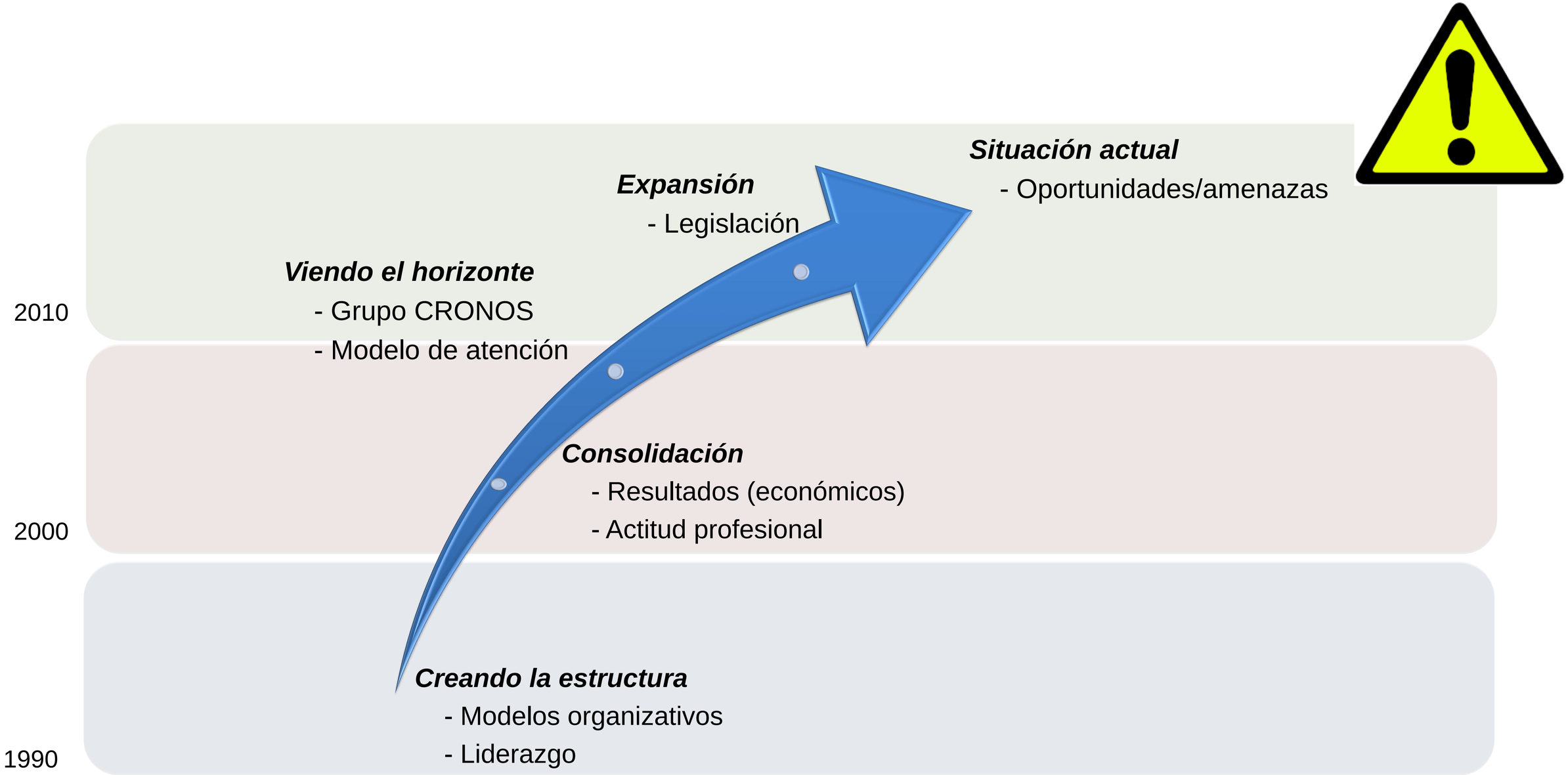
EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS: HORIZONTE AMPLIADO

