

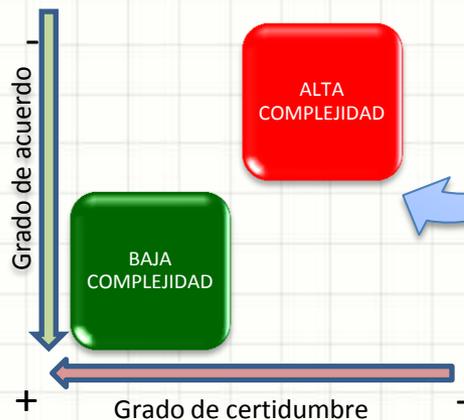
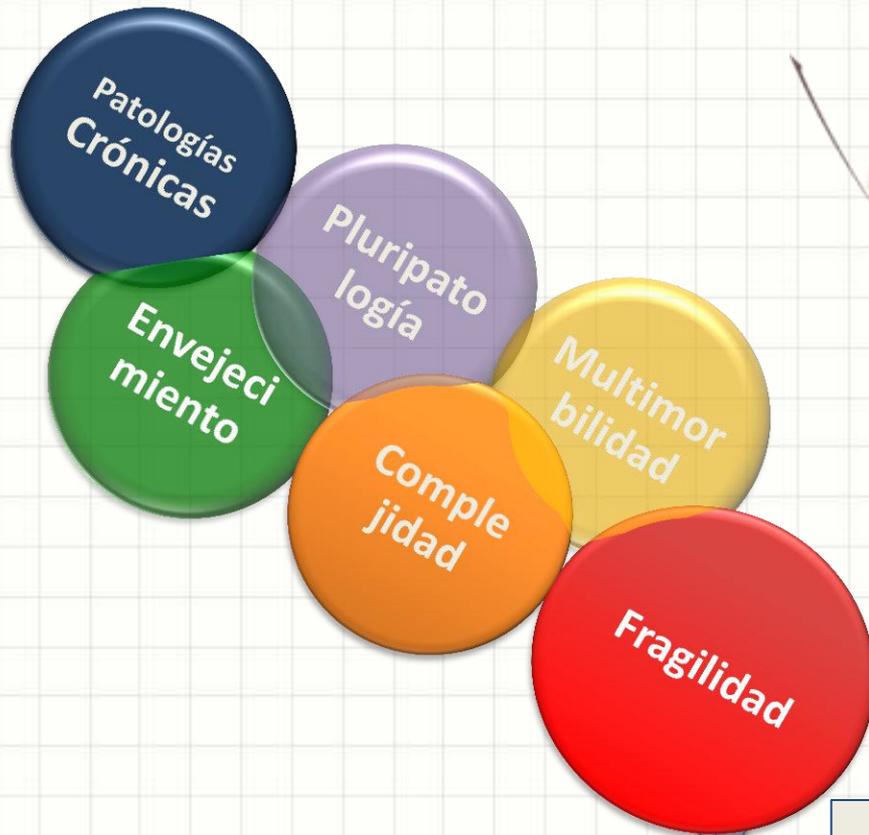


ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRADA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

PACIENTE INSTITUCIONALIZADO

Elia M^a Fernández Villalba
Servicio de Farmacia RPMD La Cañada

paciente



- Dificultad en la toma de decisiones
 - Descompensación múltiples sistemas
 - Presentación clínica imprecisa
 - Incertidumbre diagnóstica
- Difícilmente protocolizable
- Enfoque unidimensional => No beneficia al paciente ni al sistema sanitario
 - Sobreexposición a exploraciones, controles
 - Polifarmacia inadecuada

equipo interdisciplinar

- ✓ VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL
- ✓ ABORDAJE INTERDISCIPLINAR
- ✓ ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL



