para la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacaban el lugar privilegiado de los farmacéuticos de hospital para especializarse por áreas terapéuticas¹².

Hoy la BPS, agrupa 14 certificaciones definidas en distintas áreas, como oncología, cardiología, farmacoterapia, nutrición, farmacia pediátrica...

Actualmente en casi todos los hospitales de tercer nivel, los farmacéuticos hospitalarios se integran en equipos asistenciales, existen farmacéuticos hospitalarios integrados en oncología, hematología, unidades de cuidados intensivos, digestivo, cardiología, urgencias, etc. Es esa integración, junto con su compromiso con la formación, la que permite desarrollar nuevas y más complejas competencias.

Así se llega a definiciones de la atención farmacéutica, como la de Barbate¹³: *La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud.*

Este desarrollo de la atención farmacéutica ha sido posible gracias al trabajo individual de los farmacéuticos hospitalarios y a una dirección común promovida desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

El Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX) de la SEFH¹⁴, a través de sus modelos de estratificación por patología, que recomiendan niveles de atención farmacéutica en base a las distintas necesidades de cada paciente¹⁵ y el modelo de capacidad, motivación y oportunidad (CMO)¹⁶, son un ejemplo de esa dirección común de la farmacia hospitalaria.

Es en el modelo CMO donde la telefarmacia se propone como un medio para conseguir esa atención farmacéutica continua y no episódica, no solo para épocas de emergencia sanitaria como la COVID-19, sino para siempre.

4. MAPEX

La inquietud y la permanente necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada ha llevado a la proyección y desarrollo del proyecto MAPEX.

El proyecto MAPEX inicia su andadura a finales del año 2014. La SEFH ha querido elaborar un plan estratégico que establece las líneas asistenciales, docentes e investigadoras del farmacéutico de hospital para atender las necesidades presentes y futuras del paciente externo. Es un proyecto colaborativo, donde MAPEX se ha concebido en fases.

En un principio, se elaboró un documento de consenso que define las actuaciones a impulsar y desarrollar por parte de la SEFH en los niveles macro, meso y micro, para establecer un marco que propicie y ponga en valor la contribución de la farmacia hospitalaria a la obtención medible de resultados en salud, particularmente en cuanto a las necesidades derivadas del incremento del número de pa-

cientes externos; y además, que facilite al farmacéutico de hospital el desarrollo de su papel de manera excelente, evolucionando de manera que se anticipe a los retos que suponen las necesidades presentes y futuras de los pacientes externos. Es preciso desarrollar modelos de actuación para patologías específicas, estableciendo indicadores homogéneos y consensuados que permita medir los resultados en salud.

Posteriormente se aterrizó por patologías en concreto. Y así, en estos primeros siete años de desarrollo del MAPEX, se han desarrollado modelos de estratificación asistencial, documentos de integración en los equipos multidisciplinares, guías de práctica clínica adaptada a diferentes patologías, se ha propuesto un nuevo modelo de atención farmacéutica (CMO) y se han sentado las bases para una atención farmacéutica no presencial (telefarmacia).

5. Modelo CMO

Adopta la sigla con las iniciales de las características típicas del modelo tradicional basado en reducción de los costes, el medicamento como eje pivotal de nuestra actuación y la organización (episódica en la asistencia) como enlace con el paciente. Y lo transforma en tres grandes ideas que dan fuerza a este modelo y que son:

- *C: capacidad.* Entendida como la posibilidad de atender a los pacientes y proveer de atención farmacéutica a todos ellos, siempre en función de sus necesidades. Estas irán mucho más allá de las meramente farmacoterapéuticas. Todas ellas se deberán entender y atender para establecer con los pacientes una relación integral y de una manera continuada en el tiempo.
La herramienta fundamental es la estratificación de los riesgos del paciente.
- *M: motivación.* La capacidad que tenemos de alinear objetivos a corto plazo con otros a largo plazo en relación con la farmacoterapia, es el motor fundamen-

tal de nuestra relación con los pacientes. Entendemos que el alineamiento con el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente y la ayuda en la consecución de estos objetivos (planteando, diseñando y llevando a cabo todas aquellas intervenciones sanitarias necesarias para que el paciente logre su situación clínica ideal, acorde con sus circunstancias) son la principal fuerza de trabajo en este nuevo modelo.

Esta nueva relación con los pacientes sobrepasa, con creces, el clásico abordaje de refuerzo y estímulo en la adherencia que clásicamente se había planteado.

Si el paciente y su motivación van a ser el pilar fundamental de actuación en el nuevo modelo, la herramienta básica de trabajo en la interacción con los pacientes ha de ser una que ponga el énfasis claramente en este aspecto. Entendemos que la entrevista clínica se debe sobrepasar para alcanzar el uso de la entrevista motivacional.

- *O: oportunidad.* Se refiere a llevar a cabo la atención farmacéutica más allá de la

presencia física de los pacientes en las consultas externas de los hospitales, o dicho de otra manera, poder tomar decisiones en tiempo real o en tiempo útil que permitan a los pacientes cumplir con sus objetivos farmacoterapéuticos. Esa es la tercera idea de fuerza en este modelo. Dicho replanteamiento conlleva pensar que trabajamos no ya para el hospital, sino desde el hospital. Partimos de la base de que la clásica relación entre el paciente y el profesional sanitario ha dejado de ser paternalista, para pasar a

un modelo en el que el paciente quiere participar en la toma de decisiones sobre su salud. La figura del paciente informado o, yendo más allá, la del paciente empoderado o experto (consecuencia del acceso a la abundante información disponible a través de Internet) son ya conceptos cada vez más frecuentes. La telefarmacia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y las del aprendizaje y el conocimiento nos van a conectar directamente con los pacientes en este nuevo modelo.

6. Telefarmacia

La utilización de las TIC en el ámbito de la atención farmacéutica es una oportunidad para acercarse al paciente y mejorar su atención. Recientemente, la SEFH aborda la transformación de la atención farmacéutica con el modelo CMO y publicando un marco estratégico en telefarmacia y su posicionamiento institucional como herramienta de referencia complementaria para la atención del paciente externo en los servicios de farmacia hospitalaria¹⁷. En este contexto, la pandemia por la COVID-19 impulsó el uso de la telefarmacia para garantizar una adecuada atención farmacéutica y la provisión de tratamientos para los pacientes externos atendidos por los servicios de farmacia hospitalaria.

Recientemente, se ha analizado la situación de la implantación y desarrollo de la telefarmacia aplicada a la atención farmacéutica a pacientes externos en los servicios de farmacia¹⁸. Antes de la pandemia, solo el 17% de los servicios de farmacia realizaban telefarmacia asociada a dispensación y entrega informada de medicamentos, y durante el estado de alarma, ascendió hasta el 87,6%. Además de

demostrar su utilidad en el seguimiento farmacoterapéutico, en la coordinación asistencial y en la dispensación con entrega informada, esta herramienta alcanzó un alto grado de satisfacción con su implantación^{19,20}.

En Galicia, se ha desarrollado una plataforma de teleasistencia domiciliaria, que se denomina Telea, para el seguimiento de los pacientes crónicos, y emplea las TIC para mantener en contacto a los profesionales sanitarios y a los pacientes en su domicilio, facilitando la motorización del estado de salud de los usuarios sin necesidad de desplazamientos²¹. El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos a través de un seguimiento estrecho, encaminado a detectar, con agilidad, descompensaciones en los indicadores de salud. Se necesita disponer de un ordenador, *tablet* o teléfono con conexión a Internet para acceder a la plataforma, que contiene biomedidas, cuestionarios de salud, servicios de videoconsultas y que integra de forma automática la información de los dispositivos clínicos del paciente en su historia clínica electrónica.

Esta herramienta tecnológica usada para pacientes crónicos cobró bastante fuerza para el manejo de los pacientes con la COVID-19, durante la pandemia, convirtiéndose en indispensable para realizar una monitorización proactiva que supuso una reducción de la sobrecarga de los hospitales y una menor tasa de mortalidad^{22,23}.

Se ha incorporado a la plataforma Telea el programa Telea-Farmacia, con el objetivo de monitorizar de manera proactiva la seguridad de los pacientes que están a tratamiento con fármacos de dispensación hospitalaria. Se está pilotando en pacientes oncológicos y en pacientes con VIH.

7. Conclusiones

La evolución legislativa y asistencial que está experimentando la atención farmacéutica a pacientes externos por los servicios de farmacia hospitalaria en los últimos años exige a todos los protagonistas un indudable esfuerzo de adaptación e integración. La especialización en áreas terapéuticas y la integración

en equipos interdisciplinarios por parte del farmacéutico de hospital ha hecho que se cambie el foco de la atención farmacéutica centrándose en el paciente y en sus necesidades reales. Estamos también ante un modelo de decisiones compartidas.

8. Bibliografía

1. Circular 12/91, de 17 de abril, de 1991, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Cambio de ámbito de prescripción y dispensación en distintas especialidades farmacéuticas. Prosereme 5. Madrid: Dirección General de Farmacia y productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Bienestar Social; 1991.
2. Circular 8/91, de 23 de abril de 1991, del INSALUD. Dispensación de medicamentos en enfermos hemofílicos VIH positivos y afectados de fibrosis quística por los servicios de farmacia hospitalarios. Madrid: INSALUD; 1991.
3. Circular 4/92 del 9 de junio de 1992, del INSALUD sobre la regulación de la prescripción y dispensación de medicamentos de uso hospitalario a pacientes no ingresados. Madrid: INSALUD; 1992.
4. Orden de 31 de julio de 2001, de la Conselleria de Sanidad, de Creación de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos. *DOGV*. 2001;4064.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *BOE*. 2011;17:6306-29.
6. Jefatura del Estado. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE*. 2006;178. [Actualizado 25 Jul 2015].
7. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE*. 2015;177:62935-3030.
8. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *BOE*. 2020;85:27500-1.
9. Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia. *DOG*. 2019;130:32380-447.
10. Bernárdez B. Nuevos horizontes en la atención farmacéutica al paciente onco-hematológico. En: Martínez Sesmero JM, Pi G. *Perspectivas Innovadoras en Farmacia Onco-hematológica*. Fundación Gaspar Casal; 2018. p. 127-52.
11. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43.
12. Grupo de consulta de la OMS Nueva Delhi, 13-16 diciembre 1988. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud informe. Ginebra: Programa de Acción de Medicamentos Esenciales y Unidad Farmacéutica División de Políticas y Gerencia de Medicamentos Organización Mundial de la Salud; 1990.
13. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo-Cortés MLA, Poveda-Andrés JL. A new definition and refocus of pharmaceutical care: the Barbate Document. *Farm Hosp*. 2020;44(4):158-62.
14. Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MA. MAPEX: look deeper, looking away. *Farm Hosp*. 2015;39(4):189-91.
15. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Documentación: MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. En: Sefh.es. SEFH. [Consultado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/documentacion.php>
16. Calleja MA, Morillo R. El modelo CMO en consultas de farmacia hospitalaria. [Internet]. Euromedice Vivactis; 2016. [Consultado 13 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
17. Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Montebouquet E, Morell-Baladrón A, Barreda-Hernández D, Rey-Piñero XM, et al. Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp*. 2020;44(4):174-81.
18. Tortajada-Goitia B, Morillo-Verdugo R, Margusino-Framiñán L, Marcos JA, Fernández-Llamazares CM. Survey on the situation of telepharmacy as applied to the outpatient care in hospital pharmacy departments in Spain during the COVID-19 pandemic. *Farm Hosp*. 2020;44(4):135-40.

19. Margusino-Framiñán L, Illarro-Uranga A, Lorenzo-Lorenzo K, Monte-Boquet E, Márquez-Saavedra E, Fernández-Bargiela N, *et al.* Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. *Telepharmacy. Farm Hosp.* 2020;44(7):61-5.
20. Álvarez Criado J, García-Trevijano Cabetas M, Jiménez Nácher I, Moreno Ramos F, González Fernández MA, Herrero Ambrosio A. Evaluación del servicio de entrega de medicación a domicilio desde la Farmacia Hospitalaria durante la pandemia COVID-19. *Rev OFIL-ILAPHAR.* 2020;30(3):193-9.
21. Servizo Galego de Saúde. O Portal Telea. Guía de manexo. [Internet]. En: Sergas.es. SERGAS. [Consultado 7 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/939/TELEA-DU-v.01.17-GR-12-O_portal_TELEA.pdf
22. Rabuñal R, Suárez-Gil R, Golpe R, Martínez-García M, Gómez-Méndez R, Romay-Lema E, *et al.* Usefulness of a Telemedicine Tool TELEA in the Management of the COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health.* 2020;26(11):1332-5.
23. Casariego-Vales E, Blanco-López R, Rosón-Calvo B, Suárez-Gil R, Santos-Guerra F, Dobao-Feijoo MJ, *et al.* Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. *J Clin Med.* 2021;

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelo de coordinación con la oficina de farmacia comunitaria

Jana Vidal Otero¹, Maria-Queralt Gorgas Torner²

¹Coordinadora de la Unidad de Dispensación Ambulatoria. Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

²Directora de Servicio de Farmacia. Hospital Vall de Hebron. Barcelona.

1. Introducción

La telefarmacia es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Las aplicaciones de la telefarmacia incluyen, entre otros, el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes y la dispensación a distancia¹.

Se define la dispensación de proximidad como el proceso de entrega de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) a un paciente concreto en un entorno más próximo a su domicilio o bien en el propio domicilio, bajo la responsabilidad del servicio de farmacia (SF) que lo dispensa. Esta se debe realizar mediante un intermediario autorizado y siempre garantizando la

conservación, seguridad y trazabilidad de los medicamentos hasta el punto de recogida o la entrega del medicamento.

En la actualidad, existen dos vías de entrega de medicación de proximidad: mediante un intermediario de proximidad (farmacia comunitaria, otro hospital o un centro de atención primaria) y directamente en el domicilio del paciente².

El proceso de envío de medicación a un centro de proximidad debe ir precedido en todos los casos del acto profesional de atención farmacéutica (AF) mediante un procedimiento de telefarmacia.

En el modelo de coordinación con la oficina de farmacia (OF), los farmacéuticos comunitarios (FC) colaboradores reciben en la farmacia, a través de los distribuidores farmacéuticos autorizados, la medicación de cada paciente debidamente identificada. El FC asume la responsabilidad de la entrega al paciente, y lo comunica al SF del hospital de referencia, tanto si el paciente ha recogido debidamente la medicación como en el caso de que no lo haya hecho.

El circuito requiere que los pacientes atendidos sean previamente seleccionados, contactados e informados desde el SF correspondiente. Previamente, el farmacéutico hospitalario (FH) realiza la AF telemática necesaria, se explica el circuito y se obtiene el consentimiento verbal del paciente para la dispensación de proximidad que debe quedar registrado en su historia clínica. El SF consulta al paciente en qué OF quiere recoger la medicación y contacta con esta para activar el circuito. El tiempo estimado de llegada de la medicación a la OF debe ser habitualmente de 24-48 horas, como máximo 72 horas, desde la entrega de la medicación al distribuidor farmacéutico por parte del SF.

Se ha de establecer un sistema de trazabilidad, idealmente mediante una aplicación informática, a fin de: registrar la actividad y

que los SF puedan consultar los datos, asignar la OF de entrega elegida por el paciente y preparar el envío de la medicación, que el sistema de transporte reciba una notificación de los hospitales donde debe recoger medicación y la lista de OF a las que tiene que entregar los medicamentos, desde la que se envíe un mensaje de texto al paciente para informarle de que ya tiene su medicación disponible en la OF, y finalmente, en la que los FC puedan registrar electrónicamente la confirmación de la recepción de la medicación y su entrega al paciente.

