

La farmacia ante la continuidad asistencial

Centrados en el paciente

Guía para la implantación de proyectos de
cooperación entre la farmacia hospitalaria y la
farmacia comunitaria



SimbioTIC⁴

©Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Edita: Antares Consulting

ISBN: 13- 978-84-09-02471-1

Mayo 2018

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren, comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

La farmacia ante la continuidad asistencial

Centrados en el paciente

Guía para la implantación de proyectos de cooperación entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria

Participantes en la elaboración del documento:

Álvaro Giménez. Farmacéutico adjunto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Vicente Merino. Farmacéutico adjunto. Hospital Universitario Virgen de la Macarena

María Queralt Gorgas. Directora área de farmacia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Ana Molinero. Farmacéutica comunitaria. Vicepresidenta. SEFAC

Fernando Mud. Farmacéutico comunitario. Vocal. SEFAC

Miguel Ángel Calleja. Presidente. SEFH

Jesús Gómez. Presidente. SEFAC

Núria Boixareu. Consultora. Antares Consulting

Carles Vilardell. Manager. Antares Consulting

Ladislao Honrubia. Socio-Director. Antares Consulting

Lluís Triquell. Socio-Director. Antares Consulting

Índice

1. Introducción. Proyecto SimbioTIC ⁴	2
2. Bases para desarrollar la continuidad asistencial	4
3. Guía práctica para el desarrollo de proyectos	11
a) Etapas para el desarrollo de proyectos colaborativos desde los servicios de FH	12
b) Ejemplo de proyecto colaborativo	19
4. Lecturas recomendadas	27
5. Metodología	29

1 Introducción. Proyecto SimbioTIC⁴

El proyecto SimbioTIC⁴ se sustenta en el principio de cooperación y tiene el propósito de incentivar a los farmacéuticos hospitalarios y comunitarios para que trabajen de forma colaborativa hacia una mejor atención al paciente garantizando la continuidad de la misma.

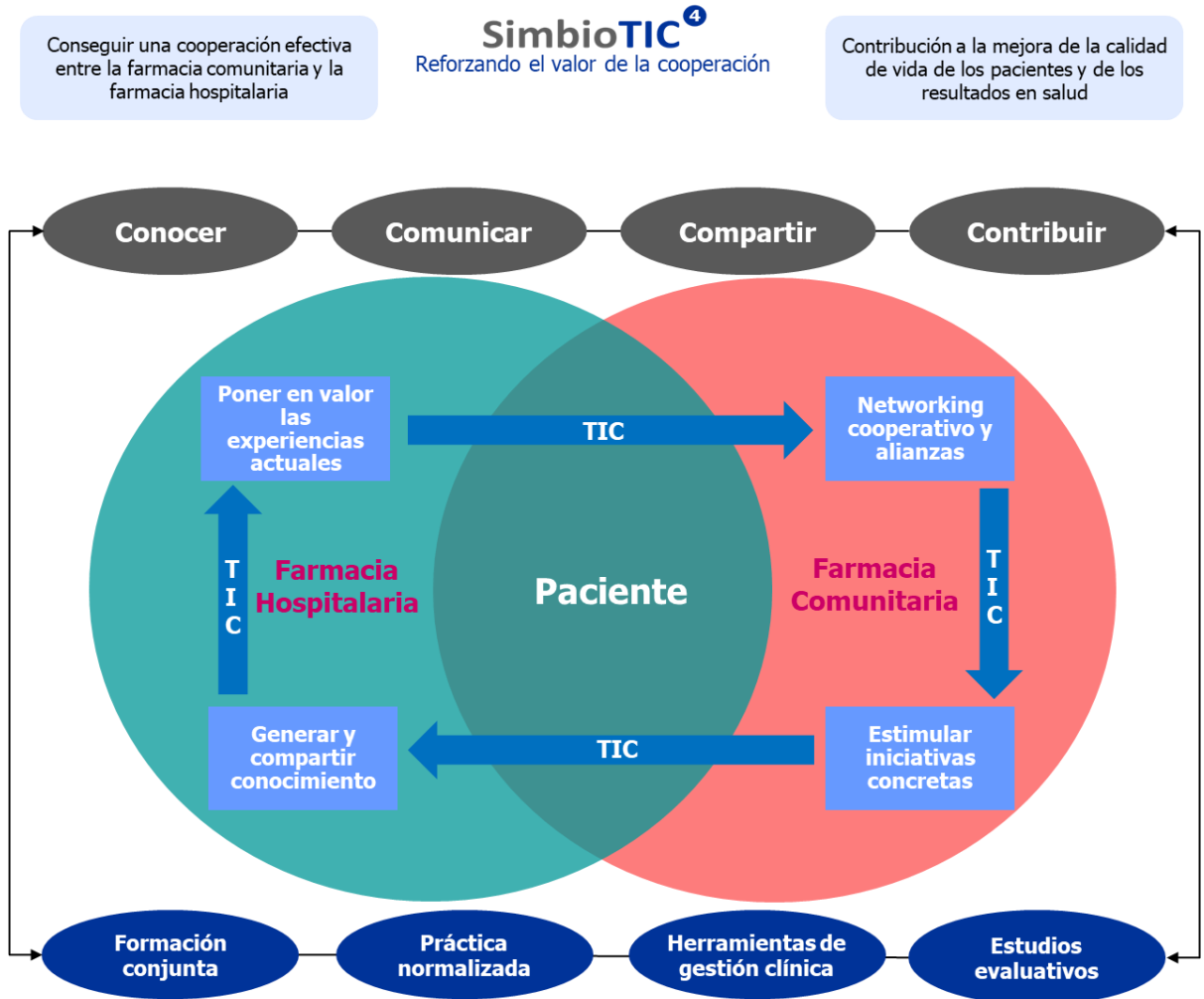
La denominación SimbioTIC⁴ se basa en el concepto de la simbiosis, una asociación en la que sus miembros se benefician unos de otros. Este es el tipo de relación que se pretende impulsar a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación como herramientas de soporte a la cooperación.

Las cuatro "C" de SimbioTIC⁴ ejemplifican las cuatro acciones clave que transformarán los objetivos en resultados, la razón de ser de esta iniciativa.

