



Farmacia HOSPITALARIA

Órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria



ORIGINALES

Artículo bilingüe inglés/español

Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España

Pharmaceutical services in nursing homes in Spain

Elia María Fernández-Villalba¹, Isabel Gil-Gómez², Juan F. Peris-Marfí¹,
María García-Mina Freire³, Eva Delgado-Silveira⁴, Ana Juanes-Borrego⁵

¹Servicio de Farmacia, Residencia de Personas Mayores Dependientes La Cañada, Valencia. España. ²Servicio de Farmacia, Hospital General Universitario, Valencia. España. ³Servicio de Farmacia, Residencia La Vaguada, Pamplona. España. ⁴Servicio de Farmacia, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. España. ⁵Servicio de Farmacia, Hospital Sant Pau, Barcelona. España.

Autor para correspondencia

Elia María Fernández-Villalba
Servicio de Farmacia
Residencia Para Mayores
Dependientes La Cañada.
c/561 s/n. 460182 La Cañada-Paterna
(Valencia), España.

Correo electrónico:
fernandez_eli@gva.es

Recibido el 27 de marzo de 2019;
aceptado el 18 de septiembre de 2019.
DOI: 10.7399/fh.11248

Cómo citar este trabajo

Fernández-Villalba EM, Gil-Gómez I, Peris-Marfí JF, García-Mina Freire M, Delgado-Silveira E, Juanes-Borrego A. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España. *Farm Hosp.* 2020;44(1):3-9.

Resumen

Objetivo: Describir la situación actual de la prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España desde una perspectiva asistencial reflejando la actividad, la atención y los servicios prestados.

Método: Estudio observacional, transversal, multicéntrico realizado entre febrero y junio de 2018 mediante encuesta dirigida a todos los servicios de farmacia hospitalaria de España. Una vez valorada la versión inicial por 12 evaluadores cuya labor asistencial estaba relacionada con centros sociosanitarios, se diseñó un formulario electrónico que constó de 10 dimensiones y 66 preguntas, y se realizó un pilotaje por seis farmacéuticos de centros sociosanitarios. Los resultados se analizaron de forma descriptiva.

Resultados: La tasa de respuesta global fue del 29,7% (113 de 380). El 46,0% ($n=52$) atendían centros sociosanitarios (9 como servicios de farmacia de centros sociosanitarios) cuyas características concretaron un perfil de servicio de farmacia de hospital, titularidad pública, consolidado en esta actividad, con gran variabilidad en número de centros y pacientes atendidos por servicio, y con dedicación parcial del farmacéutico. En el 51,3%, las comisiones de farmacia y terapéutica tenían representación de profesionales de los centros sociosanitarios, y el 38,5% de los servicios de farmacia participó en selección de productos sanitarios. El 67,4% realizó una gestión integral del tratamiento. El 34,6% disponía de prescripción electrónica asistida, el 88,5% realizó una validación farmacéutica de la prescripción previa a la dispensación que, en el 71,2% fue en dosis

Abstract

Objective: To describe the current situation regarding the specialized pharmaceutical service provision in nursing homes in Spain, from a health-care perspective reflecting activity, care and services provided.

Method: Observational, cross-sectional, multicenter study conducted between February-June 2018 through a survey aimed at all Hospital Pharmacy Units in Spain. Once the initial version was assessed by twelve evaluators whose healthcare assistance work were related to nursing homes, an electronic form was designed, consisting on 10 dimensions and 66 questions. A piloting was carried out by six nursing homes pharmacists. The results were analyzed descriptively.

