



## ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/español

### **Modelo de teleconsulta farmacéutica integrada en la historia clínica electrónica del paciente**

### **Model of teleconsultation pharmaceutical integrated in the electronic clinical history of the patient**

Marisol Samartín-Ucha<sup>1</sup>, Guadalupe Piñeiro-Corrales<sup>1</sup>, Grupo de Trabajo de Continuidad Asistencial de la EOXI Vigo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (Servicio Gallego de Salud [SERGAS]), Vigo, España. <sup>2</sup>Grupo de Trabajo de Continuidad Asistencial de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI), Vigo, España (Anexo 1).

### **Autor para correspondencia**

Marisol Samartín Ucha  
Servicio de Farmacia  
Hospital Álvaro Cunqueiro (EOXI Vigo)  
C/ Clara Campoamor s/n, 36210, Vigo

Correo electrónico:  
marisol.samartin.ucha@sergas.es

Recibido el 31 de mayo de 2018;  
aceptado el 25 de octubre de 2018.  
DOI: 10.7399/fh.10937

#### **Cómo citar este trabajo**

Samartín-Ucha M, Piñeiro-Corrales G, Grupo de Trabajo de Continuidad Asistencial de la EOXI Vigo. Modelo de teleconsulta farmacéutica integrada en la historia clínica electrónica del paciente. Farm Hosp. 2019;43(1):1-5.

## Resumen

**Objetivo:** Describir las etapas de implantación, escalado e integración de un modelo de teleconsulta de Farmacia en la historia electrónica, para coordinar la transición asistencial de los pacientes.

**Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo en un área sanitaria de 500.000 habitantes (3 años). En la primera fase se creó un grupo de trabajo, se diseñó una plataforma de comunicación y se pilotó un programa de continuidad entre un farmacéutico de hospital y los 13 de atención primaria. El objetivo fue resolver problemas con medicamentos (especialmente los de homologación sanitaria) en pacientes polimedica-dos hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia-Urgencias. En una segunda fase, el programa incluyó a todos los pacientes de cualquier unidad y a todos los farmacéuticos del hospital. En la tercera fase, se escaló el programa al formato de teleconsulta dentro de los sistemas de información corporativos del Servicio de Salud. Se registraron variables descriptivas cuantitativas (número, motivos y resolución de las teleconsultas).

**Resultados:** En total, se registraron más de 470 consultas (118 en la primera fase, 158 en la segunda y 194 en la tercera), que fueron resueltas en el 90% de los casos. Los principales motivos fueron problemas

## Abstract

**Objective:** Describe the phases of implementation, scaling and integration of a pharmacy teleconsultation model in electronic history, to coordinate the care transition of patients.

**Method:** Descriptive and retrospective study in a health area of 500,000 inhabitants (3 years). In the first phase, a working group was created, a communication platform was designed and a continuity program was piloted between a hospital pharmacist and the 13 primary care pharmacists. The objective was to solve problems related to medications (especially those of sanitary approval) in polimedicated patients hospitalized in the Short Stay Unit-Emergency. In a second phase, the program included all the patients in any unit and all the pharmacists in the hospital. In the third phase, the program was extended to the teleconsultation format within the corporate information systems of the Health Service. Quantitative descriptive variables were recorded (number, motives and resolution of the teleconsultations).

**Results:** In total, more than 470 consultations were registered (118 in the first phase, 158 in the second and 194 in the third), which were resolved

## PALABRAS CLAVE

Continuidad asistencial; Errores de medicación; Polifarmacia; Servicio de farmacia hospitalaria; Teleconsulta.

## KEYWORDS

Continuity of patient care; Hospital pharmacy service; Medication errors; Polypharmacy; Teleconsultation.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia  
Articles published in this journal are licensed with a  
Creative Commons Attribution 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>  
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

con medicamentos de homologación, con medicamentos prescritos en la transición asistencial y con nutrición artificial domiciliaria.

**Conclusiones:** La teleconsulta permite coordinar la atención farmacéutica entre niveles de manera rápida y sencilla. Aumenta la visibilidad y el acceso de los profesionales, resolviendo los problemas sin desplazamientos ni demoras de tiempo para los pacientes.