Se debe establecer un circuito para el manejo de los tratamientos no recogidos por el paciente, por ejemplo, estableciendo un límite de días, a partir del cual, si el paciente no ha recogido la medicación, el FC contactará con él para recordar la disponibilidad de la medicación y confirmar si el paciente irá a recogerla o no. En caso de que el paciente no quiera o no pueda recoger la medicación, el FC informará telefónicamente al SF y este será quien, después de realizar las consultas correspondientes con el paciente y la historia clínica, informará al FC si es necesario que guarde la medicación más tiempo o si es preciso que el distribuidor farmacéutico la recoja para devolverla al hospital, en cuyo caso se hará constar en la aplicación informática³.

2. Marco normativo

En el marco de la estrategia de respuesta a la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2), en Cataluña, conforme a la Resolución del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), de 17 de marzo de 2020, se establecieron medidas extraordinarias de acceso de determinados colectivos a los medicamentos hospitalarios, con el fin de garantizar la seguridad y la salud de los pacientes que reciben tratamiento con MHDA.

Posteriormente, el Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), estableció, en la disposición adicional sexta, medidas excepcionales de la gestión de la prestación farmacéutica, y permitió que las diferentes comunidades autónomas establecieran las medidas oportunas para la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial.

Se considera que los procedimientos de las comunidades autónomas no deben limitar en

ningún caso lo que se establecía en la Orden SND/293/2020 de 25 de marzo, y posteriormente era ratificado por el Real Decreto-ley 21/2020 de 9 de junio, que contempla que la dispensación no presencial se pueda realizar en centros sanitarios o en establecimientos sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos próximos al domicilio del paciente, o en su propio domicilio.

Como respuesta, el Servicio Catalán de la Salud, dictó medidas de tipo organizativo específicas para la dispensación de la MHDA en la modalidad no presencial en una resolución del director de CatSalut, que entró en vigor el 22 de junio de 2020, en el que se definía la priorización de los pacientes y las modalidades de entrega. Así se habilitaba un circuito extraordinario que permite que la MHDA se dispense en modalidad no presencial para pacientes que, a criterio clínico, lo requirieran por motivos de riesgo, incluyendo compromiso inmunitario, afectación pulmonar grave, fragilidad clínica, dependencia o vulnerabilidad, así como para pacientes cuyo domicilio esté a una distancia del centro hospitalario que lo justifique.

Esta dispensación en modalidad no presencial puede realizarse tanto en centros sanitarios autorizados para la dispensación de medicamentos (centros de atención primaria con SF), en OF cercanas al domicilio del paciente o, solo excepcionalmente, en el domicilio del paciente si su estado clínico lo justifica. Cabe destacar que, en este último propósito, específica que la entrega a domicilio solo debe considerarse en casos excepcionales⁴.

La dispensación de proximidad, así como el seguimiento farmacoterapéutico del paciente será responsabilidad del SF dispensador. Y sea cual sea el sistema de entrega, los procedimientos deben incorporar y establecer explícitamente los aspectos profesionales de

AF, combinando la actividad telemática con la asistencia presencial de los pacientes a los centros hospitalarios cuando estos se desplacen al mismo por cualquier otro proceso asistencial.

En la actualidad, existen limitaciones en el desarrollo y la aplicación de la telefarmacia, debido a la falta de un marco regulatorio consistente a nivel nacional sobre la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia. Se considera necesario que las autoridades sanitarias competentes establezcan un marco legislativo común y claro que incluya las directrices necesarias para la correcta y equitativa implementación de este nuevo modelo⁵.

3. Justificación de la necesidad del modelo, reflexión de pros y contras

La dispensación de MHDA en el entorno ambulatorio tiene como objetivo acercar la medicación al paciente externo y ofrecerle flexibilidad en la entrega de la medicación. La dispensación a distancia permite mantener el seguimiento y la comunicación con el paciente más allá del contacto directo a través de la consulta farmacéutica presencial asociada a la dispensación. Además, permite a los pacientes reducir el número de desplazamientos al hospital, lo que supone una menor interferencia del tratamiento con las actividades de la vida diaria, ahorro económico, reducción de las existencias del medicamento en el domicilio, mayor comodidad para el paciente y menor dependencia de los cuidadores.

Por otro lado, para los FH, puede suponer una oportunidad para optimizar la carga de trabajo (tareas programadas y preparación o dispensación en momentos de menor presión asistencial), mejorar el seguimiento farmacoterapéutico del paciente (disponer de más tiempo para estas labores y reforzar el seguimiento continuado), reducir las existencias de medicamentos en el SF o mejorar la trazabilidad completa del proceso de dispensación⁶. En contrapartida, requiere mayor espacio de almacenamiento

para paquetería preparada con antelación, que puede ser voluminosa según el perfil de los pacientes seleccionados (incluyendo espacio para los medicamentos termolábiles) y mayor tiempo de dispensación, ya que la entrega presencial es más ágil que la preparación de los paquetes correctamente acondicionados más su etiquetado, siguiendo la normativa legal vigente.

Uno de los temas clave en cuanto a aspectos operativos y logísticos es cómo planificar y organizar la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia en el entorno ambulatorio. Comparando las distintas alternativas en la entrega de medicamentos, la elección de un modelo u otro dependerá de la normativa legal vigente, la preferencia de los pacientes, el modelo de financiación, la preferencia del SF por un modelo u otro (la coexistencia de distintos modelos en un mismo SF puede ser complicado a nivel logístico, sobre todo en los que tienen un gran número de pacientes), etc.

El modelo de coordinación con OF presenta diferentes ventajas e inconvenientes desde la perspectiva de los pacientes y de los propios SF (Tabla 1).



Tabla 1.

Ventajas e inconvenientes del modelo de coordinación con Oficina de Farmacia.

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar traslados innecesarios al hospital • Flexibilidad horaria • Ahorro de tiempo y económico • Mayor accesibilidad a los profesionales sanitarios. AF virtual garantizada • Aumento de la proactividad y el empoderamiento del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Reticencias del paciente en ciertas enfermedades • Necesidad de alternar visitas presenciales con virtuales
SF	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo profesional: potenciar actividades de valor añadido para el paciente • Fomento del trabajo multidisciplinar • Descongestión de las consultas de AF • Planificación de la dispensación • Almacenamiento, trazabilidad y entregas garantizadas • Gestión de devoluciones • Disponibilidad de un FC, que equivale a la continuidad asistencial • Seguimiento mediante las TIC 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos tecnológicos compartidos con la OF para garantizar la trazabilidad. Necesidad de integración de sistemas • Transporte autorizado • Circuito de devoluciones • Espacio en el SF para la preparación y el almacenamiento • Tiempo de preparación de la dispensación superior • Coste económico

AF: atención farmacéutica; FC: farmacéutico comunitario; OF: oficina de farmacia; SF: servicio de farmacia; TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

4. Experiencias conocidas y resultados en el modelo

A continuación, se exponen los resultados de un estudio cuyo objetivo principal fue evaluar y comparar tres programas de entrega de medicamentos requeridos por los pacientes atendidos en las consultas externas del SF: en centros de salud, a domicilio (con una empresa de mensajería externa) y en la OF. Concluyeron que la entrega mediante OF tiene el menor índice de probabilidad de riesgo, debido en gran parte al papel del farmacéutico en la custodia y conservación del medicamento.

Como objetivo secundario, se pretendía analizar el coste económico desde la perspectiva del sistema público de salud, y sus resultados también confirmaron que la dispensación mediante OF obtuvo el menor coste, pero con una importante limitación: fue asignado un coste cero relativo a la empresa distribuidora y a la entrega del medicamento en las OF por la colaboración altruista durante la pandemia. Si el coste fuese distinto de cero, serán necesarios nuevos estudios para evaluar el impacto económico en el sistema público de salud.

Los resultados obtenidos en relación a algunos de los puntos críticos analizados en el estudio concluyeron que el modelo de coordinación con la OF es más favorable que el resto de modelos, por la razón de que el profesional sanitario que atiende al paciente es un farmacéutico licenciado y, por tanto, personal cualificado y con competencias para: detectar errores en la preparación de los medicamentos enviados, cambios en la dosis o posología de los medicamentos, monitorizar la temperatura de almacenaje de forma diaria, ya que se dispone de equipos de refrigeración y monitorización continua de esta en la mayoría de OF, así como realizar correctamente la devolución de medicamentos termolábiles.

En resumen, fueron considerados clave el papel del farmacéutico de OF en cuanto a la entrega informada, la custodia y la conservación del medicamento. Uno de los puntos débiles del modelo estaba relacionado con el flujo de información acerca de la recogida en el SF, ya que es más probable que sea más eficaz y se detecten mejor las posibles incidencias en un

centro de atención primaria que en una OF o en una empresa de mensajería externa, debido a que el centro de atención primaria y el SF pueden colaborar mediante la historia clínica informatizada. Esto se soluciona mediante la implantación de herramientas tecnológicas comunes para facilitar el flujo de información, lo que probablemente incrementa el coste económico y tiene la limitación de la integración con los distintos sistemas de historia clínica electrónica de los hospitales⁷.

Por otro lado, los resultados de una encuesta realizada en octubre de 2020 por el Servicio Catalán de la Salud sobre la entrega de MHDA en los hospitales de Cataluña, con el objetivo de conocer los recursos y procedimientos de dispensación y entrega de MHDA, mostraron los siguientes resultados⁸:

- La dispensación en el hospital es la más frecuente, seguido de la entrega en el domicilio del paciente y en la OF, y en última instancia, la entrega en los centros de atención primaria.
- Los hospitales tienden a disponer de más de un sistema de dispensación de proximidad.
- En relación al modelo de dispensación en coordinación con la OF, de 55 hospi-

tales que participaron en la encuesta, 17 utilizaron el protocolo de dispensación de MHDA por esta vía. Desde el inicio del procedimiento, se incluyeron 11.619 pacientes y participaron 1.901 OF.

- El modelo de dispensación vía mensajería directa a domicilio presentó los siguientes inconvenientes: el coste no es asumible por parte del hospital y no todos los pacientes pueden hacerse cargo económicamente; la distribución de los medicamentos es compleja, ya que hay que organizar rutas de transporte y se deben garantizar las condiciones de conservación durante este proceso, el depósito en almacenes intermedios si la entrega no es directa (si el paciente no se encuentra en el domicilio) y las devoluciones, siempre manteniendo la cadena de frío y disponiendo de trazabilidad completa en todo el circuito.

Hay que puntualizar que dichos resultados reflejan la situación pocos meses después del inicio de la pandemia del SARS-CoV-2. Habría que revisar los datos en la actualidad para ver los cambios de tendencia en los modelos de dispensación de proximidad, cómo se han ido ordenando los circuitos en los distintos SF y se han ido adecuando al marco legal vigente.

5. Perspectiva y necesidades futuras del modelo

Los nuevos modelos de AF a pacientes externos que implican una coordinación con otros profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales son un impulso a modelos de asistencia centrados en el paciente, promoviendo así la humanización de la atención sanitaria. De la misma manera, también se potencia la visibilidad del FH y los SF.

Los retos que se plantean tienen que ver con distintas perspectivas. La telefarmacia implica un cambio cultural a todos los niveles del sistema sanitario, con la posible resistencia al cambio que puede generar. Es fundamental que la tecnología sea accesible para el paciente, tanto a nivel económico como por su facilidad de uso, y se debe garantizar la protección de datos.

Además, hay que tener en cuenta la posible exclusión de determinados grupos de pacientes en los que la brecha digital o la socioeconómica pueden representar limitaciones

para su inclusión en dichos programas de AF telemática.

Otro riesgo potencial es que actualmente la información recogida en las diferentes soluciones tecnológicas en los distintos niveles asistenciales puede quedar aislada, sin poder ser compartida con otras herramientas tecnológicas en los centros ni con la historia clínica del paciente.

Existe la necesidad de asegurar la integración e interoperabilidad entre las diferentes tecnologías. Para el sistema sanitario, a nivel económico, una limitación es la inversión inicial necesaria para la puesta en marcha y el mantenimiento del soporte tecnológico, así como de recursos humanos⁹⁻¹⁴. Además, actualmente existe una falta de consenso a nivel nacional o entre las distintas comunidades autónomas sobre los modelos de financiación para el desarrollo de la telefarmacia.

6. Conclusiones

El modelo de AF a pacientes externos en coordinación con la OF:

- Es una práctica farmacéutica a distancia, dentro de lo que conocemos como telefarmacia, orientada a la humanización de la atención de los pacientes a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, para mejorar la atención al paciente externo de forma complementaria a la atención presencial. Debe incluir: seguimiento farmacoterapéutico, formación/información y coordinación con el equipo asistencial.
- Permite la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia en el ámbito ambulatorio, siempre bajo la dirección del FH, acercando los medicamentos al ámbito más próximo al domicilio del paciente en su OF y ofreciendo así flexibilidad en la entrega de la medicación.
- El mejor perfil del paciente candidato a recibir este tipo de AF puede no coincidir

con el que más lo necesita. Los pacientes más dependientes del sistema sanitario por criterios de riesgo o fragilidad, para los que la dispensación de proximidad mediante la OF y el seguimiento farmacoterapéutico por vía telemática son de gran utilidad, no suelen ser pacientes con un tratamiento crónico estable, sin cambios en la prescripción ni en la posología habituales. La dispensación a distancia conlleva un retraso en la entrega de los medicamentos nuevos para los pacientes, de tal manera que la gestión de los cambios en la prescripción puede ser compleja, incluyendo las devoluciones.

- Puede ser considerado el modelo de dispensación de proximidad más favorable, por la razón de que el profesional sanitario que atiende al paciente es un farmacéutico licenciado. El circuito debe garantizar que el transporte de la medicación y su almacenaje cumplen con la correcta conservación del medicamento, la trazabilidad, la privacidad y la confi-

dencialidad de los datos del paciente y cumple la normativa vigente.

- Requiere un sistema de financiación que permita el desarrollo y la implantación

del modelo como un nuevo servicio sanitario disponible en la cartera de servicios del sistema sanitario.