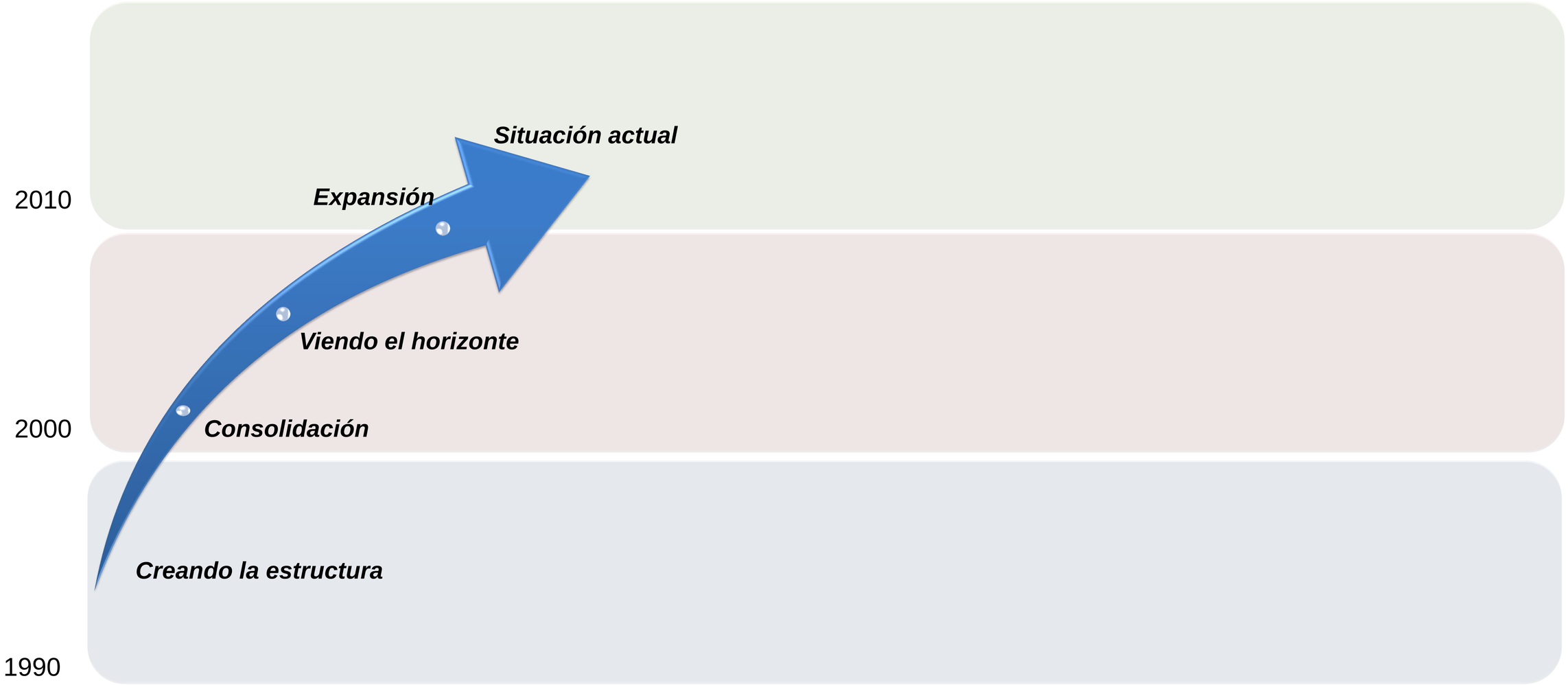
Juan F. Peris Martí
peris_jua@gva.es

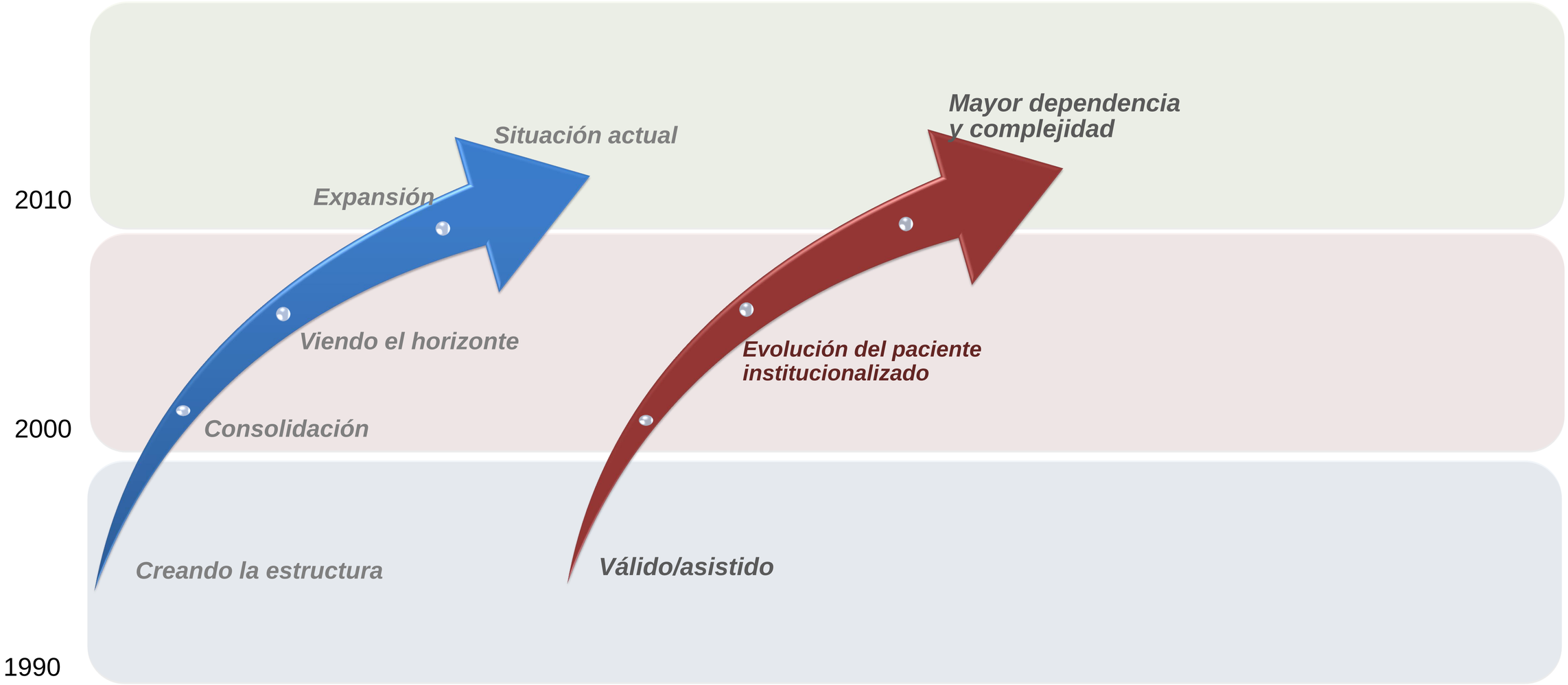
61 CONGRESO NACIONAL
61st NATIONAL CONFERENCE

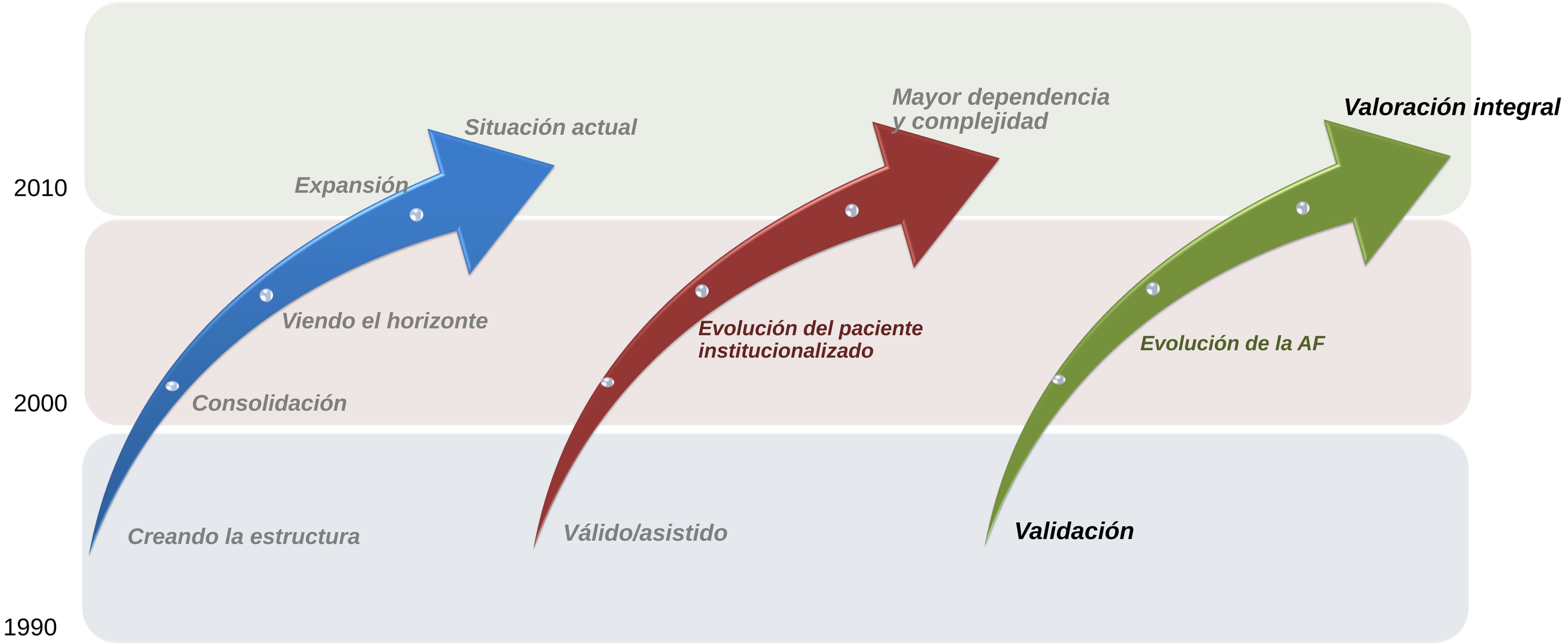
sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY


Situación actual
- Oportunidades/amenazas
Expansión
- Legislación
Viendo el horizonte
- Grupo CRONOS
- Modelo de atención
2010
Consolidación
- Resultados (económicos)
- Actitud profesional
2000
Creando la estructura
- Modelos organizativos
- Liderazgo
1990


Situación actual
2010
Expansión
Viendo el horizonte
2000
Consolidación
Creando la estructura
1990


2010
2000
1990
Situación actual
Expansión
Viendo el horizonte
Consolidación
Creando la estructura
Mayor dependencia
y complejidad
Evolución del paciente
institucionalizado
Válido/asistido


2010
2000
1990
Situación actual
Expansión
Viendo el horizonte
Consolidación
Creando la estructura
Mayor dependencia
y complejidad
Evolución del paciente
institucionalizado
Válido/asistido
Valoración integral
Evolución de la AF
Validación

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

⇒ POCO/NULO interés de la FH por otros ámbitos asistenciales

⇒ HOSPITAL >>> CSS
- ✓ Paciente
- ✓ Carrera profesional

⇒ Déficit de legislación (ventaja?)

