

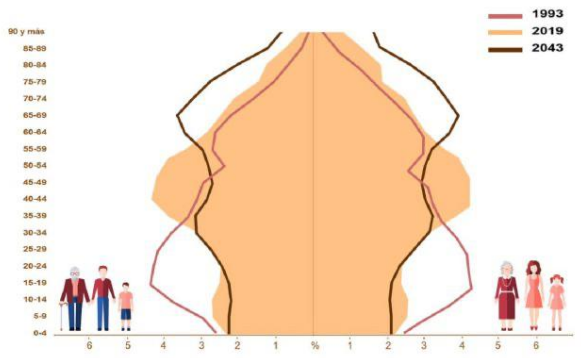


# SALIENDO DEL HOSPITAL

## Atención farmacéutica en centros sociosanitarios

JUAN F. PERIS MARTÍ  
*SFSS LA CAÑADA / Jefe de Servicio/ peris\_jua@gva.es*

## Reorientación de los sistemas sanitarios




**The Kings Fund** Ideas that change health care

Home Health topics Publications Events Leadership development

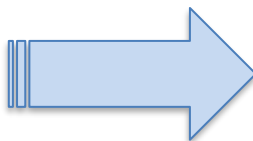
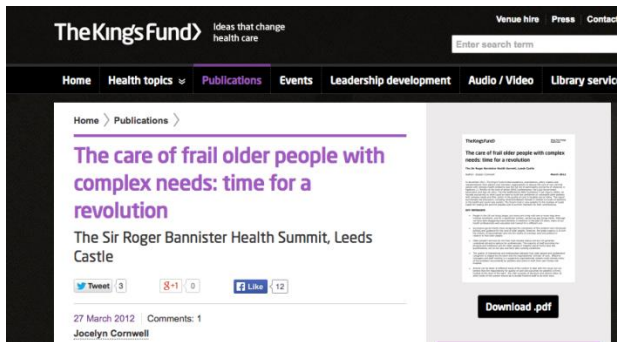
Home > Publications > Articles >

# The future for specialists is beyond a hospital's four walls

Tweet 6 g+ 0 Like 0

19 November 2014

Ruth Robertson, Matthew Honeyman



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

## 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

SEFH

BILBAO  
5-7 de OCT  
2023





Ámbito  
asistencial



Modelo  
asistencial

Trayectoria  
fragilidad

No frágil  
< 0,2

Leve  
0,2-0,35

Moderada  
0,35-0,55

Avanzada  
0,55-0,7

Objetivos

Supervivencia

Mantenimiento funcional

Bienestar/control sintomático

Priorizar problemas de salud

Orientación  
terapéutica



Morbilidad



Multimorbilidad



Dependencia



Exitus

Aplicación GGCC

Intensidad terapéutica

Tratamiento individualizado

Paciente crónico  
complejo.  
Fragilidad avanzada.  
Paliativo

---

Multimorbilidad y dependencia moderada-severa =>  
irreversible

---

Limitación importante ABVD + Inmovilismo

---

Deterioro cognitivo + síntomas psicoconductuales

---

Síndromes geriátricos: caídas, **polifarmacia**,  
incontinencia, distimia, disfagia, **malnutrición**, UPP,...

