



## PROTOCOLO

Artículo bilingüe inglés/español

# Evaluación de la experiencia del paciente con un modelo de atención farmacéutica telemática coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural. Proyecto TELÉMAGO

## Assessing patient experience with a Telepharmacy model coordinated in the hospital and rural pharmacy setting: The TELÉMAGO project

Ramón Morillo-Verdugo<sup>1</sup>, Rosa Morillo-Lisa<sup>2</sup>, Jaime Espolita-Suárez<sup>3</sup>, Olga Delgado-Sánchez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de Valme. Sevilla. España. <sup>2</sup>Oficina de Farmacia Lda. Rosa Morillo Lisa, Alcalá de Ebro. España. <sup>3</sup>Oficina de Farmacia Lda. Jaime Espolita Suárez, Cabrillanes. España. <sup>4</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Son Spases. Palma de Mallorca. España.

## Autor para correspondencia

Ramón Morillo Verdugo  
Hospital de Valme  
Avda Bellavista, s/n  
41014 Sevilla. España.

Correo electrónico:  
ralejandro.morillo.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 16 de marzo de 2022;  
aceptado el 24 de abril de 2022.  
DOI: 10.7399/fh.13256

### Cómo citar este trabajo

Morillo-Verdugo R, Morillo-Lisa R, Espolita-Suárez J, Delgado-Sánchez O. Evaluación de la experiencia del paciente con un modelo de atención farmacéutica telemática coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural. Proyecto TELÉMAGO. Farm Hosp. 2022;46(Supl 1):S128-33.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la variación en la experiencia del paciente con un modelo de atención farmacéutica coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural especializado y el rural de atención comunitaria, basado en la incorporación de la Telefarmacia.

**Método:** Estudio analítico experimental de intervención antes-después. Para desarrollar el proyecto se realizarán una serie de procedimientos comunes e indispensables, basados en la metodología capacidad-motivación-oportunidad, en cada uno de los centros.

Se diseñará una aplicación informática de Telefarmacia que contemplará, entre otras, las siguientes funcionalidades: historial de caracterización y priorización farmacoterapéutica de los pacientes; agenda de visitas programadas y registro de visitas no programadas; muro de comunicación genérica entre participantes; chat de mensajería instantánea entre pacientes y profesionales; videollamadas; monitorización de la adherencia a la medicación y valoración de cuestionarios de resultados reportados por pacientes.

Se incluirán: pacientes mayores de 18 años; en seguimiento habitual en consultas externas de farmacia hospitalaria durante más de 6 meses previo al inicio del estudio; que se encuentren en situación estable desde el punto de vista farmacoterapéutico (sin cambios de tratamientos en los últimos 6 meses); que tengan prescrito, al menos, un tratamiento crónico de dispensación en oficina

## Abstract

**Objective:** To determine variation in patient experience with a model of Telepharmacy coordinated in the specialist hospital and rural pharmacy setting.

**Method:** A pre-post experimental analytical study. A set of common essential pharmacy tasks based on the capacity-motivation-opportunity method will be performed in each participating site.

A telepharmacy software will be designed to include the following functionalities: history of patient pharmaceutical profiling and prioritization; scheduled appointment book; unscheduled visit record; generic participant communication wall; patient-professional instantaneous messaging chat; video calls; monitoring of treatment adherence; and evaluation of patient-reported outcomes.

Inclusion criteria: age older than 18 years; being on regular hospital pharmacy follow-up for the last 6 months; using a stable drug therapy (without treatment changes in the last 6 months); using a chronic hospital outpatient prescription (any prescription valid for at least 6 months); living in any of the municipalities served by the participating pharmacies or using the services of a participating pharmacy located near the usual place of residence; granting informed consent prior to inclusion in the study. A 48-week follow-up will be performed of each patient.

## PALABRAS CLAVE

Telefarmacia; Telemedicina; Atención farmacéutica; Farmacia hospitalaria; Farmacia rural.

## KEYWORDS

Telepharmacy; Telemedicine; Pharmaceutical care; Hospital pharmacy; Rural pharmacy.



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

de farmacia (prescripción con una vigencia de más de 6 meses de cualquier fármaco); que residan habitualmente en las localidades de las oficinas de farmacia participantes en el estudio o que acudan a las mismas por cercanía a su lugar de residencia habitual; y que otorguen su consentimiento informado de participación. Cada paciente tendrá un seguimiento de 48 semanas.