ESTRUCTURA HOSPITALARIA

- SDMDU
- Sistemas de información

→
- INTEGRADA EN LA ESTRUCTURA SANITARIA
- CONEXIÓN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Depósito de medicamentos en el CSS

Adaptación de las herramientas propias de la farmacia especializada

ESTRUCTURA PROPIA

- CFyT + SF
- SDMDU

→
- INTEGRADA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO
- CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN AL ÁMBITO ASISTENCIAL

Adaptación de las herramientas propias de la farmacia especializada

⇒ COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

⇒ SISTEMA DE GESTIÓN = GFT

⇒ SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS

(adaptado a las necesidades de los pacientes y características asistenciales de los centros)

⇒ Establecimiento de un DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS en los CSS

⇒ PROGRAMA DE CALIDAD => PNT del proceso farmacoterapéutico (CSS y SF)

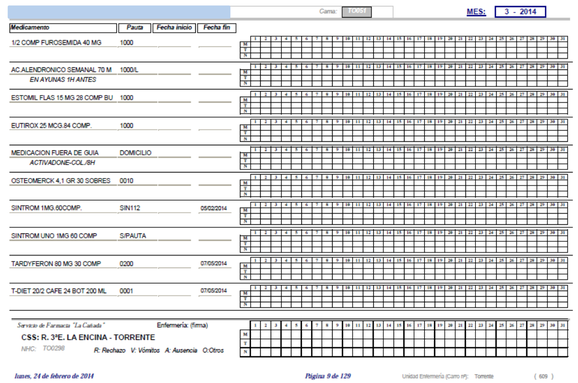
⇒ Provisión de atención farmacéutica

⇒ Programas de formación e información

REACCIONES ADVERSAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

P. Activo	SISTEMAS U ORGANOS AFECTADOS								
	Sangre	CV	SNC	AM	GI	RG	Hepatico	Ocular	Respiratorio	Piel
1. INHIBIDORES NO SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE MONOAMINAS (ADT)										
Amitriptilina*	+	++	++	++	++	+	—/+	+	—/+	+
2. INHIBIDOR DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA										
Trazodona*	+	++	++	+	++	+	+	++	+	+
3. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA (ISRS)										
Citalopram*	—	++	++	+	++	++	—	++	—	++
Fluoxetina	+	+	++	+	+++	+	—	+	++	+++
Fluvoxamina	+	+	++	+	+++	++	—	+	—	+
Paroxetina*	—/+	+	++	+	++	++	—	+	+	++
Sertralina*	—/+	+	+	—/+	+	+	—	—/+	—/+	—/+
4. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA Y NORADRENALINA										
Venlafaxina*	—/+	+	++	+	+++	++	—	—/+	—/+	++
5. NORADRENÉRGICOS Y SEROTONNÉRGICOS ESPECÍFICOS (NaSSA)										
Mirtazapina	—/+	+	+++	++	++	+	—/+	—/+	—/+	—/+
6. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE NORADRENALINA										
Reboxetina	—	++	++	+	++	+	—	—	—	—

— Sin alteraciones significativas —/+ raras (<0.1%) + poco frecuente (-5%) ++ frecuente (5—30%) +++muy frecuente (>30%). * Antidepresivos incluidos en Guía Farmacoterapéutica. CV: Cardiovascular; SNC: Sistema Nervioso Central; AM: Alteraciones metabólicas; GI: Gastrointestinal; RG: Riñón—Genitourinario.



61 CONGRESO NACIONAL | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
61st NATIONAL CONFERENCE | SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

Resultados similares al aplicar las herramientas propias de la farmacia especializada

⇒ RESULTADOS ECONÓMICOS

- ⇒ Autofinanciación de los modelos
- ⇒ Disminución costes
  - ✓ Directos: adquisición (vs receta)
  - ✓ Indirectos: GFT, gestión del DM,…
- ⇒ Contratación de personal

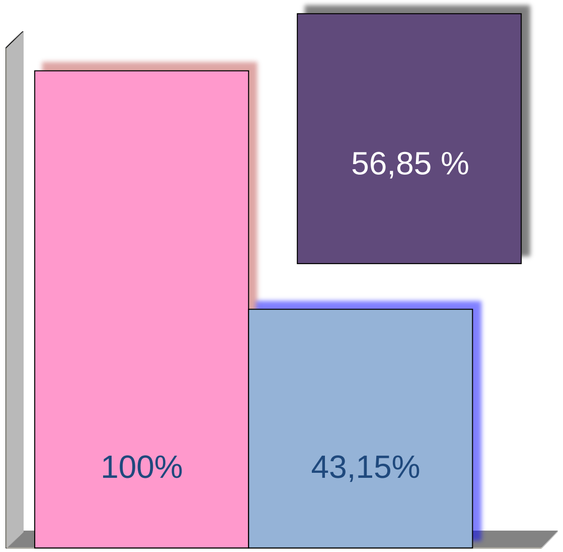
⇒ RESULTADOS ASISTENCIALES

- ⇒ Disponibilidad de los medicamentos
  - ✓ SDMUD
  - ✓ UH
- ⇒ Sistema de GFT => mejora prescripción,…
- ⇒ Protocolos de actuación: IT, manejo de determinados fármacos, seguimiento de pacientes, …
- ⇒ Establecimiento de PNT: disminución EM, mejora de la adherencia, calidad asistencial, …
- ⇒ Mejoras de la FT: análisis de resistencias a los antibióticos, farmacocinética, colaboración con otros especialistas (H), …

⇒ RESULTADOS ECONÓMICOS

⇒ RESULTADOS ASISTENCIALES

Resultados similares al aplicar las herramientas propias de la farmacia especializada



R 3ªE. "LA CAÑADA" (2003)

- 94 pacientes
- Edad media 80 años
- 81,3% M y 18,7% H

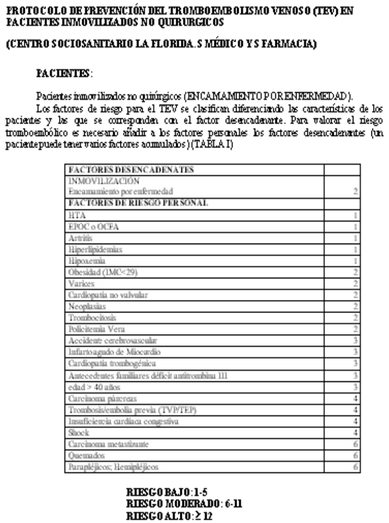
ANTES ADAPTACIÓN

- 6,6 F / paciente
- 73,6% pacientes Polimed. (> 4 F)
- Coste/paciente => 4,38 €/día

TRAS ADAPTACIÓN

- 5,9 F / paciente
- 63,7% pacientes con > 4 F
- Coste/paciente => 1,89 €/día

Prevención de TEV. Protocolo de utilización de HBPM en pacientes no quirúrgicos



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EN PACIENTES INMOVILIZADOS NO QUIRURGICOS

(CENTRO SOCIOSANITARIO LA FLORIDA .S MÉDICO Y S FARMACIA)

PACIENTES:

Pacientes inmovilizados no quirúrgicos (ENCAMAMIENTO POR ENFERMEDAD).