---

La hospitalización agrava la progresión de su  
dependencia

---

Índice de fragilidad: 0,35-0,7

Pacientes  
complicados  
Fragilidad  
Paliativo

CONDICIÓN >  
patología

incontinencia, morbilidad y dependencia

de

importante APV

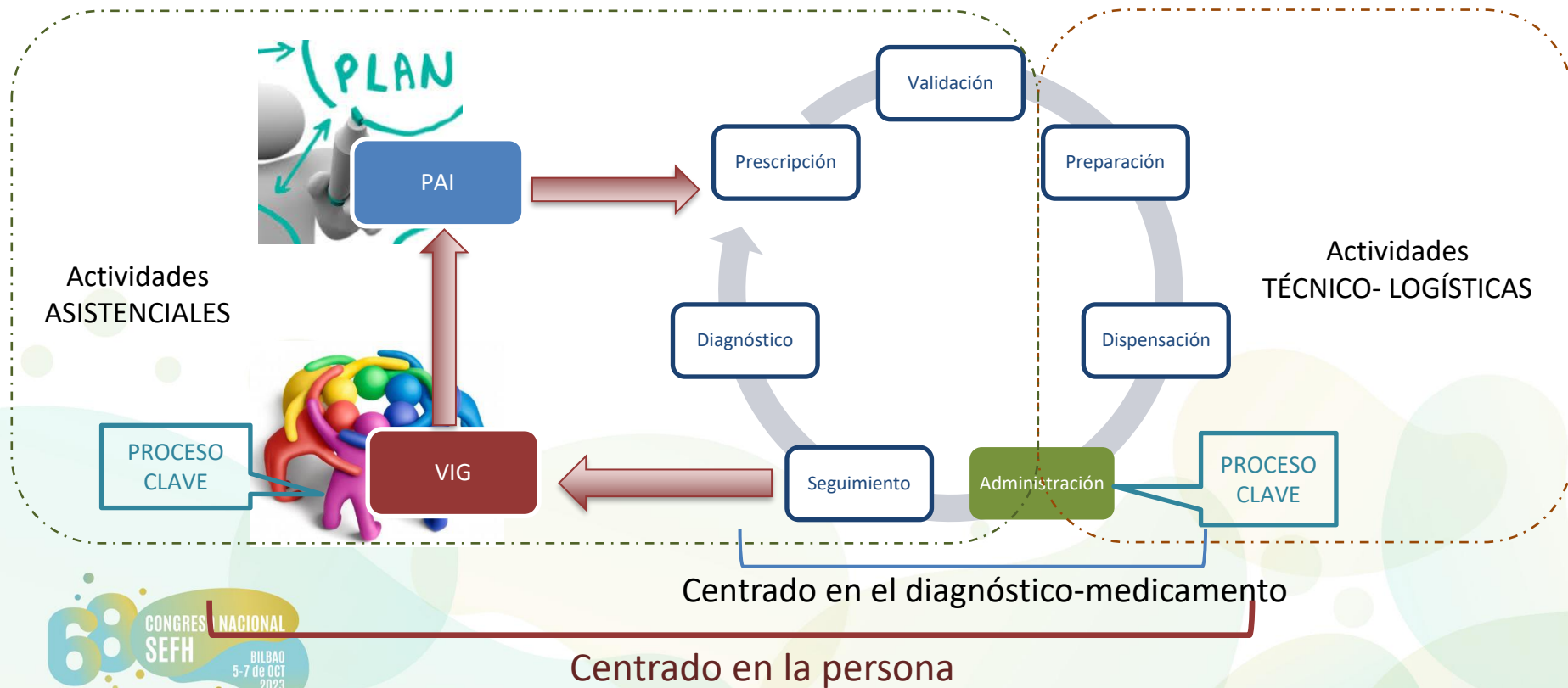
cognitivo + sín

Carácter  
MULTIFACTORIAL  
de estas  
condiciones

Síndromes geriátricos: caídas, delirium, incontinencia, distimia, disfagia, malnutrición, UPP,...