- **Cooperar.** Es esencial que todos los actores implicados contribuyan con el fin de obtener un beneficio, el requisito para alcanzar una simbiosis entre los colaboradores. Esta contribución abarca cualquier tipo de aportación a las iniciativas, visión, ideas, implantación de herramientas, entre otras.
- **Comunicar.** Es un elemento clave para lograr el trabajo conjunto. Es imprescindible, por tanto, implantar herramientas para fomentar la comunicación entre farmacéuticos hospitalarios y comunitarios. Estas pueden abarcar desde foros o congresos comunes para facilitar el *networking*, a herramientas electrónicas para el contacto virtual.
- **Conocer.** Es la capacidad para adquirir conocimiento, necesario para permitir a las diferentes modalidades de la farmacia trabajar conjuntamente en iniciativas que aporten valor, tanto a sus profesionales cómo al beneficiario final, el paciente.
- **Compartir** experiencias de éxito e iniciativas de cooperación. Es el elemento central que permitirá contribuir, comunicar y generar conocimiento para la cooperación. Compartir incluye sesiones de formación, experiencias de éxito e incluso las experiencias de los pacientes.

Las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) permiten optimizar y facilitar la puesta en marcha de las 4 acciones expuestas anteriormente.

Figura 1: Modelo conceptual de SimbioTIC⁴



2 Bases para desarrollar la continuidad asistencial

La práctica colaborativa entre profesionales está emergiendo como uno de los elementos clave de eficiencia y productividad en la promoción de la salud, de acuerdo con el informe *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes* publicado por el *Institute of Medicine*. También en este sentido la Federación Internacional Farmacéutica define esta colaboración en el entorno sanitario como la práctica clínica en la que los farmacéuticos colaboran con otros profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes, a los cuidadores y al ciudadano.

Las Sociedades Científicas también se posicionan, tanto en España como en otros países:

En 2015, **La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)**, manifestó la importancia de la cooperación entre profesionales en el informe "10 temas candentes de la Farmacia Hospitalaria". El primero de los temas que se aborda es la cronicidad, y en él destacan los retos planteados por los pacientes con enfermedades crónicas. Para mejorar la atención a dichos pacientes, se propone fomentar la cooperación entre los distintos servicios de Farmacia y agentes intra y extra hospitalarios.

Asimismo, el Plan Estratégico de la SEFH incluye cinco ejes estratégicos para afrontar de manera proactiva los retos a los que se enfrentan los profesionales vinculados al Servicio de Farmacia Hospitalaria y las necesidades de sus socios. Uno de los ejes contempla colaborar con otros agentes para alcanzar objetivos comunes mediante:

- La definición y generación de acuerdos de colaboración con sociedades autonómicas.
- El incremento de las relaciones con otras sociedades, así como con las Autoridades Sanitarias.
- La generación de doctrina y conocimiento.
- El fomento del intercambio de experiencias.

La Declaración de Córdoba presentada en el XIX Congreso Nacional Farmacéutico el 23 de octubre de 2014 por el **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)** , supone un compromiso de la Farmacia Comunitaria con la cooperación:

Impulsar una mayor coordinación de los farmacéuticos comunitarios con los de Hospital y Atención Primaria, así como una práctica colaborativa con otros profesionales sanitarios, favoreciendo el trabajo en equipo y la continuidad asistencial del paciente.

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), en su informe "15 retos para el presente y el futuro de la farmacia comunitaria" plantea cuestiones de continuidad asistencial y cooperación con el objetivo de fortalecer el modelo de farmacia de servicios.

Además, su posición en el sistema de salud, permite un fácil acceso en cualquier punto del territorio, lo cual favorece las intervenciones y el conocimiento de los pacientes y de sus familias.

Todas las sociedades científicas y las corporaciones farmacéuticas, con mayor o menor énfasis, centran el discurso en el paciente y la sociedad, y comparten las mismas intenciones al plantear la cooperación como un elemento imprescindible para garantizar:

- **La continuidad asistencial**
- Los resultados beneficiosos de la medicación
- La calidad de vida de los pacientes
- Resultados en salud medibles

Dado que la Guía tiene el objetivo de centrarse en la continuidad asistencial, centrado en el paciente, es importante comprender el alcance del significado de la Atención Centrada en el paciente. Diversas instituciones nos proporcionan definiciones y aproximaciones que nos ilustran sobre el tema y por ello las resumimos a continuación.

La atención centrada en el paciente es la base principal sobre la que se sustenta la cooperación entre los farmacéuticos comunitarios y los farmacéuticos de hospital.

The Picker Institut

Utilizan 8 principios basados en sus investigaciones empíricas, resaltando lo que es realmente importante para los pacientes y focalizándolo en recibir la atención en el dispositivo asistencial más educado.

- Acceso rápido a información sanitaria fiable
- Tratamiento efectivo proporcionado por profesionales comprometidos
- Continuidad asistencial con transiciones tranquilas
- Implicación de familias y cuidadores con soporte a las mismas
- Información clara y comprensible y soporte para el autocuidado
- Implicación en las decisiones y respeto por las preferencias de los pacientes
- Soporte emocional, empatía y respeto
- Atención a las necesidades relacionadas con el entorno físico y ambiental

La organización Mundial de la Salud (OMS)

En 2016, todos los estados miembros acordaron aceptar "The World Health Organization's Framework for Integrated, People-Centered Health Systems, en la misma línea que el anterior.

The Health Foundation

Esta institución lo ha condensado en 4 principios que se resumen en la figura 2::

Figura 2: Los 4 principios de la atención centrada en la persona



Fuente. Person-centred care in 2017. National Voices

National Voices

Ha realizado un trabajo de recopilación y priorización de los principios básicos que conforman el concepto de Atención Centrada en el Paciente a lo largo de los últimos 20 años que han sido reconocidos por los principales Stakeholders, tanto del ámbito de las políticas como de la práctica clínica

Tanto pacientes como familiares, necesitan más soporte para gestionar la propia enfermedad o la de los familiares a los que cuidan. Aunque se evalúen muchos aspectos del proceso de atención, la coordinación entre diferentes profesionales no se ha evaluado de forma precisa para poder identificar oportunidades de mejora; sin embargo, cuando se pregunta a los profesionales de diferentes ámbitos, siempre se concluye que una de las principales barreras es la coordinación, derivada de una falta de cooperación.

