



ATENCIÓN FARMACÉUTICA ORIENTADA A LA SALUD INTEGRAL

JAVIER GONZÁLEZ BUENO, BCPS & PhD

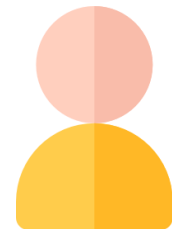
Servicio de Farmacia

Hospital Dos de Maig (Consorti Sanitari Integral), Barcelona

➤ ¿Es la fragilidad un aspecto relevante en la revisión de la medicación del paciente crónico?

➤ ¿Son los criterios explícitos (p.e.STOPP/START) la herramienta ideal para adecuar la prescripción del paciente crónico?

➤ ¿Es necesario reorientar la validación farmacéutica y el modo en que se incorporan los farmacéuticos de hospital a los equipos multidisciplinares de atención al paciente crónico?



MODELOS DE REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN

Simple



Medication-specific

- Detailed guidance on deprescribing an individual medication
- Assessing whether a specific medication can be deprescribed
- How to deprescribe individual medication (e.g. tapering, discussing, monitoring)

Intermediate



Entire medication list

- Assessing patient clinical status
- Considerations for assessing whether a medication can be deprescribed
- List of medications to consider deprescribing
- Prioritizing drugs for deprescribing
- Monitoring

Advanced



Model or framework

- Approach to decisions (i.e. "way of thinking")
- Consider goals of care, time to benefit, life expectancy, clinical status and whether treatment aligns with goals

MODELO DE PRESCRIPCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA (PCP)



DESARROLLO TERRITORIAL DEL MODELO PCP

El modelo PCP ha demostrado mejorar la adherencia y la adecuación de la prescripción en los diferentes niveles asistenciales

Atención intermedia



Improving medication adherence and effective prescribing through a patient-centered prescription model in patients with multimorbidity

J. González-Bueno^{1,2} · D. Sevilla-Sánchez^{2,3} · E. Puigoriol-Juventeny^{4,5} · N. Molist-Brunet^{2,6} · C. Codina-Jané^{1,2} · J. Espauella-Panicot^{2,6}

doi.org/10.1007/s00228-021-03207-9

Hospital de agudos



Optimizing drug therapy in frail patients with type 2 diabetes mellitus

N. Molist-Brunet^{1,2} · D. Sevilla-Sánchez^{2,3} · E. Puigoriol-Juventeny^{2,3} · J. González-Bueno^{2,3} · N. Solà-Bonada³ · M. Cruz-Grullón¹ · J. Espauella-Panicot^{1,2}

doi.org/10.1007/s40520-019-01342-z

Sociosanitarios



Therapeutic optimization through goal-oriented prescription in nursing homes

N. Molist-Brunet^{1,2} · D. Sevilla-Sánchez^{2,3} · J. González-Bueno^{2,3} · V. García-Sánchez⁴ · L. A. Segura-Martín⁵ · C. Codina-Jané^{2,3} · J. Espauella-Panicot^{1,2,6}

doi.org/10.1007/s11096-020-01206-x

Atención primaria

Improving individualized prescription in patients with multimorbidity through medication review

Núria Molist-Brunet^{1,2*} · Daniel Sevilla-Sánchez^{2,3} · Emma Puigoriol-Juventeny^{4,5,1,2} · Matilde Barneto-Soto^{1,2} · Javier González-Bueno^{2,6} · Joan Espauella-Panicot^{1,2}

doi.org/10.1186/s12877-022-03107-2



IMPULSO INSTITUCIONAL DEL MODELO PCP

Scientia. Dipòsit d'Informació Digital del Departament de Salut

Inicio

Sobre Scientia

Preguntas más frecuentes

Contáctenos

🏠 Inicio / Departament de Salut - DS / Planificació en Salut - PS / PS - Documents de recomanacions i protocols /

Model de prescripció centrada en la persona (PCP)

Per a persones fràgils, amb multimorbiditat, cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)