7. Bibliografía

1. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Consideraciones a la aplicación efectiva de la Telefarmacia y dispensación no presencial de medicamentos hospitalarios. [Internet]. SEFH; 2021. [Consultado 1 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/fichad-juntos/Comunicado_SEFH_dispensacion_no_presencial_20210325.pdf
2. Servei Català de la Salut. Gerència del medicament: Document de bones pràctiques per al lliurament de proximitat de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). [Internet]. SCS; 2021. [Consultado 1 Oct 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5940/document_bones_practiques_lliuament_proximitat_medicacio_hospitalaria_dispensacio_ambulatoria_MHDA_2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y
3. Gerència del Medicament, Servei Català de la Salut, SF Hospital del Mar, COFB, Fedefarma. Lliurament de medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA) a la farmàcia comunitària en el context de la COVID-19. Protocol d'actuació farmacèutica. V. 8. SCS; 2020.
4. Servei Català de la Salut. Resolució per la qual, amb motiu de la situació de la crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, s'estableixen mesures per a la dispensació de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria en la modalitat no presencial. [Internet]. SCS; 2020. [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2021/resolucio-dispensacio-MHDA-no-presencial.pdf
5. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El proyecto: MAPEX Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. En: Sefh.es. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
6. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. [Internet]. Madrid: SEFH; 2016 [Consultado 2 Oct 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
7. Caballero-Romero Á, Fernández S, Morillo AB, Zaragoza-Rascón M, Jaramillo-Pérez C, Del Pozo-Rubio R. Healthcare failure mode and effects analysis and cost minimization analysis of three pharmaceutical services. *Farm Hosp.* 2021;45(2):66-72.
8. Servei Català de la Salut. Enquesta Lliurament de MHDA als Hospitals de Catalunya. SCS; 2020.
9. Esteban-Cartelle H, Veiga Gutiérrez R, Fernández-Ferreiro A. Technology and Telemedicine in Hospital Pharmacy, It has Come to Stay. [Internet]. En: Smgebooks.com. SMGroup; 17 Oct 2017. pp. 18. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <http://www.smgebooks.com/telemedicine/chapters/TELMED-17-09.pdf>
10. Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins M, Long R, Shipman C, *et al.* ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Heal Pharm.* 2017;74(9):236-41.
11. Le T, Toscani M, Colaizzi J. Telepharmacy: A New Paradigm for Our Profession. *J Pharm Pract.* 2020;33(2): 176-82.
12. Poudel A, Nissen LM. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. *Integr Pharm Res Pract.* 2016;5:75-82.
13. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Telepharmacy: Guidelines. [Internet] Ottawa (ON): CSHP; 2018. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.telemedecine-360.com/wp-content/uploads/2019/03/2018-CSHP-Telepharmacy-Guidelines.pdf>
14. Stratton T. Review of Research in Telepharmacy. [Internet]. En: Smgebooks.com. SMGroup; 20 May 2016. pp. 14. [Consultado 03/10/2021] Disponible en: <http://www.smgebooks.com/telemedicine/chapters/TELMED-16-03.pdf>

Atención farmacéutica a pacientes externos. Modelos de coordinación con atención primaria

Luis Margusino-Framiñán

**Jefe de Sección de Atención Farmacéutica. Servicio de Farmacia.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña**

1. Introducción

En España, el modelo de organización sanitaria se encuentra actualmente bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas tras las transferencias en este ámbito realizadas a finales del siglo XX, que han mantenido el modelo de dos niveles asistenciales, atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH)¹. Este modelo ha ido mostrando deficiencias significativas que se traducen en una pérdida de eficiencia del sistema motivada por la falta de coordinación entre los niveles asistenciales, recelos entre los profesionales e insatisfacción de los pacientes. Por ello, un nuevo modelo de gestión, la gestión sanitaria integrada, ha buscado una atención de calidad, coordinada y continua, con el paciente como eje y centro del sistema, y los dispositivos asistenciales coordinados para resol-

ver sus problemas y necesidades de salud². Otros factores, como el empoderamiento del paciente y su participando proactiva en su proceso asistencial, el envejecimiento poblacional, la digitalización y la irrupción de las tecnologías de la información y la comunicación en la atención sanitaria, la telemedicina o la humanización de la asistencia sanitaria, están acelerando la necesidad de un modelo integrado AH-AP que favorezca la continuidad asistencial y la gestión de la cronicidad.

Como consecuencia, la organización de la atención farmacéutica también se encuentra estructurada a nivel de los sistemas autonómicos de salud, en estos dos niveles asistenciales. Inicialmente, en los años 60 del siglo pasado, se crearon los servicios de farmacia

hospitalaria, y la especialidad de farmacéutico de hospital (FH). Décadas después, alrededor de los años 90 del siglo pasado, los servicios autonómicos de salud, han empezado a crear la figura del farmacéutico de atención primaria (FAP). Ambos profesionales tienen el objetivo común de mejorar los resultados en salud mediante la provisión de una AF individualizada y que requiere de un modelo de integración que garantice la continuidad asistencial con el fin indicado.

En este capítulo, se revisará el marco legal y la normativa existente en relación a los modelos de integración entre Farmacia de AH y de AP, experiencias de éxito basadas en iniciativas nacionales de coordinación entre farmacéuticos de ambos niveles y, finalmente, perspectivas futuras en su desarrollo.

2. Marco legal

La Ley General de Sanidad 14/1986 establece que el Sistema Nacional de Salud se estructura en dos niveles asistenciales, la atención primaria y la hospitalaria, pero delimitando una demarcación territorial, el área de salud³. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objeto general es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud, propone distintos niveles de integración, que se extienden también a la atención socio-sanitaria, sanidad privada y salud mental, por ejemplo⁴.

Además de esta legislación nacional, hay que tener en cuenta las iniciativas regulatorias y normativas que cada comunidad autónoma ha llevado a cabo para incentivar modelos de coordinación e integración entre AP y AH. A modo de ejemplo, el Artículo 67 del Capítulo VII de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, sobre Ordenación territorial del Sistema Público de Salud de Galicia, incide en que el sistema público de salud de Galicia se ordena territorialmente en áreas sanitarias, equivalentes a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad y les corresponde la gestión integrada de los recursos sanitarios asistenciales públicos existentes en su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas que se desarrollen en el mismo ámbito, más allá de la integración de AH y AP⁵. Estos modelos de gestión integrada, deben trasladarse también al ámbito de la atención farmacéutica.

3. Experiencias de modelos de coordinación FH-FAP

A pesar de estos intentos regulatorios sobre la necesidad de una coordinación e integración entre Farmacéuticos de Hospital y Farmacéuticos de Atención Primaria, muy poco se ha avanzado a nivel nacional o internacional, lo que condiciona la eficiencia de la atención farmacéutica de ambos colectivos sobre los resultados de salud y satisfacción de los pacientes⁶⁻⁹. Dicho nivel de coordinación, es especialmente importante, por razones principalmente de seguridad y continuidad asistencial, en el conocido como “paciente externo”, denominación aceptada a nivel de Farmacia Hospitalaria para denominar a los pacientes no ingresados. Sin embargo, existen algunas experiencias asistenciales basadas en iniciativas promovidas por farmacéuticos de hospital que intentan superar estas barreras de coordinación y continuidad asistencial, promover la accesibilidad de los pacientes a su tratamiento y maximizar los resultados en salud, mediante programas de atención farmacéutica integrales. A continuación, se describen algunos de ellos, en función del tipo de intervención.

Interconsultas entre farmacéuticos de AP y de AH

Dos experiencias destacan en este tipo de intervención. Sanmartin-Ucha llevó a cabo un estudio sobre un modelo de teleconsulta de farmacia en historia electrónica, para coordinar la transición asistencial de los pacientes entre AH y AP, con el objetivo de resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes polimedicados. Durante el período analizado, se registraron más de 470 consultas que se resolvieron en el 90% de los casos, concluyendo que la teleconsulta permitió la coordinación de la atención farmacéutica entre niveles, de forma rápida y sencilla, el incremento de la visibilidad y el acceso de los profesionales y la resolución de problemas sin desplazamientos ni retrasos para los pacientes¹⁰. Otra experiencia interesante fue la desarrollada por García-Queiruga, cuyo objetivo fue analizar las consultas realizadas entre FH y FAP mediante un sistema de plataforma electrónica (e-Interconsultation); durante el período de estudio, del total de 1.152 interconsultas (del ámbito de la vali-

dación y seguimiento farmacéutico principalmente), se han resuelto el 90,6%, por lo que los autores concluyen que este modelo bidireccional de teleconsulta ayuda a brindar una atención farmacéutica integrada de mejor calidad a los pacientes externos¹¹.

Dispensación delegada

Con el objetivo de superar barreras de coordinación AH-AP, promover la accesibilidad de los pacientes a su tratamiento y maximizar los resultados en salud, se ha propuesto la denominada dispensación delegada, entendida en este contexto como la dispensación de medicamentos de dispensación hospitalaria por parte de farmacéuticos de atención primaria en servicios de farmacia o unidades de farmacia de los centros de salud. Dicha dispensación delegada no debe disgregarse de las actuaciones profesionales inherentes a la atención farmacéutica, en un ejercicio de corresponsabilidad entre farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria. La pandemia COVID-19, ha supuesto un entorno que ha favorecido el desarrollo de la dispensación delegada en nuestro país, con el objetivo de minimizar los riesgos de contagio de pacientes y profesionales, principalmente durante los estados de alarma. Una experiencia representativa de este modelo fue la llevada a

cabo por Morillo-Verdugo y colaboradores del Hospital de Valme y los FAP de su área sanitaria en Sevilla, con el objetivo de mantener una continuidad en la AF y prolongar la persistencia de los tratamientos. La metodología incluyó la priorización de la gestión en base a la cita previa, localidad de residencia del paciente y rutas preestablecidas, la teleconsulta con oferta del servicio, comunicación anticipada a las FAP, distribución y entrega informada¹².

Farmacoterapia integrada

La coordinación de la farmacoterapia es un pilar fundamental en la atención farmacéutica en general y en los modelos de integración entre AP y AH en particular. Sarmiento-Kosta K, llevó a cabo un estudio descriptivo de 12 casos de servicios farmacéuticos hospitalarios y de AP y que ha incorporado también oficinas de farmacia comunitarias¹³. Se han identificado avances que relacionan la percepción, formalización y la coordinación asistencial y clínica de los servicios farmacéuticos, pero también debilidades y oportunidades de mejora en cuanto a la coordinación. Se concluyó que las diferentes herramientas e instrumentos implantados, parece facilitar una mayor posibilidad de integración entre servicios farmacéuticos y de éstos con la red de salud para contribuir con una farmacoterapia integrada.

4. Perspectivas futuras. Telefarmacia

El futuro de los modelos de coordinación entre farmacéuticos de AH y de AP, pasa indefectiblemente por el desarrollo de la Telefarmacia en nuestro país. La Telefarmacia ha sido definida en el Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria como es la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación¹⁴. Los cuatro procedimientos principales definidos en dicho posicionamiento (seguimiento farmacoterapéutico, dispensación y entrega informada a distancia, formación/información a pacientes y profesionales y coordinación con el equipo asistencial), pueden también ser implementados mediante un modelo de coordinación con atención primaria para determinadas aplicaciones de la telefarmacia. Para ello es necesario que dicho modelo contemple, al menos los siguientes aspectos:

- Grupo de trabajo multidisciplinar AH-AP.
- Procedimiento normalizado de trabajo con criterios de inclusión y exclusión comunes a todos los pacientes y medicamentos, y con el consentimiento expreso del paciente o cuidador.
- Sistemas de información integrados, entre el servicio de farmacia del hospital y atención primaria, destacando la interoperabilidad y con la historia clínica electrónica como sistema principal de información.
- Evaluación de las necesidades formativas que demanden para el desarrollo de esta actividad asistencial de coordinación.
- Protocolización de las actuaciones farmacéuticas y la documentación de la Atención Farmacéutica.
- Evaluación continua de mejora de calidad, mediante el seguimiento de indicadores de actividad y calidad.

5. Conclusiones

El desarrollo de un modelo de coordinación entre Farmacia de AH y AP, a pesar de las barreras para su implantación y las limitaciones ya comentadas, puede proporcionar importantes beneficios a varios niveles. A nivel del sistema sanitario, la propia coordinación e integración asistencial entre niveles asistenciales, comunicación entre profesionales, incorporación del modelo de gestión de la

cronicidad, eficiencia terapéutica, visibilidad social u optimización recursos económicos. A nivel de paciente o cuidador puede permitir una mejor accesibilidad al tratamiento farmacológico y a la atención farmacéutica, promoción de la adherencia al plan terapéutico, accesibilidad al farmacéutico, optimización recursos económicos, y, finalmente favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar.

6. Bibliografía

1. Cantero C. El traspaso de competencias sanitarias en España. *Rev Adm Sanit.* 2003;1(1):65-79.
2. Muñoz R. La integración de la gestión de la Atención Primaria de Salud y la Atención Hospitalaria. *Rev Clin Med Fam.* 2010;3(1):1.
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE.* núm. 102, de 29/04/1986.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *BOE.* núm. 128, de 29/05/2003.
5. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. *DOG* núm. 143, de 24/07/2008. *BOE.* núm. 202, de 21/08/2008.
6. Ensing HT, Koster ES, van Berkel PI, van Dooren AA, Bouvy ML. Problems with continuity of care identified by community pharmacists post-discharge. *J Clin Pharm Ther.* abril de 2017;42(2):170-7.
7. Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasusagna P, Homs Peipoch E, *et al.* [Integrated pharmaceutical care programme in patients with chronic diseases]. *Farm Hosp.* agosto de 2012;36(4):229-39.
8. Hazen ACM, de Bont AA, Leendertse AJ, Zwart DLM, de Wit NJ, de Gier JJ, *et al.* How Clinical Integration of Pharmacists in General Practice has Impact on Medication Therapy Management: A Theory-oriented Evaluation. *Int J Integr Care.* 2019;19(1):1.
9. Lefeber GJ, Drenth-van Maanen AC, Wilting I, Jansen PAF, van Marum RJ, Egberts TCG. Effect of a transitional pharmaceutical care intervention at hospital discharge on registration of changes in medication regimens in primary care. *J Am Geriatr Soc.* marzo de 2014;62(3):565-7.
10. Samartín-Ucha M. Model of teleconsultation pharmaceutical integrated in the electronic clinical history of the patient. *Farm Hosp.* 2019;43(1):1-5.
11. Garcia-Queiruga M. e-Interconsultations between a hospital pharmacy service and primary care pharmacy units in Spain. *Eur J Hosp Pharm.* 2021 Jul;28(4):202-206.
12. Margusino-Framiñán L. Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. *Farm Hosp.* 2020;44(7):61-65.
13. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escolies R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Cien Saude Colet.* 2017;22(8):2595-2608.
14. Morillo-Verdugo R., Spanish Society of Hospital Pharmacy Position Statement on Telepharmacy: Recommendations for its implementation and development. *Farm Hosp.* 2020;44(4)

3

3 Criterios para la selección de pacientes en telefarmacia

Tránsito Salvador Gómez
Mercedes Gimeno Gracia





Tránsito Salvador Gómez

Jeña de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) de Aragón.



Mercedes Gimeno Gracia

Adjunto de Servicio de Farmacia Hospitalaria.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ISS de Aragón.

Índice

1. Atención farmacéutica
2. Concepto de telefarmacia. Cómo se ha acelerado por el COVID-19
3. Código Español de Ética Farmacéutica
4. Pacientes candidatos a telefarmacia
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. Atención farmacéutica

A principios de los años 90, el concepto de atención farmacéutica (AF) daba sus primeros pasos de la mano de Hepler y Strand, definiéndolo como *la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.*

Con el tiempo, la actividad farmacéutica ha ido modulándose conforme el contexto ha ido cambiando, teniendo un marco farmacológico mucho más complejo y especializado, un nuevo marco asistencial e incluso social, los pacientes tienen un papel más activo y la tecnología juega un papel mucho más relevante.

Así pues, en el Documento de Barbate, compañeros farmacéuticos de hospital y de otros ámbitos asistenciales, tras una revisión bibliográfica y consenso a su vez con diferentes sociedades científicas, adoptaron la siguiente definición de AF: *La actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente (y/o cuidador) y el resto de profesionales sanitarios, para atender a este en función de sus*

necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio/largo plazo en relación a la farmacoterapia e incorporando las nuevas tecnologías y los medios disponibles para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo, con el fin de mejorar los resultados en salud¹.