Según *National Voices* existen cinco aspectos clave en la atención asistencial centrada en el paciente. Son los siguientes:

- **Información.** Es el fundamento para que las personas estén comprometidas con su salud, la atención que reciben y el soporte que se les proporciona. La información debe ser personalizada en el contexto adecuado y en diversos formatos.
- **Comunicación.** Es la oportunidad para que el paciente exponga su experiencia personal, sus sentimientos, valores y preferencias y debe ser bidireccional.
- **Participación** en las decisiones. Es un indicador de atención que permite el empoderamiento del paciente teniendo en cuenta sus valores y preferencias y con ello alcanzar mejores resultados.
- **Plan de cuidados.** Con el objetivo de que el paciente pueda considerar el curso futuro de su cuidado, tratamiento y soporte y dirigirlo tanto como sea posible. La atención personalizada y el plan de soporte pueden capacitar al paciente a identificar sus objetivos más allá del tratamiento, pensando en objetivos vitales y desarrollar una sensación de control.
- **Coordinación de la atención.** Para que el cuidado y el apoyo sean construidos alrededor del individuo y del cuidador, con servicios que trabajan conjuntamente para obtener resultados importantes para el paciente.

La Continuidad Asistencial

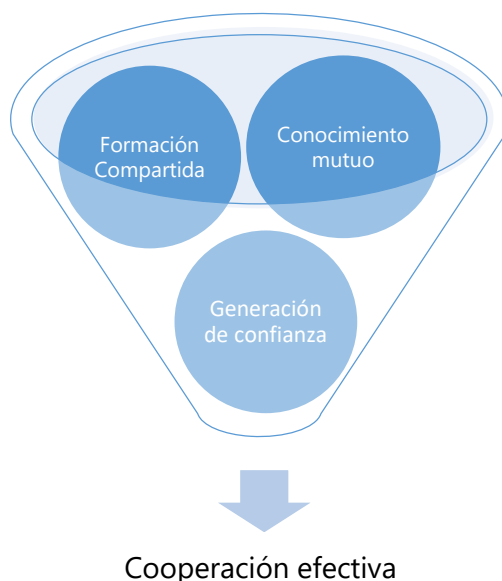
Según *The Health Foundation* la continuidad asistencial es un concepto multifacético, con cuatro componentes:

- **Continuidad interpersonal:** Es la experiencia subjetiva de la relación entre el paciente y su profesional de la salud.
- **Continuidad longitudinal:** Es el histórico de las interacciones con el mismo profesional a lo largo de una serie de episodios discretos.
- **Continuidad informativa:** disponibilidad de información clínica y psicosocial a través de los diferentes encuentros con los profesionales que atienden a los pacientes.
- **Continuidad de la gestión:** colaboración efectiva de los equipos más allá de los límites de cada uno para proporcionar una atención constante.

La transición entre servicios, intrahospitalarios o entre ámbitos asistenciales, es la principal causa de una atención subóptima y, por ello, pone en riesgo los buenos resultados en salud.

Aunque parezca que existe un amplio consenso sobre estas cuestiones, en la práctica asistencial prevalecen conductas defensivas que ponen en peligro una auténtica cooperación. Sin embargo, existen profesionales, tanto en la farmacia comunitaria como en la farmacia hospitalaria que creen firmemente en la cooperación, más allá de los modelos de autorización de medicamentos que los sitúan en el hospital o en la farmacia comunitaria

Figura 3: Principio de la cooperación efectiva



La cooperación como estrategia de mejora del proceso asistencial

El *National Health Service* en Inglaterra describe y evalúa iniciativas de cooperación en el sistema sanitario en su trabajo “No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration vanguards” y señala seis estrategias basadas en la cooperación entre profesionales que permiten la mejora del proceso asistencial agudo.

Figura 4: Seis estrategias de mejora basadas en la cooperación



Fuente. No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration vanguards. NHS England. 2018.

Como veremos en el capítulo 3, la cooperación planteada en esta guía responde claramente a las estrategias 1, 2 y 6.

El modelo CMO de atención farmacéutica

En el hospital, el modelo tradicional de atención farmacéutica a pacientes externos ya ha «tocado techo» debido a los cambios normativos y de regulación sanitaria, los nuevos modelos de trabajo en el entorno sanitario, la relación con los pacientes e incluso la propia sociedad.

Una profunda reflexión y análisis sobre las evidencias disponibles en otros entornos de la profesión farmacéutica en el mundo y la idea fundamental de aportar valor desde la actividad profesional del farmacéutico tanto a los pacientes como al sistema sanitario y a la sociedad, han dado como resultado el planteamiento de un modelo estructurado para realizar atención farmacéutica: «modelo CMO» (Capacidad, Motivación, Oportunidad),

El modelo de atención farmacéutica CMO es clave para dar al paciente una atención personalizada e integral a la vez que constituye un elemento que fomenta la cooperación entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria

Objetivo del documento

- Por todo ello, la presente guía tiene como objetivo proporcionar pautas para que aquellos servicios de farmacia hospitalaria que, junto con las farmacias comunitarias de su ámbito, deseen iniciar proyectos colaborativos, lo implanten de forma adecuada, puedan obtener resultados medibles y obtengan el reconocimiento de los pacientes y de sus familias.
- Conscientes de las dificultades que conlleva cooperar cuando no existe un conocimiento mutuo entre ambos colectivos, la guía proporcionará pautas para fomentar el cambio cultural, generando confianza a partir de resultados.

3 Guía práctica para el desarrollo de proyectos colaborativos

La Farmacia Hospitalaria y la Farmacia Comunitaria garantizando la continuidad asistencial

La presente guía se ha estructurado en dos subapartados:

- En primer lugar, se desarrollan las etapas necesarias para realizar proyectos colaborativos entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria. Se describen las acciones necesarias para que un proyecto tenga garantías de éxito. En este subapartado la planificación previa es necesaria para que la implantación se vea recompensada con los resultados esperados.
- En segundo lugar, se presenta un ejemplo concreto de proyecto colaborativo, simulando las acciones planteadas en el subapartado anterior para una patología concreta, la insuficiencia cardíaca en pacientes polimedificados.