La hospitalización agrava la progresión de su dependencia

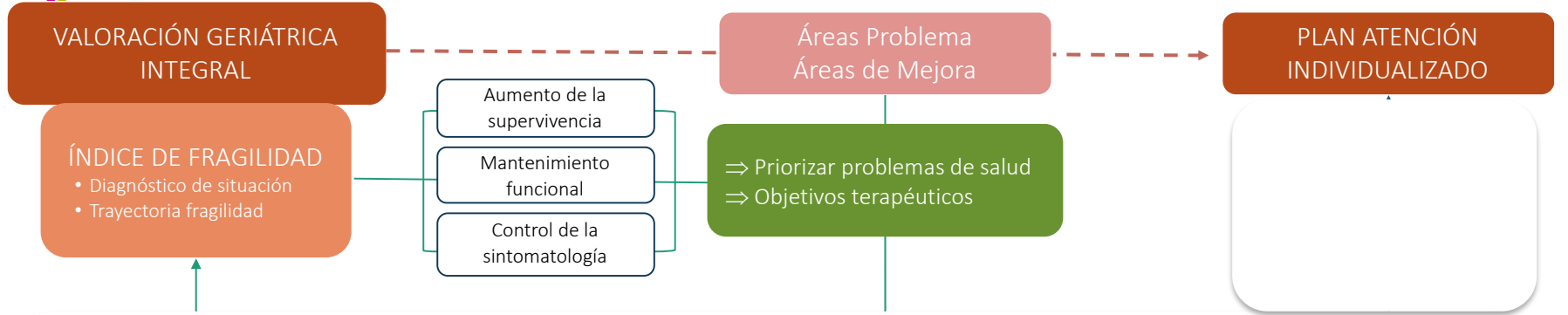
Índice de fragilidad: 0,35-0,7



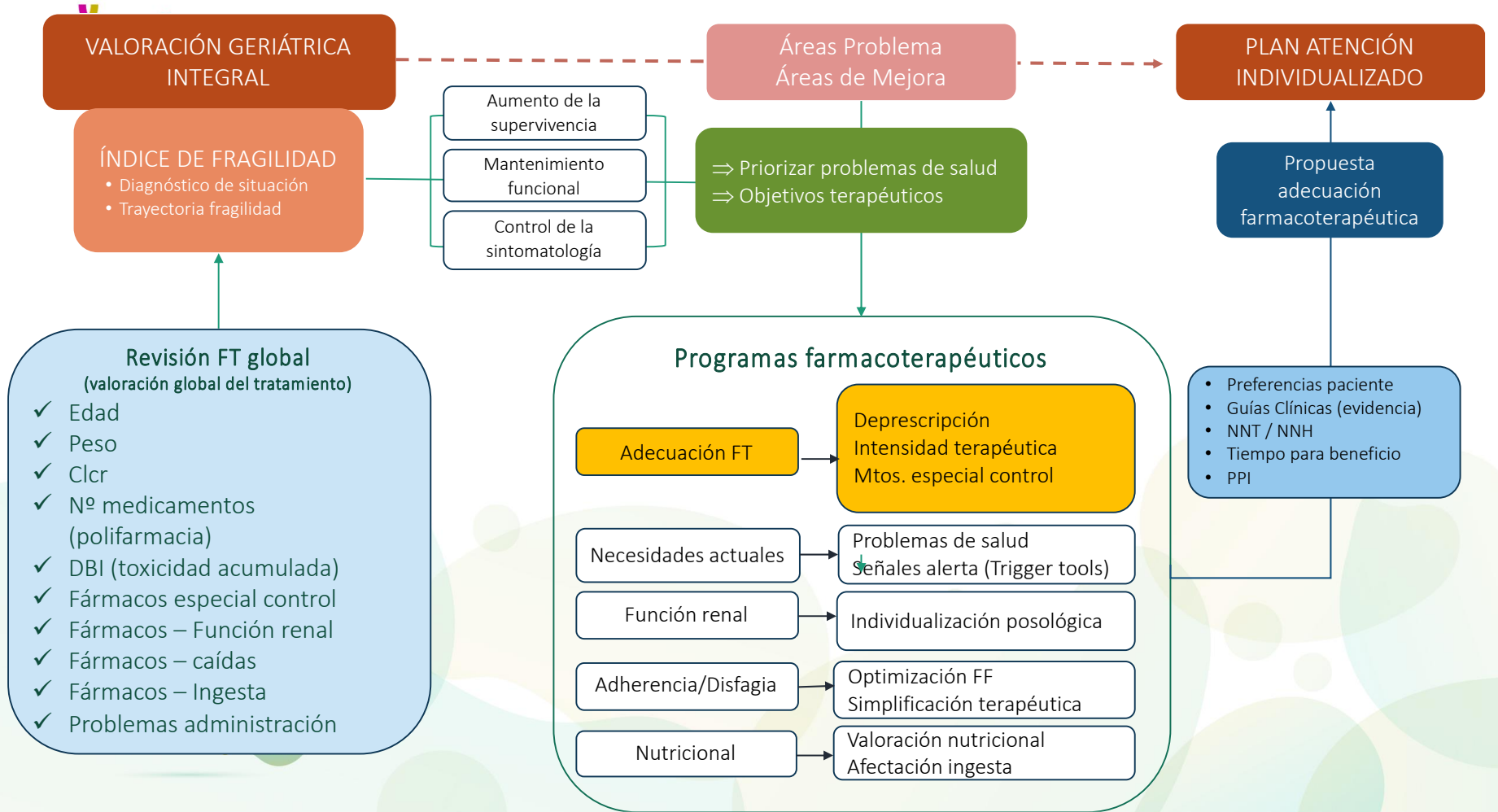




# Modelo AFE Centrada en la Persona



# Modelo AFE Centrada en la Persona





María, mujer de 83 años. Viuda.