Esta inquietud y la permanente necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada en consultas externas llevó a la proyección y desarrollo del proyecto del Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX), dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), ayudando a establecer un marco de actuación para los farmacéuticos de hospital en la atención del paciente externo, de tal forma que la actividad de este profesional en consultas externas fuera el puente que une los pacientes con sus resultados farmacoterapéuticos y al sistema sanitario con la mayor eficiencia disponible²⁻⁴.

El modelo asistencial seguido hasta ahora en consultas externas se centraba de forma

excesiva en el medicamento, de una forma transversal, en cambio ahora estamos pasando a un modelo centrado en el paciente a través de una entrevista motivacional y con un seguimiento longitudinal.

Los tres pilares en los que se basa el nuevo modelo asistencial de atención farmacéutica de capacidad, motivación y oportunidad (CMO) son⁵:

- *Capacidad*: provisión de la AF al paciente teniendo en cuenta sus necesidades individuales. Estas irán mucho más allá de las meramente farmacoterapéuticas. La herramienta fundamental será el uso de modelos de estratificación.
- *Motivación*: es la principal fuerza de trabajo en este nuevo modelo. Se pasa del clásico refuerzo y estímulo de la adherencia a una perspectiva más amplia de la adherencia primaria, secundaria, condicionantes que la afectan negativa-

mente. Para ello es fundamental el uso de la entrevista motivacional.

- *Oportunidad*: estar cerca del paciente cuando lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías. Se pasa a una AF más allá de la presencia física en los hospitales. La telefarmacia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación y las del aprendizaje y el conocimiento nos van a conectar directamente con los pacientes en este nuevo modelo.

Actualmente uno de los elementos del proyecto MAPEX es la telefarmacia. En el mismo, se considera que su adopción en la práctica farmacéutica y su adecuada aplicación en nuestro entorno puede promover una atención continuada, integral, multidisciplinar y de calidad, que de respuesta a las necesidades de los pacientes y favorezca el cambio de paradigma de la práctica farmacéutica².

2. Concepto de telefarmacia. Cómo se ha acelerado por el COVID-19

La teleasistencia está emergiendo rápidamente para mejorar el acceso de los pacientes a la atención médica y optimizar sus resultados de salud^{3,6}. Dentro de este paraguas de la teleasistencia se encuentra la telefarmacia, que es la provisión de la atención farmacéutica a distancia a un paciente mediante el uso de telecomunicaciones y otras tecnologías.

La integración de la tecnología de la telemedicina en la práctica farmacéutica no es un concepto nuevo⁴. El primer uso de la telefarmacia se remonta a principios de la década de 2000, cuando un gran número de farmacias rurales en Dakota del Norte (Estados Unidos) se vieron obligadas a cerrar debido a las dificultades financieras².

En este sentido, la SEFH ha publicado recientemente su posicionamiento sobre la telefarmacia, según la cual define la telefarmacia como *la práctica farmacéutica a distancia a través de las tecnologías de la información y la comunicación*³.

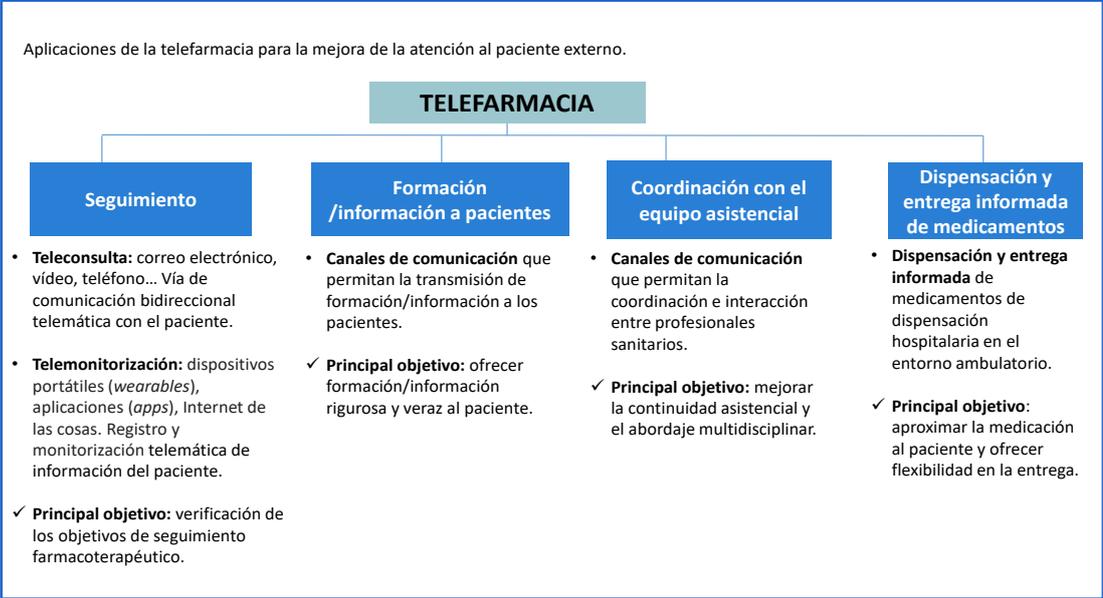
Los beneficios de la telefarmacia no se limitan a mejorar el desempeño profesional de los farmacéuticos, sino que también se extienden a estándares más altos de atención al paciente, que contribuyen directamente a mejorar su calidad de vida y a humanizar la atención sanitaria en su conjunto⁷.

Teniendo en cuenta los diversos ámbitos de actuación de la telefarmacia, en el documento de la SEFH se identifican como prioritarias las siguientes aplicaciones (Figura 1)²:

- Seguimiento farmacoterapéutico (Figura 2).
- Formación e información a los pacientes (Figura 3).
- Coordinación con el equipo asistencial (Figura 3).
- Dispensación a distancia y entrega de medicamentos informada (Figura 4).

F01

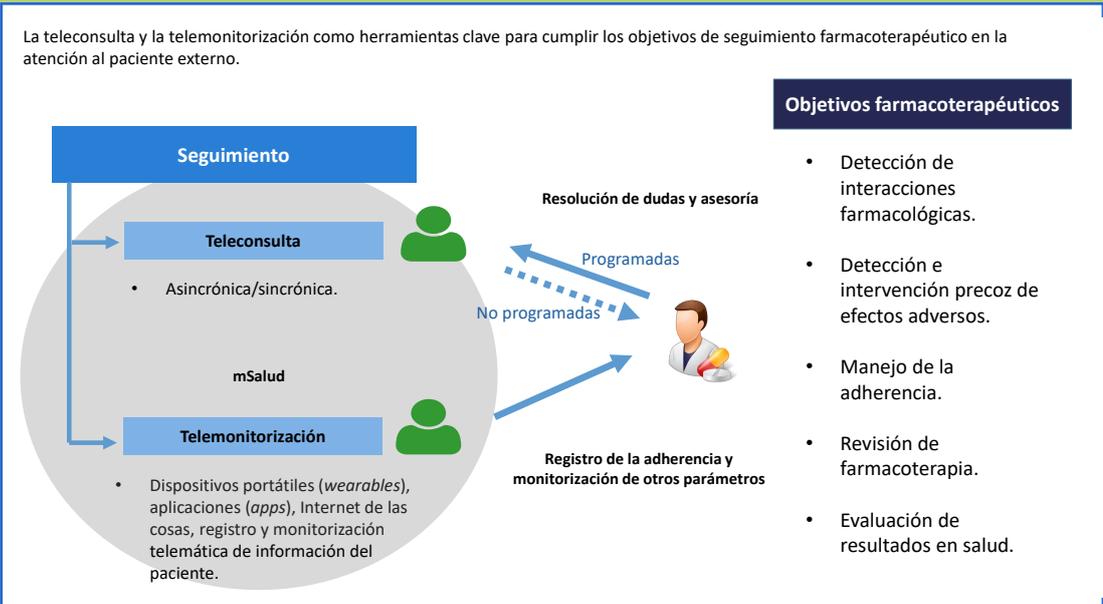
Figura 1. Principales aplicaciones de la telefarmacia en el proyecto MAPEX (extraído del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia).



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos del grupo de trabajo del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en telefarmacia.

F02

Figura 2. Descripción de la telefarmacia en el seguimiento (extraído del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia).



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos del grupo de trabajo del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en telefarmacia.

F03

Figura 3.

Descripción de la telefarmacia en la formación/información a pacientes y en la coordinación con el equipo asistencial (extraído del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia).

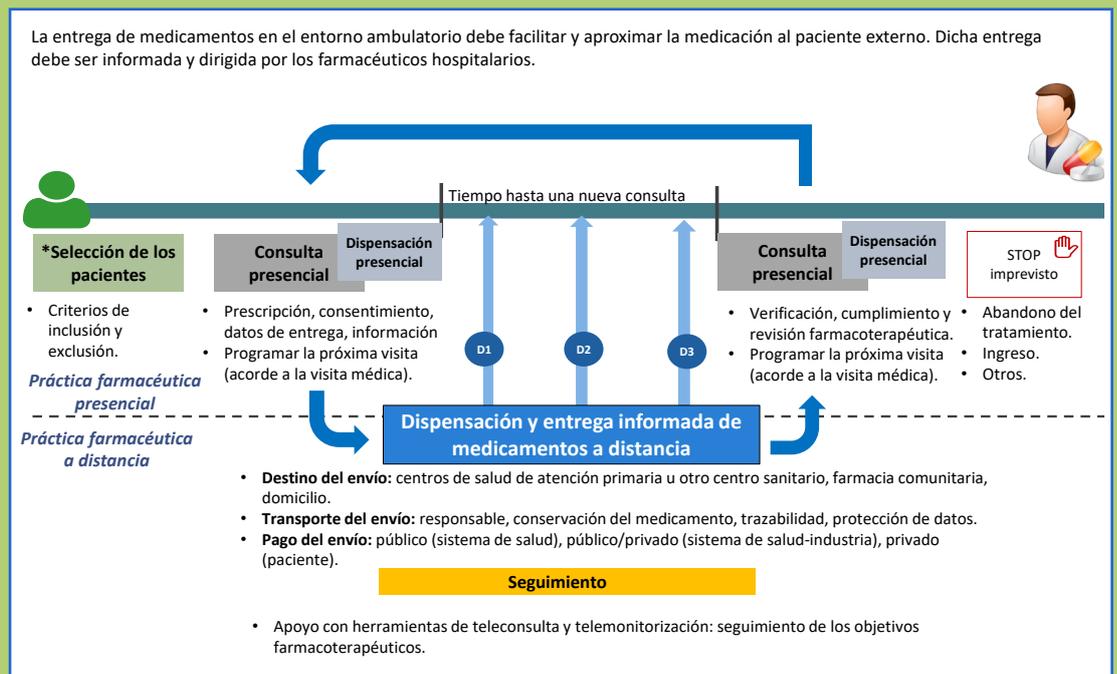


MAPEX: Mapa estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Externo.

F04

Figura 4.

Descripción del proceso de la dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia (extraído del proyecto MAPEX: Marco Estratégico en Telefarmacia).



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas con expertos del grupo de trabajo del proyecto MAPEX: Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo.

La reciente pandemia de síndrome respiratorio agudo severo causado por coronavirus de tipo 2 (SARS-CoV-2) ha acelerado la necesidad de asegurar un estándar adecuado y ha convertido a la telefarmacia en una valiosa herramienta de las farmacias hospitalarias para facilitar el acceso a la AF y, en concreto, posibilitar la dispensación a distancia de los medicamentos desde el hospital, denominada por la SEFH como entrega no presencial³.

Según un estudio de la SEFH, antes del inicio de la crisis sanitaria, solo el 17% de los servicios de farmacia de los hospitales ofrecían programas de telefarmacia que incluían la entrega de medicamentos, y durante la crisis de la COVID-19, más del 80% de los pacientes ambulatorios de los hospitales participantes en el estudio recibieron su medicación a través de la telefarmacia, con una entrega no presencial de medicación⁷.

Casi la mitad de todos los adultos y aproximadamente el 8% de los niños (de 5 a 17 años) en todo el mundo padecen una enfermedad crónica con estimaciones de 50% de no adherencia a los medicamentos a largo plazo⁸. Con este escenario, se refuerza la participación de los farmacéuticos en los modelos de telefarmacia con el objetivo de mejorar el seguimiento y fomentar el cumplimiento de la medicación para disminuir el riesgo de errores, eventos adversos, disminución del gasto en medicamentos y las posibilidades de fracaso del tratamiento⁶.

La telefarmacia va a permitir potenciar la realización de estas actividades dentro de equipos multidisciplinares de profesionales que pueden interactuar con el paciente y entre sí, de forma que la atención al paciente sea completa, coordinada, más eficaz y permita alcanzar resultados en salud óptimos. Tam-

bién va a permitir el acceso de pacientes con dificultades para la asistencia en persona a los diferentes servicios⁹. La telesalud amplía la población de pacientes a incluir, como son los pacientes que están encarcelados o institucionalizados⁶.

La SEFH está elaborando una norma de certificación de calidad en la atención farmacéutica en consultas de pacientes externos, que incluirá dentro de sus estándares la utilización de herramientas tecnológicas para llevar a cabo una actividad asistencial incluso sin la presencia física de los pacientes en los centros sanitarios².

La historia clínica electrónica (HCE) debería ser el sistema de información básico para la prestación de los servicios de telefarmacia, tanto en la valoración del estado de los pacientes como para el registro de todos los datos clínicos y administrativos relativos a las decisiones, recomendaciones e indicaciones de los farmacéuticos hospitalarios⁵.

El método de telefarmacia más comúnmente utilizado para las intervenciones farmacéuticas es a través de la comunicación telefónica, aunque puede haber ventajas de usar el vídeo para comunicarse⁵. Brindar esta atención directa al paciente en entornos de telesalud requiere habilidades y competencias especializadas adicionales⁶.

Sin embargo, y a pesar de la creciente popularidad de los modelos de atención farmacéutica que brindan la atención clínica de forma remota a través de tecnologías de telesalud, no ha habido una evaluación sistemática integral del impacto de estos servicios en los resultados de los pacientes⁴. Numerosas iniciativas de telefarmacia en los servicios de farmacia se han iniciado a raíz de la pandemia

de la COVID-19, como las consultas externas monográficas de atención farmacéutica en el Complejo Hospitalario de A Coruña, apoyadas con sistema de teleconsulta, o el progra-

ma de seguimiento integral y multidisciplinar del paciente trasplantado cardiaco del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, con el soporte de *mHealth* (mSalud)^{10,11}.

3. Código Español de Ética Farmacéutica

La telefarmacia debe complementar la AF tradicional promoviendo la humanización y apoyando a los pacientes ambulatorios a lo largo de su proceso de atención, dando cumplimiento no solo a los requisitos legales, sino también a los éticos.

Por ello, la telefarmacia debe basarse en la búsqueda de la excelencia contenida en el Código Español de Ética Farmacéutica (CEEF) y los cuatro pilares de la bioética¹², siendo el farmacéutico el papel clave para asegurar su correcta entrega. El principio de no mala conducta, a menudo citado como *primum non nocere* (lo primero, no hacer daño), implica que el farmacéutico hospitalario debe ofrecer la atención farmacoterapéutica que mejor se adapte a las necesidades de cada paciente, refuerza el principio bioético de la autonomía personal (principio nº 4 del CEEF) y utiliza las tecnologías de la información y la comunicación para proporcionar a los pacientes información rigurosa, fiable y actualizada (principio nº 6 del CEEF), permitiéndoles participar en la adopción de decisiones que, por su propia naturaleza, tendrá un impacto en su salud.