Results: The overall response rate was 29.7% (113 out of 380). Out of all studied hospital pharmacy units, 46.0% ($n=52$) served nursing homes (9 as Nursing Homes Pharmacy Department) whose characteristics defined a profile of pharmacy unit at hospital, public ownership, consolidation in this activity, with great variability in the number of centers and patients to be attended by service, and with the pharmacist's partial dedication. In 51.3% of cases, nursing homes professionals were represented at pharmacy and therapeutic committees, while 38.5% were from pharmacy services who participated in the selection of medical devices. Also, 67.4% performed an integral management of the therapy. The study has also shown that 34.6% counted on assisted electronic prescription, while 88.5% performed a pharmaceutical validation of the prescription prior to dispensing, which in 71.2% of cases consisted of individualized

PALABRAS CLAVE

Centro sociosanitario; Institucionalización; Prestación farmacéutica; Atención farmacéutica; Atención centrada en el paciente; Anciano frágil; Revisión de tratamiento; Encuestas y cuestionarios.

KEYWORDS

Nursing homes; Institutionalization; Pharmaceutical services; Pharmaceutical care; Patient-centered care; Frail elderly; Drug utilization review; Surveys and questionnaires.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

unitaria individualizada. El 42,3% llevó a cabo una revisión integral del tratamiento de nivel 3 y el 25,0% participó en la valoración nutricional interdisciplinar. El 34,6% participó activamente en la valoración geriátrica integral o de casos clínicos en los equipos interdisciplinarios y el 46,2% disponía de programas para el uso seguro de los medicamentos.

Conclusiones: La atención farmacéutica especializada en los centros sociosanitarios es una realidad, aunque presenta diferencias importantes en aspectos esenciales para la calidad de la asistencia prestada. Es necesario profundizar en el modelo asistencial a desarrollar y en una mayor implicación de los servicios de farmacia para lograr una atención integrada y centrada en la persona.

Introducción

El perfil clínico de las personas atendidas en centros sociosanitarios (CSS) (prevalencia de fragilidad de hasta el 71,8%) hace necesaria una asistencia farmacéutica que aborde de forma integral y centrada en la persona los procesos relacionados con la utilización de medicamentos, productos sanitarios (PS) y productos dietoterápicos (PD). La cronicidad, comorbilidad o la fragilidad son condiciones que afectan de forma directa a la farmacoterapia y que deben incorporarse al modelo asistencial para hacer posible una mejora de la calidad asistencial y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

La atención sanitaria en el ámbito sociosanitario se ha desarrollado de forma muy heterogénea en España debido a dos cuestiones principales: la competencia autonómica y la escasa coordinación entre las administraciones sanitaria y de servicios sociales de las que dependen, en su mayor parte, los CSS². Asimismo, el desarrollo de la prestación farmacéutica especializada (PFE) en CSS tampoco está siendo homogéneo en las comunidades autónomas (CCAA), ni desde un punto de vista cronológico ni en su grado de implantación ni en la aplicación del marco legal del Real Decreto Ley 16/2012³, que facilita establecer depósitos de medicamentos (DM) y servicios de farmacia en el CSS (SF-SS) o vincular el DM al servicio de farmacia del hospital (SF-Hosp).

En el año 2013, el Grupo CRONOS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) elaboró el documento "Prestación Farmacéutica Especializada en Centros Sociosanitarios. Análisis de situación y propuesta CRONOS-SEFH"⁴, que analizaba la situación en aquel momento y realizaba una propuesta de modelo de atención farmacéutica especializada (AFE) para los CSS. En 2015, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizaba un análisis de los modelos existentes en el documento "Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios"⁵. De ambos trabajos se extrae información desde un punto de vista organizativo, pero no de prestación de servicios.

El presente trabajo pretende mostrar la situación actual de la PFE en CSS en España desde una perspectiva asistencial que refleje la actividad, la atención y los servicios prestados.

unit doses. It was found that 42.3% performed a third-level treatment comprehensive review, and 25.0% participated in the interdisciplinary nutritional assessment. It also showed that 34.6% actively participated in either comprehensive geriatric assessment, or clinical cases in interdisciplinary teams, and 46.2% counted on programs for the safe use of medicines.