A

Etapas para el desarrollo de proyectos colaborativos entre los servicios de FH y la FC



B

Simulación de un proyecto colaborativo



A

Etapas para el desarrollo de proyectos colaborativos entre los servicios de FH y la FC

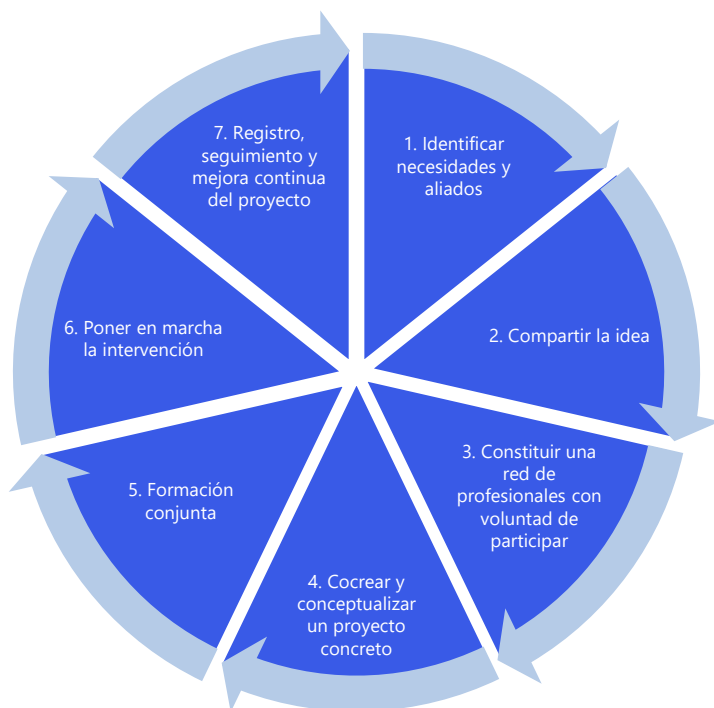


Para desarrollar proyectos colaborativos de forma adecuada, se han identificado las siguientes etapas:

1. Identificar necesidades y socios (o aliados) potenciales
2. Compartir la idea internamente y con los posibles socios
3. Constituir una red de profesionales alineados y con voluntad de participar
4. Cocrear y conceptualizar un proyecto concreto con los socios
5. Realizar una formación conjunta
6. Poner en marcha la intervención
7. Registrar, seguir y evaluar para conseguir una mejora continua en el proyecto.

Todas ellas deberán ir encadenadas y bien documentadas para su correcta implantación.

Figura 4: Etapas para el desarrollo de proyectos colaborativos desde los servicios de FH





1. Identificar necesidades y socios (aliados) potenciales

- El primer paso para implantar un proyecto colaborativo de valor añadido es identificar alguna necesidad no cubierta de los pacientes a la que se pueda dar respuesta, un proceso que pueda optimizarse, etc. Así, tanto la FH como la FC, pueden detectar estas necesidades de los pacientes y proponer proyectos de colaboración en base a éstas.
- Dependiendo del iniciador (FH o FC), los siguientes pasos son algo diferentes. Desde el hospital, se deben explorar las motivaciones de las FC de su ámbito de influencia, su predisposición a cooperar y sus preferencias en cuanto a tipologías de pacientes o enfermedades..
- En cualquier caso, es necesario realizar el ejercicio de tener en cuenta a todos los implicados y sus motivaciones.

A destacar:

Motivaciones compartidas



2. Compartir la idea internamente y con los posibles socios

- El iniciador tiene que formalizar la idea en un documento simple en el cual debe quedar claro el objetivo, los beneficios esperados, las posibles barreras, palancas, etc.
- Este documento servirá para presentar la idea a los posibles socios.
- Es importante que la idea pueda ser modificada y adaptada por todos los posibles colaboradores.

A destacar:

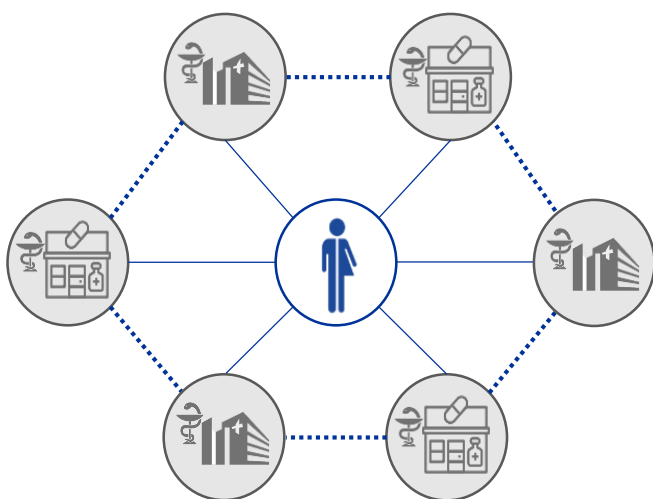
Formalizar la idea en formato "Rationale"



3. Constituir una red de profesionales alineados y con voluntad de participar

- Definir perfiles de participantes dentro de cada colectivo.
- El argumentario para buscar adhesiones al proyecto, incluido en el Rationale inicial, debe incluir:
 - ✓ Objetivos
 - ✓ Modalidad de trabajo
 - ✓ Beneficios y compromisos
- En el momento de seleccionar a los integrantes de la red, es necesario definir quiénes serán los interlocutores y establecer un periodo de adhesión.
- Se deberá asegurar que los integrantes de la red tengan presente tres principios básicos:
 1. Saber organizarse mediante una estructura sencilla, pero que haya un liderazgo claro y unas funciones muy bien definidas.
 2. Estar dispuestos a aprender a trabajar en red, a comunicarse de forma fluida por los canales que se hayan establecido.
 3. Fomentar reuniones presenciales que permitan poner en común la experiencia, los avances y las propuestas de mejora.