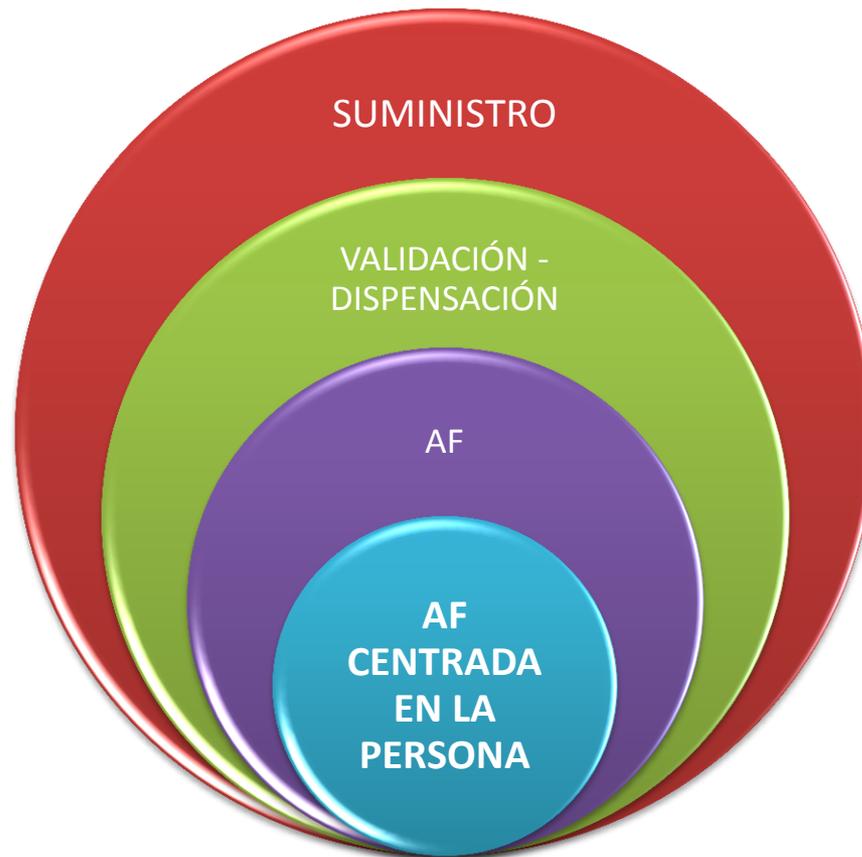


atención
farmacéutica
integrada



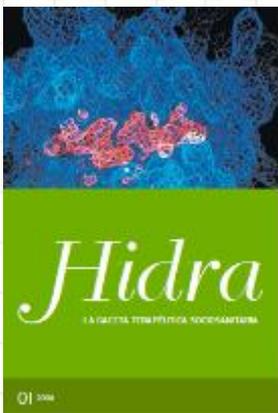
y centrada
en la
persona

¿qué supone?



PRIMEROS PASOS

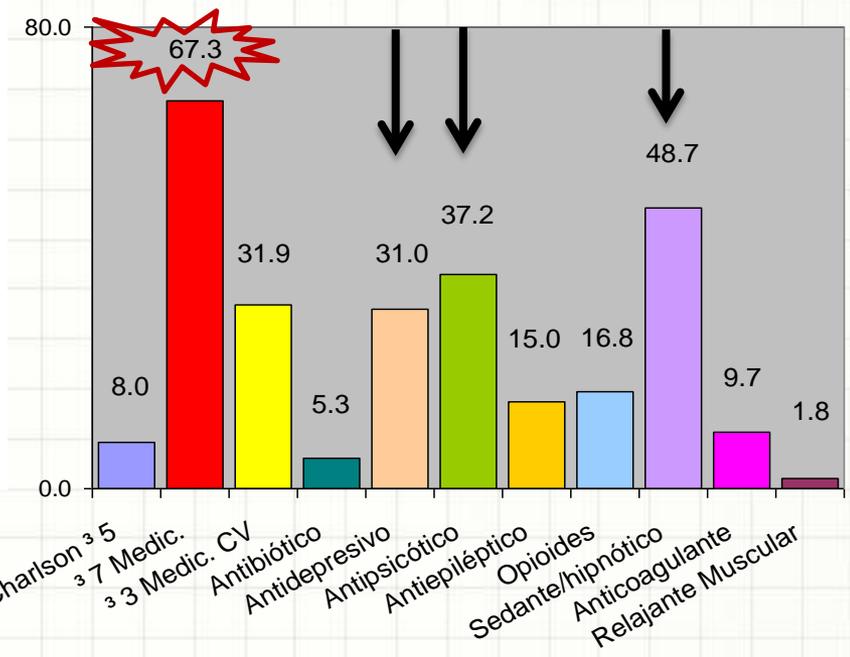
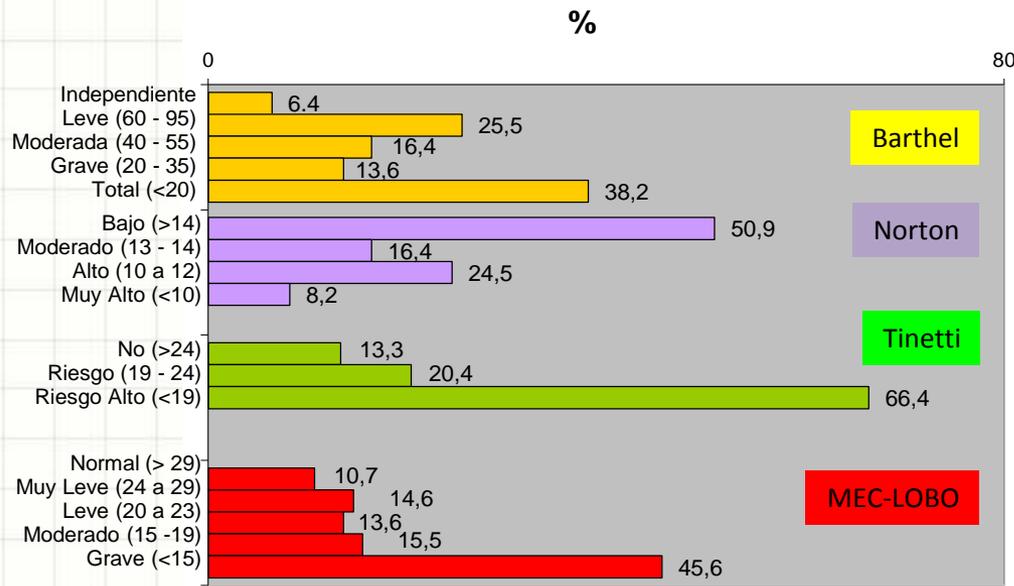




ORDEN INTERÉS							
ÁREA	Global	M	ENF	PSIC	FARM	FISIOT	Otros
Demencia	1	1	5	2	5	4	1
Dolor	2	2	3	3	3	2	4
Cuidados paliativos	3	3	4	4	9	3	5
Depresión	4	6	8	1	4	1	2
Nutrición	5	5	2	6	6	8	3
Medicamentos	6	7	6	5	2	7	6
Úlceras	7	9	1	7	8	5	9
Terapia antiinfecciosa	8	4	10	9	7	10	7
Patología cardiovascular	9	8	9	10	1	9	10
Material sanitario	10	10	7	8	10	6	8

Áreas de interés, de mayor a menor (1 a 10). M: médicos; ENF: enfermería; PSIC: psicólogos; FARMA: farmacéuticos; FISIOT: Fisioterapeutas.