## Introducción

Durante mucho tiempo, todos los servicios del Sistema Nacional de Salud estuvieron divididos en dos niveles: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) y se desarrollaron de manera paralela. La coordinación entre ambos niveles asistenciales es la prioridad actual de los servicios de salud, organizaciones y programas de desarrollo europeo<sup>1,3</sup>.

La esperanza de vida en España supera los 80 años de edad, con un incremento esperado de 2 años para el 2020 en Europa. El desarrollo económico y los avances en medicina están cambiando la expectativa de patologías como las cardiovasculares o el cáncer. Todo ello está creando un nuevo patrón epidemiológico, caracterizado por el envejecimiento y cronicidad que generan una demanda sanitaria creciente<sup>4</sup>.

La Unión Europea está desarrollando una línea estratégica de investigación prioritaria sobre el "Envejecimiento Activo y Saludable", con la que se pretende abordar problemáticas tan importantes como la polifarmacia y la pluripatología<sup>5</sup>. La cronicidad es otra línea fundamental de investigación que se refleja en la inversión en proyectos del HORIZONTE 2020, orientados a la optimización de los planes de cuidado y de la farmacoterapia<sup>6</sup>.

El abordaje de la polifarmacia en los pacientes crónicos es uno de los principales retos. Diferentes estudios muestran que un elevado número de acontecimientos adversos relacionados con sus medicamentos son evitables, y estos problemas pueden derivar en ingresos o aumentos de estancia hospitalaria<sup>7,8</sup>. En diferentes comunidades autónomas se han establecido estrategias (como los Programas de Pacientes Polimedificados) para optimizar y simplificar la farmacoterapia de los pacientes crónicos, ya que son los más vulnerables en las transiciones asistenciales<sup>9</sup>.

La creación de las estructuras sanitarias de gestión integrada y el desarrollo tecnológico (receta electrónica, historia electrónica, etc.) han puesto los cimientos para construir un modelo de asistencia transversal centrado en el paciente, que ha ido avanzando con herramientas de telemonitorización de pacientes o teleconsulta entre profesionales.

La teleconsulta (o e-interconsulta) es una herramienta de tecnología de información y comunicación (TIC) emergente que permite la comunicación electrónica sincrónica entre profesionales (generalmente desde AP a AH) sobre cuestiones generales o específicas de los pacientes. El correo electrónico es la forma más básica de e-interconsulta, aunque se han desarrollado plataformas web o aplicaciones informáticas que combinan la historia médica electrónica compartida y la mensajería instantánea. Diferentes especialidades médicas (dermatología, reumatología o cardiología) han sido pioneras en la utilización de los modelos de teleconsulta más avanzados, integrándolas en su práctica asistencial y en sus indicadores de resultado para los gestores sanitarios de sus centros. Sin embargo, son escasas las experiencias que muestren un desarrollo similar entre los Servicios de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria<sup>10</sup>.

El objetivo principal de este estudio es describir las etapas para implantar y escalar un modelo de teleconsulta (o e-interconsulta) de farmacia hospitalaria entre profesionales, desde su forma más básica hasta su desarrollo integrado en la historia clínica electrónica del paciente.

## Métodos

El proyecto de teleconsulta en farmacia se desarrolló en un área sanitaria que atiende a más de 500.000 habitantes. Ésta se encuentra organizada como estructura de gestión integrada con un equipo directivo común para AH y AP. Dispone de 52 centros de AP, un psiquiátrico de crónicos, dos hospitales (con un total de 1.275 camas) y más de 1.500 camas de centros sociosanitarios que tienen concierto en la prestación farmacéutica con el hospital. Para realizar la gestión y atención farmacéutica en todos estos centros se dispone de 23 farmacéuticos de hospital y 13 farmacéuticos de AP.

El Servicio de Salud dispone de historia electrónica única y conjunta AH-AP, receta electrónica, prescripción electrónica y desde el 2012 existe

in 90% of the cases. The main reasons were discrepancies in type approval drugs, prescribed in the care transition and nutritional assessment.