Los factores de riesgo para el TEV se clasifican diferenciando las características de los pacientes y las que se corresponden con el factor desencadenante. Para valorar el riesgo tromboembólico es necesario añadir a los factores personales los factores desencadenantes (un paciente puede tener varios factores acumulados) (TABLA I)

FACTORES DESENCADENATES	
INMOVILIZACIÓN Encamamiento por enfermedad	2
FACTORES DE RIESGO PERSONAL	
HTA	1
EPOC o OCFA	1
Artritis	1
Hiperlipidemias	1
Hipoxemia	1
Obesidad (IMC>29)	2
Varices	2
Cardiopatía no valvular	2
Neoplasias	2
Trombocitosis	2
Policitemia Vera	2
Accidente cerebrovascular	3
Infarto agudo de Miocardio	3
Cardiopatía trombogénica	3
Antecedentes familiares déficit antitrombina III	3
edad > 40 años	3
Carcinoma pulmonar	4
Trombosis/embolia previa (TVP/TEP)	4
Insuficiencia cardíaca congestiva	4
Shock	4
Carcinoma metastásico	6
Quemados	6
Parapléjicos; Hemipléjicos	6

RIESGO BAJO: 1-5
RIESGO MODERADO: 6-11
RIESGO ALTO: ≥ 12

REVISIONES ADVERSAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

P. Activo	SISTEMAS U ÓRGANOS AFECTADOS									
	Sangre	CV	SNC	AM	GI	RG	Hepático	Ocular	Hospitalario	Piel
1. INHIBIDORES NO SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE MONOAMINAS (ADT)										
Amitriptilina*	+	++	++	++	++	+	---/+	+	---/+	+
2. INHIBIDOR DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA										
Trazodona*	+	++	++	+	++	+	+	++	+	+
3. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)										
Citalopram*	---	++	++	+	++	++	---	++	---	++
Fluoxetina	+	++	++	+	+++	+	---	+	++	+++
Fluvoxamina	+	+	++	+	+++	++	---	+	---	+
Paroxetina*	---/+	+	++	+	++	++	---	+	+	++
Sertralina*	---/+	+	+	---/+	+	+	---	---/+	---/+	---/+
4. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA										
Venlafaxina*	---/+	+	++	+	+++	++	---	---/+	---/+	++
5. MORADEMERGICOS Y SEROTONERGICOS ESPECIFICOS (MESS)										
Mirtazapina	---/+	+	+++	++	++	+	---/+	---/+	---/+	---/+
6. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA										
Reboxetina	---	++	++	+	++	+	---	---	---	---

--- Sin alteraciones significativas ---/+ raros (<0.1%) + poco frecuentes (>5%) ++ frecuentes (5—38%) +++ muy frecuentes (>38%) * Antidepresivos incluidos en Guía Farmacoterapéutica. CV: Cardiovascular; SNC: Sistema Nervioso Central; AM: Alteraciones metabólicas; GI: Gastrointestinal; RG: Riñón—Genitourinario.

SEGUIMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

P. Activo	Cardiovascular		SNC	Nivel Hidroelectrolítico					GI
	TA	FC	Agitación/ somnolencia	Na+	K+	Pesa	Col	TG	Náuseas y vómitos
Amitriptilina*	+	+	+	---	---	+	---	---	---
Trazodona*	+	+	+	---	---	+	---	---	---
Citalopram*	+	+	+	+	---	---	---	---	+
Fluoxetina	+	+	+	+	+	+	---	---	+
Fluvoxamina	+	+	+	+	---	---	---	---	+
Paroxetina*	+	+	+	+	---	---	---	---	+
Sertralina*	+	+	+	+	---	---	+	+	+
Venlafaxina	+	+	+	+	---	+	+	---	+
Mirtazapina	+	+	+	---	---	+	+	+	+
Reboxetina	+	+	+	+	---	---	---	---	+

TA: Tensión arterial; FC: Frecuencia cardíaca; Na+: Natremia; K+: Potasemia; Col: Colesterol; TG: Triglicéridos.

PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE CENTROS SOCIOSANITARIOS DE TITULARIDAD PUBLICA DEPENDIENTES DE LA C. BENESTAR SOCIAL

Decreto 259/1993 de ordenación de los servicios farmacéuticos hospitalarios en la C.V

Ley 5/1997 de Servicios Sociales CV
Ley 6/1998 de Ordenación Farmacéutica CV

Ley 12/2004 de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la CV (MFGAFO)

Ley 1/2008 de Garantías de Suministro de Medicamentos.
Ley 12/2009 de MFGAFOG.

DECRETO 94/2010 por el que se regulan las Actividades de Ordenación, Control y Asistencia Farmacéutica en los CSS y en la Atención Domiciliaria.

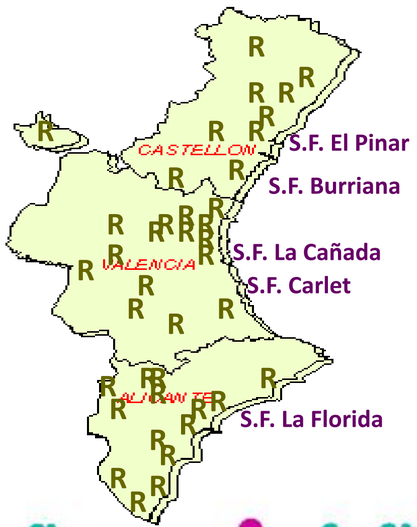
RDL 16/2012 Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del SNS y mejorar la Calidad y Seguridad de sus prestaciones.

DECRETO LEY 2/2013 de Actuaciones Urgentes en Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica.

1990 — **SF RMixta Carlet**

1999 — **SF RPMD Burriana**
SF RPMD La Florida

2003 — **SF RPMD El Pinar**
SF RPMD La Cañada



61 CONGRESO NACIONAL | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
61st NATIONAL CONFERENCE | SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

Congreso 2009

Refundación Grupo GERIATRIA

- ⇒ Grupo abierto: aumentar masa social y crítica
- ⇒ Renovación de los miembros
- ⇒ Objetivo: Informe situación actual de la AF en CSS en las distintas CCAA. Legislación y desarrollo
- ⇒ Propuesta: Estudio de la efectividad de programas de IT de antihipertensivos en ancianos institucionalizados

Congreso 2011

Creación del Grupo CRONOS

- ⇒ Incorporar otros ámbitos asistenciales: CSS, hospital, primaria
- ⇒ Renovación de los miembros
- ⇒ Enfoque:
  - Reorientar el proceso asistencial para centrarlo en la persona (no en el proceso agudo)
  - Abordar al paciente de forma integral, desde el equipo interdisciplinar (donde quiera que esté)
  - Participar de forma activa en el desarrollo de estrategias y modelos para afrontar la cronicidad, comorbilidad y fragilidad
- ⇒ Objetivos
  - Informe de la prestación farmacéutica especializada en CSS
  - Plan de formación => cursos precongresos, etc
  - …

2012

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

CRONOS

Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

2012

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Artículo 6. Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.