Patologías	Tratamiento	
E. Alzheimer	Donepezilo 10mg c/24h	Peso actual: 53 Kg. IMC: 22,2 Kg/m <sup>2</sup>
HTA Bloqueo A-V (sin marcapasos)	AAS 100mg c/24h Losartan 50mg c/24h Hidroclorotiazida 12,5mg c/24h Amlodipino 5mg c/24h	TA: 120/60 mmHg FC: 60-70 lpm
Diabetes Mellitus	Metformina 850mg c/12h Vildagliptina 50mg c/12h Insulina glargina 10 UI c/24h	GD: normal; en ayunas entre 100-120 mg/dl
Dispepsia Antecedentes úlceras gástricas	Omeprazol 20mg c/24h	Bioquímica: Crs: 0,85 mg/dl; Clcr: 45,8 ml/min Alb: 3,1 mg/dl Prot. totales: 5,8 mg/dl Colesterol: 130 mg/dl HbA1c: 5,5%
Insomnio / Ansiedad	Trazodona 100 mg c/24h Zolpidem 10mg c/24h	
Artrosis/dolor Estreñimiento	PCT 1g c/8h s/p Lactulosa c/12-24h s/p	

VGI

Áreas problema /mejora

Objetivos

PAI

CONGRESO NAC

BILBAO  
5-7 de OCT  
2023



- Multimorbilidad
- Procesos agudos
- Síndromes geriátricos
- Malnutrición
- Polifarmacia

Clínica

Funcional

- Dependencia ABVD
- Dependencia AIVD
- Inmovilismo
- Equilibrio

Social

Mental

- Apoyo familiar
- Adaptación al centro
- Recursos económicos
- Preferencias y valores

- Estado cognitivo
- Estado afectivo
- Delirium
- Trastornos conductuales

VGI

Áreas problema /mejora

Objetivos

PAI

CONGRESO NA

SEFHA  
5-7 de OCT  
2023

- Multimorbilidad
- Procesos agudos
- Síndromes geriátricos
- Malnutrición
- Polifarmacia

- Dependencia ABVD
- Dependencia AIVD
- Inmovilismo
- Equilibrio

El equipo debe entender como la medicación puede condicionar la situación del paciente

### Valoración global del tratamiento

- ✓ Nº medicamentos (polifarmacia)
- ✓ DBI (toxicidad acumulada)
- ✓ Criterios STOPP
- ✓ Fármacos especial control
- ✓ Fármacos – Caídas
- ✓ Fármacos – Ingesta
- ✓ Problemas administración (adherencia, disfagia, etc)
- ✓ Valoración nutricional

- Apoyo familiar
- Adaptación al centro
- Recursos económicos
- Preferencias y valores



María, mujer de 83 años.

VGI (resumen)	
IF-CSS: 0,41	Fragilidad moderada
Barthel: 50	Dependencia funcional moderada
MEC: 18 NPI:2	Deterioro cognitivo moderado Labilidad emocional
Tinneti: 18 Caídas:1	Alto riesgo de caída
Norton: 19	Bajo riesgo UPP
Pérdida peso Dieta	5,6% (IMC: 22,2Kg/m <sup>2</sup> ) Triturada
Social	Apoyo familiar. Buena adaptación a la residencia
Valoración FT	
Nº mtos:11	Polifarmacia excesiva
DBI: 1,7	Alta (trazodona, zolpidem)
STOPP	Zolpidem. Por sedación diurna prolongada
F-ingesta	Donepezilo, metformina (↓) Insulina (↑)
F-caídas	Trazodona, zolpidem, insulina, losartan, hctz, amlodipino
Adherencia	Requiere triturar la medicación

ResiPlus Mayores Estándar 4.2.10 - RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA P.M.D. PUERTO SAGUNTO - (Residentes)

RESIDENTES FARMACIA COMERCIAL PERSONAL PROVEEDORES ECONÓMICO CALIDAD CONFIGURACION

3 de 113

Buscar Primera Anterior Siguiente Última Ver Altas Ver Bajas Actualizar

Nombre Residente: [ ] Filtro: [ ] Ordenar: [ ]

Fecha: [ ]

Navegación

Ordenar alfabéticamente

Buscar área

- General
- Farmacia
- ACP
- Médico
- Enfermería
  - Escalas
  - Seguimiento
  - Valoración de Cuidados
  - Valoraciones
  - Informes
  - Documentos
  - Observaciones
- Trabajador Social
- Psicólogo
- Animador Sociocultural
- Fisioterapeuta
- Dietista
- Terapeuta Ocupacional
- Supervisión
- Asistentes
- Pedagogo
- Educador
- Logopeda
- Parqueira
- Farmacéutico