**Conclusions:** Teleconsultation allows the coordination of pharmaceutical care between levels, quickly and easily. Increase the visibility and access of professionals. Problems are resolved without displacements or time delays for patients.

soporte suficiente para el desarrollo de teleconsultas (entre profesionales o con los pacientes) y telemonitorización en el domicilio de los pacientes.

La creación de la teleconsulta de farmacia entre profesionales comenzó a mediados de 2014 y se desarrolló en tres fases, que se diferencian entre sí en el grado de desarrollo de la herramienta electrónica utilizada y los profesionales implicados.

## Fase I: Creación del modelo de teleconsulta (e-interconsulta) de farmacia

Los primeros pasos consistieron en la formalización del modelo, análisis del proceso de coordinación entre farmacéuticos de AH y AP, además del estudio de los medios electrónicos disponibles para realizarlo.

Para ello se contó con un panel de expertos y se creó un grupo de trabajo formado por farmacéuticos de ambos niveles asistenciales y por el responsable de calidad, para homogeneizar y consensuar los motivos de consulta, la codificación de los pacientes y los tipos de problemas a derivar en un sentido u otro.

En esta etapa se desarrolló una plataforma de derivación bidireccional vía web (correo electrónico) para la comunicación entre ambos niveles. El registro de actividad también se desarrolló mediante un programa corporativo accesible (pero no integrado en la historia electrónica) y común en ambos niveles. Se diseñó un programa piloto de 12 meses de duración coordinado por un farmacéutico especialista a tiempo parcial<sup>11</sup> (para elaborar/validar la herramienta informática junto con el Servicio de Informática, y gestionar los resultados preliminares). En éste participaron los 13 farmacéuticos de AP del área sanitaria.

La población diana de este programa piloto fue:

- Pacientes con problemas relacionados con medicamentos (PRM) sujetos a homologación sanitaria (visado) de los tratamientos prescritos por especialistas (derivación de AP a AH), ya que en el área sanitaria el procedimiento de visado recae principalmente en los farmacéuticos de AP.
- Pacientes con PRM detectados durante la conciliación al ingreso o al alta de Urgencias y la Unidad de Corta Estancia o los detectados en la consulta externa de Farmacia Hospitalaria, para su inclusión en el Programa de Polimedificados de AP (derivación de AH a AP)<sup>9</sup>.

## Fase II: Desarrollo corporativo del modelo de la teleconsulta farmacia

En esta fase (12 meses) se estandarizó y amplió la derivación de pacientes:

- De AP a AH: pacientes con dudas o PRM de medicamentos de uso hospitalario o prescritos por médicos del Hospital y por tanto se aumentó la actividad con la participación de todos los farmacéuticos de hospital, representados en cada una de las áreas de especialización del Servicio de Farmacia de Hospital.
- De AH a AP: pacientes con PRM detectados durante la conciliación al ingreso o al alta de cualquier unidad o de la consulta externa.

La base de funcionamiento de las consultas se automatizó e individualizó por farmacéutico y área o centro de salud. Se asignó un código a cada farmacéutico de AH y AP, de manera que las consultas eran recibidas solamente por los farmacéuticos implicados (según el motivo de consulta) en vez de un aviso genérico al Servicio.

## Fase III: Escalado e integración de la teleconsulta farmacia en la historia electrónica

Se escaló e integró la e-interconsulta en la historia electrónica para las derivaciones de AP a AH. Para ello, se solicitó autorización al Servicio de Salud a mediados de 2016, para disponer del acceso a la infraestructura

tecnológica para realizarlo. A continuación, se creó un grupo de trabajo con miembros de dirección, admisión y farmacéuticos de AP-AH para poner en marcha la sistemática de trabajo del programa utilizando las TIC, la Historia Clínica Electrónica (IANUS) y el Sistema de Gestión de citas en Atención Primaria (SIGAP).

Además, también se ampliaron los profesionales implicados en el circuito. Los médicos de AP para derivar o consultar dudas o problemas con pacientes con nutrición artificial domiciliaria.

En este nuevo canal, la e-interconsulta la realiza el profesional de AP a través de la historia electrónica del paciente (que es común para ambos ámbitos asistenciales), asociado a un episodio "A-47: Consulta telemedicina no presencial (FAR-FARMACIA)". Y en AH se creó una agenda de consulta externa: Telefarmacia GOO (cita no presencial).