La variable principal será la diferencia en la experiencia del paciente, valorada mediante la escala "Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico", desde el inicio hasta el final de seguimiento.

**Conclusiones:** La puesta en marcha, desarrollo e implementación de la metodología de atención farmacéutica coordinada, basada en la Telefarmacia, permitirá identificar, a partir de su medición, si esta metodología consigue llevar a cabo un seguimiento más oportuno de los pacientes incluidos, y si proporciona una mejor experiencia de los mismos en su relación con los profesionales farmacéuticos que les atienden en los diferentes niveles de atención sanitaria.

## Introducción

En los últimos años, la sociedad, el sistema sanitario y el perfil de los pacientes atendidos en las unidades de consultas externas de farmacia hospitalaria (FH) han cambiado de manera sustancial, adquiriendo cada vez mayor relevancia, tanto desde el punto de vista de gestión económica como de estrategia asistencial. Por ello, resulta indispensable dar respuesta a sus necesidades, con el objetivo de valorar resultados de salud y garantizar la sostenibilidad del sistema<sup>1,2</sup>.

En 2015, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) comenzó a desarrollar el "Mapa Estratégico para la Atención al Paciente Externo" (MAPEX)<sup>3</sup>, cuyo objetivo principal era abrir una línea de trabajo en torno a la mejora de la atención a los pacientes externos por parte del farmacéutico especialista en FH, siempre con la idea de reforzar su liderazgo en el manejo farmacoterapéutico y la coordinación asistencial. Tras la realización en 2016 de la encuesta inicial de situación y la celebración de la primera conferencia de consenso, la SEFH comenzó a abordar las líneas estratégicas que describía el plan, incluyendo la redefinición del concepto de atención farmacéutica (AF), la integración en equipos multidisciplinares, el desarrollo de los modelos de estratificación y la incorporación de las nuevas tecnologías para el seguimiento farmacoterapéutico, entre otras. Posteriormente, se acuñó el modelo de AF "CMO", basado en los pilares identificados como prioritarios en el paciente actual: capacidad (utilizando modelos de estratificación para realizar una AF individualizada), motivación (trabajando por objetivos en relación con la farmacoterapia a partir de la entrevista motivacional) y oportunidad (desarrollando una AF continuada gracias a la utilización de las nuevas tecnologías), para mejorar los resultados en salud de los pacientes atendidos<sup>4</sup>.

En el año 2019, se publicó el documento de consenso en el que se propuso una nueva definición de la AF. Dentro de sus actividades fundamentales se especificaban, entre otras, el compromiso con el trabajo multidisciplinar e interlevel, la atención estratificada, la homogeneidad de intervenciones, el contacto permanente gracias a las nuevas tecnologías y velar por la mejora de la experiencia del paciente<sup>5</sup>.

Por otra parte, si bien la necesidad de seguir algún tipo de tratamiento farmacológico es un factor de dificultad para cualquier individuo, en el caso del paciente rural, este aspecto puede verse agravado por las circunstancias del medio en el que reside. En la mayoría de los casos, pequeñas poblaciones que se encuentran aisladas de los grandes núcleos y, por tanto, de sus hospitales de referencia debido a la distancia y al déficit de comunicaciones<sup>6,7</sup>.

La llegada de la pandemia por SARS-CoV-2 ha obligado a implantar, casi de manera inmediata, la Telefarmacia en todos los hospitales en España, con unos magníficos resultados desde la perspectiva profesional, pero con una orientación volcada, en la mayoría de los casos, en el enfoque logístico y de entrega de la medicación<sup>8,9</sup>. Recientemente, se ha publicado el posicionamiento y marco estratégico de la SEFH sobre Telefarmacia para su expansión y desarrollo, que incluye cuatro grandes áreas de trabajo sobre las que avanzar: seguimiento farmacoterapéutico, formación e información, coordinación asistencial y dispensación y entrega informada<sup>10</sup>.

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesaria la realización de un estudio de investigación que genere una sólida evidencia científica sobre

The primary endpoint will be variation in patient experience, as assessed using the "Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico" scale at baseline and at the end of the follow-up period.