Área de Trabajo Residentes

Código: [ ] Nombre: [ ]

N.I.F.: [ ] Tipología: [ ] Lugar N: [ ]

Nº S.S.: [ ] Est. Civil: [ ] Sexo: [ ]

Nº S.L.P. Del: [ ] Habitación: [ ] Código: 200 Cama: [ ]

Fecha: [ ]

8/may/2023

2/nov/2022

Pfeiffer (SPMSQ)

Kahn (MSQ)

Set Test Isaacs

Test del Fieko

ESCALAS DEL DOLOR

ESCALAS DEPRESIVAS

ESCALAS FUNCIONALES

Blessed

Cruz Rojas

Katz

Barthel

26/oct/2022

Barthel Modificado

Independencia Funcional

Katz/ie

Lawton y Brody

MAC 11

Riesgo de Caídas (J.H. Downton)

Actividades de la vida diaria

BVD

COVID-19 Bateria o Prueba corta de desempeño físico (SPPB)11

ESCALA ROCKWOOD

COMEB:

Independiente. Capaz de

Necesita ayuda para co

Dependiente

EMPLEO DUCHA O BARR:

Independiente. Capaz de

Dependiente

ASEO PERSONAL:

Independiente. Incluye la

Dependiente

VESTIRSE:

Independiente. Capaz de

Necesita ayuda, pero rea

Dependiente

CONTROL VESICAL:

Continente. Ningún epis

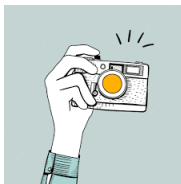
Ocasional. Como máximo

Incontinencia

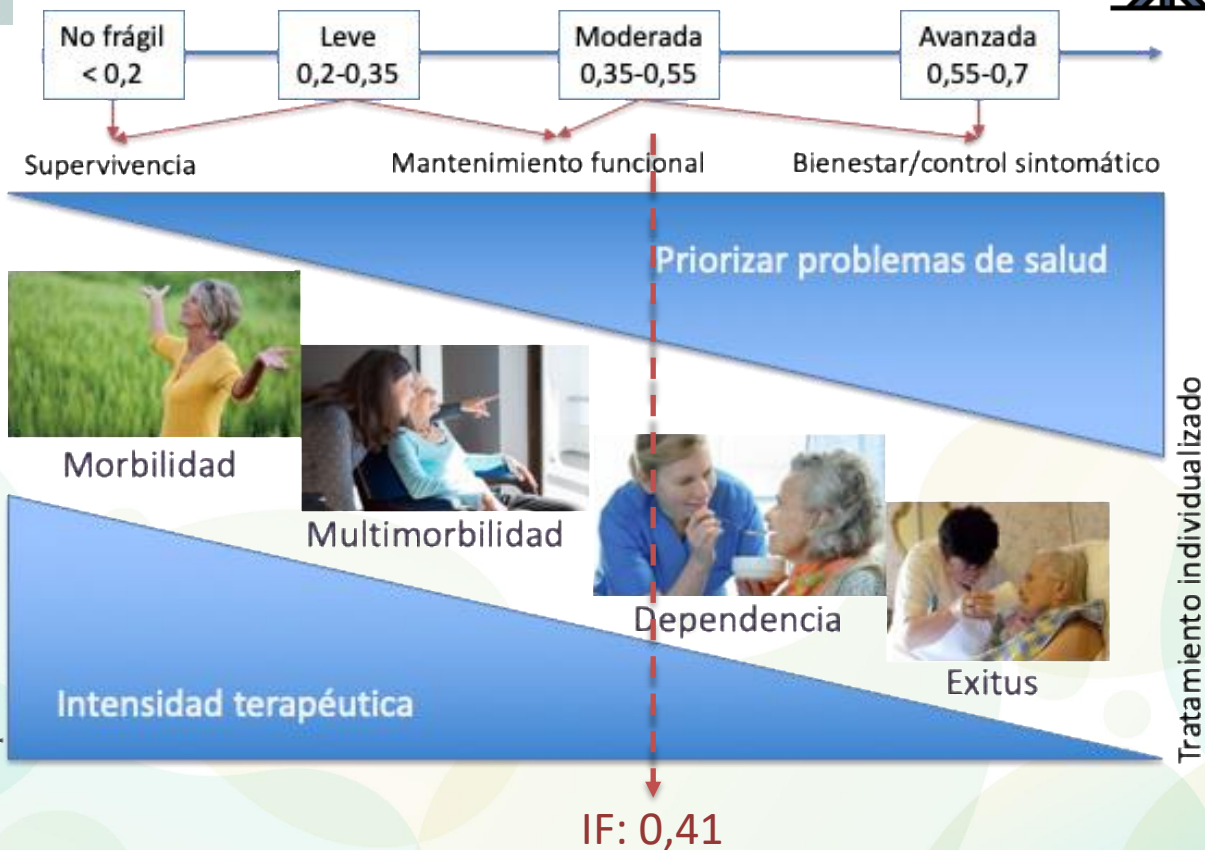
USO DEL RETRETE:

Independiente. Usa retre

Resultado BARTHEL:



## DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN => TRAYECTORIA DE FRAGILIDAD





VGI

Áreas  
problema  
/mejora

Objetivos

PAI

CONGRESO NAC

BILBAO  
5-7 de OCT  
2023

### ÁREAS PROBLEMA

- Riesgo de malnutrición (PP 5,6%)
- Deterioro funcional en progresión
- Deterioro cognitivo en progresión
- Riesgo de caída
- Polifarmacia

### OBJETIVOS DE EQUIPO

- Mejorar la participación talleres estimulación cog.
- Reducir riesgo de caída
- Mejorar estado nutricional



#### ÁREAS PROBLEMA

- Riesgo de malnutrición (PP 5,6%)
- Deterioro funcional en progresión
- Deterioro cognitivo en progresión
- Riesgo de caída
- Polifarmacia

#### OBJETIVOS DE EQUIPO

- Mejorar la participación talleres estimulación cog.
- Reducir riesgo de caída
- Mejorar estado nutricional

### Programas FT: propuestas para incorporar al PAI

#### Intensidad terapéutica

- DM => Establecer HbA1c < 8%; GD < 150-180mg/dl
  - Reducir/suspender Insulina glargina
  - Si no es posible actuar sobre ADO
- HTA => Establecer objetivo TA < 160/80 mmHg
  - Suspender Amlodipino (estreñimiento)

#### Deprescripción

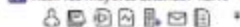
- Zolpidem. Retirada secuencial y trasladar Trazodona de la cena a la noche
- Donepezilo. No se inicia memantina, salvo aparición de trastornos conductuales

#### Nutrición

- VN + prueba de disfagia
- Control ingesta y peso durante una semana
- Iniciar refuerzo de cocina en la dieta

#### Adherencia

- Supervisar metformina (difícil triturar)
- Omeprazol => Lansoprazol flas



Buscar Primera Anterior 3 de 113 Siguiente Última Ver Altas Ver Bajas Actualizar

Nombre Residente  Filtrar Ordenar A-Z Z-A

Planificación de Cuidados Opciones Reglas de información Cerrar Ventana

## Navegación

 Ordenar alfabéticamente

 Buscar área

- General
- Farmacia
- ACP
- Médico
- Enfermería
- Trabajador Social
- Psicólogo
- Animador Sociocultural
- Fisioterapeuta
- Dietista
- Terapeuta Ocupacional
- Supervisión
- Auxiliares
- Pedagogos
- Podólogo
- Educador
- Logopeda
- Psiquiatra
- Farmacéutico**
  - Seguimiento
  - Tratamiento
  - Valoraciones**
  - Informes
  - Documentos
  - Observaciones

 Área de Trabajo **Residentes**

Código:  Nombre:  Dependencia:

Tipología:  Lugar Nac.:  F. Nacimiento:  Situación legal:

Nº S.S.:  Est. Civil:  Sexo:  Edad:  F. Ingreso:

Habitación: Código 200 Cama:  Ext.:  Ult. ingreso:

 Fecha: 

 Usuario R-: 
**VALORACIONES**

**\* NECESIDADES**

- No se aprecia nueva necesidad

**\* MONITORIZACIÓN PK / AJUSTE POR FUNCIÓN RENAL**

- No

**\* INTENSIDAD TERAPEUTICA**

- Bueno control glucémico, incluso con valores relativamente bajos (GO base).