Figura 5: Estructura de la red de cooperación



A destacar:
Generar confianza y compromisos



4. Cocrear y conceptualizar el proyecto concreto con los socios

- Identificados los aliados, de forma conjunta, se “Cocreará” el proyecto con los aliados seleccionados. No importa quien lidere el proyecto, lo más importante es la forma de hacerlo conjuntamente, mediante las aportaciones de todos los miembros, siendo posibilista, no queriendo alcanzar lo imposible en una primera intención. La clave es la apropiación del proyecto por todos los integrantes.
- Del concepto inicial hay que pasar a un documento donde se formalice el proyecto, pasando de lo más general a lo más específico. A modo ilustrativo, los contenidos del mismo podrían ser:
 - ✓ Objetivo del proyecto
 - ✓ Población diana. Tipología de pacientes. Criterios de inclusión en el programa.
 - ✓ Integrantes de la red: adhesión, compromisos y organización, formación, registro de ideas de mejora, etc.
 - ✓ Procedimiento de trabajo
 - ✓ Registros y confidencialidad
 - ✓ Sistemas de comunicación entre los miembros
 - ✓ Evaluación de resultados: indicadores.
 - ✓ Propuestas de mejora
 - ✓ Utilización de la información compartida
 - ✓ Difusión, comunicación externa, publicaciones
- Además, es importante crear la “marca”, es decir, buscar un nombre que distinga el proyecto y que sirva de proyección externa.

A destacar:

Apropiación del proyecto por todos sus miembros



5. Realizar una formación conjunta

- Para poner en marcha un proyecto colaborativo, los farmacéuticos comunitarios y hospitalarios integrantes de la red, deberán realizar un entrenamiento previo que abarque:
 - ✓ **Conocimiento.** Sobre las patologías seleccionadas, la tipología de los pacientes, las características de los medicamentos, etc.
 - ✓ **Habilidades.** Todo aquello que no es técnico, pero que es imprescindible para una buena gestión clínica de los pacientes: proceso de atención, utilización de guías de práctica clínica, comunicación efectiva, gestión de pacientes, registros, herramientas diversas, como trabajo en equipos interdisciplinarios, comunicación efectiva, gestión de reuniones, negociación, etc.
- Una vez realizada la formación conjunta los participantes recibirán la acreditación de las dos sociedades: SEFH y SEFAC.
- Por ello es necesario definir al detalle el programa de formación:
 - ✓ ¿Cuáles serán los contenidos y los materiales?
 - ✓ ¿Quiénes serán los formadores?
 - ✓ ¿Cuál será la logística?
 - ✓ ¿Quién asumirá el coste y financiación?
 - ✓ ¿Se contará con la participación de sponsors?
 - ✓ ¿Cuál es el calendario?
- Consideramos que las actitudes no merecen ser desarrolladas, dado que con la identificación inicial de posibles integrantes de la red, ya habremos seleccionado a personas con buena predisposición a cooperar entre ellas.

A destacar:

Pasar de enseñar y aprender a aprender conjuntamente



6. Poner en marcha la intervención

- La puesta en marcha de la intervención es el momento más delicado. Durante los primeros días se necesita un dinamizador que verifique el buen funcionamiento de lo acordado en el plan, recoja las incidencias, las comunique a los integrantes de la red y se modifiquen aspectos del plan que puedan entorpecer el desarrollo.
- La comunicación entre los miembros en esta fase de implantación debe ser constante y fluida, recogiendo cualquier aspecto no previsto o ideas que se planteen en los primeros pasos de la implantación. En su momento se analizarán para su posterior implantación.

A destacar:

Dinamización y comunicación permanente



7. Registros, indicadores y mejora continua del proyecto

- Antes de iniciar el programa de trabajo concreto, deberemos identificar indicadores que nos permitan visualizar los avances. En un principio no deberemos ser muy exhaustivos. Es recomendable seleccionar un par de indicadores de proceso y un par de resultados. Estos últimos deben estar enfocados a la satisfacción, al tiempo de atención o a aspectos de esta naturaleza.
- Solamente, al cabo de 6 meses de funcionamiento, con la participación de toda la red, ampliar el alcance del seguimiento estableciendo indicadores consistentes con los que nos podamos sentir más cómodos.
- Con una frecuencia trimestral se compartirán los resultados del seguimiento para determinar oportunidades de mejora del funcionamiento de la propia red y del proceso de atención.
- Además, mediante el proceso normalizado de recogida de ideas de mejora, se pondrán en común entre todos los integrantes de la red y, si es necesario, se analizarán y priorizarán en una reunión presencial.
- Solamente cuando el funcionamiento de la red se considere que puede ofrecer resultados, nos plantearemos su publicación o difusión por los medios que se seleccionen. Para ello, es imprescindible realizar un diseño específico del estudio que tenga como finalidad probar con datos las aportaciones del modelo de cooperación. De ahí que se plantee inicialmente desarrollar la red a pleno funcionamiento, adquirir las habilidades necesarias y corregir los planteamientos iniciales a partir de la experiencia práctica.

A destacar:

Indicadores fáciles de obtener y modulables

En el ejemplo simulado se desarrollará el proceso a seguir para la atención de los pacientes.

B**Simulación de un proyecto colaborativo****Cooperación entre FH y FC para asegurar la continuidad asistencial en los pacientes con insuficiencia cardíaca al ingreso y al alta hospitalaria**

Mediante la simulación de una patología, describiremos el proceso de atención y seguimiento compartido entre la FH y la FC.

Se ha seleccionado esta patología debido a que el paciente con insuficiencia cardíaca suele ser muy complejo y acostumbra a tener otras patologías asociadas. Además, es un paciente que, habitualmente, es polimedicado y sufre frecuentes cambios de tratamiento.