**Conclusions:** The incorporation, development and implementation of a coordinated Telepharmacy care model will help us determine whether this model is useful in improving patient follow-up and communication with pharmacy professionals at different levels of healthcare.

la utilidad de la Telefarmacia, poniendo mayor énfasis en el procedimiento de atención y las herramientas tecnológicas frente a la asistencia más tradicional, y medida fundamentalmente desde la perspectiva o experiencia del paciente.

## Hipótesis y objetivos

Un modelo de AF coordinada entre farmacia hospitalaria y farmacia rural, basado en la incorporación de la Telefarmacia, mejora la experiencia del paciente con prescripción de medicamentos hospitalarios frente al modelo tradicional de partida.

### Objetivo primario

Determinar si un modelo de AF coordinada entre el ámbito hospitalario especializado y el rural de atención comunitaria, basado en la incorporación de la Telefarmacia, mejora la experiencia del paciente con prescripción de medicamentos hospitalarios frente al modelo tradicional.

### Objetivos secundarios

- Describir y caracterizar la cohorte global de sujetos incluidos en el estudio en todas las variables relevantes determinadas en el presente protocolo.
- Describir y caracterizar el número y tipo de intervenciones programadas y no programadas realizadas, tanto presenciales como virtuales, en base al modelo de taxonomía disponible para este modelo de AF.
- Determinar si el modelo de AF en estudio mejora la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes respecto a su situación basal.
- Determinar si el modelo de AF mejora la adherencia respecto a su situación basal y si tiene influencia sobre los resultados de salud.
- Determinar el grado de satisfacción de los profesionales con el modelo de asistencia.
- Determinar la influencia en los resultados de los cuestionarios de los denominados "datos reportados por paciente".

## Métodos

### Diseño, ámbito y periodo del estudio

Este estudio se ha diseñado como un estudio analítico experimental de intervención antes-después. Todos los procedimientos establecidos en este protocolo son los habituales en la práctica clínica, a excepción del seguimiento de la AF.

Todos los profesionales participantes serán formados tanto en la metodología de AF utilizada en el seguimiento a los pacientes como en la propia herramienta de Telefarmacia. Además, se dispone de un soporte tecnológico para la ayuda y resolución de incidencias informáticas.

El estudio se realizará en cinco servicios de FH y 29 oficinas de farmacia del ámbito rural de las provincias de los respectivos hospitales participantes. Se considera farmacia rural (FR) a aquellas que cumplen la definición de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR): "aquellas oficinas de farmacia ubicadas en municipios que se encuentren en el medio rural, entendiéndose como medio rural municipios cuya economía esté basada mayoritariamente

en la ganadería y la agricultura y que cuenten con 1 o 2 farmacias<sup>7</sup>, y la definición general de medio rural, recogida en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural<sup>11</sup>. No participarán farmacias del ámbito comunitario urbanas o periurbanas.

El estudio será realizado entre marzo de 2021 y marzo de 2023.

## Población de estudio

### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión definidos son: 1) ser paciente mayor de 18 años; 2) estar en seguimiento habitual en consultas externas de FH durante más de 6 meses previamente al inicio del estudio; 3) encontrarse en situación estable desde el punto de vista farmacoterapéutico (sin cambios de tratamientos en los últimos 6 meses); 4) tener prescrito, al menos, un tratamiento crónico de dispensación en oficina de farmacia (prescripción con una vigencia de más de 6 meses); 5) residir habitualmente en las localidades de las FR participantes o acudir a las mismas por cercanía a su lugar de residencia habitual, y 6) otorgar su consentimiento informado de participación.

Los criterios de exclusión son: sujetos que no puedan cumplimentar los cuestionarios incluidos en el estudio; y sujetos sin autonomía para poder manejar la herramienta de Telefarmacia disponible para su seguimiento.

Todas las evaluaciones y resultados que confirmen el cumplimiento de los criterios de inclusión y el no cumplimiento de los criterios de exclusión deberán estar recogidas en la historia clínica del paciente. Se considera paciente fallo de selección aquel que no cumpla todos los criterios de inclusión o que cumpla con alguno de exclusión.

### Inclusión y asignación del código de paciente

Los sujetos que cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión serán incluidos en el estudio y se les asignará un código de identificación anónimo, con objetivo de preservar la identidad del paciente a personas ajenas al equipo investigador.