¡QUÉ LEJOS
ESTÁBAMOS!



Edad media: 82,0 años (DE= 9,3); 73% mujeres
 68,2% Dependencia moderada-total ABVD
 49,1% Riesgo moderado-alto UPP
 86,7% Riesgo caídas
 74,8% Deterioro Cognitivo

94,7% tiene algún factor de riesgo de EAM¹
 30,1% Riesgo alto de EAM¹

- **PACIENTE INSTITUCIONALIZADO NO ES UN PACIENTE AMBULATORIO Y TAMPOCO HOSPITALARIO**
 - › Ingresa en el centro para recibir atención sanitaria y social
 - › Dispone de un equipo interdisciplinar que lo cuida
 - › Cuando su estado de salud empeora se dificulta/pierde la conexión con especializada
 - › La transición asistencial sólo se produce en una dirección: hacia el hospital
 - › No gestiona su tratamiento
 - › Estancia prolongada (> 10 años)

- **EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS LA CULTURA SANITARIA ES MENOS INTENSA QUE EN EL HOSPITAL**
 - › Prevalece el carácter social en los procesos de utilización de medicamentos
 - › El personal directivo no es sanitario. Es necesaria una sensibilidad mayor a la atención sanitaria
 - › Estructura sanitaria paralela a la del sistema de salud

- **LA FARMACIA ESPECIALIZADA ESTÁ EMPEZANDO A DESARROLLARSE EN ESTE ÁMBITO.**
 - › La farmacia hospitalaria ha desplegado sus herramientas en este ámbito asistencial: la creación de CFyT, instauración de GFT, procesos de suministro, validación - dispensación en dosis unitaria, etc....
 - › Sin embargo, aún estamos en unos primeros pasos respecto a una AF integrada en el equipo interdisciplinar y orientada hacia la persona.



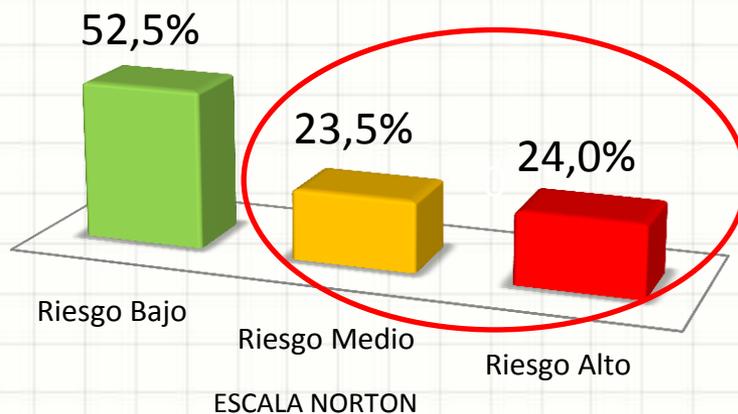


- CFyT => GFT
- Selección NE
- **Gestión multidisciplinaria de Productos Sanitarios**

UPP=> 66% coste total en PS

↓ 36,4%
coste

25,6% UPP son de origen externo (Hosp, domic...)



- 24 CENTROS SS.**
- RPMD Ademuz
 - RPMD Alc. Crespins
 - RCD L' Alcudia
 - RPMD Aldaia
 - RPMD Benaguacil
 - RPMD Buñol
 - RPMD Chelva
 - RPMD Chiva
 - RPMD Gandia
 - RPMD LA CAÑADA**
 - RPMD Manises
 - RPMD Masamagrell
 - RPMD Moncada
 - RPMD Palacio Raga
 - RPMD Pto.Sagunto
 - RPMD Puzol
 - RPMD Silla
 - RPMD Torrente
 - RPMD Tuéjar
 - RPMD Velluters
 - CDP Nuestros Hijos
 - CEEM Bétera (2)
 - Hosp Psiquiátrico