Índex

Resum Visual	6
1. Introducció	7
1.1 Bases conceptuals.....	7
1.2 Eines per a l'adequació de la prescripció.....	9
2. Model de Prescripció Centrada en la Persona (PCP)	11
2.1 Necessitat d'una prescripció centrada en la persona.....	11
2.2 Etapes del model de prescripció centrada en la persona.....	14
2.2.1 Valoració centrada en la persona	14
2.2.2 Valoració centrada en la persona	15
2.2.3 Valoració centrada en el fàrmac	15
2.2.4 Proposta d'un pla farmacològic individualitzat.....	16
2.3 Criteris utilitzats per considerar un prescripció inadequada. Situacions específiques.....	16
2.3.1 En persones en situació de final de vida.....	16
2.3.2 Diabetis mellitus tipus 2 (DM2)	17
2.3.3 Hipertensió arterial (HTA)	19
2.3.4 Dielipèmia	20
2.3.5 Insuficiència cardíaca	20
2.3.6 Demència.....	21
2.3.7 Dolor	22
2.3.8 Osteoporosi	23
2.3.9 Incontinència urinària.....	23
2.4 Experiència d'utilització del Model PCP i elements per a la seva escalabilitat.....	24
3. Exemples	25
3.1 Cas 1.....	25
3.2 Cas 2	33
4. Bibliografia	39

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS



HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

CITACIÓ TELEFÒNICA: 93 556 5775 CONTACTO CA

HOSPITAL ASISTENCIA DOCENCIA INVESTIGACIÓ INFORMACIÓ AL CIUDADANO

Hospital > Comunicaci3n y gesti3n de espacios > Actualidad > Sant Pau i el Consorci Sanitari Integral inauguren la Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA) de l'Eixample Dreta

ACTUALIDAD

27/07/2022

Sant Pau i el Consorci Sanitari Integral inauguren la Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA) de l'Eixample Dreta



Consorci Sanitari Integral

Nosotros Ciudadanía Búsqueda Docencia Innovaci3n

Inicio / Noticias / El Hospital Dos de Maig y el Hospital de Sant Pau inauguran la Unidad Geriàtrica de Agudos del Eixample Dretaire

El Hospital Dos de Maig y el Hospital de Sant Pau inauguran la Unidad Geriàtrica de Agudos del Eixample Dretaire

Hospital Dos de Maig
Jueves 29 Julio 2022



Plan funcional



UGA territorial H. Sant Pau / H. Dos de Maig

PROGRAMA D'ATENCIÓ INTEGRAL DEL PACIENT FRÀGIL COMPLEX A L' AIS-DRETA

ÀREA DE MEDICINA GERIÀTRICA

Farmacía

"El farmacéutico valida diariamente la medicaci3n de los pacientes ingresados en la UGA, ademàs de realizar la conciliaci3n al ingreso y al alta del plan terapéutico. Éste es adaptado a las necesidades y fragilidad de los pacientes e incluido en el informe médico de alta."

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

Programa interdisciplinar de adecuación de la prescripción
en pacientes frágiles con multimorbilidad ingresados en la UGA Territorial Eixample Dreta

OBJETIVOS

01

- Diseñar e implementar en la UGA territorial una **estrategia de adecuación de la prescripción y mejora de la adherencia**

02

- Desarrollar en la UGA Territorial una línea estructural de **investigación y docencia**