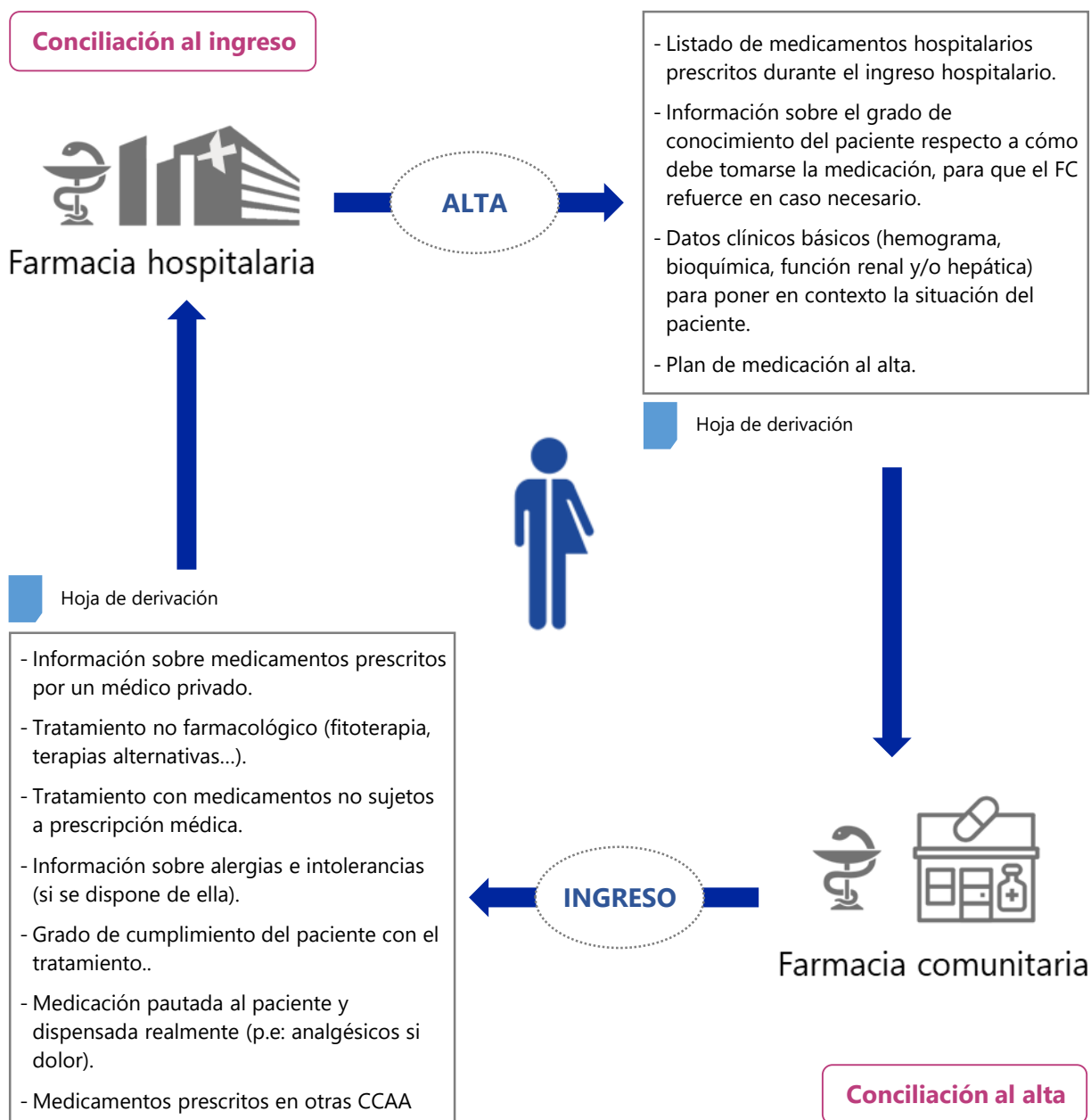
De este modo con la intervención, se persigue garantizar la seguridad del paciente optimizando el plan farmacoterapéutico a través de la conciliación de la medicación tanto al ingreso como al alta hospitalaria.

Para ello, se precisa establecer un plan concreto que abarque la planificación del proyecto, su implantación y su seguimiento continuado.

El ejemplo simulado se concreta en las etapas 6 y 7 de la Guía. De la 1 a la 5 son etapas generales que se deben aplicar en cualquier tipo de proyecto. En cambio, la 6 y 7 se han de individualizar para cada tipología de pacientes con sus tratamientos específicos.

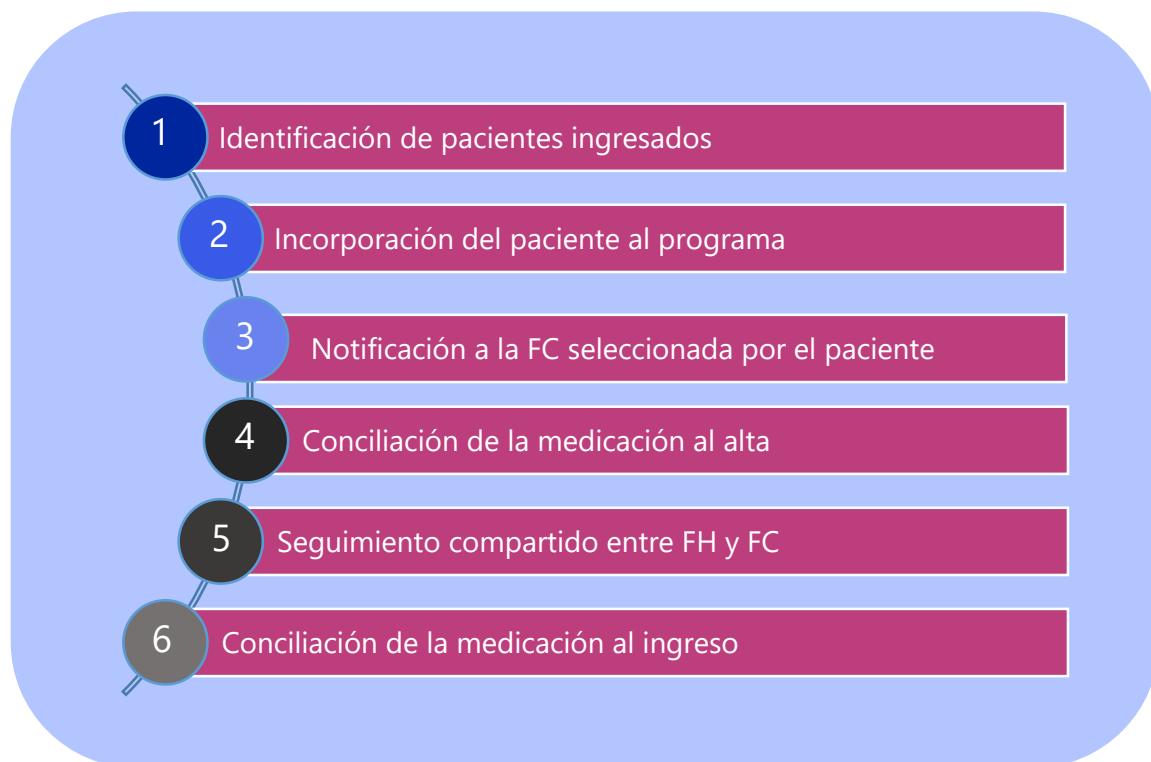
Ejemplo de cooperación entre FH y FC para asegurar la continuidad asistencial en los pacientes con insuficiencia cardíaca al ingreso y al alta hospitalaria

Figura 6: Circuito de información entre la FH y la FC



El proceso de atención se va a desarrollar en un proceso compuesto de seis actividades encadenadas:

Figura 7: Actividades del proceso para asegurar la continuidad asistencial en los pacientes con insuficiencia cardíaca al ingreso y al alta hospitalaria



1

Identificación de pacientes ingresados

- El FH identifica pacientes potenciales al ingreso, de acuerdo con los criterios establecidos y consensuados en la descripción del programa.