Cada día un farmacéutico de hospital es el responsable de revisar a los pacientes de teleconsulta en una agenda de trabajo específica para valorar y resolver los problemas planteados o bien derivar al farmacéutico de referencia según el área de especialización (Oncología, Nutrición, Cardiovascular, Infecciosos, Monitorización de Fármacos, Psiquiatría, Información de Medicamentos, Pediatría y otros). Una vez resuelto, se contesta la teleconsulta en la historia electrónica creando un curso clínico específico. La valoración es revisada por el profesional de AP al cuarto día

de generar la consulta de manera automática, ya que en el momento que la crea también se genera una cita no presencial en AP del paciente para su revisión posterior.

## Resultados

Se registraron 470 consultas entre las tres fases del estudio, 353 de ellas fueron realizadas desde AP a AH (véase la Tabla 1).

Los motivos de consulta fueron para solucionar problemas relacionados con medicamentos de homologación sanitaria (32,8%), valoraciones de nutrición artificial domiciliaria (20,6%), inclusión de pacientes en el Programa de Polimedicados de Primaria (18,2%), información de medicamentos (uso fuera de ficha técnica, antipsicóticos depot, citostáticos, etc.) (10%), dosis inadecuadas (9,8%), duplicidades (6,4%) y otros (2,2%).

Las consultas fueron resueltas en más del 90% de los casos. Con la teleconsulta, el tiempo medio de respuesta fue inferior a 48 horas (con un tiempo mínimo de 4 horas y un máximo de 144 horas). Y aproximadamente un 40% de los pacientes fueron derivados a una segunda consulta presencial en la Farmacia Hospitalaria para adquirir soporte nutricional domiciliario o medicamentos de uso fuera de ficha técnica.

La visualización de la teleconsulta se muestra en las figuras 1 y 2.

**Tabla 1.** Número de consultas realizadas en el modelo de coordinación asistencial del Servicio de Farmacia en cada fase del proyecto

Fase del proyecto	N.º de consultas	N.º de consultas de Atención Primaria a Atención Hospitalaria	N.º de consultas de Atención Hospitalaria a Atención Primaria
I	118	82	36
II	158	113	45
III	194	158	36
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>353</b>	<b>117</b>

**Figura 1**

**Parte 1.** Ejemplo de teleconsulta (integrada en la historia electrónica del paciente) realizada por un médico de Atención Primaria a Farmacia de Hospital: Motivo de consulta.

**Parte 2.** Ejemplo de teleconsulta (integrada en la historia electrónica del paciente) realizada por un médico de Atención Primaria a Farmacia de Hospital: Resolución por Farmacia de Hospital.

Figura 2

Parte 1. Ejemplo de teleconsulta (integrada en la historia electrónica del paciente) realizada por un médico de Atención Primaria a Farmacia de Hospital: Motivo de consulta.

Parte 2. Ejemplo de teleconsulta (integrada en la historia electrónica del paciente) realizada por un médico de Atención Primaria a Farmacia de Hospital: Resolución por Farmacia de Hospital.

## Discusión

Los beneficios de la e-interconsulta han sido ampliamente descritos tanto para el paciente como para el profesional. Para el paciente, supone una mejora en la accesibilidad temporal y espacial, así como de la comunicación e información recibidas. Respecto a los facultativos, mejora la comunicación interniveles, lo que incluye la optimización de las derivaciones y transiciones asistenciales, que se traduce en una mayor calidad asistencial y seguridad de los pacientes<sup>1</sup>.

Lo novedoso de este trabajo es describir cómo se inicia un programa de continuidad farmacéutica y cómo llega a crearse e implantarse una teleconsulta de farmacia al mismo nivel que las demás especialidades médicas. Lo que consigue posicionar esta actividad (internamente para el Servicio de Farmacia y externamente para los gestores y pacientes) como un proceso altamente resolutivo que logra dar visibilidad, seguridad, ahorro de costes y tiempo.

En cuanto a los resultados obtenidos, podemos observar que el número de consultas se incrementa desde el inicio del programa y sobre todo con la incorporación de los médicos de AP al circuito. Sin embargo, consideramos que estos datos se incrementarán a medida que se asiente la nueva herramienta de comunicación y se motive la mayor participación de los profesionales vía electrónica.