03

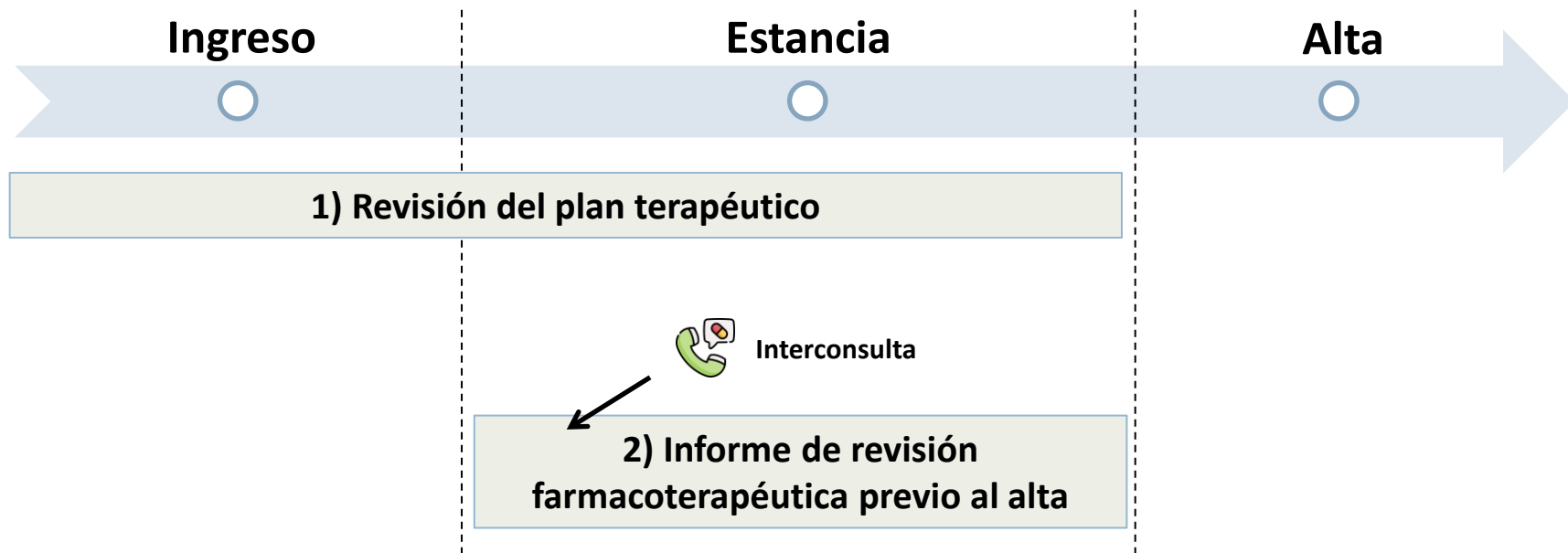
- Establecer **alianzas estratégicas** con otros centros para el desarrollo de proyectos asistenciales, docentes y de investigación

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

OBJETIVO

01

Diseñar e implementar en la UGA territorial Eixample Dreta una estrategia de adecuación de la prescripción y mejora de la adherencia



ELEMENTOS CLAVE (I). REUNIONES INTERDISCIPLINARES



Ingreso



Estancia



Alta



1) Revisión del plan terapéutico

Reunión interdisciplinar

Medicina/Enfermería/Trabajo social/
Rehabilitación/ Nutrición/Farmacia



Reunión farmacia/medicina



ELEMENTOS CLAVE (II). INFORME DE REVISIÓN



Ingreso



Estancia

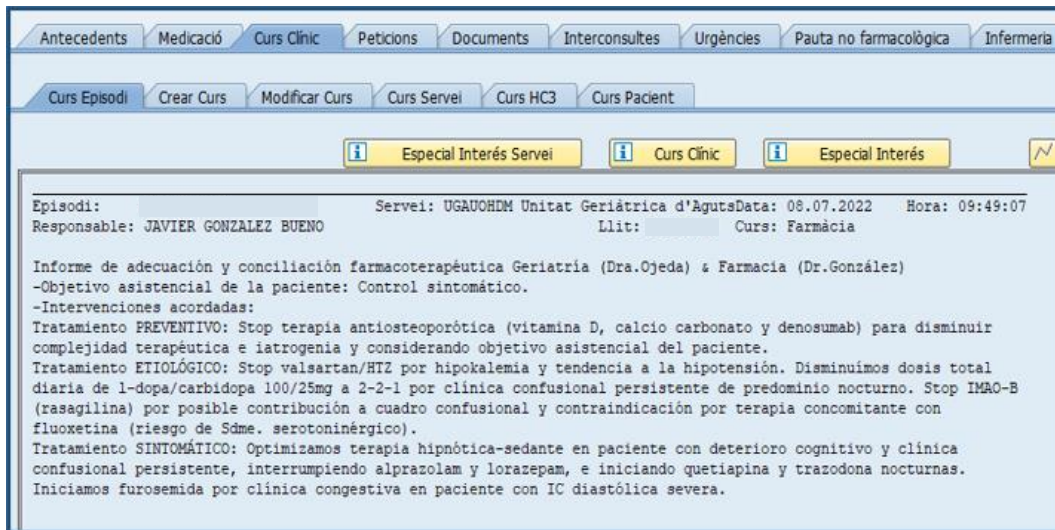


Alta



Informe de revisión previo al alta

Las modificaciones de la farmacoterapia se resumen en un informe de revisión que se incluye en el curso clínico