### Tamaño muestral

Se estima que uno de cada tres pacientes de hábitat rural (33%) no alcanza el nivel superior según la escala "Instrumento de valoración de la experiencia del paciente crónico" (IEXPAC). Asumiendo un error alfa del 5% y una potencia del 80%, será necesario incluir 72 pacientes para poder demostrar que mediante el uso de la metodología de AF coordinada aumenta el nivel superior de experiencia según la escala IEXPAC. Si se asume un 10% de pérdidas desde seguimiento en el estudio, será necesario incluir 80 pacientes.

## Procedimiento del estudio

Para desarrollar el proyecto se realizarán una serie de procedimientos comunes e indispensables (Tabla 1).

### Visita inicial

Los servicios de FH seleccionarán pacientes candidatos según orden consecutivo, no existiendo en el estudio un reclutamiento competitivo. Los investigadores establecerán para cada paciente el cumplimiento de todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión. En ese caso, el paciente recibirá una explicación completa de los objetivos del estudio y firmará, como requisito indispensable para su participación, el formulario de consentimiento informado.

A partir de ahí, el paciente será estratificado (en el caso de que no lo estuviera ya) según el modelo aplicable a cada una de las patologías atendidas en consultas externas hospitalarias, llevándose a cabo las intervenciones de AF oportunas en cada caso<sup>12</sup>. A cada paciente se le realizará una explicación detallada de la herramienta de Telefarmacia y se le entregará el manual de utilización de la misma.

A todos los pacientes se les realizará en el momento basal la medición de los cuestionarios específicos para valoración de calidad de vida, adherencia y satisfacción con la AF.

**Tabla 1.** Esquema de los procedimientos establecidos durante el estudio y ámbito de realización

Ámbito de realización	Procedimiento	Selección	S 1-4	S 12	S 24	S 36	S 48
		Visita inicial	Visita final				
HOSPITAL	Consentimiento informado y documentación inicio	X					
HOSPITAL	Estratificación de pacientes	X					
RURAL	Monitorización PRO general y específicos*			X	X	X	X
HOSPITAL + RURAL	Teleconsultas de monitorización programadas*			X	X	X	X
HOSPITAL + RURAL	Teleconsultas de monitorización NO programadas**						
HOSPITAL	Envío de la medicación***		X	X	X	X	
HOSPITAL + RURAL	Trazabilidad envíos y recepción de medicación		X	X	X	X	
HOSPITAL + RURAL	Intervenciones preestablecidas según prioridades de pacientes****	X	X	X	X	X	X
HOSPITAL	IEXPAC	X					X
HOSPITAL + RURAL	Medición adherencia inicial y final	X					X
HOSPITAL + RURAL	Satisfacción de pacientes con farmacia hospitalaria y farmacia rural	X					X
HOSPITAL + RURAL	Satisfacción de profesionales con la herramienta						X

IEXPAC: Instrumento de valoración de la experiencia del paciente crónico (11 + 4 telefónica) y cuestionarios de satisfacción final en la semana 48 será cumplimentada por un miembro de un equipo externo de profesionales, diferente del equipo investigador del estudio, constituido específicamente para este fin.

PRO: resultados reportados por pacientes; S: semana.

\*Serán realizados a través la herramienta de Telefarmacia disponible para los pacientes. \*\*Será realizada en cualquier momento según necesidades del paciente o del equipo investigador. \*\*\*Según el circuito acordado. Según la planificación establecida conjuntamente. \*\*\*\*Realizadas por el equipo investigador conjuntamente, tanto en el ámbito del servicio de farmacia como en la oficina de farmacia del ámbito rural.

### Visitas de seguimiento

A cada paciente se le diseñará la programación de citas presenciales y no presenciales, incluyendo un mínimo de una de cada tipo, para los siguientes 6 meses aproximadamente o la siguiente cita hospitalaria en acto único asistencial prevista no superior a ese periodo de tiempo. En todo caso, la dispensación no sobrepasará el periodo máximo de 3 meses, pudiendo, cada equipo de investigadores, determinar la cantidad de medicación entregada en cada dispensación de acuerdo con el plan de seguimiento individualizado estipulado para cada paciente.