1.- Será obligatorio el establecimiento de un servicio de de farmacia hospitalaria propio en:

- ⇒ Todos los hospitales que tengan más de 100 camas
- ⇒ Los centros de asistencia social que tengan 100 camas o más en régimen de asistidos
- ⇒ Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más

2.- Alternativa => DM vinculado al SF del Hospital de la red pública de referencia

3.- Centros <100 camas

- ⇒ Servicio de farmacia
- ⇒ DM vinculado a un SF del área sanitaria (C. públicos)
- ⇒ DM vinculado a un SF o una OF de la zona farmacéutica (C. privados)

Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

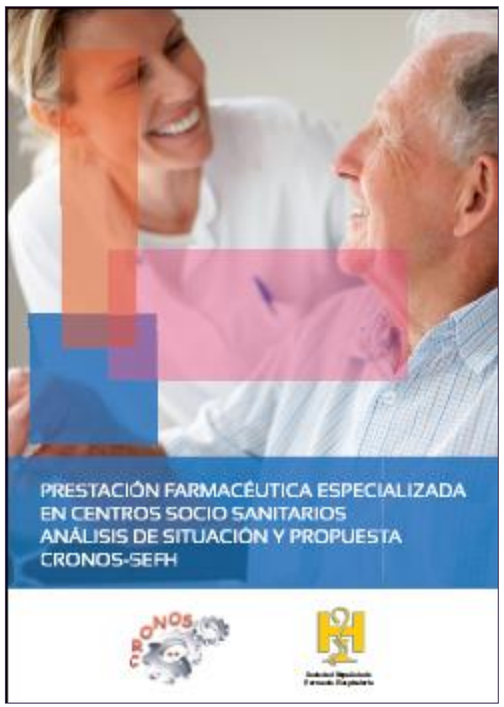
Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012

→ Estrategias para la atención a pacientes crónicos en las CCAA

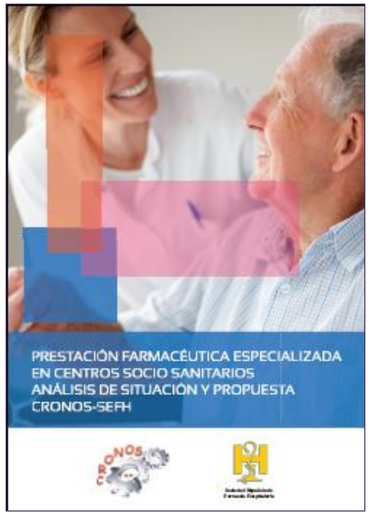
Atención Integral al Paciente Crónico Frágil

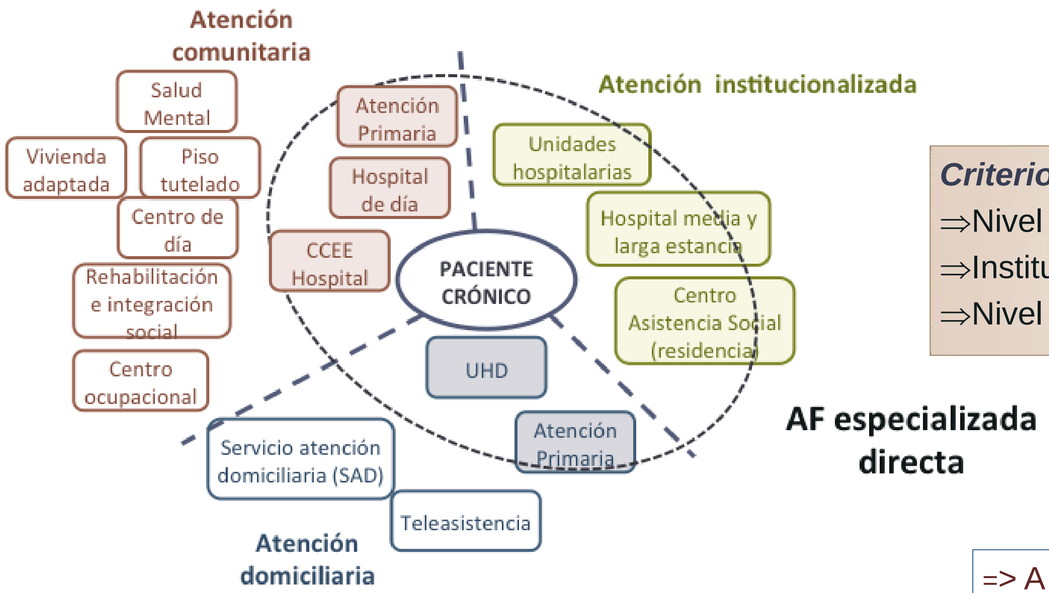
- Objetivos en CSS:
  - Elaborar un informe sobre la realidad de la Atención Farmacéutica Especializada en el ámbito sociosanitario
  - Potenciar desde la SEFH su desarrollo en las distintas CCAA

- EXPERIENCIAS AISLADAS
- No existe un modelo único de prestación farmacéutica
  - Estado descentralizado
  - ↑ Factores condicionantes
    - -Titularidad pública/privada
    - - Sistemas de gestión
    - - Estamentos farmacéuticos
    - - Varias administraciones: servicios sociales y sanitarios
  - Modelos mixtos (SF + OF) ≈ Reparto ≠ Modelo
    - Según titularidad pública o privada
    - Según nº de camas



AGOSTO 2014





Criterios propuestos

⇒Nivel de atención sanitaria y social que requiere el paciente

⇒Institucionalización

⇒Nivel asistencial del centro: equipo interdisciplinar

⇒ Desarrollo de una AF especializada desde un Servicio de Farmacia Hospitalaria (propio/vinculado al SF del Hospital de referencia)

- DM en centro sociosanitario
- Capacidad de adaptación al ámbito asistencial
- Integrado en la estructura sanitaria
- Integrado en el equipo asistencial

⇒ Coordinación de la AF en el área de salud

- Farmacéutico responsable del ámbito asistencial
  - ➢ En función del nº de centros y pacientes
  - ➢ **Coordinar los programas de AF** implantados en el ámbito asistencial del área
    - Recursos con AF directa
    - Recursos atendidos desde las oficinas de farmacia

=> A nivel estructural

- ✓ GFT adaptada a las necesidades de los pacientes y nivel asistencial
- ✓ Dispensación en Dosis Unitaria Individualizada
- ✓ **Integración del farmacéutico en el equipo interdisciplinar**

=> Intervención directa con el paciente

- ✓ Ingreso => Conciliación y adaptación a la GFT
- ✓ Proceso farmacoterapéutico: validación y seguimiento
- ✓ **Valoración farmacoterapéutica en VGI** => Establecimiento de un plan avanzado de cuidados y objetivos terapéuticos
- ✓ Programas de seguimiento específicos por patología o tratamiento

=> Estrategias globales de mejora asistencial

- ✓ Identificación de pacientes con riesgo de PRM
- ✓ Sistemas de ayuda a la prescripción
- ✓ Sistemas y herramientas de ayuda a la prevención y detección de reacciones adversas.