2

Incorporación del paciente al programa

- El FH expone al paciente seleccionado el programa y sus implicaciones (objetivos, beneficios, compromisos, etc.).
- En el caso que el paciente decida participar, se le informa detalladamente y se le pide su consentimiento informado a través de un documento diseñado a tal efecto.
- A continuación, el FH presenta al paciente el listado de farmacias comunitarias adheridas al proyecto para que éste elija la farmacia a la que acudirá. Se sugiere que sea siempre la misma para poder realizar un seguimiento más exhaustivo y no perder la trazabilidad.
- Los esfuerzos se centrarán, por tanto, en la alineación y planificación de objetivos en relación con la farmacoterapia, tanto a corto como a largo plazo, teniendo en cuenta las necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes.

3

Notificación a la farmacia comunitaria seleccionada

- Una vez se haya formalizado la incorporación del paciente al programa, el FH debe avisar al FC que en su hospital ha ingresado un paciente, que éste se ha incorporado al programa y que ha seleccionado su farmacia.
- En la misma llamada, el FH pide al FC si identifica al paciente recién ingresado y puede aportar algún tipo de información relacionada con su estado de salud, red social, farmacoterapia, etc.

- Cuando el paciente es dado de alta, el FH elabora un informe en el que se plasma el plan farmacoterapéutico. En este informe debe figurar:
 - ✓ Medicamentos para patologías crónicas que el paciente ya tomaba antes del ingreso.
 - ✓ Listado de medicamentos hospitalarios prescritos al paciente durante el ingreso hospitalario.
 - ✓ Grado de conocimiento del paciente respecto a cómo debe tomarse la medicación, para que el FC refuerce en caso necesario.
 - ✓ Datos clínicos básicos (por ejemplo, la función renal...) para poner en contexto la situación del paciente.
- El FH informa al paciente de que avisará al FC de que próximamente éste acudirá a recoger la medicación.
- Paralelamente, el FH contacta con el FC para pedirle que, si el paciente no ha venido en un plazo de días concreto, avise al FH. En este caso, el FH contactará con el paciente para conocer los motivos.
- Cuando el paciente acude a la farmacia comunitaria, el FC realiza la conciliación y refuerza el plan farmacoterapéutico establecido en el hospital.
- Si en el entorno en el cual se implanta el proyecto se desarrolla una aplicación móvil, ésta permitirá generar una alerta a la farmacia comunitaria, tanto en el momento en que el paciente es dado de alta, como cuando se disponga de datos (por ejemplo, parámetros analíticos) que pueden ser de interés para el FC.

5

Seguimiento compartido entre FH y FC (modelo CMO)

- Es recomendable establecer los parámetros que monitorizará el FC y bajo qué indicadores contactará con el FH para que ambos estén informados y puedan dar el servicio adecuado al paciente.
- Una vez acordadas estas variables, al tratarse de un paciente complejo y que sufre distintas entradas y salidas al sistema sanitario, puede ser beneficioso hacer un seguimiento compartido entre los profesionales integrantes del programa.
- A través de las visitas del paciente a la farmacia comunitaria, el FC puede realizar un seguimiento y mantener un contacto constante con el FH.
- En esta parte del proceso existen dos aspectos fundamentales: por un lado, comunicar al equipo multidisciplinar la información relevante que se va obteniendo y, por otro, asegurarse de que el paciente tiene la educación y formación necesarias para realizar el tratamiento en las mejores condiciones.

6

Conciliación de la medicación al ingreso

Hoja de derivación

- Cuando el paciente reingresa, el FH pide el informe con el plan farmacoterapéutico del paciente actualizado al FC, quien dispone de toda la información registrada en la receta electrónica. En caso de no disponer de esta aplicación en la receta electrónica, se utilizará algún registro compartido.
- Este informe debe incluir:
 - ✓ Información sobre medicamentos de prescripción que pudieran estar prescritos por un médico privado y que el FC conoce.
 - ✓ Tratamiento no farmacológico (fitoterapia, terapias alternativas...).
 - ✓ Tratamiento con medicamentos no sujetos a prescripción médica.
 - ✓ Información sobre alergias e intolerancias (si se dispone de ella).
 - ✓ Grado de cumplimiento del paciente con el tratamiento.
 - ✓ Informar, de la medicación pautaada al paciente, cual está siendo realmente dispensada y a qué dosis (p.e: analgésicos si dolor).
 - ✓ Medicamentos prescritos en otras CCAA.
- Cuando el FH lo solicite, el farmacéutico comunitario envía el informe al FH.

Durante el proceso de seguimiento compartido de pacientes entre la Farmacia Hospitalaria y la Farmacia Comunitaria, ambas deben tener la posibilidad de darse señales de alerta formalmente. Para ello es necesario disponer de un instrumento sencillo que ayude a estandarizar este tipo de interacciones y a registrarlas.

Formulario tipo de derivación de pacientes

Fecha

Nombre y datos del paciente

Farmacéutico que deriva al paciente FC FH

Farmacéutico destinatario FC FH

Diagnóstico principal

Motivo de la derivación




Plan farmacoterapéutico actual:

- Tratamiento al alta
- Medicamentos sin receta
- Terapias alternativas

Observaciones sobre el paciente:

- Datos clínicos básicos
- Información sobre el grado de conocimiento del paciente respecto a cómo debe tomarse la medicación
- Información sobre alergias e intolerancias (si se dispone de ella).
- Grado de cumplimiento del paciente con el tratamiento

Sugerencias

Aspectos a destacar para implantar proyectos de cooperación

Partir de una situación ideal es casi siempre una utopía. Si aspiramos a tener un contexto perfecto, no conseguiremos iniciar ningún cambio, por lo que es aconsejable empezar con los recursos disponibles sin renunciar a lo que es deseable.