En aquellas dispensaciones que no correspondan con el acto único asistencial, la entrega de la medicación hospitalaria se realizará preferentemente a través de las FR participantes y siempre de manera coordinada entre ambos entornos de atención sanitaria. En el caso de que esto no fuera posible, se coordinará conjuntamente el circuito alternativo que se determine (entrega a domicilio o centro de salud más próximo al paciente). Una vez recibida la medicación, el paciente tendrá obligatoriamente que asistir a una consulta de AF en la oficina de FR asignada para su seguimiento farmacoterapéutico, en un plazo inferior a 48 horas.

Las consultas no de FH, tanto programadas como no programadas, de los pacientes incluidos en el estudio se realizarán en las FR participantes en el estudio.

Los profesionales participantes, tanto del ámbito de FR como de FH, podrán concretar tantas consultas virtuales como consideren necesario para el correcto seguimiento de los pacientes.

Cada entrevista realizada, sea presencial o virtual, en cualquier entorno asistencial seguirá la estructura de entrevista motivacional enmarcada en la metodología CMO.

### Visita final

Una vez que el paciente alcance las 48 semanas de seguimiento en el estudio se procederá a finalizar su participación en el mismo. Se comunicará la finalización del paciente para que, de manera inminente, se realice la determinación de la valoración del cuestionario IEXPAC por el comité externo. Se utilizará la escala versión 11 + 4 adaptada a la llamada telefónica, siendo la misma utilizada que en la visita inicial<sup>13,14</sup>.

El seguimiento que, *a posteriori*, se haga de estos pacientes será determinado por los hospitales de referencia participantes en el mismo. Aquellos pacientes que, por cualquier circunstancia, salgan del estudio también serán registrados en la herramienta de Telefarmacia. Se registrará el motivo de la salida (abandono, causa clínica, ingreso hospitalario, *exitus* u otros). Los pacientes que supongan una pérdida o abandono del estudio no serán reemplazados por otros.

### Herramienta de Telefarmacia

Para el desarrollo del proyecto se diseñará un aplicativo informático que contemplará, entre otras, las siguientes funcionalidades:

- Historial de caracterización y priorización farmacoterapéutica de los pacientes.
- Agenda de visitas programadas y registro de visitas no programadas.
- Muro de comunicación genérica entre participantes.
- Chat de mensajería instantánea entre pacientes y profesionales.
- Videollamadas.
- Monitorización de la adherencia a la medicación y valoración de resultados reportados por pacientes (PRO).

### Variables para la medición de los objetivos

La experiencia del paciente se valorará mediante la escala IEXPAC. Éste es un instrumento que posibilita evaluar la experiencia del paciente y su evolución. La experiencia del paciente puede definirse como la información que proporciona la persona sobre lo que le ha sucedido en la interacción continuada con los profesionales y los servicios sanitarios y sociales y su vivencia de dicha interacción y de los resultados de la misma. Para evitar sesgos, el cuestionario será realizado por un personal técnico de apoyo a la investigación, diferente al equipo investigador de cada uno de los

centros participantes. Dicha escala se realizará al principio y al final del estudio.

### Variables secundarias

Número y tipo de intervenciones realizadas por el equipo de trabajo conjunto y coordinado, tanto presenciales como a través de la herramienta desarrollada para el seguimiento por Telefarmacia. Se establecen, por definición, tres niveles de prioridades en las actuaciones según los modelos de estratificación de la SEFH y se incluirán las tareas a llevar a cabo en cada apartado (seguimiento farmacoterapéutico, educación y formación, y coordinación con el equipo asistencial).

### Variables para la medición de los objetivos secundarios

Número de visitas y contactos no programados o acordados al servicio de farmacia. Número de abandonos de pacientes. Número de ingresos hospitalarios durante las semanas de estudio. Satisfacción de los pacientes. Satisfacción de los profesionales con la herramienta y el circuito establecido.

Pacientes adherentes al tratamiento, tanto hospitalario como concomitante, en la semana 48, según el cuestionario Morisky y los registros de dispensación (hospitalaria y en oficina de farmacia) > 90%. Se considerará paciente adherente sólo si lo es a toda la medicación y medido por ambos métodos.