Atención Farmacéutica: Aspectos clave del modelo

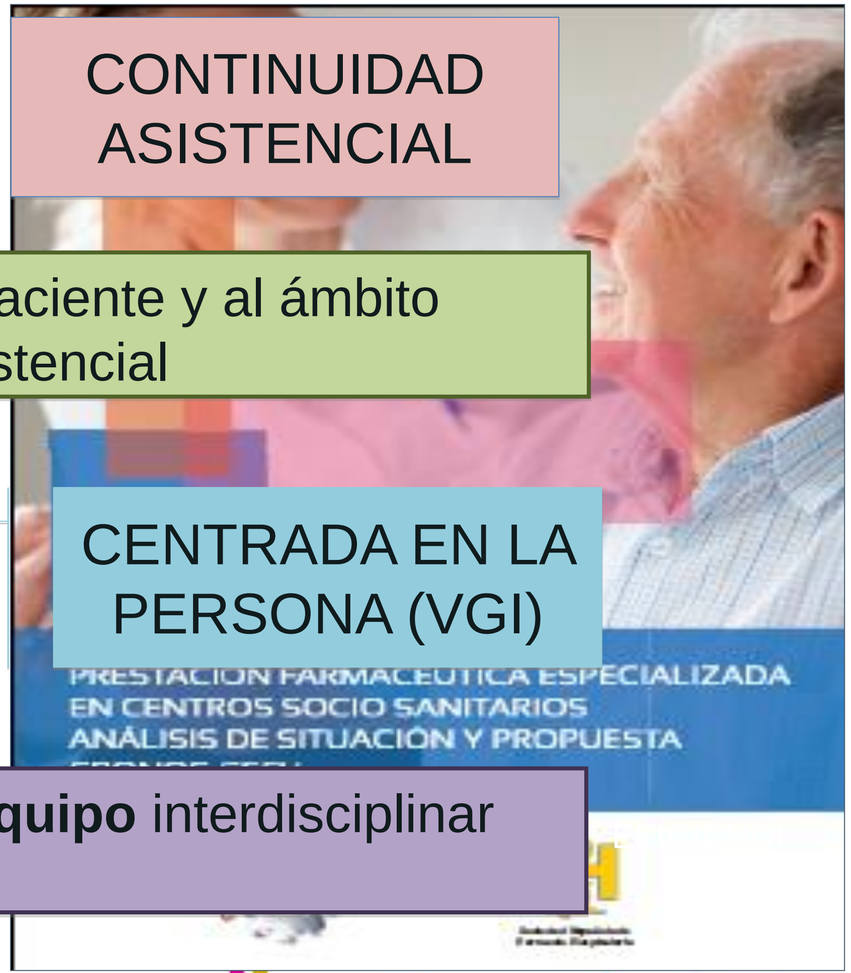
Integrada (sistema sanitario y social)

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Adaptada al paciente y al ámbito asistencial

CENTRADA EN LA PERSONA (VGI)

Integrada en el **equipo** interdisciplinar



ÑOLA OSPITALARIA

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

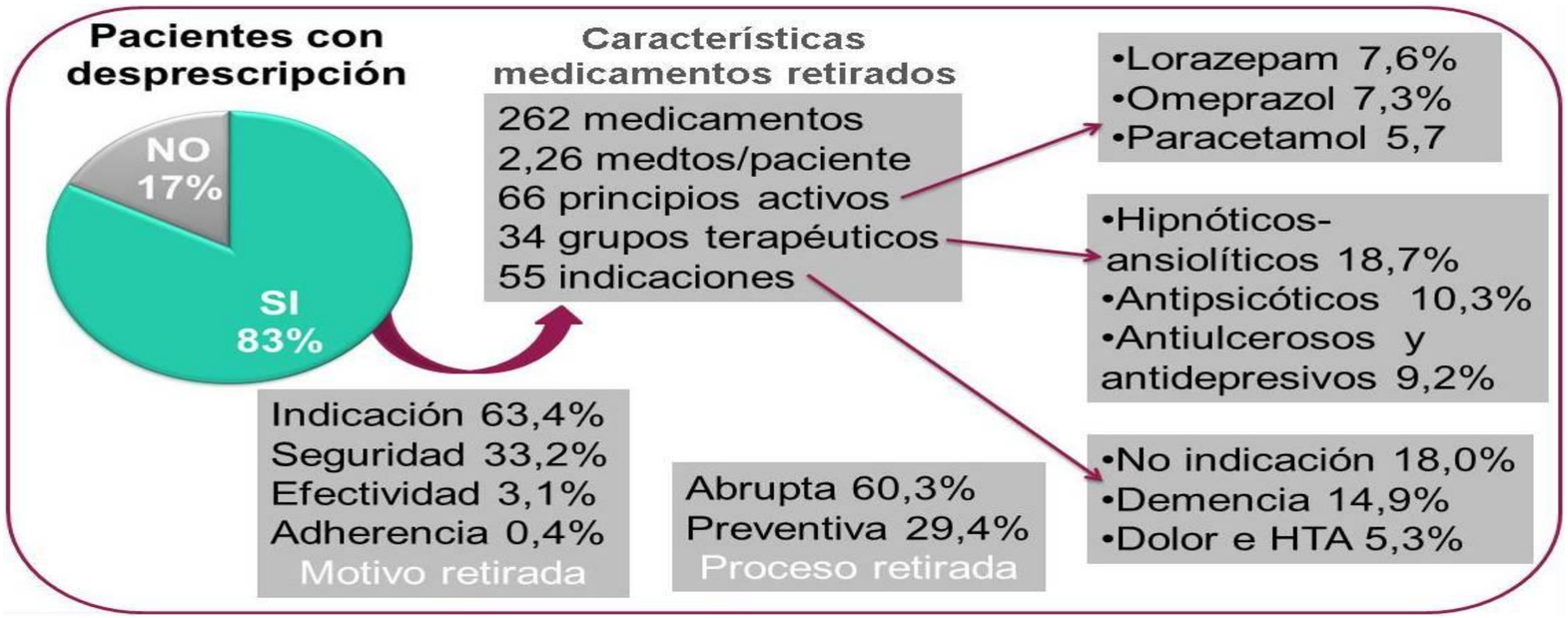
fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

AF integrada en el **equipo** interdisciplinar

⇒*Perspectiva integral (persona > paciente)*
⇒*Adecuación del tratamiento a las necesidades*
⇒ reducción de medicamentos (diferencia entre la primera y última VGI)

Mujeres	65,5%
Edad (mediana)	83,5 años (IQR: 77,0 – 88,0)
Barthel < 20 (dependencia total ABVD)	33,6%
Mini Examen Cognoscitivo <14 (deterioro cognitivo grave)	40,5%

Características de la población (n = 116)