Las experiencias publicadas de coordinación asistencial son frecuentes en especialidades médicas. Así pues, ya en el año 1996 Friedman y cols. publicaron un trabajo de telemedicina para controlar la presión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos<sup>2</sup>. Otro ejemplo es el publicado por Eron y cols. en 2010 para el seguimiento de cuadros infecciosos de alta hospitalaria<sup>3</sup>. Y más reciente es la experiencia publicada en telemedicina para mejorar la adherencia en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos<sup>4</sup>.

En farmacia, las experiencias descritas son muy escasas y en su mayoría presentan resultados descriptivos difícilmente comparables desde un punto de vista cuantitativo; sin embargo, sí se observan datos comparables en relación con los principales motivos de consulta (la necesidad de seguimiento y la homologación sanitaria)<sup>10</sup>.

La incorporación de la teleconsulta entre AP y especialidades médicas es una actividad asistencial habitual en los sistemas de información corporativos de muchas consejerías de sanidad en diferentes comunidades autónomas, como por ejemplo Galicia, Andalucía, etc.<sup>11</sup>. Sin embargo, para los Servicios de Farmacia es una asignatura pendiente hasta la fecha; nosotros presentamos el primer programa de coordinación en conseguir una e-interconsulta con la misma visibilidad que cualquier otra especialidad. Pero ello no está exento de limitaciones, ya que por el momento las herramientas informáticas han permitido desarrollar e integrar en la historia electrónica la derivación de pacientes en una dirección (de AP a AH), teniendo que recurrir a otras plataformas de comunicación (portales colaborativos, etc.) para hacerlo en el otro sentido<sup>10</sup>. También es necesario ampliar el periodo de análisis para conseguir un mayor volumen de resultados que demuestren que esta actividad tiene resultados en salud medibles en los pacientes, lo que permite afianzar y apostar por este tipo de estrategias. En este sentido, nos proponemos ampliar el estudio y profundizar en los objetivos de eficiencia y satisfacción de los pacientes.

Sin embargo, este trabajo se presenta como una oportunidad de mejora para la coordinación asistencial en cualquier área sanitaria que cuente con historia y receta electrónica, respondiendo así a sugerencias publicadas en otros estudios relacionados con el seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos<sup>5</sup>.

En conclusión, la teleconsulta permite coordinar la atención farmacéutica entre niveles de manera rápida y sencilla. Aumenta la visibilidad y el acceso de profesionales. Y las discrepancias se resuelven sin despla-

zamientos ni demoras de tiempo para los pacientes, con lo que cabría esperar una reducción de los gastos y una mejora de la percepción de la calidad sanitaria por parte de los usuarios.

## Financiación

Sin financiación.

## Agradecimientos

A todos los profesionales de atención primaria, farmacia, admisión, calidad y dirección de la EOXI Vigo que participan activamente en el programa de Teleconsulta de Farmacia.

## Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

## Presentación en Congresos

Este trabajo ha sido presentando en el 61º Congreso nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, dentro de la mesa redonda "Humanizando los Servicios de Farmacia" el día 20 de octubre de 2017.

### Aportación a la literatura científica

La coordinación entre niveles asistenciales es una actividad prioritaria que se ha de mejorar en los distintos sistemas sanitarios. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria hemos entendido que desempeñamos un papel fundamental en garantizar la continuidad asistencial de nuestros pacientes crónicos y, para ello, podemos usar diferentes herramientas de trabajo basadas en la telemedicina. En este trabajo se muestra cómo cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria puede desarrollar una teleconsulta que permita la coordinación asistencial de la farmacoterapia desde una forma básica hasta una integrada en la historia electrónica del paciente, al mismo nivel que cualquier especialidad médica.