Conclusions: The specialized pharmaceutical care at nursing homes is a reality, although it presents important differences in essential aspects for the quality of the assistance provided. It is necessary to go in-depth on the care model to be developed, as well as having a greater involvement of pharmacy services to achieve a comprehensive and person-centered care.

Métodos

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado entre febrero y junio de 2018 mediante una encuesta dirigida a todos los SF-Hospitalaria de España.

La encuesta se diseñó para ser autoadministrada como formulario electrónico. La primera versión, desarrollada por profesionales expertos en la atención en CSS, constó de 9 dimensiones y 52 preguntas sobre aspectos relevantes y representativos para el objetivo del estudio. Para comprobar que la interpretación de los términos y cuestiones fuese uniforme, cada ítem fue valorado en relevancia, suficiencia, claridad y coherencia⁶ por 12 evaluadores que no habían participado en el diseño, cuya labor asistencial estaba relacionada con CSS. En cada ítem, cada criterio se valoró de 1 a 4 (1: no cumple el criterio; 2: bajo; 3: moderado; 4: alto nivel) y se le asoció un campo de observaciones. Se modificaron aquellas preguntas con puntuación <3 de forma concordante (kappa >0,90), se desglosó una de las dimensiones y se adicionaron preguntas generadas atendiendo a las observaciones realizadas por los evaluadores. Finalmente, quedó estructurada en 10 dimensiones y 66 ítems (Tabla 1).

Se construyó el formulario electrónico y se obtuvo la conformidad a su funcionamiento tras el pilotaje realizado por un grupo de seis farmacéuticos de SF que atienden CSS. Los centros participantes en el diseño, validación y pilotaje de la encuesta también participaron en su cumplimentación para el estudio.

Al ser un estudio descriptivo no se necesitó determinar tamaño muestral. Los datos de contacto de los SF-Hospitalaria se obtuvieron de la base de datos de la SEFH y se actualizaron mediante consulta a miembros del Grupo CRONOS y de la SEFH de las diferentes CCAA. No se aplicaron criterios de exclusión.

En febrero de 2018, se envió a los responsables de los 380 SF-Hospitalaria identificados un correo electrónico explicativo con los objetivos del estudio, la invitación y el acceso a la encuesta. Se establecieron cuatro recordatorios por correo electrónico (entre marzo y mayo) y dos contactos telefónicos (junio), remitiendo de nuevo el cuestionario en caso necesario.

Se recogieron tasas de respuesta, características generales de los SF con CSS y de los profesionales que los atienden. No se previó ningún análisis por subgrupos ni variables de confusión.

Tabla 1. Dimensiones de la encuesta remitida a los servicios de farmacia

N.º	Dimensión
1	Sistema de gestión de la farmacoterapia y uso racional de los M, PS y PD
2	Procedimientos de prescripción, dispensación y administración de los M, PS y PD
3	Desarrollo de la atención farmacéutica
4	Programas de educación sanitaria dirigidos a la población atendida y a los profesionales sanitarios del ámbito asistencial
5	Desarrollo de programas de valoración nutricional
6	Integración en el equipo asistencial del centro
7	Integración interniveles
8	Indicadores de gestión
9	Gestión en seguridad de medicamentos
10	Investigación

M: medicamentos; PD: productos dietoterápicos; PS: productos sanitarios.

Los resultados se analizaron de forma descriptiva mediante frecuencia absoluta y relativa (variables discretas) y medidas de tendencia central y dispersión (variables continuas), utilizando el programa Excel®2007.

Resultados

De los 380 SF-Hospitalaria consultados se recibió respuesta de 113, de 15 CCAA diferentes, resultando una tasa de respuesta global del 29,7%.

De todos ellos, 52 (46,0%) SF prestaron servicios en CSS. La tasa de respuesta no fue homogénea entre CCAA. No se obtuvo respuesta en 2 CCAA. Se observó una mayor contribución de SF que atienden CSS en Castilla-León, Andalucía y Galicia (Tabla 2).