Se incluirán en el estudio cuestionarios de PRO: Cuestionario general SF-12 y Cuestionario de calidad de vida EUROQoL-5D<sup>15</sup>. Se solicitarán todos los permisos necesarios a los correspondientes autores para poder hacer uso de los mismos durante el estudio. Todos los cuestionarios PRO serán cumplimentados por los pacientes, al menos una vez cada 3 meses, a través de la herramienta de Telefarmacia. Se compararán los resultados iniciales y finales, así como la distribución cuartil de los resultados en cada una de las puntuaciones finales obtenidas<sup>16</sup>.

### Recogida de datos

Para cada sujeto participante en el estudio se rellenará un cuaderno de recogida de datos electrónico (CRDe), que se ajusta a los requisitos establecidos de integridad, exactitud, fiabilidad y consistencia.

Todos los datos registrados en el CRDe deben ser tomados directamente desde la historia clínica o documentos fuentes, como informes de analíticas o pruebas de imagen, y deberán ser consistentes con dichos documentos, o en caso contrario justificar las discrepancias. Es responsabilidad del investigador asegurar la correcta cumplimentación, revisión y aprobación de todos los CRDe mediante su firma.

### Análisis estadístico

Se ha programado la realización de un análisis estadístico a la finalización del estudio. Todas las pruebas estadísticas que se usarán para el análisis de los datos recogidos en base a los objetivos planteados del estudio quedarán descritas en el plan de análisis estadístico. Todas las desviaciones del plan estadístico original quedarán descritas y justificadas en el informe final de resultados.

### Poblaciones de análisis

La población por intención de tratar incluirá a todos los pacientes participantes en el estudio, aunque no terminen el seguimiento recogido en el protocolo.

### Procedimiento para contabilizar datos perdidos

Se realizará un análisis de casos completos, de forma que los datos perdidos no sean sometidos a ningún tipo de imputación. En cada descripción de resultados se cuantificará el número de valores perdidos.

### Consideraciones éticas

Antes de iniciar el estudio se ha obtenido el dictamen favorable para el estudio por el Comité Ético de Investigación con medicamentos Sur de Sevilla.

## Discusión

La irrupción de la pandemia por SARS-CoV2, en marzo de 2020, obligó a que prácticamente de forma inmediata se implantaran nuevos circuitos de entrega de la medicación, para evitar la interrupción de los tratamientos instaurados en el ámbito de las consultas externas. Dichos programas de atención no presencial estuvieron volcados en aspectos fundamentalmente logísticos y fueron valorados de manera muy satisfactoria tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios.

Más recientemente el estudio ENOPEX, realizado por la SEFH, ha demostrado la necesidad de explorar nuevos circuitos y herramientas para el seguimiento farmacoterapéutico coordinado de los pacientes, menos centrados en aspectos relacionados con la entrega de la medicación y más en el acompañamiento profesional y la toma de decisiones conjuntas entre los pacientes y el equipo sanitario que realiza su seguimiento clínico<sup>17</sup>.

Entre las fortalezas de este proyecto cabe citar la experiencia del equipo investigador contrastable, tanto en la puesta en práctica de la metodología de AF desarrollada, como en la conceptualización y en el diseño e implementación finalista de plataformas de teleasistencia como la descrita. También que la exhaustiva revisión de las etapas del proceso y las intervenciones a llevar a cabo y el carácter multicéntrico de este trabajo permitirán la aplicabilidad futura de la herramienta en otros centros.

Las limitaciones del estudio derivan, por un lado, de la imposibilidad de integración de la herramienta en los sistemas de información e historia clínica electrónica de los centros participantes, lo cual obligará, durante esta fase, a registrar información clínica en ambos lugares. Por otra parte, en determinados centros, la metodología de AF específica del estudio aún no se ha implantado de forma masiva y obligará, en algunos casos, a establecer procedimientos y dinámicas de trabajo diferentes a los habituales para los profesionales participantes.

Este modelo supondrá un cambio en profundidad y de manera extensiva de la AF realizada hasta ahora en los hospitales y las farmacias del ámbito comunitario, especialmente el entorno rural. Permitirá identificar aquellos pacientes que más pueden beneficiarse de determinadas intervenciones farmacéuticas para obtener mejores resultados en salud y, con ello, establecer intervenciones orientadas a las características específicas de cada paciente.