1662 pacientes F, NE
1912 pacientes PS

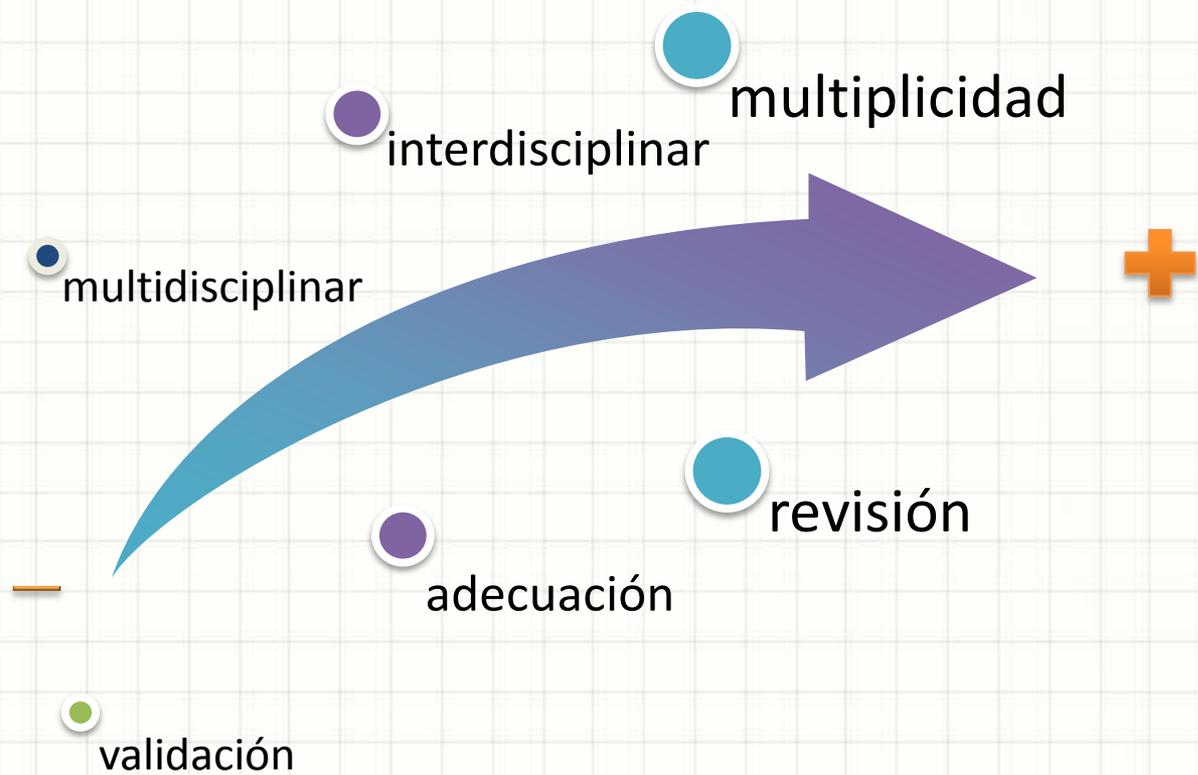
- 6 Farmacéuticos
- 1 Lda. CTec Alimentos*
- 1 DUE
- 7 Aux. Enf./Téc. Fcia.
- 1 Aux. Almacén
- 1 Administrativo

5k

Validación - Dispensación



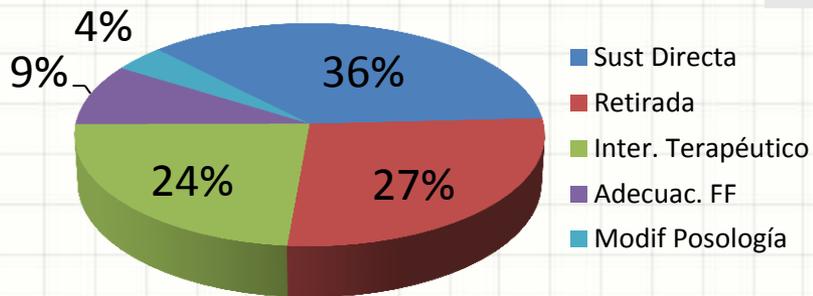
- **NECESIDAD DE UNA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA FLEXIBLE, DIVERSA, INTEGRAL, COORDINADA, CONTINUADA**
 - › Disponibilidad de FF, dosificaciones, medicamentos no guía, etc...
 - › Debe cubrir todas las necesidades del paciente
 - › Evitar la fragmentación/interrupción de los cuidados