Las características de los SF que atienden CSS se muestran en la tabla 3 y los diferentes profesionales de los SF que intervienen en esta actividad se recogen en la tabla 4. Algunos SF incluyeron farmacéuticos de atención

Tabla 2. Distribución por comunidades autónomas de las respuestas recibidas

Comunidad autónoma	Tasa respuesta por CCAA (N/N _i ,%)	Tasa respuesta global (N/380)	SF que atienden CSS: contribución por CCAA N _i (N _i /52%)
Andalucía	17/49 (48,0%)	4,5%	9 (17,3%)
Comunidad de Madrid	12/47 (25,5%)	3,2%	0 (0,0%)
Castilla y León	11/17 (64,7%)	2,9%	9 (17,3%)
Cataluña	11/76 (14,5%)	2,9%	2 (3,8%)
País Vasco	10/18 (55,5%)	2,6%	1 (1,9%)
Comunidad Valenciana	10/49 (4,2%)	2,6%	4 (7,7%)
Castilla-La Mancha	7/17 (43,8%)	1,8%	5 (9,6%)
Aragón	7/20 (35,0%)	1,8%	4 (7,7%)
Galicia	6/15 (40,0%)	1,6%	6 (11,5%)
Baleares	5/6 (83,3%)	1,3%	4 (7,7%)
Murcia	5/10 (50,0%)	1,3%	4 (7,7%)
Asturias	5/11 (45,5%)	1,3%	0 (0,0%)
Navarra	4/15 (26,7%)	1,1%	2 (3,8%)
Canarias	2/13 (15,4%)	0,5%	1 (1,9%)
La Rioja	1/2 (50,0%)	0,3%	1 (1,9%)
Cantabria	0/6 (0,0%)	0,0%	0 (0,0%)
Extremadura	0/9 (0,0%)	0,0%	0 (0,0%)
TOTAL	(113/380) 29,7%		

CCAA: comunidades autónomas; CSS: centros sociosanitarios; N: número de servicios de farmacia que responden a la encuesta; N_i: número total de servicios de farmacia a los que se envía encuesta; N_j: número de servicios de farmacia que responden a la encuesta y atienden centros sociosanitarios.

Tabla 3. Características generales de los servicios de farmacia que atienden centros sociosanitarios

Tipo de SF-hospitalaria	N	%
• SF de CSS (SF-SS)	9*	17,3
• SF del hospital (SF-Hosp)	43	82,7
Titularidad del SF	N	%
• Privada	4	7,7
• Pública	48	92,3
CSS atendidos por SF	Mediana (RIC: C1-C3)	
N.º CSS por SF	2 (4,3: 1,00-5,3)	
N.º pacientes de CSS por SF	300 (502,5: 120,0-622,5)	
Independientemente del grado de desarrollo, la atención desde el SF al CSS es una actividad:	N	%
• En fase piloto	5	9,6
• De inicio reciente (< 1 año)	8	15,4
• Consolidada (> 1 año)	39	75,0

* Opciones de respuesta excluyentes.

* Se concentran en Comunidad Valenciana (n = 4) y Navarra (n = 2).

C1: primer cuartil; C3: tercer cuartil; CSS: centros sociosanitarios; RIC: rango intercuartílico; SF: servicio de farmacia; SF-Hosp: servicio de farmacia del hospital; SF-SS: servicio de farmacia de centro sociosanitario.