Por último, servirá para poner énfasis en la mejora que supone la incorporación de las nuevas tecnologías al seguimiento coordinado de los pacientes, desde la perspectiva de la AF.

## Financiación

La financiación de este estudio proviene de fondos propios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria con el apoyo de Merck Sharp & Dohme de España (MSD).

## Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

## Aportación a la literatura científica

Este estudio permitirá determinar la influencia y ventajas de utilizar este modelo de atención farmacéutica coordinada, basado en las herramientas de seguimiento por Telefarmacia, frente al modelo más tradicional. Se reflejará la experiencia reportada por los pacientes, además de determinar, secundariamente, diferencias en resultados intermedios (impacto en la calidad de vida) y en resultados de salud finales.

## Anexo 1

FARMACIA HOSPITALARIA		FARMACIA RURAL	
<b>GUADALAJARA</b>		<b>GUADALAJARA</b>	<b>LOCALIDAD</b>
Alicia Lázaro López	alazaro@sescam.jccm.es	M <sup>a</sup> Pilar Fabian Sanz	Lendaca
María Blanco Crespo	mblancoc@sescam.jccm.es	Azucena Ojeda Sáez	Tendilla
Ana María Horta Hernández	amhorta@sescam.jccm.es	Francisco Aceituno Romero	Villel de Mesa
		Raquel Ávila Torvisco	Cubillo de Uceda
		Lucila Menéndez Bueno	Peñalver
		Bernardina Moro Mediano	Cifuentes
		M <sup>a</sup> Lourdes Sanchez-Seco Fraile	Pastrana
		Isabel Calvo Ruiz	Sacedón
			pilar_f_s@hotmail.com
			marazujd@gmail.com
			franciscoaceituno@redfarma.org
			rat1979@gmail.com
			farmaicarria@gmail.com
			bernimorom@telefonica.net
			misanchezseco@gmail.com
			farmacia.sacedon@gmail.com
<b>LEÓN</b>		<b>LEÓN</b>	
Juan José Ortiz de Urbina González	jortiz@saludcastillayleon.es	Amor M <sup>a</sup> López González	Barrios de la Vega
Luis Ortega Valín	lortegav@saludcastillayleon.es	Jaime Espolita Suárez	Cabrianes
		Clara Eugenia Navarro Castro	Posada de Valdeón
		Viviana Rivas Echevarria	Posada de Valdeón
		M <sup>a</sup> Belén Fernández Rodilla	Algadefe
			xana2474@gmail.com
			dietetop@gmail.com
			claraeugenianavarrocastro@gmail.com
			viripf.11@hotmail.com
			be328le@gmail.com
<b>SEVILLA</b>		<b>SEVILLA</b>	
Ramón Morillo Verdugo	ramon.morillo.verdugo@gmail.com	Nuria Muñoz Muñoz	Alcala de Guadaira
			nuriamunozmunoz@gmail.com
<b>ZAMORA</b>		<b>ZAMORA</b>	
Sebastián Roldán González	jroldan@saludcastillayleon.es	Elena Amaro López	Requejo
José Jiménez Casaus	jjimenezcas@saludcastillayleon.es	Patricia Redondo Lajas	Asturianos
Sonia Fernández Cañabate	sfernandezca@saludcastillayleon.es	M <sup>a</sup> Begoña González Paramino	Figueruela de Arriba
		Ana Belén Prieto Nieto	Peleagonzalo
		Cristina Lobato Valencia	Santibáñez de Tera
		Alvaro Pérez Asensio	Muga de Sayago
		Ana de Paula Blanco	Bermillo de Sayago
			elenamaro@outlook.es
			farmacia_asturianos@yahoo.es
			bbp_paramio@yahoo.es
			belenprieto1@gmail.com
			cristinalobato85@hotmail.com
			farmaciarmugadesayago@gmail.com
			anadepaulablancan@gmail.com
<b>ZARAGOZA</b>		<b>ZARAGOZA</b>	
Tránsito Salvado Gómez	tsalvador@salud.aragon.es	Rosa Morillo Lisa	Alcalá de Ebro
Mercedes Gimeno Gracia	mgimenogr@salud.aragon.es	Isabel García García	Salillas de Jalón
Lucía Sopena Carrera	lsopena@salud.aragon.es	Patricia Molina Lomba	Jaulín
Raquel Fresquet	rfresquetm@salud.aragon.es	Enrique Eguizabal Martínez	La Joyosa
Arantxa Magallón	amagallonm@salud.aragon.es	Antonio Ramos	Mallén
		Juan Jiménez	Urrea de Jalón
		Andrea Martínez Seguer	Casetas
		Ana M <sup>a</sup> Azagra Sáez	Casetas
		M <sup>a</sup> Pilar Baras Bandrés	Casetas
			rosamariamorillo@redfarma.org
			lafarmaciadosalillas@hotmail.com
			pmolinalo@redfarma.org
			farmaciaeguizabal@gmail.com
			pharmaciaramos@gmail.com
			jjimenezpe@redfarma.org
			a.martinez.pharmacy@gmail.com
			saezazagra@gmail.com
			mbbandres@gmail.com