Por ello, hemos identificado aquellos requisitos imprescindibles para que las iniciativas de cooperación tengan éxito y proporcionen resultados.

Por otro lado, también hemos identificado aspectos que son deseables, pero que no disponer de ellos desde el inicio no debe representar un freno para la implantación de un proyecto de cooperación.

A medida que se vayan implantando proyectos y se evalúen, no solo desde el punto de vista organizativo, si no también los resultados en salud obtenidos, podremos avanzar con más fiabilidad, comodidad, y seguridad.

Tabla 1: Requisitos para la implantación de proyectos colaborativos

Requisitos imprescindibles	Requisitos deseables
Formación conjunta	Adaptar el modelo CMO de Atención farmacéutica
Proceso de atención definido	Acceso a la historia clínica compartida
Paciente informado del proceso de actuación integral	Trazabilidad de pacientes y tratamientos
Programa conjunto de seguimiento	Uso intensivo de las TIC
Acreditación de profesionales	Compartir registros comunes
Realización de un piloto y escalar inmediatamente	

4 Lecturas recomendadas

- Akinbosoye OE, Taitel MS, Grana J, Hill J, Wade RL. Improving Medication Adherence and Health Care Outcomes in a Commercial Population through a Community Pharmacy. *Popul Health Manag.* 2016;19(6):454-461.
- Dodds LJ. Optimising pharmacy input to medicines reconciliation at admission to hospital: lessons from a collaborative service evaluation of pharmacist-led medicines reconciliation services in 30 acute hospitals in England. *Eur J Hosp Pharm* 2014;21:95-101.
- Freeman C, Rigby D, Aloizos J, Williams I. The practice pharmacist: a natural fit in the general practice team. *Aust Prescr.* 2016; 39(6): 211–214.
- Gorgas Torner MQ, Gamundi Planas MC, Aguirre Zubia I, García Marín MA, Suárez Berea M, Marques Miñana R. Participación del farmacéutico en el plan farmacoterapéutico del paciente. *Farm Hosp* 2008;32:148-56.
- Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England. London W1G 0AN: The King's Fund; 2015.
- Hersberger KE, Messerli M. Development of Clinical Pharmacy in Switzerland: Involvement of Community Pharmacists in Care for Older Patients. *Drugs Aging.* 2016 Mar;33(3):205-11.
- Ignacy TA, Camacho X, Mamdani MM, Juurlink DN, Paterson JM, Gomes T. Professional Pharmacy Services and Patient Complexity: An Observational Study. *J Pharm Pharm Sci.* 2015;18(5):863-70.
- IOM (Institute of Medicine). Measuring the impact of interprofesional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington, DC: The National Academies Press; 2015.
- Lene Vestergaard Ravn-Nielsen, MSc(Pharm); Marie-Louise Duckert, MSc(Pharm); Mia Lolk Lund, MSc(Pharm); Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission. *JAMA Internal Medicine.* January 29, 2018.
- Lima TM, Aguiar PM, Storpirtis S. Evaluation of quality indicator instruments for pharmaceutical care services: A systematic review and psychometric properties analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2017 May 22. pii: S1551-7411(17)30047-5.
- Llop-Talaverón J, Gracia-García B, Machí-Ribes JJ, Perayre-Badia M, Badia-Tahull MB, Jódar-Masanes R. Pharmaceutical interventions in metabolic and nutritional follow-up of surgical patients receiving parenteral nutrition. *Farm Hosp.* 2008 Jul-Aug;32(4):216-25.

- Morillo R, Calleja MA. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Madrid SEFH. 2016.
- National health Service Clinical Commissioners. NHS continuing healthcare. Effective commissioning approaches. January 2018.
- No hospital is an island: learning from the Acute Care Collaboration Vanguard. NHS England. 2018.
- Pelicano-Romano J, Neves MR, Amado A, Cavaco AM. Do community pharmacists actively engage elderly patients in the dialogue? Results from pharmaceutical care consultations. *Health Expect*. 2015 Oct;18(5):1721-34.
- Pharmacytimes [sede Web]. New Jersey: Pharmacy & Healthcare Communications; 2016 [fecha de acceso: 01/12/2017]. Study Shows that Walgreens Pharmacy Interventions Lead to Improved Adherence and Lower Healthcare Costs. Disponible en: <https://goo.gl/ZVc72M>
- Sanchez Ulyar A, Gallardo Lopez S, Pons Llobet N, Murgadella Sancho A, Campins Bernadàs L, Merino Mendez R. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Farm Hosp*. 2012;36(3):118-123.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de selección y atención farmacéutica de pacientes crónicos. Madrid: SEFH; 2013.
- Swieczkowski D, Mogielnicki M, Merks P, Gruchala M, Jaguszewski M. Pharmaceutical services as a tool to improve outcomes in patients with cardiovascular diseases. *Int J Cardiol*. 2016 Nov 1;222:238-41.
- Urwin H, Wright D, Twigg M, McGough N. Early recognition of coeliac disease through community pharmacies: a proof of concept study. *Int J Clin Pharm*. 2016 Oct;38(5):1294-300.
- Zerafa N, Scerri C. Knowledge and pharmacological management of Alzheimer's disease by managing community pharmacists: a nationwide study. *Int J Clin Pharm*. 2016 Dec;38(6):1416-1424.

5 Metodología

Para la realización de la presente Guía se han realizado las siguientes acciones:

- 1 Consenso entre los dos Presidentes de SEFAC y SEFH para iniciar la elaboración de la Guía.
- 2 Formulación de criterios generales para la realización de la misma..
- 3 Creación de una comisión específica para validar contenidos.
- 4 Taller de trabajo con los miembros de la comisión para identificar los contenidos.
- 5 Elaboración de la primera versión de la Guía por parte del equipo de Antares Consulting.
- 6 Revisión de la Comisión y nuevas aportaciones.
- 7 Maquetación, edición y difusión posterior.



SimbioTIC⁴