Antecedents Medicació **Curs Clínic** Peticions Documents Interconsultes Urgències Pauta no farmacològica Infermeria

Curs Episodi Crear Curs Modificar Curs Curs Servei Curs HC3 Curs Pacient

Especial Interés Servei Curs Clínic Especial Interés

Episodi: Servei: UGAUOHDM Unitat Geriàtrica d'AgutsData: 08.07.2022 Hora: 09:49:07
Responsable: JAVIER GONZALEZ BUENO Llit: Curs: Farmàcia

Informe de adecuación y conciliación farmacoterapéutica Geriatria (Dra.Ojeda) & Farmacia (Dr.González)
-Objetivo asistencial de la paciente: Control sintomático.
-Intervenciones acordadas:
Tratamiento PREVENTIVO: Stop terapia antiosteoporótica (vitamina D, calcio carbonato y denosumab) para disminuir complejidad terapéutica e iatrogenia y considerando objetivo asistencial del paciente.
Tratamiento ETIOLÓGICO: Stop valsartan/HIZ por hipokalemia y tendencia a la hipotensión. Disminuimos dosis total diaria de l-dopa/carbidopa 100/25mg a 2-2-1 por clínica confusional persistente de predominio nocturno. Stop IMAO-B (rasagilina) por posible contribución a cuadro confusional y contraindicación por terapia concomitante con fluoxetina (riesgo de Sdme. serotoninérgico).
Tratamiento SINTOMÁTICO: Optimizamos terapia hipnótica-sedante en paciente con deterioro cognitivo y clínica confusional persistente, interrumpiendo alprazolam y lorazepam, e iniciando quetiapina y trazodona nocturnas. Iniciamos furosemida por clínica congestiva en paciente con IC diastólica severa.

ELEMENTOS CLAVE (III). INTERCONSULTA



Ingreso

Estancia

Alta

Informe de revisión previo al alta

El informe de revisión farmacoterapéutica elaborado por el farmacéutico de referencia se hace previa interconsulta

Interfaz de interconsultas solicitadas a Farmacia

Interconsultes pendents servei FARUOHDM											
Centre	Lit	UO Peticionaria	Interconsultor/a	Motu	Avís actu	Data creació	Hora creació	Status	Responsable	Alta planificada	UP àrea
HDM	302-BHDM	UGAUOHDM				27.03.2023	11:22:22	●●○		29.03.2023	
	308-AHDM	UGAUOHDM					14:29:10	●●○		28.03.2023	
	308-BHDM	UGAUOHDM				26.03.2023	08:27:33	●●○			
	309-AHDM	UGAUOHDM				27.03.2023	12:48:23	●●○		29.03.2023	
	310-BHDM	UGAUOHDM				23.03.2023	17:56:36	○○○	GONZALEZ BUENO, JAVIER	27.03.2023	
	311-AHDM	UGAUOHDM				22.03.2023	09:03:19	○○○	GONZALEZ BUENO, JAVIER	28.03.2023	
	312-AHDM	UGAUOHDM				24.03.2023	10:27:38	○○○	GONZALEZ BUENO, JAVIER	27.03.2023	
	314-AHDM	UGAUOHDM				27.03.2023	11:57:43	●●○		28.03.2023	
	317-AHDM	UGAUOHDM					12:49:59	●●○		29.03.2023	
	317-BHDM	UGAUOHDM					13:35:22	●●○		28.03.2023	