Tabla 4. Profesionales de los 52 servicios de farmacia que atienden centros sociosanitarios

Categoría profesional	Tipo SF-Hospitalaria	Tiempo dedicación	N.º SF (%)	N.º profesionales/SF Mediana (RIC: C1-C3)
Farmacéuticos	SF-Hosp	TC	16 (30,8)	1 (1: 1-2)
		TP	29 (55,8)	1 (0: 1-1)
		TC + TP ¹	2 (3,8)	
Técnicos en farmacia / Auxiliares de enfermería	SF-SS	TC	9 (17,3)	2 (1: 1-2)
		TC	14 (26,9)	2 (1,8: 1-2,8)
		TP	19 (36,5)	1 (0: 1-1)
Enfermería	SF-Hosp	TC + TP ¹	2 (3,8)	
		TC	7 (13,4)	2 (3,5: 1,5-5,0)
		TP	3 (5,8)	1(0: 1-1)
Administrativos	SF-SS	TC + TP ¹	2 (3,8)	
		TC	0	-
		TP	4 (7,7)	1 (0,3: 1- 1,3)
Celadores	SF-SS	TC	3 (5,8)	1 (0: 1-1)
		TC	1 (1,9)	1 (0: 1-1)
		TP	14 (2,7)	1 (0: 1-1)
Enfermería	SF-SS	TC	4 (7,7)	1 (0: 1-1)
		TC	0	-
		TP	13 (25,0)	1 (0: 1-1)
Administrativos	SF-SS	TC	2 (3,8)	1 (0: 1-1)

C1: primer cuartil; C3: tercer cuartil; RIC: rango intercuartilico; SF: servicio de farmacia; SF-Hosp: servicio de farmacia hospitalaria; SF-SS: servicio de farmacia de centro sociosanitario; TC: tiempo completo; TP: tiempo parcial. ¹Se indica el número de SF con personal a TC y TP dentro de la misma categoría (están incluidos también en el conteo de los apartados de TC y TP).

primaria y otros profesionales como dietistas. La presencia de enfermería resultó baja (13,4%, n=7). La dedicación del farmacéutico especialista a la atención en CSS fue parcial en más del 50% de los SF.

El detalle de la encuesta en cuanto a estructura en dimensiones, preguntas y las respuestas obtenidas de los SF que atienden CSS se encuentra disponible en: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/cronos/index.php/actividad/proyectos-de-investigacion>

Discusión

El presente trabajo muestra la situación actual de la PFE en CSS en España desde una perspectiva asistencial y de servicios prestados. Es el primero que se realiza de estas características en España y no se han encontrado publicaciones internacionales similares que pudieran compararse.

La tasa de respuesta obtenida (29,7%) es similar a la observada en cuestionarios recientes a SF-Hospitalaria españoles⁷ y de otros países⁸. La distribución de la tasa de respuesta por CCAA puede estar condicionada por el nivel de desarrollo de esta actividad, por el número de SF implicados en ella y por el tipo de SF (SF-SS o SF-hosp).

Las características de los SF que atienden pacientes institucionalizados en CSS podrían resumirse en un perfil de SF de hospital, de titularidad pública, con una amplia variabilidad en el número de CSS y pacientes atendidos por SF y con una dedicación parcial del farmacéutico especialista, pues esta actividad es compartida con la propia del hospital.

Dimensión 1: Sistema de gestión de la farmacoterapia y uso racional de los medicamentos, PS y PD

Se observa disparidad de resultados según el producto farmacéutico: en el 75% de los SF encuestados los medicamentos y PD a utilizar en CSS se evalúan y seleccionan desde una Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFyT) y, en algo más de la mitad (51,3%), esta comisión cuenta con la participación de profesionales sanitarios de los CSS, aspectos importantes, pues confirman que es posible incorporar esta herramienta de trabajo, pro-

pia de la farmacia hospitalaria, en este ámbito asistencial. Por el contrario, la participación de los SF en la gestión de PS es menor (38,5%) y, sin duda, constituye una línea de trabajo a fortalecer.