Los farmacéuticos hospitalarios deben velar por la debida protección de los pacientes con deficiencia de autonomía y respetar las diferencias culturales y personales entre los pacientes (principio nº 8 del CEEF), por eso la telefarmacia debe apoyarse en modelos de estratificación que prioricen a los pacientes que probablemente obtengan los mayores beneficios de la atención farmacéutica remota. También debe garantizarse el privilegio paciente-farmacéutico (principio nº 9 del CEEF). La transparencia y la equidad han de estar integradas en cada decisión, priorizando a los pacientes según la gravedad de su condición y su pronóstico.

El principio bioético de la beneficencia exige al farmacéutico maximizar el bienestar del paciente (principio nº 1 del CEEF) mediante el seguimiento farmacoterapéutico. Se debe prestar especial atención a los pacientes en riesgo de exclusión, donde la falta de preparación digital o una situación socioeconómica vulnerable pueden hacer inviable la consulta y el seguimiento remotos⁵.

4. Pacientes candidatos a telefarmacia

4.1. Priorización de pacientes

El modelo de AF seguido hasta ahora se basaba excesivamente en la medicación, obviando la singularidad de cada paciente. No se pueden ignorar las diferentes necesidades de los pacientes. Por tanto, es necesario estratificar o segmentar la población para poder organizar y priorizar los recursos¹³. La priorización es útil para orientar la prestación de servicios de farmacia con recursos limitados¹⁴.

Un aspecto diferenciador respecto a lo tradicional es que este nuevo modelo ya no tiene un enfoque transversal, sino longitudinal en el tiempo. Hay que descartar la idea de centrarnos en la medicación como eje fundamental de nuestras acciones, para avanzar hacia un trabajo centrado en los pacientes y sus objetivos de farmacoterapia¹⁵.

La SEFH está desarrollando el proyecto “Estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia: elaboración de documentos de apoyo metodológico”, con el objetivo de desarrollar documentos de apoyo para cubrir las necesi-

dades metodológicas de implantación de la telefarmacia en España, lo que nos ayudará a abordar una adecuada selección de pacientes candidatos y del uso de la tecnología.

Por lo tanto, la inclusión de pacientes candidatos en un programa de telefarmacia se debe basar en el concepto de equidad y no se restringirá por patologías ni medicamentos, sino según las necesidades individuales¹³. Como no todos los pacientes externos pueden beneficiarse de la telefarmacia, uno de los retos pendientes pasa por consensuar modelos de priorización en los que tener en cuenta diversas variables para elección¹⁶.

Según las variables de estratificación para la realización de AF, se pueden priorizar a los pacientes para telefarmacia en base a variables:

- *Demográficas*: la incorporación de la telefarmacia en entornos geográficamente limitados favorece un uso eficiente del tiempo, los recursos y la experiencia de los profesionales de la salud⁶. La edad de los pacientes o la dificultad para los

desplazamientos serían valores a considerar para la telefarmacia.

- *Sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional:* la participación de los pacientes en su propia atención es un factor muy importante para el buen manejo, sobre todo en las enfermedades crónicas, ya que son la mayor causa de morbi-mortalidad en los países desarrollados^{5,7}, de ahí la importancia de mantener un estado mental adecuado. También es determinante la opinión y necesidades del paciente respecto al servicio, incluso su propia experiencia con la tecnología o si está afectado por la brecha digital¹⁶. Los pacientes institucionalizados, tanto para la dispensación informada de medicación como para el seguimiento farmacoterapéutico, también serían perfiles a considerar.

Es importante tener capacidades para mantener y operar dispositivos como el teléfono, el ordenador o la *tablet*⁹, los pacientes que se benefician del servicio deben estar adecuadamente educados sobre el uso de las herramientas de telefarmacia para asegurar que el servicio prestado sea el estándar esperado. En este sentido, un potencial problema de la telefarmacia podría ser la desgana o la incapacidad para utilizar la tecnología, predominante en las personas mayores⁶.

- *Clínicas:* serían candidatos pacientes con tratamientos estables, que acudan con poca frecuencia al hospital, y con consultas médicas espaciadas en el tiempo (más del tiempo para el que se dispensa el tratamiento en la farmacia del hospital). Estos pacientes se beneficiarían de telefarmacia para seguimiento farma-

coterapéutico y dispensación y entrega informada no presencial.

- *De utilización de servicios sanitarios:* para la telefarmacia, son importantes conceptos, como por ejemplo, si un paciente ya está incluido en un programa de teleconsulta con su especialista médico, en este caso, quizás sea óptimo que entre en el servicio de telefarmacia¹⁶.
- *Variables relacionadas con la medicación:* es muy importante la identificación de factores específicos que hacen que un paciente tenga más probabilidad de experimentar resultados adversos, como por ejemplo: los medicamentos de alto riesgo, la insuficiencia orgánica importante y los regímenes de medicación complejos¹⁴. La complejidad del régimen es mejor predictor global de mortalidad que la polifarmacia (la dificultad para entender las instrucciones de administración puede tener un efecto, más allá del número bruto de medicamentos, en el aumento de la probabilidad de errores de medicación). La mayor complejidad del régimen también se ha asociado con la falta de adherencia, que a su vez es un factor de riesgo de malos resultados del tratamiento, incluida la mortalidad. Los medicamentos que son complejos de administrar pueden estar asociados con un alto riesgo de efectos adversos fatales¹⁷. Los pacientes de edad avanzada y las personas con deterioro cognitivo tienen más probabilidades de tener múltiples morbilidades y una farmacoterapia compleja asociada, lo cual les pone en riesgo de resultados adversos¹⁶.

Además es necesario, en el caso de dispensación y entrega informada de medicación, que

la medicacin cumpla unos requisitos que garantice su envio en condiciones adecuadas.

A la hora de seleccionar a los pacientes candidatos para la realizacin de telefarmacia, se recomienda definir unos criterios de seleccin en coordinacin con el resto del equipo asistencial, apoyarse en modelos de priorizacin que ayuden en la identificacin de pacientes que pueden beneficiarse de la telefarmacia. Todo esto tiene que quedar reflejado en el procedimiento normalizado de trabajo (PNT) realizado previamente por el grupo de trabajo que coordina y desarrolla dicha actividad en el servicio de farmacia de cada hospital.

Cuando se haya realizado la seleccin de pacientes, los farmacuticos tendrn que constatar que comprenden el uso y la implantacin de estos servicios, facilitando informacin oral y por escrito. Adem{s, ellos deben dar su consentimiento por escrito para autorizar el comienzo del servicio y adquirir un compromiso de su participacin en el programa, por lo tanto recomendamos que, en dicho documento, queden especificados tambin los motivos de interrupcin del programa de telefarmacia.

La telefarmacia puede ir o no acompaada de la administracin domiciliaria de medicamentos, ya sea un medicamento, una nutricin enteral o parenteral artificial u otras terapias o agentes farmacolgicos en investigacin⁵. Para que la telefarmacia con entrega de medicamentos a domicilio, o a otras estructuras sanitarias, se lleve a cabo de manera segura, es necesario planificar y organizar cuidadosamente el circuito de entrega de acuerdo con las posibilidades, la infraestructura y los medios materiales disponibles en cada hospital. Se debe establecer un procedimiento de

validacin previo a la entrega antes de que los medicamentos lleguen al lugar de destino de los pacientes. Es fundamental garantizar la confidencialidad, seguridad y trazabilidad de todo el proceso (envio, custodia, conservacin, entrega y recepcin). Si es posible, los medicamentos se dispensarn en su paquete original para permitir una trazabilidad adecuada⁵.

Cada hospital, en funcin de sus recursos humanos, materiales y econmicos, podr realizar una seleccin de pacientes m{s o menos amplia para realizar de forma adecuada la telefarmacia. De ah{ la importancia de priorizacin de pacientes candidatos a la misma.

No obstante, esta priorizacin final de los pacientes candidatos a telefarmacia se debera hacer teniendo en cuenta el peso que las variables mencionadas m{s arriba tienen en el compendio final de la priorizacin.

4.2. Entrevista telem{tica

La actividad de telefarmacia es complementaria a la atencin presencial, y son necesarios varios pasos adicionales para un encuentro a distancia. Primero, los pacientes que participan en los servicios de farmacia clnica de telesalud deben completar un consentimiento informado que explique la tecnologa elegida en cada caso, el modo de transmisin, el nivel de seguridad, la necesidad de compartir la informacin del paciente con otros miembros del equipo de atencin y las limitaciones de telesalud. El formulario de consentimiento debe mantenerse en la HCE y se debe proporcionar una copia al paciente. En segundo lugar, el farmacutico clnico debe recuperar los datos del paciente del HCE, para finalmente durante

la entrevista interpretar estos datos junto con la información del paciente y definir los objetivos farmacoterapéuticos⁴. Al finalizar la entrevista, se debe concertar la próxima cita con el paciente, registrar la actividad en la HCE y, si es necesario, informar al médico responsable.

La entrevista es confidencial, asegurándose previamente de la identidad del paciente/cuidador y la presentación del farmacéutico que la lleva a cabo, en un entorno adecuado, libre de interrupciones y con la tecnología adecuada a cada caso.

Con la telefarmacia se establece una relación con los pacientes en función de los objetivos de la farmacoterapia y, para ello, se debe utilizar la entrevista motivacional como herramienta clave de trabajo.

Nuestras habilidades y competencias tienen que asegurar que los pacientes sean capaces de alcanzar los objetivos a corto y medio-largo plazo de sus medicamentos¹⁵. Deben asegurarse las siguientes tareas a la hora hacer la atención de telefarmacia: que el tratamiento es el adecuado para el paciente al que está destinado, que el paciente comprende los detalles del tratamiento prescrito, examinando sus ideas, creencias y actitudes preconcebidas con respecto a seguir el régimen farmacoterapéutico prescrito⁵.

Las consultas remotas pueden ser sincrónicas (a través de una llamada telefónica o una videoconferencia) o asincrónicas (a través de correo electrónico o Internet)⁵. Lo adecuado

sería utilizar cada una de ellas dependiendo de la situación a tratar y del paciente.

Hay que diferenciar si es la primera visita o una visita de seguimiento. Es importante tener un esquema del tipo de entrevista que vamos a realizar, sabiendo cómo debemos iniciar la comunicación con el paciente, qué información queremos obtener y cómo la acabamos. Las palabras clave de una entrevista clínica son: preguntar, escuchar, empatizar, motivar y sintetizar¹⁸.

4.3. Motivos de exclusión/ interrupción de programa de telefarmacia

La inclusión de un paciente en el programa de telefarmacia no tiene por qué ser de una forma indefinida, puesto que la situación de cada paciente es cambiante: su relación con la farmacoterapia, su situación personal, social... Por lo cual, se deben fijar previamente en el PNT de telefarmacia los principales motivos de interrupción o salida de dicho programa.

Entre los motivos de exclusión, se podrían encontrar: que el propio paciente lo solicite, que hubiera cambios en su evolución clínica, pasando a una situación de inestabilidad que requiriese un mayor número de consultas médicas y farmacéuticas presenciales, por lo que su seguimiento y dispensación pasaría a ser presencial, o que hubiera una repetición de falta de asistencia a las consultas telemáticas, o falta de asistencia a las entregas domiciliarias de tratamientos.

5. Conclusiones

- Estamos ante una nueva definición de AF, la reorientación asistencial hacia la mejora de resultados en salud redefine esta actividad profesional que va a avanzar hacia un enfoque más longitudinal y multidimensional del paciente.
- Con el desarrollo del modelo de AF CMO (proyecto MAPEX), esta contempla la consulta no presencial mediante la herramienta de la telefarmacia gracias a las tecnologías de la información y comunicación.
- Sería necesario una norma que regulase la telefarmacia a nivel nacional como herramienta de provisión de servicios de salud.
- No todos los pacientes externos pueden beneficiarse de la telefarmacia, ni todos los servicios de farmacia pueden incluir a todos los pacientes candidatos por falta de recursos, tanto humanos como materiales, por eso uno de los retos consiste en consensuar modelos de priorización.
- La priorización de los pacientes candidatos a telefarmacia se debería hacer teniendo en cuenta el peso que las diferentes variables tienen en el compendio final de la priorización.
- La entrevista clínica en la telefarmacia adecuando el uso de la tecnología a cada paciente es un complemento a la entrevista presencial que exige una formación previa para hacer un adecuado seguimiento farmacoterapéutico y la posterior dispensación y entrega informada de medicamentos, si procede.

6. Bibliografía

1. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, Robustillo-Cortés MA, Poveda-Andrés JL. Grupo de trabajo Documento Barbate. Una nueva definición y reenfoque de la atención farmacéutica: el documento de Barbate. *Farm Hosp*. 2020;44(4):158-62.
2. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. MAPEX: Marco estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo. [Internet]. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 28 May 2020]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
3. Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins MT, Long RD, Shipman CJ, et al. ASHP Statement on Telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. 2017;74(9):236-41.
4. Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández M. MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. *Farm Hosp*. 2015;39(4):189-91.
5. Calleja MÁ, Verdugo RM. *El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria*. Badalona: Euro-medice Vivactis; 2016.
6. Badowski ME, Walker S, Bacchus S, Bartlett S, Chan J, Cochran KA, et al. Providing Comprehensive Medication Management in Telehealth. *Pharmacotherapy*. 2018;38(2):e7-16.
7. Moreno S, Gioia F. Telepharmacy. Ready for its global implementation? *Farm Hosp*. 2020;44(4):125-12.
8. Cutler RL, Fernández-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, García-Cárdenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(1):e016982.
9. Morell A, Ramírez E. Telefarmacia en farmacia hospitalaria. [Internet]. Fundación Merck Salud. [Consultado 30 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/03/2.6.-TELEFARMACIA.-Alberto-Morell.pdf>.
10. Martínez-Roca C, García-Queiruga M, Fernández-Gabriel E, Mateos-Salvador M, et al. Implantación de Consultas Externas Monográficas de Atención Farmacéutica en un Servicio de Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp*. 2017;41(6):660-6.
11. Gomis-Pastor M, Mirabet S, Roig E, López L, Brossa V, Gálvez-Tugas E, et al. Interdisciplinary mobile health model to improve clinical after heart transplantation: implementation strategy study. *JMIR Cardio*. 2020;24(1):e19065.
12. Barreda Hernández D, Mulet Alberola A, González Bermejo D, Soler Company E. El porqué de un código de ética farmacéutica: Código Español de Ética Farmacéutica. *Farm Hosp*. 2017;41(3):401-9.
13. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Documento de Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre la Telefarmacia. [Internet]. Madrid: SEFH; 2020. [Consultado 28 May 2020]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/posicionamientos_institucionales/12-POSICIONAMIENTO_TELEFARMACIA_20200510.pdf
14. Ministerio de Sanidad. Orden SND/293/2020, de 25 de marzo, por la que se establecen condiciones a la dispensación y administración de medicamentos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. BOE. 2020;85. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/25/snd293/con>
15. Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MÁ, De Las Aguas Robustillo-Cortés M. A New Pharmaceutical Care Concept: More Capable, Motivated, and Timely. *Hosp Pharm*. 2019;54(6):348-50.
16. Baldoni S, Amenta F, Ricci G. Telepharmacy Services: Present Status and Future Perspectives: A Review. *Medicina*. 2019;55(7):327.
17. Wimmer BC, Bell JS, Fastbom J, Wiese MD, Johnell K. Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated With All-Cause Mortality in Older People: A Population-Based Cohort Study. *Ann Pharmacother*. 2016;50(2):89-95.
18. Suggett E, Marriott J. Risk Factors Associated with the Requirement for Pharmaceutical Intervention in the Hospital Setting: A Systematic Review of the Literature. *Drugs Real World Outcomes*. 2016;3(3):241-63.