Número de interconsultas solicitadas a Farmacia período enero-junio 2023

INDICADORES	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun
	Nº altas convencionales UGA	77	80	92	69	84
Edad media	87,1	86,4	86,8	86,5	87,0	85,5
Reingresos <30 días origen urg	2,6%	7,5%	2,2%	1,4%	4,8%	3,6%
Interconsultas						
Interconsultas solicitadas a FARMACIA	4	57	84	54	71	75
Interconsultas solicitadas a REHAB	38	44	54	40	47	42
Interconsultas solicitadas a TSO/UFISS	38	42	50	33	39	33
Estancia media	9,7	10,3	8,9	8,9	7,5	7,5

ELEMENTOS CLAVE (IV). INFORME MÉDICO AL ALTA



Ingreso

Estancia

Alta

Informe de revisión previo al alta

Incorporación del informe de revisión farmacoterapéutica en el informe al alta

Objetivos



→ Resumir y justificar las modificaciones realizadas después de la aplicación del Modelo PCP



→ Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales.

Informe de revisión farmacoterapéutica Geriátrica (Dra. Mascaró) & Farmacia (Dr. González):

-Identificación PCC/MACA: No identificada previamente. Proponemos PCC

-Objetivo asistencial de la paciente: Mantenimiento de funcionalidad.

-Intervenciones acordadas:

Tratamiento PREVENTIVO: Sustituimos clopidogrel 75mg q.d. por AAS 100mg q.d. para minimizar riesgo de sangrado y facilitar potencial manejo peri-operatorio en paciente caídas de repetición y antecedente de ECV y hematoma post- TCE. Disminuimos intensidad de terapia hipocolesterolemiante para limitar riesgo de miopatía considerando último perfil lipídico, manteniendo atorvastatina/ezetimiba en pauta 40/10mg q.d. (en lugar de 80/10mg q.d.).

Tratamiento ETIOLOGICO: Disminuimos intensidad de terapia anti-HTA considerando antecedente de caídas de repetición y con objetivo TA <140/90mmHg, interrumpiendo calcio-antagonista (amlodipino) y tiazida (HCT) y manteniendo enalapril en pauta 5mg b.i.d. Stop verapamil 80mg b.i.d. por bradicardia en paciente vulnerable y considerando potencial beneficio-riesgo desfavorable como terapia crónica en Sdme. WPW. A valorar ambulatoriamente valoración por Unidad de Aritmias HSP.

Tratamiento SINTOMÁTICO: Sustituimos DZP por LZP por mejor balance beneficio-riesgo del segundo en paciente geriátrico. Valorar ambulatoriamente posibilidad de desprescripción progresiva.

Tipus d'ingrés: Urgent
Motiu d'alta: Alta residència

UGA EIXAMPLE DRETA: RESULTADOS DE SALUD

Pacientes ≥ 80 años que requieren atención intermedia tras el alta desde un centro de agudos
(Junio 22/Mayo 23)

UGA interdisciplinar



- Valoración geriátrica integral
- **Modelo PCP**
- Abordaje individualizado de recursos sociales
- Toma de decisiones compartida

VS.

Hospitalización médica convencional



- Práctica asistencial habitual

n(283) 65.6% ♀ 88.7 \pm 4.8 años



n(180)

- 88.5 \pm 4.9 años
- Barthel: 45 (IQR:25-60)

$p > 0.05$



n(103)

- 89.1 \pm 4.6 años
- Barthel: 45 (IQR:20-55)

Duración estancia



9 días (IQR:6.1-13.3)

$p < 0.01$



13 días (IQR:7.8-20.2)

Tasa reingresos 30 días



5%

$p = 0.021$



12.6 %

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

ACCIONES FUTURAS

Ingreso

Estancia

Alta

Muestra



1) Valoración cualitativa de la adherencia

2) Revisión del plan terapéutico

3) Informe de revisión farmacoterapéutica previo al alta

Muestra



4) Atención farmacéutica mediante agenda telefónica

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

OBJETIVO

02

Desarrollar en la unidad una línea estructural de investigación y docencia

Líneas de investigación

- Caracterizar el impacto del Modelo PCP en la **frecuentación sanitaria no programada** de los pacientes frágiles con multimorbilidad (PFM) admitidos en la unidad.
- Identificar **factores pronósticos de frecuentación sanitaria** no programada en PFM ingresados en la unidad.
- Describir en pacientes con **enfermedad crónica avanzada** la naturaleza y prevalencia de prescripción inapropiada en función de las diferentes trayectorias clínicas.
- Caracterizar el impacto clínico de incorporar una **agenda telefónica de atención farmacéutica al alta**.
- Describir la prevalencia de adherencia subóptima, principales **determinantes o causas de falta de adherencia** y su repercusión clínica en PFM.