• CFyT => GFT

↓ 1F/paciente
↓ 10% PoliF



6 % PACIENTES CON DISFAGIA

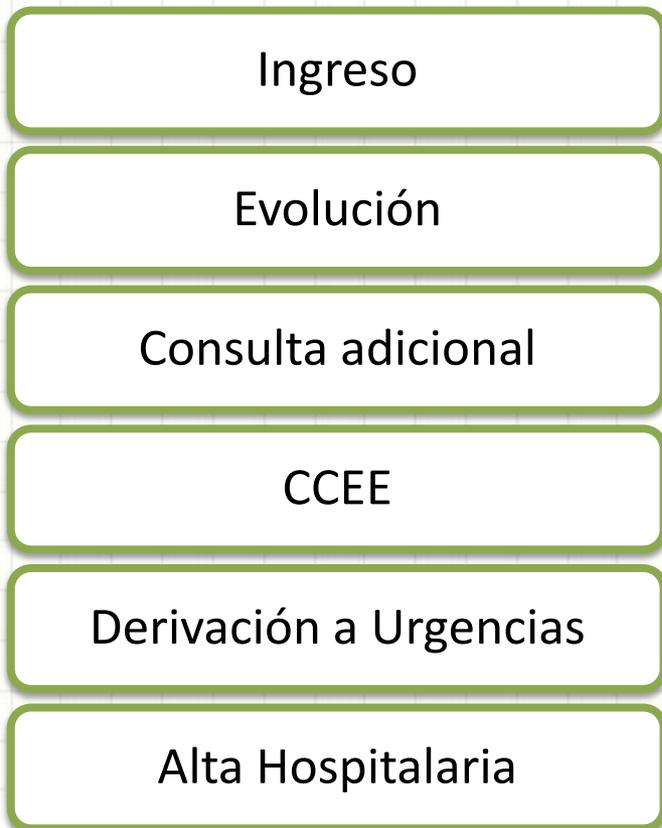


24 CENTROS SS.

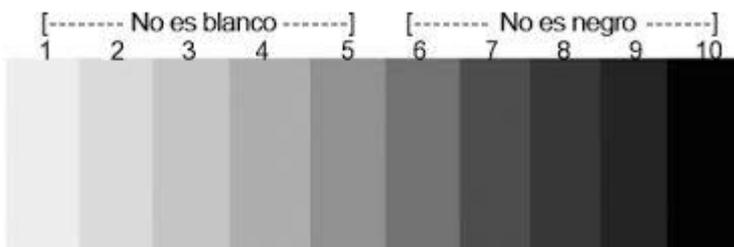
- RPMD Ademuz
- RPMD Alc. Crespins
- RCD L' Alcudia
- RPMD Aldaia
- RPMD Benaguacil
- RPMD Buñol
- RPMD Chelva
- RPMD Chiva
- RPMD Gandia
- RPMD LA CAÑADA**
- RPMD Manises
- RPMD Masamagrell
- RPMD Moncada
- RPMD Palacio Raga
- RPMD Pto.Sagunto
- RPMD Puzol
- RPMD Silla
- RPMD Torrente
- RPMD Tuéjar
- RPMD Velluters
- CDP Nuestros Hijos
- CEEM Bétera (2)
- Hosp Psiquiátrico

1662 pacientes F, NE
1912 pacientes PS

6 Farmacéuticos
1 Lda. CTec Alimentos*
1 DUE
7 Aux. Enf./Téc. Fcia.
1 Aux. Almacén
1 Administrativo



«Ventana adaptación»
 Factor «familia»
 Factor «prescripción por especialista»



23/02/1936
23/03/2004

HTA DM PARKINSON. DEMENCIA. TRASTORNO BIPOLAR.

1/2 COMP NOREBOX 4 MG (MNIGFT)	1000	O	31/05/2013 16:00:00	
→ ESCITALOPRAM 20MG 28COMP SANDOZ	1000	O	27/05/2013 10:00:00	
GLUCOBAY 50 MG 100 COMP	1110	O	13/02/2008 14:00:00	
→ MEDICACION ESPECIAL	DOMICILIO	#INDEFINID	07/06/2012 17:00:00	REXER 30 MG 0-0-2
METFORMINA 850 MG 500 COMP KERN F	1010	O	29/03/2012 08:00:00	
MINODIAB 5 MG 100 COMP.	1000	O	17/08/2011 09:00:00	
NOREBOX 4 MG 60 COMP (MNIGFT)	1100	O	18/04/2011 14:00:00	
NORFLOXACINO NORMON 400 MG 500 C	1010	O	11/11/2015 12:00:00	16/11/2015 23:00:00
RIVOTRIL 0,5 MG 60 COMP	1010	O	28/10/2015 15:00:00	
SIMVASTATINA NORMON 40MG 500COMF	0010	O	27/05/2011 09:00:00	
SINEMET PLUS RETARD 25/100 MG 100 C				

23/01/1943
22/09/2015

ALZHEI ARTRO ACXFA,SDME OLGIVIE

ADIRO 100 MG 500 COMP.GASTRORRES	0100	O	06/10/2015 11:00:00	
BISOPROLOL COR 2.5MG SANDOZ C/28	1000	O	22/09/2015 14:00:00	
DISTRANEURINE 30 CAPS. 192 MG	SIPRECISA	O	29/09/2015 13:00:00	0-0-1
DOLOCATIL 1G POLVO SOL ORAL SOBRI	1110	O	20/10/2015 09:00:00	
DUPHALAC SOL 15ML 50 STICKS	1010	O	06/10/2015 11:00:00	
→ MEDICACION ESPECIAL	DOMICILIO	#INDEFINID	23/09/2015 14:00:00	CISPREEN
MOTILIAM 10 MG 30 COMP	1010	O	14/10/2015 14:00:00	30 MIN ANTES COM
OMEPRAZOL 20 MG 500 CAPS	1000	O	22/09/2015 14:00:00	
POTASION 600 MG 60 CAPS.	1000/72H	O	06/10/2015 12:00:00	
ZINNAT 250MG 500 COMP	1010	O	09/11/2015 12:00:00	12/11/2015 23:00:00

Factor Familia

- UTB (flebotónicos)
- Productos parafarmacia
 - Para la visión (vitaminas, citicolina....)
 - Para ITU (extracto concentrado de arándano rojo)
- Solicitud citas
- Presión denuncia

10k

Líneas de trabajo de AF en
pacientes seleccionados

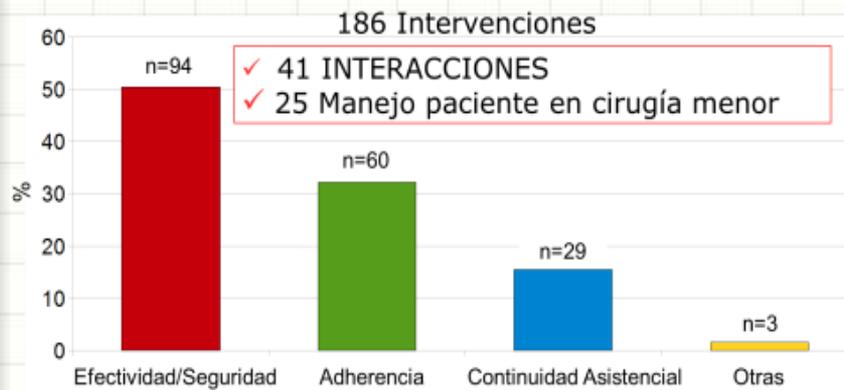


- **NECESIDAD AF INTEGRADA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR**



Telemonitorización de pacientes mayores en tto ACO-antiVitK

- 1
 - **Paciente**
 - Médico, Enf, **Fco**, Hematólogo
- 2
 - Entrevista
 - Valoración e interpretación
- 3
 - Comunicación on-line + telefónica
- 4
 - Evaluación (efectividad, seguridad, intervenciones, calidad)



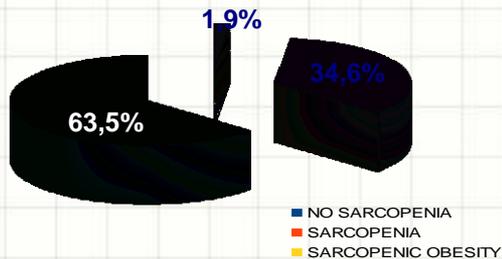
Datos de 49 pacientes de 8 CSS (84 años; 57,1% mujeres); 79,6% FA). t= 23 (2 – 105) meses seguimiento.