## Bibliografía

- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basovich P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patients safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
  - European Patients Smart Open Service. EpSOS Project. Junio 2014 [consultado en mayo 2017]. Disponible en: <https://joinup.ec.europa.eu/solution/european-patients-smart-open-services>
  - Servizo Galego de Saude. InnovaSaude y Hospital2050. Mayo 2012 [consultado en junio 2017]. Disponible en: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N2\\_T01.aspx?IdPaxina=60433](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60433)
  - Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida en España, 2014 [consultado en marzo 2016]. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INE Seccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=Productos YServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INE Seccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=Productos YServicios/PYSLayout)
  - European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Junio 2014 [consultado en abril 2016]. Disponible en: <https://joinup.ec.europa.eu/solution/european-patients-smart-open-services>
  - Personalized Prevention of Chronic Diseases [consultado en abril 2016]. Disponible en: [http://cordis.europa.eu/project/rcn/194376\\_en.html](http://cordis.europa.eu/project/rcn/194376_en.html)
  - Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. Grupo de Trabajo EVA-DUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
  - Alemayehu BM, Mclachlan AJ, Brien J. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6:1-14. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010003
  - Reboredo-García S, González-Criado C, Casal-Llorente C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. *Aten Primaria*. 2014;46(Suppl 3):33-40. DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70063-0
  - García-Queiruga M, Margusino-Framiñan L, Martín-Herranz I, Gutiérrez-Estoa M, Gueto-Rial X, Capitán-Guarnizo J, *et al*. Implementation of an e-Interconsulta system between a Hospital Pharmacy Service and Primary Care Pharmacy Units in a Health Area. *Farm Hosp*. 2017;41(2):270-82. DOI: 10.7399/fh.2017.41.2.10695
  - Informe sobre las Estrategias en Atención Primaria para el siglo XXI: Experiencias de Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marzo 2015 [consultado en agosto 2017]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21\\_ANEXO\\_EXPERIENCIAS\\_2012.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/AP21_ANEXO_EXPERIENCIAS_2012.pdf)
  - Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J, *et al*. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on adherence and blood pressure control. *Am J Hypertens*. 1996;9:285-92.
  - Eron L. Telemedicine: the future of outpatients therapy? *Clin Infect Dis*. 2010;51(Suppl 2):224-30. DOI: 10.1086/653524
  - Spaniel F, Novak T, Bankovska Motlova L, Capkova J, Slovakova A, Trancik P, *et al*. Psychiatrist's adherence: a new factor in relapse prevention of schizophrenia. A randomized controlled study on relapse control through telemedicine system. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(10):811-20. DOI: 10.1111/jpm.12251
  - Guerrero-Prado M, Olmo-Revuelto MA, Catalá-Pintado MA. Prevalencia de problemas relacionados con la medicación en pacientes crónicos pluripatológicos complejos y oportunidades de mejora. *Farm Hosp*. 2018;42(5):1979. DOI: 10.7399/fh.10899
- Vigo. España. <sup>3</sup>Técnico de Investigación del Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>4</sup>Jefe de Sección y coordinadora de las consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>5</sup>Farmacéutico de Atención Primaria. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>6</sup>Coordinador de Innovación y Calidad. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>7</sup>Directora de Procesos sin ingresos y Urgencias. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>8</sup>Director de Procesos Asistenciales. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>9</sup>Jefe de Servicio. Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España.

## ANEXO 1: Autores/integrantes del Grupo de Trabajo de Continuidad Asistencial de la EOXI Vigo

Marisol Samartín-Ucha<sup>1</sup>, Isabel Rey-Goméz-Serranillos<sup>2</sup>, Alicia Martín-Vila<sup>3</sup>, Susana San-Martín-Álvarez<sup>4</sup>, Yaiza Romero-Ventosa<sup>5</sup>, Noemí Marfínez-López-de-Castro<sup>6</sup>, Nuria Iglesias-Álvarez<sup>5</sup>, Carmen Gallastegui-Otero<sup>1</sup>, Cristina Vázquez-López<sup>1</sup>, Natividad Lago-Rivero<sup>1</sup>, David Rodríguez-Lorenzo<sup>6</sup>, Elena Lorenzo-Llauger<sup>7</sup>, Julio García-Comesaña<sup>8</sup>, Guadalupe Piñeiro-Corrales<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Facultativo Especialista de Área. Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS), Vigo. España. <sup>2</sup>Coordinadora de Farmacia Atención Primaria. Xerencia de Xestión Integrada de Vigo (SERGAS),