TFM
Tesis doctoral

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

OBJETIVO

02

Desarrollar en la Unidad una línea estructural de investigación y docencia

Impulsar un **programa docente de estancias formativas** para incorporar en la UGA Territorial F.I.R. procedentes de centros externos así como estudiantes del grado de Farmacia, M.I.R. y estudiantes de los grados de Medicina y Enfermería.

EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

OBJETIVO

03

Establecer alianzas estratégicas con otros centros para el desarrollo de proyectos asistenciales, docentes y de investigación

CODI MEDICAMENT

Actuacions coordinades de prevenció secundària de Problemes de Salut per Medicaments en el territori:
Urgències, Atenció Primària, Centres Sociosanitaris, Hospitalització Domiciliària i Residències



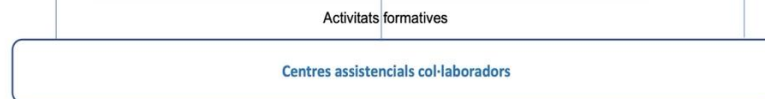
Fase I
(Desenvolupament)



Fase II
(Extensió)



Fase III
(Escalabilitat)



EXTENSIÓN DEL MODELO PCP A NUEVOS ENTORNOS

OBJETIVO

03

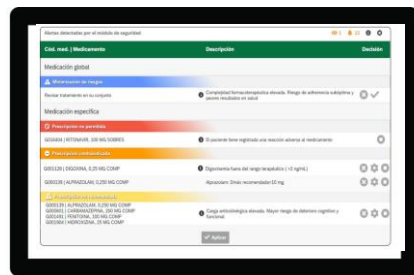
Establecer alianzas estratégicas con otros centros para el desarrollo de proyectos asistenciales, docentes y de investigación



→ Carga anticolinérgica y/o sedante
doi:10.1136/BMJOPEN-2018-022500

→ Complejidad farmacoterapéutica
doi:10.1177/1060028016656385

→ Señales alertantes (*Triggers*)
doi:10.1097/PTS.0000000000000389



An Ontology-Based Approach to Improving Medication Appropriateness in Older Patients: Algorithm Development and Validation Study

Elena Calvo-Cidoncha¹, PharmD; Julián Verdinelli², PharmD; Javier González-Bueno³, PharmD, PhD; Alfonso López-Soto⁴, MD, PhD; Concepción Camacho Hernando⁵, MBA, PharmD; Xavier Pastor-Duran², MD, PhD; Carles Codina-Jané¹, PharmD, PhD; Raimundo Lozano-Rubí², BSCS, MD, PhD



¿Es la fragilidad un aspecto relevante en la revisión de la medicación del paciente crónico?



- Cribado de pacientes vulnerables
- Valoración geriátrica integral



¿Son los criterios explícitos (p.e.STOPP/START) la herramienta ideal para adecuar la prescripción del paciente crónico?



- Prescripción centrada en la persona
- Estrategias territoriales & Alianzas entre proveedores



¿Es necesario reorientar la validación farmacéutica y el modo en que se incorporan los farmacéuticos de hospital a los equipos multidisciplinares de atención al paciente crónico?



- Subespecialización & Formación clínica (*p.e. BCGP, mentorazgo*)
- Interdisciplinar ≠ Multidisciplinar
- Deslocalización del Farmacéutico de Hospital
- Indicadores de actividad basados en resultados
- Sistemas de Soporte a la Decisión Clínica



Gracias por vuestra atención

javier.gonzalezbueno@sanitatintegral.org
[@javigbueno](https://twitter.com/javigbueno)