EFFECTIVO: 0 eventos trombóticos
 SEGURO: 34 eventos hemorrágicos leves en 20 pacientes
 ELEVADA CALIDAD:
 %TRT=82,2 (DE: 14,0)
 %CRT=75,0 (DE: 17,2)
 85,7% pacientes con %TRT > 70%

Programa de Valoración Nutricional



- Repercusión del estado nutricional : estado funcional, UPP, Fragilidad, Sarcopenia...
- Riesgo malnutrición
- **Uso racional NE**
 - CRIBAJE NUTRICIONAL
 - VALORACIÓN NUTRICIONAL COMPLETA



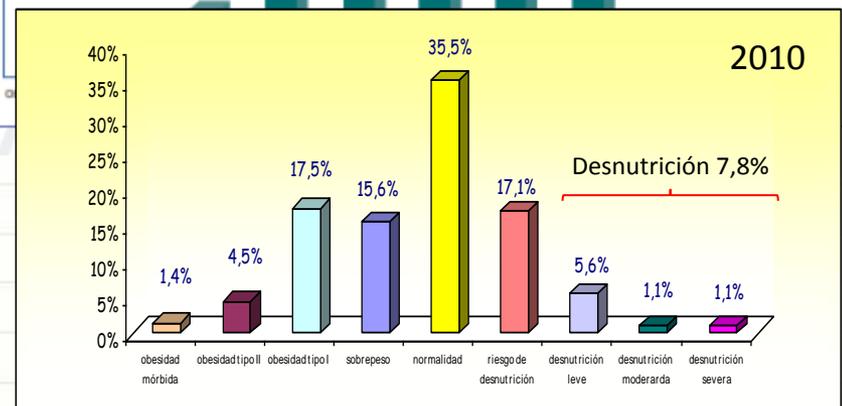
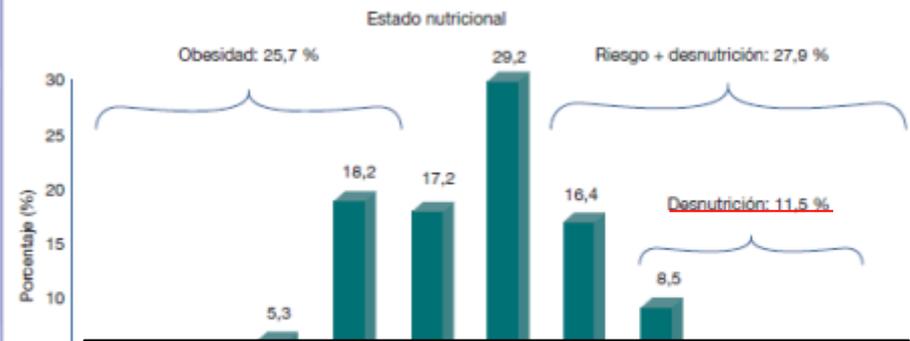
Requiere el compromiso de todos los profesionales (médico, enfermería, psicólogo, personal auxiliar, cocina, dirección centro, etc....)

**INTERDISCIPLINAR
INTEGRAL**



1. OBJETIVO	11
2. VALORACIÓN AL INGRESO	15
3. CRIBAJE NUTRICIONAL	19
4. VALORACIÓN NUTRICIONAL COMPLETA	33
5. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO EN:	57
5.1. Obesidad	59
5.2. Riesgo de desnutrición	61
5.3. Desnutrición	65
5.4. Situaciones especiales	73
6. NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda	87
7. DIETAS DISPONIBLES (ADJUNTO FINAL GUÍA)	
8. BIBLIOGRAFÍA	99

Fig. 1. Estado nutricional de los pacientes estudiados 2008



MEDIO MARATÓN



AF integrada en la Valoración
Geriátrica Integral

QUÉ PODEMOS APORTAR
QUÉ TENEMOS QUE APORTAR
CÓMO DEBEMOS HACERLO
CENTRADO EN LA PERSONA



¿Qué podemos aportar a la VGI?