La calidad de la asistencia prestada mejora cuando el SF realiza una gestión integral del tratamiento. Lo contrario implica en la dispensación a uno o más servicios farmacéuticos alternativos (oficina de farmacia u otro SF), circunstancia que contribuye a la polifarmacia⁹ y repercute en la seguridad del paciente en relación con el uso de los medicamentos¹⁰ al aumentar la complejidad de los procesos y la carga de trabajo en el CSS. En este sentido, cabe destacar que el 67% de los SF realiza una gestión integral y un 15% con excepciones, básicamente no dispensación de medicamentos no financiados (23%).

Los PS constituyen un recurso con un coste económico considerable y una repercusión relevante en la calidad de la asistencia prestada para el paciente. Aunque el SF es el responsable legal de su gestión, sólo el 38,5% participó en su selección, el 28,8% en la dispensación y el 19,2% disponía de programas para su uso racional. La falta de tradición de los SF-Hosp en este tipo de gestión explicaría esta situación, pero las características asistenciales de los CSS precisan que se cubra de una forma eficiente. Así, los programas interdisciplinares entre SF y personal de enfermería de CSS, que compartan la responsabilidad en la evaluación, selección y gestión de PS, suponen una oportunidad de mejora en la atención a los pacientes institucionalizados¹¹.

Dimensión 2: Procedimientos de prescripción, dispensación y administración de los medicamentos, PS y PD

El formato papel con transcripción informática fue el sistema de prescripción más utilizado. La prescripción electrónica asistida (PEA), identificada como práctica segura en el uso de medicamentos, tuvo un nivel de implantación (34,6%) inferior al estimado en el ámbito hospitalario (45,5%)¹². Otras, como la validación farmacéutica de la prescripción (previa a la dispensación), se efectuó en el 88,5% de SF, cerca del 100% recomendado¹³; la dispensación en dosis unitaria individualizada fue el sistema más utiliza-

do (71,2%), pero inferior al estimado en el ámbito hospitalario (83,3%)¹²; y menos del 60% especificó alguna intervención relacionada con el proceso de administración de medicamentos. Por tanto, en líneas generales, no se alcanzan los estándares hospitalarios, considerados referentes y aplicables en CSS. Esta circunstancia es lógica si consideramos que la farmacia hospitalaria está aún en proceso de incorporación a este ámbito asistencial. Así, mientras los procesos de validación farmacéutica y dispensación en dosis unitarias parecen estar consolidados, o en vías de hacerlo, sí parece necesario un mayor esfuerzo en aumentar la implicación de los SF en la administración de los medicamentos, procedimiento relacionado con mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación¹⁰.

Dimensión 3: Desarrollo de la atención farmacéutica

La AFE requiere, para su correcto desarrollo, un acceso completo y ágil a la historia clínica y farmacoterapéutica del paciente, especialmente cuando se atienden pacientes crónicos. De hecho, la historia clínica electrónica única es uno de los grandes retos del sistema sanitario español para garantizar una correcta atención¹⁴. Cabe destacar que el acceso del SF a la historia clínica del CSS fue inferior al acceso a la historia clínica de atención primaria y hospitalaria, lo que se explica porque la mayoría de los casos eran SF-Hosp y porque la historia clínica del CSS estaba en formato papel. Esto refleja la fragmentación aún existente entre estos ámbitos, la falta de integración de la asistencia sanitaria que se presta en los CSS en la estructura sanitaria del sistema de salud, y la dependencia de administraciones no suficientemente coordinadas.

El 75% de los SF consideran que proporcionan el mismo nivel de atención farmacéutica a todos los pacientes atendidos. En los casos en los que no se alcanzó esta situación (25%), el motivo principal fue la disponibilidad limitada de tiempo, situación que, con los datos de la encuesta, se relaciona de forma más estrecha con los SF-Hosp, al tener una parte importante de sus farmacéuticos tareas asignadas no relacionadas con los CSS.