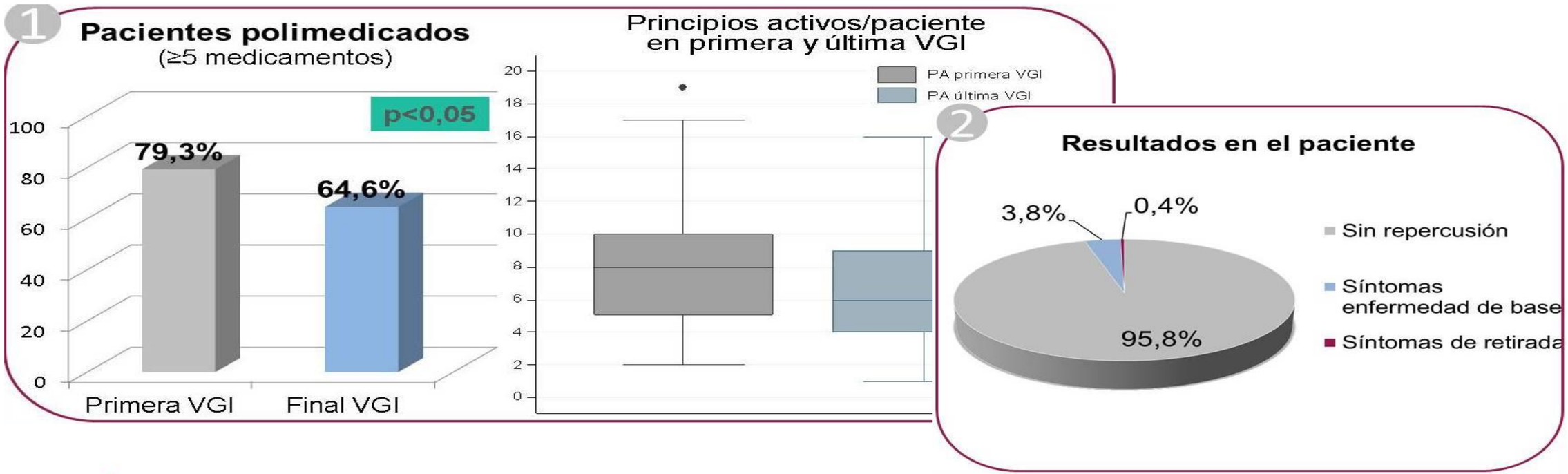


AF integrada en el **equipo** interdisciplinar

⇒*Perspectiva integral (persona > paciente)*

⇒*Adecuación del tratamiento a las necesidades*

⇒ reducción de medicamentos (diferencia entre la primera y última VGI)



Reorientación de los sistemas sanitarios

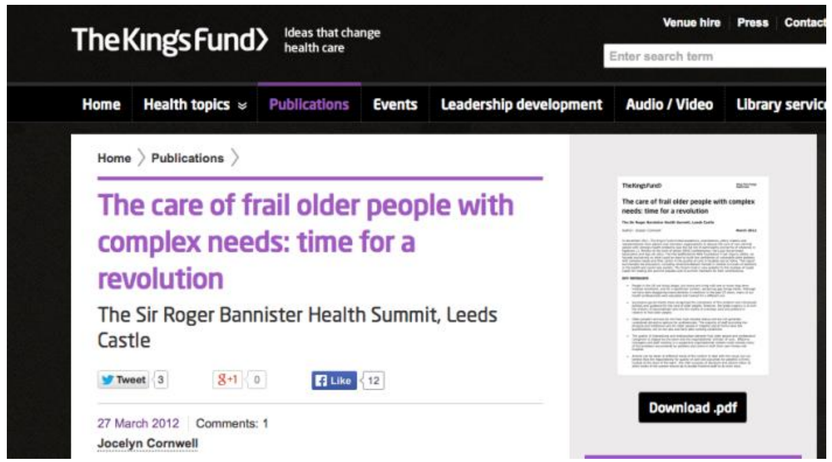
The Triple Aim: Care, Health, And Cost

The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political.

Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan and John Whittington
The Triple Aim: Care, Health, And Cost
Health Affairs, 27, no.3 (2008):759-769

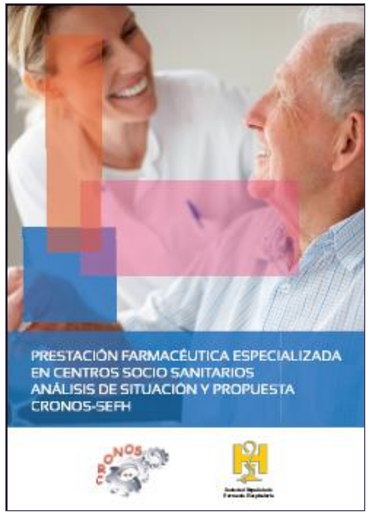
- Mejorar la experiencia de la atención
- Mejorar la salud
- Reducir costes

→ Atender mejor y en el recurso adecuado



- We have policies and **guidance in abundance**
- The great urgency is to turn the guidance and rethoric of personalised care into a reality of everyday care and practice
- The responsability for quality of care and outcomes for patients is firmly located at the level of the **team/micro-system**

2016



MODELO ESTRUCTURAL

MODELO ASISTENCIAL ADAPTADO AL PACIENTE Y CENTRO

PROYECTO MAFCAS

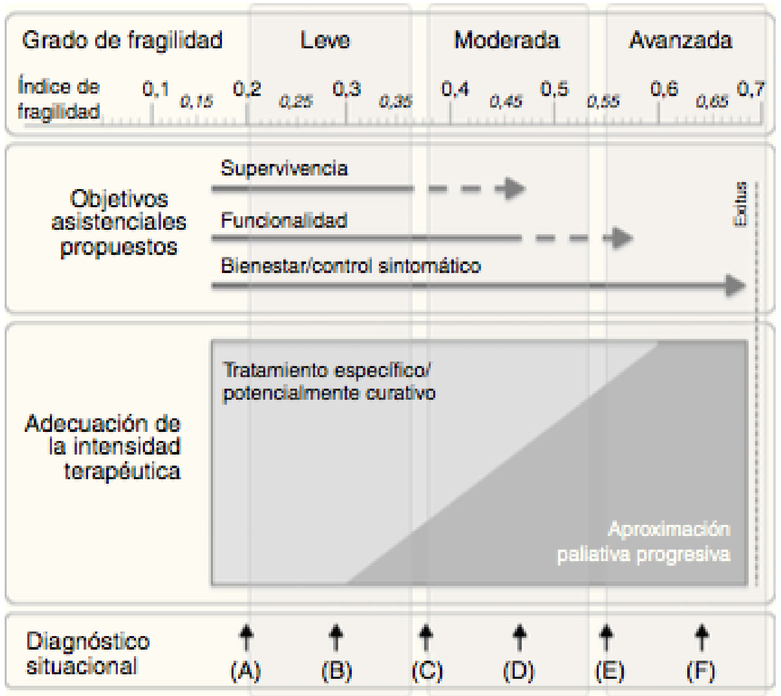
Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España. Modelo de atención farmacéutica centrada en la persona

PROYECTO MAFCAS
Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España.
Modelo de atención farmacéutica centrada en la persona

Mirando hacia el horizonte

⇒De tratar enfermedades a tratar **PERSONAS** => Abordaje multidimensional
⇒De tratar episodios a tratar **condiciones** (fragilidad, multimorbilidad,…)
⇒De paciente pasivo a PACIENTE **ACTIVO**: responsabilidad del paciente

⇒ **DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN => objetivos asistenciales => ABORDAJE TERAPÉUTICO**



Amblàs-Novellas J. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016; http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.005