- REVISIÓN TRATAMIENTO
- OPTIMIZAR EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD
- VALORACIÓN NUTRICIONAL
- ABORDAJE SÍNDROMES GERIÁTRICOS
- OPTIMIZAR LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS
- CONTINUIDAD DE CUIDADOS





Revisión de tratamiento en VGI



400 VGI de 116 pacientes (2 años)
83,5 años (md); 33,6% Barthel < 20 y 40,5% MEC < 14



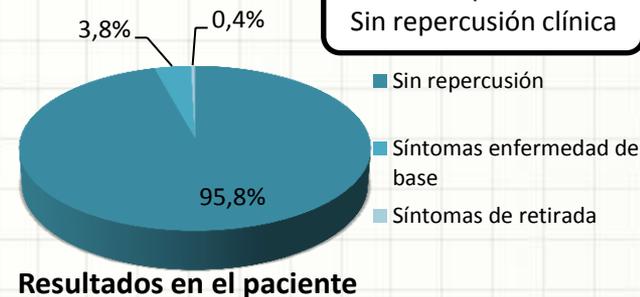
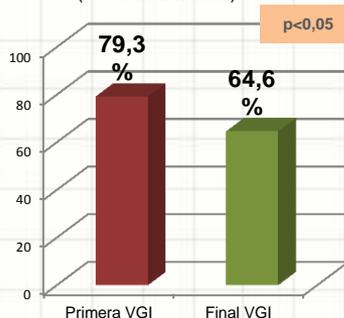
Desprescripción en 83% pacientes

Indicación 63,4%
Seguridad 33,2%
Efectividad 3,1%
Adherencia 0,4%

Motivo retirada

- Hipnóticos-ansiolíticos 18,7%
- Antipsicóticos 10,3%
- Antiulcerosos y antidepresivos 9,2%

Pacientes polimedicados (≥5 medicamentos)



↓ 2 F/paciente
Sin repercusión clínica

Valoración aplicabilidad criterios STOPP/SATART
41 pacientes => 83,0 años, 7F/paciente

56,1% presenta al menos 1 criterio STOPP

36,8% presenta al menos 1 criterio START => EN NINGUNO SE INICIA TRATAMIENTO



Adecuación del tratamiento antipsicótico en personas mayores institucionalizadas

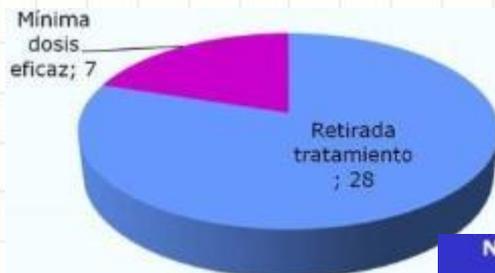
Programa de *desprescripción*, integrado en la revisión del tratamiento (VGI), dirigido a un grupo concreto de medicamentos: antipsicóticos

METODOLOGÍA

- Pacientes: Demencia y trastornos conductuales
- CSS: 120 camas
- VGI
- Protocolo de utilización de antipsicóticos
 - Criterios de prescripción
 - **Criterios de desprescripción** (suspensión, ↓D)
 - Sin modificación del tratamiento > 1 año
 - Estables tras 6 meses de tratamiento
 - Presencia de efectos adversos
 - Tratamiento con un antipsicótico típico
 - Más de un antipsicótico
 - Retirada del antipsicótico de forma gradual

Nº total pacientes	Edad (años) Media ± DE Rango	Hombres/mujeres	Minimental Media ±DE	Índice de Barthel
35	82,31 ±5,81 (69-92)	14/21	9,74±10,21 (0-35)	33,29±28,62 (0-95)

MOTIVO VALORACION	Nº PACIENTES
Pacientes sin modificación dosis > 1 año	16
Pacientes estables tras 6 meses tto	7
Aparición de efectos adversos graves	6
Pacientes con neuroléptico típico	4
Pacientes en tto. con más de 1 neuroléptico	2



En 2 pacientes fue necesario reiniciar tratamiento antipsicótico

NPI PREVIO Media ±DE	NPI POSTERIOR Media ±DE	Grado significación (t -datos apareados)
12,91±12,80	13,76 ±16,68	P=0,1245

MARATÓN



AF Centrada en la
persona

- NECESIDAD DE ESTABLECER UNA **PRIORIZACIÓN** EN LAS INTERVENCIONES ACORDE A LAS PRIORIDADES DE LA PERSONA Y DE LA PRIORIZACIÓN EN SUS PROBLEMAS DE SALUD
- NECESIDAD DE **CARACTERIZAR MEJOR AL PACIENTE** EN SITUACIÓN DE ESCASA EVIDENCIA Y GRAN INCERTIDUMBRE.
- LA ATENCIÓN A ESTOS PACIENTES **NO PUEDE ESTAR FRAGMENTADA** NI EN LO QUE SE REFIERE A INFORMACIÓN NI EN LO QUE SE REFIERE A CUIDADOS.

31/01/1926
26/05/2015

89 años

Dependencia total
ABVD
Deterioro cognitivo
grave
Encamado (movilidad
limitada)

CI	HTA	DEMEN. VASCULAR, DMNID, HBP, DISLIPEMIA,			
2482	1/2 TRAZODONA 100MG NORMON	0010	○	04/08/2015 13:00:00	
941401	ACFOL 5 MG 84 COMP.	0100	○	13/07/2015 11:00:00	09/07/2016 23:00:00
605990	ADIRO 100 MG 500 COMP.GASTRORES	0100	○	26/05/2015 14:00:00	
659698	BOREA 160 MG. 30 COMP	1000	○	04/08/2015 13:00:00	
503391	ESPESANTE THICK AND EASY NEUTRO.	RECLAMAR	○	13/07/2015 11:00:00	
681755	GALANTAMINA 24MG 28CAPS SANDOZ	1000	○	26/05/2015 14:00:00	
665190	HIDROXIL B12 B6 B1 30 COMP RECUB(M	1000	○	13/07/2015 11:00:00	09/07/2016 23:00:00
600319	METFORMINA 850 MG 500 COMP KERN F	1010	○	04/08/2015 13:00:00	
99994	OMEPRAZOL 20 MG 1000 CAPS	1000	○	26/05/2015 14:00:00	
672908	TARDYFERON 80 MG 30 COMP	1000	○	26/05/2015 14:00:00	26/10/2015 23:00:00
606412	TRAZODONA 100MG NORMON C/500	0010	○	26/05/2015 14:00:00	
608414	ZOLPIDEM NORMON 10 MG 500 COMP	S/PRECISA	○	04/08/2015 13:00:00	