Actualmente la DMII está en tratamiento con canaglifozina/metformina. CANAGLIFOZINA no recomienda junto con diuréticos del asa (furoseida) porque puede aumentar la depleción de volumen e hipotensión. dado que se da esta circunstancia, si se considera necesario mantener tratamiento diurético, se recomienda suspender canaglifozina y mantener metformina.

- valorar reducir dosis de Duloxetina, antidepresivo que puede

**\* DEPRESCRIPCIÓN**

- Valorar suspender Atarax (HIDROXICINA). Mantener Trazodona 1/2 comp por la noche y, en caso necesario, aumentar a Trazodona 1 comp/noche.

- Valorar reducir dosis de DULOXETINA a 30 mg c/día si su estado de depresión /ansiedad lo permite. Este medicamento provoca de forma frecuente problemas como insomnio, sequedad de boca, anorexia (pérdida de peso) o nerviosismo. No se recomienda si coexiste insuficiencia hepática y la usuaria tiene un diagnóstico de esteatosis hepática. Como primera medida, se podría bajar la dosis y valorar evolución.

**\* ADECUACIÓN FF / DISFAGIA**

- No necesario

**\* NUTRICIÓN**

- IMC: 20,17kg/m2. IMC de riesgo de malnutrición. Se mantiene en este nivel desde hace un año. Si bajara peso en próximos meses se podría valorar un aumento calórico/proteico en la dieta.

**Valoración** Plan de Atención

FARM - 01 1- FRAGILIDAD

FARM - 02 2- POLIFARMACIA

**FARM - 03 3- RECOMENDACIONES FARMAC**

FARM - 04 4- OBSERVACIONES

FARM - 05 5- ESCALAS



María, mujer de 83 años

Valoración FT	
Nº mtos: 7	Polifarmacia
DBI: 0,5	Media (trazodona)
STOPP	No
F-ingesta	Metformina (↓)
F-caídas	Trazodona, losartan, hctz.
Adherencia	Metformina (triturar)

Áreas problema/Objetivos	
Pérdida de peso	VN, posible suplemento Suspensión donepezilo
Caídas	Reducción riesgo hipotensión Reducción riesgo de hipoglucemia Reducción carga sedante
Deterioro cognitivo	Reducción y suspensión de zolpidem
Polifarmacia	Reducción nº mtos

Seguimiento posterior / nuevos objetivos FT	
Pérdida de peso	Evolución ingesta y peso
Control CV	TA < 160/80 mm/Hg
Control Glucémico	HbA1c < 8,5% GD basal < 150-180 mg/dl Monitorizar por si necesidad de reiniciar insulina
Deterioro cognitivo	Evolución MEC, aparición SPCD
Episodios de insomio	Si aparecen, valorar otra alternativa terapéutica
Estreñimiento	Valorar la necesidad de laxante

# Modelo AFE Centrada en la Persona

## VALIDACION PRESCRIPCION

### UNIDIMENSIONAL

- Interacciones
- Posología
- IR-IH
- Proceso agudo

Aplicar a GFT  $\rightarrow$  0,82  
mtos/pte.

## VALORACION INTEGRAL PERSONA - FT

### MULTIDIMENSIONAL

Tratamiento farmacológico - Polifarmacia  
Estado funcional (BARTHEL – Tinetti)  
Estado cognitivo (MEC, GDS,...)  
Estado nutricional – alimentación  
FRAGILIDAD, pronóstico

Valoracion integral (VGI)  
 $\downarrow$  2,26 mtos/pte

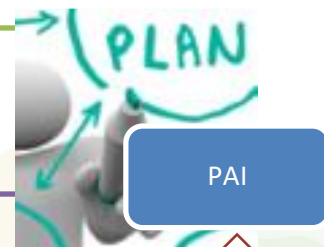


## A modo de resumen...

Los modelos asistenciales solo van a funcionar si están dirigidos a mejorar la **experiencia de la atención** (llegar al nivel micro)

La AFE en los CSS debe reorientarse para poder integrarse en el proceso asistencial centrado en la persona

El diagnóstico de situación, objetivos planteados y PAI deben ser compartidos por todos los niveles asistenciales que atienden a la persona para facilitar la **continuidad asistencial**





**Gracias por su atención**  
**Eskerrik asko zure arretagatik**  
**Gràcies per la seua atenció**  
**Grazas pola súa atención**

[peris\\_jua@gva.es](mailto:peris_jua@gva.es)