## Bibliografía

1. WHO Global Observatory for eHealth. (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth [monografía en internet]. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2010 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
2. European Patients Forum. Carta sobre el Empoderamiento de los Pacientes [monografía en internet]. Luxemburgo; 2020 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: [https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/charter/charter\\_es-final.pdf](https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/charter/charter_es-final.pdf)
3. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Proyecto Mapex: Marco Estratégico de Telefarmacia [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2020 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
4. Calleja Hernández MA, Morillo Verdugo R. Modelo CMO en las consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2016.
5. Documento de Atención Farmacéutica de Barbate [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2019 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate\\_VF.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Barbate/190531DocumentoBarbate_VF.pdf)
6. Sociedad Española de Farmacia Rural. La esencia del modelo español de Farmacia Rural [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Rural; 2012 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://sefar.org.es/project/farmaciarural-la-esencia-del-modelo-espanol-de-farmacia/>
7. Reviriego Morcuende C, Guardia Sáez F, Martínez López J, Guerrero García FJ. Pérdida de servicios básicos en el medio rural. El Medio Rural y sus Oficinas de Farmacia [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Rural; 2018 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://sefar.org.es/project/perdida-de-servicios-en-el-medio-rural-el-medio-rural-y-sus-oficinas-de-farmacia/>
8. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Encuesta de situación de telefarmacia. [página web]. Madrid: 2020 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/encuesta-telefarmacia-durante-pandemia-covid-19/informes/todas-las-comunidades-resultado-encuesta.pdf>
9. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Pharmaceutical care to hospital outpatients during the COVID-19 pandemic. Telepharmacy. [internet]. Revista Farmacia Hospitalaria. 2020 [consultado 20/10/2022]. Disponible en: [https://www.sefh.es/th/196\\_16especial1511498ing.pdf](https://www.sefh.es/th/196_16especial1511498ing.pdf)
10. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Documento de Posicionamiento de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre la Telefarmacia [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2020 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/posicionamientos\\_institucionales/12-POSICIONAMIENTO\\_TELEFARMACIA\\_20200510.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/posicionamientos_institucionales/12-POSICIONAMIENTO_TELEFARMACIA_20200510.pdf)
11. Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. Boletín Oficial del Estado, n.º 299 (14 de diciembre de 2007).
12. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Mapa Estratégico de Atención al paciente externo (MAPEX). Modelos de estratificación de pacientes [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2019 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion>
13. IEMAC. Cuestionario IEXPAC [cuestionario en Internet]. Madrid: IEMAC; 2018 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://www.iemac.es/iexpac/cuestionario.php>
14. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert M, Solas O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, *et al.* Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *Int J Integr Care.* 2016;16(3):13. DOI: 10.5334/ijic.2443
15. EuroQol. EUROQOL 5D [página web]. Rotterdam (Países Bajos): 2022 [consultado 23/04/2022]. Disponible en: <https://euroqol.org/>
16. Woldring T, Smith SM. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights.* 2013;6:61-8. DOI: 10.4137/HSI.S11093
17. Margusino-Framiñán L, Fernández-Llamazares CM, Negro-Vega E, Tortajada-Goitia B, Lizeaga G, Mercadal-Orfila G, *et al.* Outpatients' opinion and experience regarding telepharmacy during the COVID-19 pandemic: The Enopex Project. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:3621-32. DOI: 10.2147/JMDH.S343528