Validación ***Valoración integral***

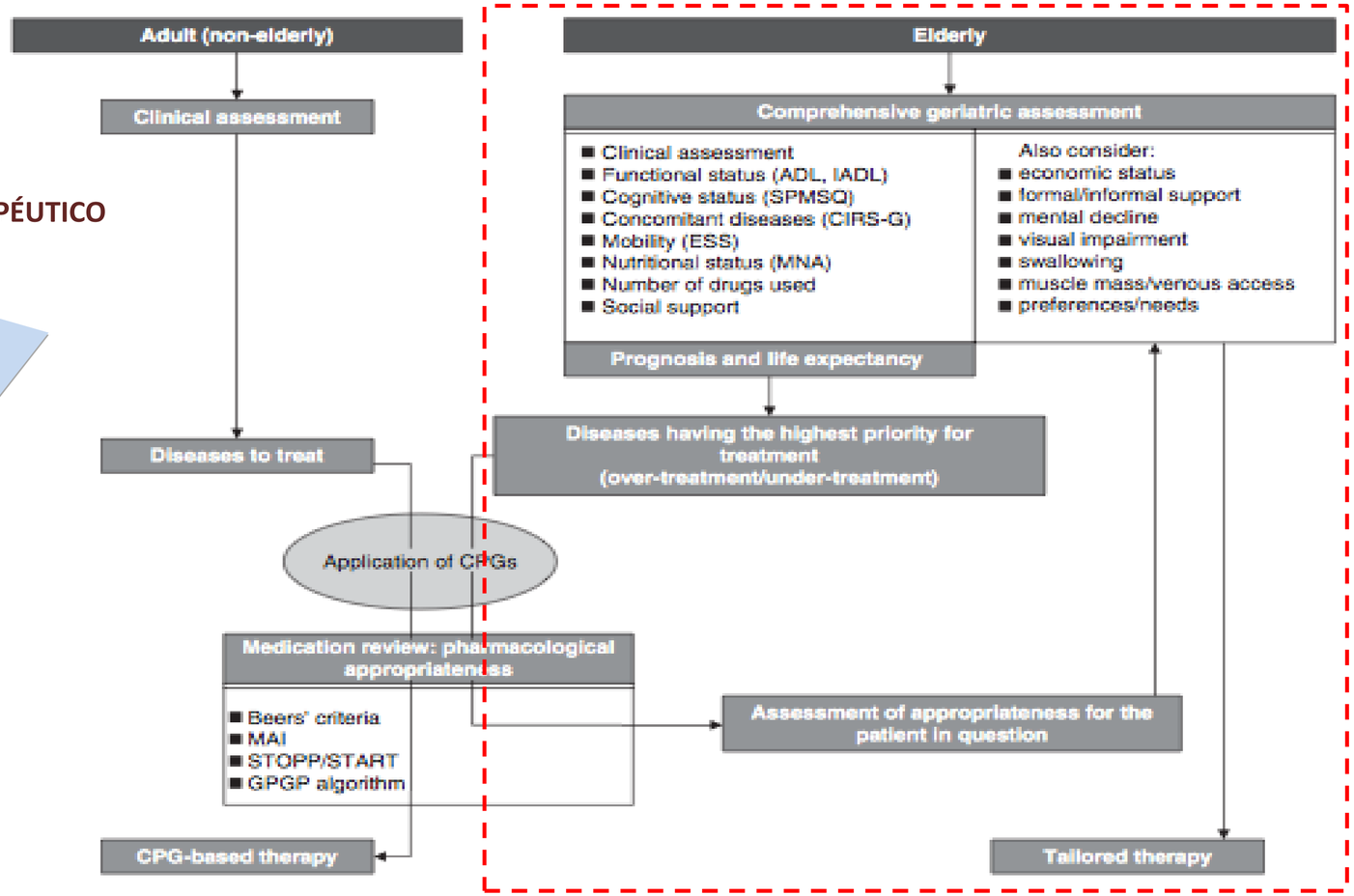


Fig. 1. Flowchart showing the role of comprehensive geriatric assessment in the prescription of appropriate pharmacological treatment in the elderly and how this approach differs from that required for the non-elderly adult. **ADL** = activities of daily living; **CIRS-G** = Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric; **CPG** = clinical practice guideline; **ESS** = Exton-Smith Scale; **GPGP** = Good Palliative Geriatric Practice; **IADL** = instrumental ADL; **MAI** = Medication Appropriateness Index; **MNA** = Mini Nutritional Assessment; **SPMSQ** = Short Portable Mental Status Questionnaire; **START** = Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment; **STOPP** = Screening Tool of Older Persons' Prescriptions.

Sergi G. Drugs Aging 2011; 28 (7): 509-518.

61 CONGRESO NACIONAL | SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY
61st NATIONAL CONFERENCE
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

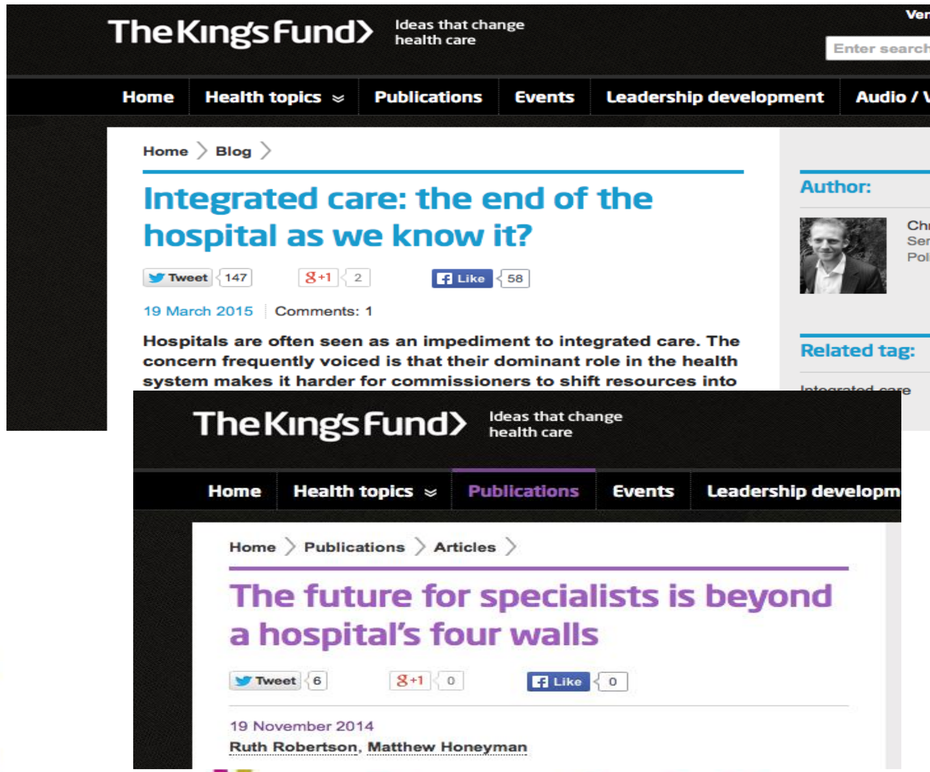
sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

A modo de reflexión

La mejora en la atención es lo que realmente hace disminuir los costes
¡¡¡¡Nivel micro!!!

The Triple Aim: Care, Health, And Cost

The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political.



DESDE LA PROFESIÓN

⇒Crecer en sentido equivocado

- Disminución de costes >>> mejora de la atención (sentido profesional)

⇒Priorizar un ámbito asistencial >>> continuidad asistencial

⇒Nuevo ámbito asistencial = nueva profesión

DESDE LAS AAPP

⇒Proyectos economicistas, centrados en disminuir los costes de la adquisición

- Ni disminuyen costes ni mejoran la atención

DESDE LA INICIATIVA EMPRESARIAL

⇒proyectos sostenibles alejados de la atención especializada

61 CONGRESO NACIONAL | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
61st NATIONAL CONFERENCE | SPANISH SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY

sefh Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

fefh Fundación Española de Farmacia Hospitalaria

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

sefh
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Muchas gracias!!!