- 27/07/2015 => Derivado a hospital
 - ITU
 - UPP sacro grado IV infectada
 - Ertapenem IV
- 04/08/2015 => **regresa del hospital**
 - UPP en talón derecho y dorso del pie
 - Colonización axilorectal por A. baumannii y Ps Aeruginosa MR
 - Colonización faríngea por A. baumannii MR
 - Preventiva => medidas de aislamiento contacto y desinfección local con clorhexidina
 - UHD mantiene seguimiento hemograma (se descarta transfusión)
 - Tratamiento:
 - Añadir Mirtazapina para estimular apetito
 - Añadir Medroxiprogesterona 160mg/24h
- UHD da el alta de seguimiento 21/09/2015
 - Demencia vascular. Síndrome febril persistente
 - Colonización faríngea y axilar por A. baumannii MR

EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO

- Nuevas UPP
- Colonizado por MR
- Pérdida de 5 kg de peso
- Tratamiento:
 - No se inicia Mirtazapina
 - Se inicia protocolo utilización de medroxiprogesterona en situación especial y VNC
 - VNC => IMC riesgo desnutrición. Control ingesta 60% ; se inicia suplementación nutricional y seguimiento.
- Indicaciones de medidas de aislamiento poco específicas
 - Genera alarma en el centro.
 - Nueva situación => necesidad de protocolos
 - Nula coordinación entre los servicios implicados que finalmente remiten a Salud Pública (¿?)
 - Se instauran medidas acorde a lo indicado en la Guía actuación ante microorganismos multirresistentes en el ámbito sociosanitario (País Vasco)

						11/01/1938	77 años
						14/04/2008	F. ingreso
HTA	DISLIP	INSF.CIRC.PERIF.	OSTEOARTROSIS-OSTEOPOROSIS.	SDME	ANSI-DEPRE		
383	1/2 COMP QUETIAPINA 25 MG	1000	O	14/07/2015	14:00:00		
1007	1/4 COMP DEPRAX 100 MG	0010	O	12/12/2014	13:00:00		
659181	AC.ALENDRONICO SEMANAL 70 MG KER	1000/J	O				
503391	ESPESANTE THICK AND EASY NEUTRO:	RECLAMAR	O	06/07/2015	13:00:00	Trast psicótico	
600652	LOSARTAN NORMON 50 MG 500 COMP	2000	O	06/07/2015	13:00:00	Demencia senil	
664683	MASTICAL D UNIDIA 1000MG/800UI 30 C I	0010	O	05/09/2014	13:00:00	Dx vertebral	
607135	OMEPRAZOL 20MG CAPS NORMON	1000	O	06/07/2015	13:00:00	antigua (detectada en mayo 2015)	
743377	POTASION 600 MG 60 CAPS.	1000	O	06/07/2015	13:00:00		
603234	QUETIAPINA 25 MG NORMON 250 COMP	0010	O	06/07/2015	13:00:00		
636506	SIMVASTATINA NORMON 10MG 500COMF	0010	O	27/05/2011	09:00:00		
672908	TARDYFERON 80 MG 30 COMP	1000	O	02/06/2015	08:00:00	29/10/2015	23:00:00
603029	ZALDIAR 37,5/325 MG 100 COMP RECUB	1110	O	19/05/2015	12:00:00		

- Bifosfonato, Quetiapina retirados
- Suplementación nutricional

VGI (11/12/2014) Barthel: 95; Tinetti: 28/28; Norton 20; MEC: 17/35 (DC moderado)

22/05/2015 – 29/05/2015 => Alta Hospitalaria:

- **Fractura patológica diafisiaria fémur izquierdo por BIFOSFONATOS**
- Tratamiento => Enoxaparina 40 mg/24h 4 semanas; Nolotil c/8h

11/06/2015 – 26/06/2015 => Alta Hospitalaria

- Infección herida quirúrgica
- Deterioro cognitivo y descompensación psicomotriz (IC a Psiquiatría y MIN para ajuste tratamiento)
- Tratamiento => Enoxaparina 40 mg/24h 4 semanas; Amoxi/Clav 875mg/12h x 10 días. Paracetamol 1g/12h si precisa.

30/06/2015 – 02/07/2015 => Alta Hospitalaria

- Neumonía nosocomial. Retención aguda orina. Demencia senil. Muguete oral. Síndrome confusional. HTA
- Tratamiento: **Dieta triturada.** Losartan 100 mg/12h. **Omeprazol** 20 mg/24h. Quetiapina 25 mg/24h. Potasion 600 mg/24h. Pipe/Tazo IV/8h x10 días. Fluconazol 100mg oral. Bemiparina 3500/24h.

24/07/2015 => CCEE TRAUMATOLOGÍA => dan el alta.

¿RESTO DEL TTO?
«Problema social»

Pérdida de peso 10 kg en 3 meses

VGI (sep-15) => Barthel: 0; Tinetti: 7/28; Norton 20; MEC: 8/35 (DC grave)

Modelo de Prestación y Atención Farmacéutica en el paciente institucionalizado