4

Salud móvil y su aportación a la atención farmacéutica

Introducción. Olga Delgado Sánchez

La salud móvil al servicio de la atención farmacéutica: presente y futuro en el Hospital Sant Pau
Mar Gomis Pastor

¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
Roberto Collado Borrell, Vicente Escudero Vilaplana

Salud móvil: qué aporta a la atención farmacéutica
Juan Eduardo Megías Vericat, José Luis Poveda Andrés

Olga Delgado Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma.
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Mar Gomis Pastor

Servicio Farmacia Hospitalaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Roberto Collado Borrell, Vicente Escudero Vilaplana

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Juan Eduardo Megías Vericat, José Luis Poveda Andrés

Servicio de Farmacia, Área Clínica del Medicamento.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Índice

Introducción

La salud móvil al servicio de la atención farmacéutica: presente y futuro en el Hospital Sant Pau

1. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
2. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?
3. ¿Qué pasos se han dado en su centro?
4. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?
5. Bibliografía

¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?

1. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
2. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?
3. ¿Qué pasos se han dado en su centro?
4. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

Salud móvil: qué aporta a la atención farmacéutica

1. Introducción
2. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
3. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?
4. ¿Qué pasos se han dado en su centro?
5. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

Introducción

Olga Delgado Sánchez

**Jefe de Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma.
Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).**

En esta monografía en la que se debate sobre los modelos asistenciales, es inevitable la inclusión de un artículo sobre la salud móvil y la aportación de la atención farmacéutica. Desde el punto de vista asistencial, está clara cada vez de forma más evidente la participación de los pacientes en sus procesos asistenciales, pero también en la responsabilidad directa sobre su tratamiento y los resultados del mismo.

En este contexto, lo que se ha denominado "salud móvil" nos permite un acompañamiento continuo, la directa participación del paciente, que permite evidenciar el valor conseguido por la terapia farmacológica y, sin duda, aportar desde las organizaciones sanitarias una atención centrada en las personas.

Para ello y como ejemplo de éxito, hemos solicitado a tres hospitales pioneros información sobre su experiencia, concretada en cuatro preguntas:

- ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?
- ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?
- ¿Qué pasos se han dado en su centro?
- ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

Es un trabajo que os hacemos llegar y que, sin duda, pone de manifiesto el éxito de las distintas aplicaciones utilizadas en nuestros hospitales.

La salud móvil al servicio de la atención farmacéutica: presente y futuro en el Hospital Sant Pau

Mar Gomis Pastor

Servicio Farmacia Hospitalaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

1. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?

El uso de dispositivos móviles en el campo de la salud (salud móvil o *mHealth*) se presenta como una herramienta de la eSalud con potencial para transformar la atención sanitaria en la población al aumentar la calidad de la atención de los pacientes y reducir costes¹⁻⁵. Cuando hablamos de salud móvil, entendemos el uso de aplicaciones móviles (comunicación asincrónica paciente-profesional) combinado con el uso de sistemas de videoconferencia (comunicación sincrónica paciente-profesional o entre profesionales) para la monitorización remota de diferentes ámbitos de la salud.

En el ámbito de la telefarmacia, determinadas iniciativas de eSalud centradas en el paciente han demostrado ser exitosas en

ámbitos como la dispensación informada de medicamentos, el seguimiento y la prevención de efectos secundarios o de interacciones farmacológicas. Además, la salud móvil ha demostrado ser útil en el seguimiento de determinadas biomedidas, como la hipertensión, o conductas como la adherencia a la medicación²⁻⁸.

Una encuesta llevada a cabo a diferentes expertos (gerentes, profesionales sanitarios, técnicos de la innovación y expertos en innovación) permitió conocer cuáles eran los beneficios potenciales de la salud móvil en un área sanitaria de Cataluña (Tabla 1)⁹. Este tipo de encuestas permitirán a los profesionales innovadores que quieran implementar la salud móvil identificar qué objetivos clíni-

cos deben priorizarse en sus centros. En base a esta información, podrán diseñar el modelo asistencial y la tecnología necesaria para lograrlo.

En nuestro entorno, la experiencia obtenida con el ensayo clínico aleatorizado *mHeart* puso de manifiesto el beneficio real de la salud móvil en pacientes altamente complejos a nivel farmacoterapéutico. Confirmando el potencial de la salud móvil para llevar a cabo programas de atención farmacéutica en pacientes trasplantados cardíacos en España. Y es que, en primer lugar, la estrategia *mHeart* obtuvo un impacto positivo significativo en la adherencia al tratamiento inmunosupresor. De ese modo se confirmó que la combinación de diferentes intervenciones multinivel, como son el uso de técnicas conductuales del cambio, dirigidas a un paciente empoderado y mediante la salud digital, son estrategias sinérgicas que incrementaron la efectividad de las intervenciones de mejora de la adherencia a la medicación convencionales.

Con *mHeart* se obtuvieron además mejoras significativas en aspectos relevantes del conocimiento, la experiencia y las creencias del paciente con su pauta terapéutica. Finalmente, la estrategia demostró reducir de forma significativa el número de pacientes que precisaban ser atendidos de forma presencial en consultas externas. La eficacia del programa se vio acompañada por un excelente nivel de satisfacción y usabilidad por parte de los pacientes incluidos con el *software* y la estrategia aplicada. Un análisis preliminar de los datos muestra además cómo la estrategia permitió mejorar el riesgo cardiovascular de estos pacientes y redujo el número de infecciones, de ingresos hospitalarios y de visitas a urgencias. El programa asistencial *mHeart* se configura así como una alternativa viable a la convencional para proporcionar un seguimiento farmacoterapéutico individualizado y anticipado a largo plazo de pacientes altamente complejos^{10,11}.



Statement for agreement	Stakeholders, n (%)
Benefits	
Improves patients' knowledge of therapy, management, and medication adherence	23 (88)
Improves the continuity of care and the flow of information between providers and levels of care	21 (81)
Allows patients to be empowered and actively manage their disease and treatment	20 (77)
Resolves patient and caregiver queries from home due to the two-way health care provider-patient communication	20 (77)
Monitoring and managing patient-reported outcomes such as symptoms and adverse affects to drugs	17 (65)
Focuses on health promotion and prevention to reduce the number of acute events	17 (65)
Increases the cost-effectiveness of resources by reducing both scheduled and urgent visits due to decompensation	17 (65)
Facilitates innovation in health and documentation of evidence that translates into measurable health outcomes	17 (65)
Reduces inequalities in access to the health system due to traveling difficulties or lack of resources	10 (38)
Improves patient's experience because of close communication with providers	4 (15)

Tabla 1.

Principales beneficios de una estrategia de salud móvil de acuerdo con el consenso de expertos en un área sanitaria de Cataluña (Fuente: M.Gomis-Pastor *et al.*, *JMIR Cardio* 2020)

2. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?

Un nuevo modelo asistencial de salud móvil se establece con el fin de lograr una mejora de los resultados de salud y la eficiencia de los procesos asistenciales. Y es que los farmacéuticos clínicos tenemos un gran reto: participar en la gestión de la complejidad de las diferentes poblaciones de pacientes externos de los centros como punto crítico del sistema sanitario.

En este contexto multidisciplinar, la salud móvil nos permite a los farmacéuticos hospitalarios migrar nuestro modelo de atención farmacéutica hacia un modelo de atención mixto. Además, la implementación de estrategias de salud móvil permite visibilizar la figura del farmacéutico a los pacientes, las familias y los profesionales que conforman las instituciones sanitarias.

La salud móvil incrementa las oportunidades de interactuar con el paciente y llevar a cabo una atención de calidad sostenida en el tiempo, lejos de las interacciones puntuales que podemos asumir mediante el modelo convencional. No obstante, para implementar innovadores modelos de atención far-

macéutica, deberemos empezar a reestructurar la asistencia tal y como la conocemos. Permitiendo cuestionar el valor de nuestras intervenciones diarias y sustituirlas por otras basadas en la eSalud.

Un ejemplo de modelo asistencial de salud móvil sería el basado en el proyecto *mHeart*, actualmente implementado en la práctica clínica del equipo de trasplante cardiaco del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Este modelo se diseñó como un programa de atención farmacéutica multinivel mediante la combinación de diferentes intervenciones de valor demostrado y con potencial de sinergia (Figura 1).

Concretamente, la salud móvil nos permite a los farmacéuticos hospitalarios cambiar la forma en la que obtenemos datos de nuestros pacientes. De esta manera, recoger los resultados en salud y experiencia (medición de la percepción y los resultados reportados por el paciente) de forma electrónica a través de aplicaciones móviles conlleva múltiples ventajas, como se resume en la Figura 2^{12,13}.

F01

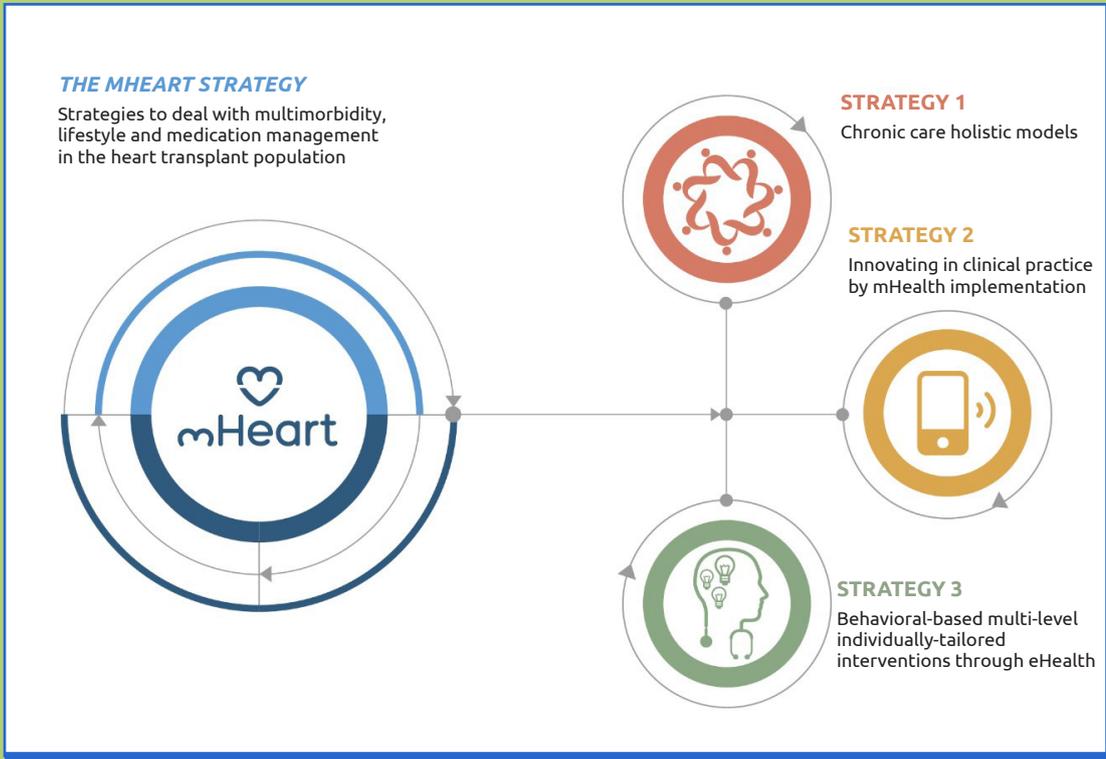


Figura 1.

Ejemplo de las tres estrategias aplicadas en el modelo asistencial de atención farmacéutica multidisciplinar basado en la salud móvil en *The mHeart Study*^{10,11}.

F02

- 

El paciente informa de sus propias experiencias en tiempo real, en su entorno habitual, a lo largo del tiempo a medida que se producen y en diferentes contextos. El tiempo dedicado a responder los cuestionarios es menor.
- 

Se superan los principales sesgos de medición de resultados en salud reportados por el paciente. Se evitan respuestas en blanco y subjetividad del entrevistador.
- 

Se facilita el análisis de las respuestas y valoración farmacéutica. Permite la consulta de registros previo a la visita (planificación y priorización). Se minimiza el tiempo destinado a la medición de resultados en salud durante la consulta.
- 

Se facilita la documentación en las historias clínicas (integración de los sistemas de información). Se facilita la extracción de los datos y análisis estadísticos (CDRe bases de datos).

Figura 2.

Potencial de los instrumentos electrónicos para medir la experiencia y los resultados reportados por el paciente a través de sitios web, aplicaciones (apps) o tablets en un modelo mixto de atención farmacéutica digital¹⁰.

Por otro lado, los *smartphones* (teléfonos inteligentes) son una herramienta ideal para proporcionar intervenciones electrónicas (eIntervenciones), permitiendo al farmacéutico ofrecer un soporte individualizado y humano, mientras el paciente lleva a cabo su vida cotidiana y en su entorno natural^{14,15}. Los móviles ofrecen un espacio personal y privado al paciente, y permiten al profesional incrementar la capacidad de su atención al deliberar una misma intervención a muchos pacientes a un menor coste^{16,17}.

Otro reto para la atención farmacéutica es modernizar la comunicación con nuestros pacientes a través de teleconsulta síncrona (por ejemplo, la videoconferencia) o asíncrona (por ejemplo, la mensajería). La selección de qué pacientes pueden beneficiarse de la teleconsulta y la formación de los farmacéuticos para comunicarse a través de la salud móvil son elementos básicos para que esta práctica se implemente con éxito en nuestra actividad como farmacéuticos.

3. ¿Qué pasos se han dado en su centro?

En el año 2013 el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau empezó a trabajar en el campo de la salud móvil. Gracias al liderazgo de la Dra. M^a Antònia Mangués se puso el foco en modernizar la atención farmacéutica que recibían nuestros pacientes más complejos.

En base a nuestra experiencia, la orientación integral y multidisciplinar de los proyectos de digitalización ayuda a visibilizar el valor del farmacéutico a pacientes y cuidadores, a la vez que facilita la incorporación del farmacéutico especialista dentro de los equipos asistenciales y las áreas clínicas donde antes no estaba presente. Esto ha implicado una redistribución de las tareas de este farmacéutico y una revaloración de qué actividades del día a día podemos dejar de hacer para sustituirlas por otras de mayor valor añadido.

Esta línea de trabajo nació en una población piloto de especial complejidad, como es el trasplante cardiaco (Figura 3). Para ello se diseñó el nuevo modelo asistencial basado en la salud móvil⁹ y se desarrolló la plata-

forma *mHeart*, la cual fue estructurada para ser adaptable a cualquier patología y centro.

Desde el inicio del proyecto, quisimos compartir nuestro aprendizaje publicando el modelo aplicado, así como las barreras y los facilitadores que nos habíamos encontrado en el camino (Tabla 2)⁹. Difundir los resultados obtenidos ayudaría a generar evidencia científica sobre los beneficios de la salud móvil y animaría a futuros profesionales a empezar²⁻⁹. Y es que, a partir de una plataforma ya testada por compañeros de otros centros, permitirá avanzar más rápido en conseguir las garantías de calidad y seguridad que los pacientes merecen y ahorrar costes.