La revisión integral y periódica del tratamiento es una línea estratégica y una necesidad para optimizar la utilización de recursos sanitarios y mejorar los resultados en salud en esta población¹⁵. La mayoría de los SF realizó una revisión periódica del tratamiento, pero solo 22 SF (42,3%) tuvo en cuenta el uso de los medicamentos en el contexto clínico y personal del paciente, nivel de revisión recomendado en pacientes mayores, con multimorbilidad, polifarmacia, frágiles o institucionalizados¹⁶.

La mitad de los SF desarrollaron programas de intervención poblacional dirigidos a grupos de pacientes con características similares que pueden ser subsidiarios de una misma actuación, centrados mayoritariamente en conciliación y desprescripción. Por el contrario, la valoración nutricional y la intervención sobre medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos¹⁷ fueron abordadas por pocos SF (25,0%). La mayoría de estos programas fueron iniciativas de los SF, siendo por consenso del equipo interdisciplinar del CSS en el 53,8%. Si bien este dato puede considerarse bueno, la necesidad de llevar a cabo un abordaje integral obliga a un mayor esfuerzo para potenciar el consenso e implicación del equipo interdisciplinar para garantizar un mayor grado de éxito.

Dimensión 4: Programas de educación sanitaria dirigidos a la población atendida y a los profesionales sanitarios del ámbito asistencial

El conocimiento que el personal de los CSS tiene sobre el uso de los medicamentos contribuye a los errores de medicación (EM), siendo la administración uno de los procesos donde más errores se producen¹⁰. Prácticamente, la totalidad de los SF (94,2%) proporciona información al personal sanitario, en el 89,9% a partir de las consultas recibidas. Por el contrario, los farmacéuticos no participan de forma mayoritaria (36,5%) en programas de formación continuada. Dos posibles causas explicarían esta baja participación: el escaso número de cursos formativos en este ámbito asistencial y el hecho, ya comentado, de que la Farmacia Hospitalaria está en pleno proceso de integración. Así, a la vista de estos datos, los SF deberían promover e incrementar su participación en estos programas para mejorar el conocimiento sobre la utilización correcta y segura de los medicamentos.

Dimensión 5: Desarrollo de programas de valoración nutricional

La malnutrición es un síndrome geriátrico muy prevalente en mayores institucionalizados (1,5-66,5%), tiene una importante repercusión en su morbilidad, requiere un abordaje interdisciplinar¹⁸ y, por tanto, constituye uno de los principales aspectos que se evalúan en la valoración geriátrica integral¹⁹. Para lograr un uso racional, el SF debería participar en todo el proceso (valoración nutricional, indicación y seguimiento) como parte del equipo interdisciplinar (dietista, médico, personal de enfermería). Esto sólo se observó en el 25,0% de los SF, aunque algo más de la mitad (53,8%) participó en la toma de decisiones clínicas relacionadas con su utilización (asesoramiento sobre administración de medicamentos por sonda) y cerca del 80% disponía de una selección consensuada y los dispensaba individualizadamente.

Dimensión 6: Integración en el equipo asistencial del centro

La integración del farmacéutico en el equipo asistencial del CSS es una realidad para muchos SF, y se define como la reunión con el médico y/o enfermería (82,7%). Si bien es un dato que se puede considerar muy positivo, aún es baja (16,3%) la participación activa del farmacéutico en la valoración geriátrica integral. Esta línea de trabajo se constituye como principal herramienta para la valoración multidimensional, la elaboración de un plan integral de tratamiento y seguimiento del paciente crónico²⁰. Así, los mejores resultados se consiguen trabajando de forma integrada en el equipo asistencial²¹⁻²⁴. En este sentido, la participación activa en la valoración geriátrica integral podría considerarse el proceso clave sobre el que desarrollar la actividad asistencial de AFE a esta población²⁵. Las causas que pueden motivar esta baja participación podrían ser la necesidad de desplazarse a los CSS, de compatibilizar los horarios del farmacéutico con la organización del CSS, el requerir un acceso ágil y completo a la información y la posibilidad de que en algunos CSS aún no esté instaurada esta línea asistencial.