Una vez desarrollada, *mHeart* fue pilotada en un estudio de validez y experimentada en un ensayo clínico aleatorizado. Fases que nos permitieron obtener los resultados de efectividad, seguridad y calidad, necesarios para seguir con su implementación en la práctica clínica habitual²⁻⁹. Todo este proceso y los resultados obtenidos se encuentran

T02

Tabla 2.

Cronograma de la historia de la salud móvil del Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, desde el proyecto *mHeart* en 2013 hasta su expansión.

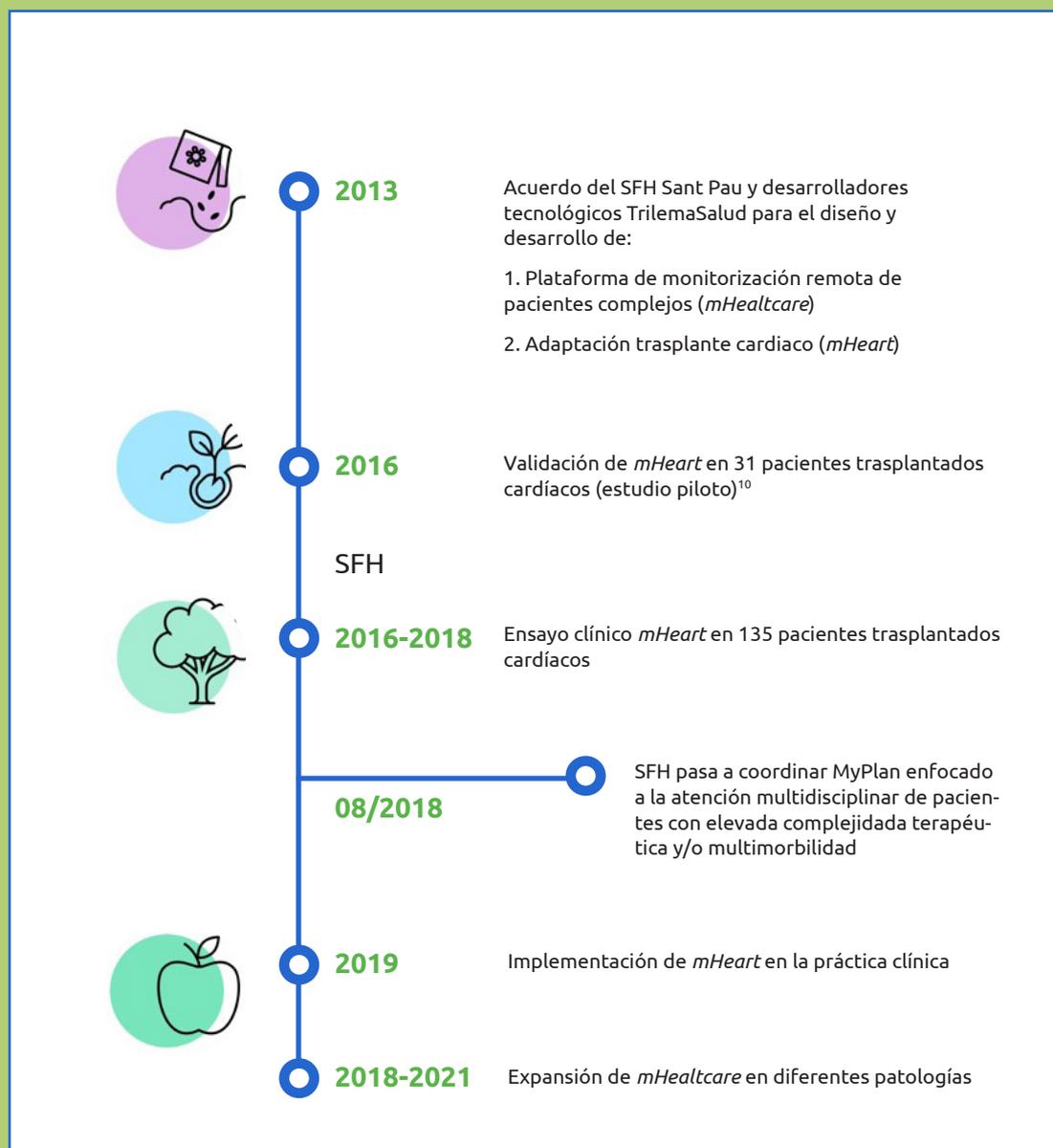




Figura 3.

Claves y facilitadores para sobrellevar potenciales limitaciones de la implementación de la salud móvil en los centros sanitarios para profesionales innovadores⁹.

1.	Avoid new developments from scratch. Tools that are already established and tested are an efficient starting point. This will help to allocate the economic resources on new features, facilitating the meeting of deadlines and achieving the expected quality of the system.
2.	Before choosing the development company, determine that (i) it is a solvent and solid firm, (ii) its compliance with national standards of quality and safety, (iii) it has previous experience of clinically tested health care systems, (iv) it has favorable opinions of previous developers, and (v) it provides an excellent user help center.
3.	Allocate resources to having expert advice on (i) legal, security, and data protection; (ii) medical technology intellectual property; and (iii) medical device regulations and quality evaluation.
4.	Assign a provider as a part-time coordinator to facilitate procedures and deadlines, and to liaise with third parties. The recommended skills of the coordinator are a proactive approach; holistic vision; experience of research and innovative projects; ability to work in a team; and to have training in a spaciality, medication management, behavioral change theories, and patient engagement.
5.	First, design a general system structure and later adapt it to the target population needs. This will help to ensure end-user engagement while compensating for the implementation burden and ensuring the scalability of the model.
6.	Base the design of the interventional model on already demonstrated major determinants of the efficacy of interventions and patient engagement: (i) proactive and trained multidisciplinary teams, (ii) active interaction with end users, (iii) behavioral change theories, and (iv) tailored interventions based on relevant patient-reported outcomes measures.
7.	Include in the design stage: (i) an analysis of the users' expectations, fears, and barriers; (ii) expert opinions on the interoperability of the system; and (iii) a plan for sustainability and reimbursement according to the interest of the center or health institution.
8.	Join forces with patient associations and scientific societies during the design and testing stages to ensure content quality and scalability among centers.
9.	Evaluate whether new features that may arise in the testing are (i) incorporated in the prototype (only recommended if they affect the usability and quality of the system), or (ii) addressed in subsequent phases of improvements.
10.	Once the final prototype is established, resources should be allocated to provide continuous updates based on users' needs and feedback. This will ensure the system's usability, quality, and persistence over time.

resumidos en la presentación de vídeo de la tesis doctoral de Gomis-Pastor, *The mHeart Study*, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_FVHHVytCLO. Además, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) emitió una píldora científica (Figura 4) disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=0vTdIZeZ-0E>.

Esta línea de trabajo se pudo consolidar gracias a los resultados obtenidos en esta primera población y a la creación de una estructura interna en la institución que llamamos ecosistema de la salud móvil y con liderazgo del

SFH. Todo un reto. Este ecosistema ha ido enraizándose en la institución, coordinado por el SFH, y se ha enmarcado como parte de la innovación del Hospital Sant Pau. La estructura cuenta actualmente con diferentes expertos que dan soporte, permitiendo, por ejemplo, conseguir la interoperabilidad de la plataforma tecnológica con los sistemas de información del centro. Así, los farmacéuticos expertos en salud móvil acompañan a otros profesionales de los equipos interdisciplinarios para expandir el modelo a otras áreas clínicas con garantías de calidad y seguridad.



F04

Figura 4.

Vídeo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (clicke en la imagen para acceder al vídeo).

[/www.youtube.com/watch?v=0vTdIZeZ-0E](http://www.youtube.com/watch?v=0vTdIZeZ-0E)

4. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

La salud móvil tiene potencial y evidencia para ayudarnos en los cuatro ámbitos de la telefarmacia; seguimiento farmacoterapéutico, formación e información a los pacientes, coordinación con el equipo asistencial, dispensación y entrega informada de medicamentos a distancia.

Es por lo que, más allá de las iniciativas individuales de autoformación y aprendizaje en materia de salud digital, llevar a cabo la migración hacia una atención farmacéutica mixta digital es algo que debería venir impulsado y guiado por la SEFH.

En este sentido, la estrategia de desarrollo y expansión de la telefarmacia en España, con el Mapa estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo (MAPEX), pondrá a disposición de los farmacéuticos hospitalarios documentos de apoyo metodológico para adquirir las habilidades y la formación necesarias para implementar las estrategias de eSalud con garantías de calidad en los centros.

Por otro lado, la SEFH publicó una convocatoria con el objetivo de fomentar el desarrollo de una cultura que incorpore la atención no presencial, y dotar a los farmacéuticos de herramientas que permitan el cambio de forma efectiva y rápida. El elevado número de propuestas recibidas mostró el interés creciente de los farmacéuticos hospitalarios en la eSalud. Esta convocatoria, finalmente concedida a la propuesta presentada por el equipo de farmacéuticos del SFH del Hospital Gregorio Marañón (Madrid) y Sant Pau, tiene el compromiso de impulsar la salud móvil de mano de los grupos de trabajo de la SEFH.

En base a este contexto, vemos que la telefarmacia no es un futurible, sino que ha venido para quedarse. La salud móvil nos permite modernizar los modelos convencionales de atención farmacéutica, migrando hacia un modelo mixto de seguimiento digital. Este nuevo modelo nos debe ayudar a aportar más valor en nuestra tarea de velar por la seguridad y eficacia de la farmacoterapia, con el foco puesto en la relación con el paciente.

5. Bibliografía

1. Vallespín B, Cornet J, Kotzeva A. Ensuring Evidence-Based Safe and Effective mHealth Applications. *Stud Health Technol Inform.* 2016;222:248-61.
2. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, *et al.* Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2016;34(6):557-65.
3. Park LG, Howie-Esquivel J, Dracup K. A quantitative systematic review of the efficacy of mobile phone interventions to improve medication adherence. *J Adv Nurs.* 2014;70(9):1932-53.
4. Piette JD, List J, Rana GK, Townsend W, Striplin D, Heisler M. Mobile health devices as tools for worldwide cardiovascular risk reduction and disease management. *Circulation.* 2015;132(21):2012-27.
5. Martínez-Pérez B, De La Torre-Díez I, López-Coronado M, Herreros-González J. Mobile apps in cardiology: Review. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2013;1(2):e15.
6. Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins MT, Long RD, Shipman CJ, *et al.* ASHP Statement on telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm.* 2017;74(9):e236-41.
7. Littauer SL, Dixon DL, Mishra VK, Sisson EM, Salgado TM. Pharmacists providing care in the outpatient setting through telemedicine models: a narrative review. *Pharm Pract.* 2017;15(4):1134.
8. Davidson TM, McGillicuddy J, Mueller M, Brunner-Jackson B, Favella A, Anderson A, *et al.* Evaluation of an mHealth Medication Regimen Self-Management Program for African American and Hispanic Uncontrolled Hypertensives. *J Pers Med.* 2015;5(4):389-405.
9. Gomis-Pastor M, Mirabet S, Roig E, López L, Brossa V, Gálvez-Tugas E, *et al.* Interdisciplinary Mobile Health Model to Improve Clinical Care after Heart Transplantation: Implementation Strategy Study. *JMIR Cardio.* 2020;4(1):e19065.
10. Gomis-Pastor M, Roig E, Mirabet S, De Pourcq JT, Conejo I, Feliu A, *et al.* A Mobile App (mHeart) to Detect Medication Nonadherence in the Heart Transplant Population: Validation Study. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(2):e15957.
11. Gomis-Pastor M, Mirabet Pérez S, Roig Minguell E, Brossa Loidi V, López López L, Ros Abarca S, *et al.* Mobile health to improve adherence and patient experience in heart transplantation recipients: The mHeart trial. *Healthcare.* 2021;9(4):463.
12. Heron KE, Smyth JM. Ecological Momentary Interventions: Incorporating Mobile Technology Into Psychosocial and Health Behavior Treatments. *Br J Heal Psychol.* 2010;15(Pt 1):1-39.
13. Bose-Brill S, Feeney M, Prater L, Miles L, Corbett A, Koesters S. Validation of a Novel Electronic Health Record Patient Portal Advance Care Planning Delivery System. *J Med Internet Res.* 2018;20(6):e208.
14. Ritterband LM, Andersson G, Christensen HM, Carlbring P, Cuijpers P. Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). *J Med Internet Res.* 2006;8(3):e23.
15. Eysenbach G; CONSORT-EHEALTH Group. CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e126.
16. Smit ES, Dima AL, Immerzeel SAM, Van Den Putte B, Williams GC. The Virtual Care Climate Questionnaire: Development and Validation of a Questionnaire Measuring Perceived Support for Autonomy in a Virtual Care Setting. *J Med Internet Res.* 2017;19(5):e155.
17. Griffiths F, Lindenmeyer A, Powell J, Lowe P, Thoroughood M. Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *J Med Internet Res.* 2006;8(2):e10.

¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?

Roberto Collado Borrell, Vicente Escudero Vilaplana

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

1. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?

La aparición de la salud móvil ha revolucionado la relación farmacéutico-paciente. Por un lado, ofrece a los pacientes una mayor autonomía y accesibilidad a la atención sanitaria, y por otro, permite a los farmacéuticos mejorar el seguimiento remoto y la atención a los pacientes.

Entre las funcionalidades más destacadas que ofrece la salud móvil, se encuentran:

- Gestión de la medicación: alertas de tomas, registros de administración, control de la adherencia...
- Gestión de las citas sanitarias y personas del paciente.
- Información sobre la patología, tratamientos, nutrición, estilos de vida...

- Monitorización de biomedidas y evolutivos de salud (por ejemplo, tensión arterial, peso, ejercicio, dolor, temperatura...) y de resultados referidos por los pacientes.
- Monitorización y manejo de los efectos adversos mediante recomendaciones personalizadas.
- Comunicación bidireccional entre pacientes y profesionales sanitarios en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Gracias a estas herramientas digitales, el farmacéutico puede automatizar las interacciones generando más valor en la atención a los pacientes. La salud móvil ha demostrado mejorar el manejo de diferentes patologías,

con resultados que muestran una reducción de complicaciones y de ingresos hospitalarios. En nuestro caso, el uso de la aplicación (*app*) e-OncoSalud en pacientes oncológicos ha permitido la identificación más precoz de efectos adversos, aumentar la adherencia, mejorar la calidad de vida, e incluso reducir el consumo de recursos sanitarios, como las visitas a urgencias.

Por otro lado, la implantación de estas tecnologías por parte de los farmacéuticos nos da una gran visibilidad de cara a nuestros pacientes y a otros profesionales. Un ejemplo claro lo hemos visto durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19). Una investigación reciente ha mostrado un aumento del 64% en la demanda de atención sanitaria móvil debido a la pandemia y una previsión de que esa cifra se multiplique por siete para el año 2025. En nuestro caso, disponer de e-OncoSalud fue de gran ayuda para la comunicación con nuestros pacientes oncológicos. Entre marzo de 2020 y abril de 2021, recibimos más de 500 mensajes por parte de los pacientes y observamos que la comunicación aumentaba en torno a los picos de las distintas olas. Al comienzo de la pandemia, muchos pacientes nos tuvieron como referentes, debido a la dificultad de contactar con el sistema sanitario,

y les ayudamos con todo tipo de consultas. A continuación, citamos algunos de los muchos mensajes de agradecimiento recibidos a través de la *app* e-OncoSalud durante este periodo:

- *Muchísimas gracias, nuestra sanidad demostrando que está a la altura, pese a lo difícil de la situación, reciban mi admiración y cariño.*
- *Buenos días, ya me ha llegado la medicación, no sabéis la tranquilidad que eso me ha supuesto. (...) no tengo palabras suficientes para agradecer a todos lo que estáis haciendo por todos nosotros. Por favor trasladarlo a tod@s, gracias, gracias y mil gracias. Abrazos fuertes y juntos lo lograremos. Muack.*
- *Buenas tardes, lo primero muchas gracias a todo vuestro equipo humano por estar en primera línea en estos tiempos tan complicados.*
- *Muchísimas gracias. Un abrazo enorme para todos y mucho ánimo ante esta situación tan complicada. Nunca podremos agradecer lo suficiente, la gran labor que lleváis a cabo ahora y siempre.*

2. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?

La aparición de la salud móvil ha cambiado la forma en la que nos relacionamos con los pacientes y con otros profesionales de la salud, haciendo que nos replanteemos nuevas formas de trabajar en procesos que ya teníamos muy asentados.

En relación con el paciente, las nuevas tecnologías se han convertido en una herramienta accesible que permite reorientar los programas de atención farmacéutica, ofreciendo una atención más personalizada e integral dentro del equipo asistencial. Además, nos permiten estratificar al paciente y seleccionar aquellos que más se podrían beneficiar de este tipo de atención. A través de este modelo de "atención digital", podemos anticiparnos a las necesidades de los pacientes y realizar una atención farmacéutica más personalizada y eficiente, aportando valor a nuestro paciente.

El modelo de consulta tradicional se ha transformado en un modelo más comunicativo y participativo, en el que el paciente adquiere

más protagonismo y nos permite llegar hasta su domicilio para realizar la entrega informada del medicamento. La situación actual ha impulsado estos modelos y cada vez son más los pacientes que hacen uso de dichos servicios. Los pacientes tienen la posibilidad de contactar con nosotros en cualquier momento y desde cualquier lugar, creando un vínculo importante. Saber que hay un farmacéutico que les está siguiendo a través del móvil les da mucha confianza, especialmente en patologías de gran impacto, como el cáncer.

Por otro lado, gracias a la salud móvil, podemos ofrecer una atención farmacéutica integral dentro de todo el proceso del cuidado de los pacientes. La colaboración con otros profesionales es muy estrecha, dando una gran visibilidad a la labor del farmacéutico. En los proyectos de salud móvil que realizamos actualmente, trabajamos de forma conjunta y coordinada con las distintas especialidades médicas, haciendo los procesos más eficientes y contribuyendo a una atención más humanizada.

3. ¿Qué pasos se han dado en su centro?

En nuestro servicio de farmacia, llevamos años trabajando en un proyecto de transformación digital con el objetivo de mejorar el uso de los medicamentos, así como la calidad y la eficiencia en la atención sanitaria.

Fuimos pioneros en la implantación de la prescripción electrónica asistida ligada a la validación farmacéutica y en la robotización de la dispensación. Estas tecnologías, que se fueron extendiendo a nivel nacional, incrementaron sustancialmente la seguridad y la eficiencia de la utilización de los medicamentos. Por otro lado, para nosotros siempre ha sido prioritario garantizar un seguimiento farmacoterapéutico integral, especialmente en los pacientes crónicos y particularmente vulnerables. Por ello, en 2016, creamos la *app* e-OncoSalud, destinada a pacientes oncohematológicos. Para su desarrollo, además de contar con el asesoramiento de los pacientes a través de grupos focales, realizamos una encuesta a más de 600 pacientes para conocer su grado de interés en el uso de *apps* y necesidades tecnológicas, y analizamos todas las *apps* disponibles destinadas a pacientes

con cáncer, para conocer sus características e identificar los puntos que podrían ser mejorados con nuestra plataforma.

La *app* e-OncoSalud es la primera nacional *ad hoc* para favorecer la comunicación y el seguimiento domiciliario de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales, y una de las pocas que ha obtenido el distintivo de AppSaludable de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Actualmente, e-OncoSalud se está utilizando con éxito y gran aceptación, y ya son más de 500 pacientes los que se han beneficiado o se están beneficiando de este nuevo modelo de seguimiento farmacoterapéutico.

Una vez desarrollada e implantada e-OncoSalud, y demostrado su valor, trabajamos en la extensión de este modelo a otras áreas. Así, en 2019 desarrollamos la *app* e-MidCare, para dar apoyo a los pacientes diagnosticados de enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (pacientes con artritis reumatoide, espondiloartropatías, psoriasis, artritis psoriásica, enfermedad de Crohn y colitis

ulcerosa, entre otros). Con e-MidCare hemos evolucionado, dando aún más protagonismo a la voz de los pacientes, creando un módulo muy completo y adaptable con más de diez mediciones de resultados y experiencias reportados por el paciente.

Posteriormente, en 2020, desarrollamos la *app* farMcuida para la atención y seguimiento de los pacientes crónicos complejos, muy enfocada en este caso a la continuidad asistencial entre niveles asistenciales, y alineada con la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid.

4. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

La digitalización ha entrado de lleno en el sector de la salud. Actualmente, se estima que existen más de 350.000 *apps* sanitarias. Hospitales, laboratorios, universidades y grupos de investigación han recurrido a ellas para promocionar los servicios que ofrecen y mejorar la experiencia de los pacientes.

Desde un punto de vista tecnológico, creemos que el futuro de las *apps* a corto plazo pasa por la inteligencia artificial y los *bots*. Estas tecnologías, incorporadas a las *apps* actuales, nos permitirán obtener herramientas tecnológicas capaces de interpretar los datos médicos, lograr una mayor precisión diagnóstica, formar al paciente, mejorar la seguridad de los tratamientos y tener canales de comunicación más eficaces.

En nuestro caso, estamos trabajando en la *app* eB2-ECOG con la Universidad Carlos III de Madrid (en Getafe) para que, mediante la

captura de datos pasiva, transforme el fenotipo digital del paciente a través de técnicas de *machine learning* (aprendizaje automatizado) en parámetros de calidad de vida y *performance status* (calidad de vida del paciente). Gracias a ello, podremos conocer a tiempo real y de forma continua el impacto de los tratamientos en la calidad de vida y el estado de los pacientes.

Podemos afirmar que en este campo el futuro ya es presente, y el verdadero futuro es imaginable. Sin embargo, a día de hoy, siguen existiendo ciertas barreras para la penetración de estas tecnologías en los sistemas sanitarios públicos, en las que los profesionales sanitarios, las administraciones y las organizaciones de pacientes debemos trabajar. Entre ellas, se encuentran la falta de una legislación específica, la dificultad de su integración en los sistemas de información, la protección de datos y la ciberseguridad.

Salud móvil: qué aporta a la atención farmacéutica

Juan Eduardo Megías Vericat, José Luis Poveda Andrés

Servicio de Farmacia, Área Clínica del Medicamento.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

1. Introducción

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario causado por una deficiencia en los factores de coagulación VIII (hemofilia A) o IX (hemofilia B). El tratamiento estándar es la administración profiláctica del factor deficiente de forma regular y continuada para prevenir la presencia de sangrados y mejorar

la calidad de vida. Lo que buscamos en los pacientes con hemofilia es obtener un programa de dosificación eficiente, adaptado a las necesidades clínicas y las preferencias del paciente, para así alcanzar el objetivo de sangrado cero.

2. ¿Qué aporta la salud móvil en la atención a los pacientes?

En los últimos años, se están produciendo cambios significativos en el modo en que los profesionales sanitarios y los pacientes se comunican, se relacionan e interactúan. Y se están produciendo gracias a las redes sociales y a la tecnología móvil. En este nuevo modelo de interrelación, basado en compartir la información, aparece un tipo de pacientes más informados y empoderados que, sin duda, van a tener un mejor control de su enfermedad, con el consiguiente beneficio para ellos mismos y también para el sistema sanitario.

En el caso de los pacientes con hemofilia, se dan dos circunstancias que favorecen estos modelos de salud digital. Los pacientes con hemofilia son pacientes que siempre han tenido una gran autonomía respecto a su tratamiento, ya que ellos se autoadministran los factores de coagulación tras un traumatis-

mo o sospecha de hemorragia espontánea. En segundo lugar, la hemofilia es una de las patologías que más desarrollo tecnológico ha experimentado en los últimos años, con la aparición de múltiples aplicaciones (*apps*) móviles, impulsado gracias a la industria farmacéutica, las asociaciones de pacientes y los profesionales sanitarios.

Disponer de los registros de las infusiones y sangrados de los pacientes con hemofilia en tiempo real ha sido durante muchos años una de las metas de los profesionales implicados en esta patología. La monitorización simultánea del tratamiento y de la actividad física nos ayuda a conocer las causas reales de los sangrados, tener una visión completa de la situación del paciente y poder actuar sobre la falta de adherencia para conseguir reducir la aparición de sangrados.

3. ¿Qué cambios conlleva en la atención farmacéutica?

Por primera vez, tenemos acceso en tiempo real a los datos clínicos reportados directamente por el paciente, sin la ambigüedad o subjetividad que tenían los datos obtenidos de las encuestas o los registros de dispensación. Estas herramientas son muy útiles para analizar en la práctica clínica los resultados en salud de nuestros pacientes, para así poder tomar las mejores decisiones terapéuticas. Estas *apps* nos permiten detectar faltas de adherencia, errores en la administración, la detección temprana de sangrados (es posible registrar imágenes sobre la zona afectada) o incluso aquellas actividades físicas que puedan aumentar el riesgo de sangrado.

Además, tanto estas aplicaciones como la monitorización farmacocinética de los factores son una puerta de entrada para los farmacéuticos en los equipos multidisciplinares. De igual manera, nos permiten convertirnos en un referente más para el paciente, al que pueden acudir en caso de dudas sobre su tratamiento o su patología. Esta mayor implica-

ción también conlleva un mayor compromiso por parte del farmacéutico, dando visibilidad al trabajo que realizamos y que muchas veces pasa desapercibido para los pacientes.

Las aplicaciones móviles, además, se han ido implementando con los años, permitiendo en la actualidad monitorizar la actividad física y estimar el nivel de factor en base a los estudios farmacocinéticos previos, de manera que el paciente puede adaptar su actividad física a sus niveles de factor, evitando posibles sangrados. El uso de estas *apps* también favorece el empoderamiento progresivo del paciente, cada vez más implicado en la toma de decisiones compartida y el autocuidado. La monitorización en tiempo real del tratamiento y de la actividad física nos va a ayudar a conocer las causas reales de los sangrados, para así poder actuar directamente sobre ellas y concienciar al paciente de la importancia del cumplimiento de las recomendaciones para alcanzar el objetivo de sangrado cero.

4. ¿Qué pasos se han dado en su centro?

En el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, empezamos a utilizar la *app* móvil *HaemoAssist*[®] en un pequeño grupo piloto de 15 pacientes en enero de 2017. Tras un año de experiencia, viendo la buena acogida por parte de los pacientes y la utilidad de los registros como método de evaluación continua, decidimos extenderla al resto de pacientes. Actualmente, hemos empleado cuatro *apps* diferentes en un total de 140 pacientes, siendo *HaemoAssist*[®] y *florio Haemo*[®] las más empleadas. Este tipo de registros se emplean de forma habitual en la visita médica como fuente de información objetiva sobre las infusiones y sangrados, así como en los proyectos de investigación o en la dispensación a domicilio. Nuestra experiencia, junto con la de otros nueve hospitales de España y Alemania, analizando el empleo de *HaemoAssist*[®] en 797 pacientes, fue publicada en la revista *Haemophilia* en 2020. Además hemos formado parte del estudio de mercado previo al lanzamiento de *florio Haemo*[®], así como del comité asesor en España implicado en su desarrollo.

Hemos realizado tres encuestas sobre el empleo de *apps* en hemofilia en los años 2017, 2019 y 2021, las dos primeras dirigidas solo a pacientes de la Comunidad Valenciana y la última incluyendo a pacientes de toda España. Las encuestas realizadas muestran que las *apps* son el método de registro favorito por parte de los pacientes, les resultan sencillas de utilizar y requieren poco tiempo para hacerlo. Además, el 85% de los pacientes percibe que el empleo de las *apps* mejora la adherencia al tratamiento, mostrando una satisfacción global de 8,4 sobre 10. Estas aplicaciones han sido especialmente importantes durante el periodo de pandemia por la enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19), durante el que se redujeron drásticamente las visitas presenciales de los pacientes, cobrando mayor relevancia la telemedicina. Hemos analizado el empleo de estas aplicaciones un año antes y un año después del inicio del estado de alarma por COVID-19 (15 de marzo de 2020). Sorprendentemente, hemos observado que no cambió la adherencia al tratamiento ni el número de sangrados entre ambos periodos, pero

que el grado de abandono de las *apps* fue menor durante la pandemia. Actualmente estamos trabajando en intentar reducir la tasa de abandonos, principalmente a tra-

vés de una educación activa en el uso de *apps* y estableciendo al farmacéutico como la persona de contacto para fortalecer su empleo.

5. ¿Cuál es el futuro de las aplicaciones de salud móvil a corto plazo?

Hoy en día muchos pacientes se están beneficiando de estas *apps*, y el futuro de este tipo de herramientas de salud móvil en hemofilia es muy prometedor. Las recientes actualizaciones han incorporado muchas nuevas funcionalidades, como escalas de salud articular, registro de los episodios de dolor, encuesta de calidad de vida y mejoras en los registros de la actividad física. Los entornos de estas *apps* son cada vez más amigables y sencillos, guiando al paciente en el registro paso por paso, y ofreciendo un *feedback* positivo sobre la eficacia del tratamiento, la adherencia o el grado de actividad física realizada. Además, estas *apps* se están complementando con aplicaciones destinadas a los niños con hemofilia, para que se conciencien sobre su enfermedad y sobre la importancia de la adherencia.

En esta línea, estamos poniendo en marcha un proyecto que busca evaluar la mejora en el manejo de los pacientes con hemofilia asociada a la recogida sistemática de resultados percibidos y comunicados por el paciente en la práctica clínica. También cabe destacar

que, desde 2011, la farmacia de pacientes externos del Hospital La Fe colabora con la Asociación de Hemofilia de la Comunidad Valenciana (ASHECOVA) llevando a cabo la dispensación a domicilio a pacientes con hemofilia. Se va a poner en marcha, gracias a esta asociación, un nuevo programa que va a permitir realizar ecografías a domicilio, y van a poder visualizarse desde la consulta médica en casos de sangrado y su rehabilitación posterior.

Todas estas estrategias tienen como objetivo común proporcionar al paciente con hemofilia una atención integral realizada por equipos multidisciplinares, en los que el farmacéutico ya es una pieza clave para la monitorización y la salud 2.0. La colaboración entre estos profesionales en nuestro centro nos ha permitido desarrollar diferentes proyectos encaminados a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes con hemofilia. Esta medicina centrada en el paciente va destinada a mejorar el control de la patología, a la vez que nos adaptamos a su estilo de vida y mejoramos su calidad de vida.



Bayer Hispania, S.L.

Avda. Baix Llobregat 3-5
08970 Sant Joan Despí
Barcelona, Spain