Dimensión 7: Gestión interniveles

Las transiciones asistenciales son fuente de acontecimientos adversos en estos pacientes por falta en la continuidad de cuidados y problemas de comunicación/integración entre las estructuras que lo atienden²⁶. La conciliación de la medicación al alta hospitalaria ha demostrado reducir reingresos, visitas a urgencias y rehospitalización por incidentes adversos relacionados con medicamentos (EAM)²⁷. Por tanto, debería ser una intervención prioritaria en esta población. Solamente 22 SF (46,2%) indicaron realizar conciliación. Debido a la fragmentación existente, el hecho de que el farmacéutico que atiende CSS pertenezca al SF-Hosp puede facilitar el desarrollo de esta tarea. De acuerdo con esta situación, se aprecia la iniciativa de los profesionales implicados para paliar esta falta de integración/coordinación y llegar al nivel micro con programas asistenciales con determinadas especialidades médicas o la valoración conjunta de pacientes entre niveles^{28,29}.

Dimensión 8: Indicadores de gestión

Los indicadores de prestación farmacéutica a CSS más utilizados fueron de actividad, centrados en el medicamento, probablemente por ser utilizados en el ámbito hospitalario y por su fácil obtención con los sistemas de información disponibles. Es necesario potenciar su uso, normalizarlos e incorporar nuevos indicadores relacionados con el paciente y la utilización de recursos sanitarios. Esto permitirá evaluar la efectividad y eficiencia de las intervenciones farmacéuticas, efectuar comparaciones y sintetizar la evidencia³⁰. Además, disponer de sistemas de información adecuados resulta imprescindible para registrar las intervenciones y sus resultados.

Dimensión 9: Gestión en seguridad de medicamentos

La población institucionalizada es particularmente vulnerable a los EAM debido a factores relacionados con la organización, los procesos/pro-

cedimientos y las características del entorno, de los profesionales y los pacientes. Los procesos de administración, seguimiento y documentación son críticos en la generación de EM y EAM en este ámbito, a diferencia de la prescripción y dispensación, con tasas muy inferiores¹⁰. Menos de la mitad de los SF (46,2%) disponen de un programa para minimizar los EM, lo que está en línea con otros autores¹² y parece confirmar que la cultura de seguridad en el uso de medicamentos está menos desarrollada que en el hospital. Así, se considera necesario potenciar desde los SF la seguridad en el uso de los medicamentos identificando, interviniendo y formando en los procesos y elementos que mayor repercusión tienen.

Dimensión 10: Investigación

El número de SF que desarrollan líneas de investigación en este ámbito asistencial es muy escaso, siendo el seguimiento nutricional y la desprescripción los aspectos asistenciales más estudiados. La implicación de los SF en tomar la iniciativa, desarrollar y participar en ella tiene un amplio margen de mejora.

La participación del grupo CRONOS aseguró el envío de la encuesta a todos los SF que atienden CSS, pero no hubo respuesta de Cantabria (no hay PFE desde SF), Extremadura (desarrollo limitado) y Madrid que, disponiendo de farmacéuticos especialistas que realizan actividades de AF en CSS, ésta no se realiza desde SF. Al obtener respuestas de todas las CCAA con SF que atienden CSS, entendemos que los hallazgos podrían extrapolarse al conjunto de ellos.

De forma global, los datos recogidos en el presente trabajo permiten confirmar que la PFE en CSS desde SF-Hosp es un hecho en casi toda España, aunque con un grado de implantación y desarrollo heterogéneo. Desde una perspectiva asistencial, se aprecian diferencias importantes en aspectos esenciales como el grado de integración del farmacéutico en el equipo asistencial, la coordinación con otros niveles asistenciales, el desarrollo de un sistema de guía farmacoterapéutica específica para esta población o la gestión de PS, mientras la implicación en el desarrollo de actividades formativas y de investigación aún es muy bajo. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de profundizar más en el modelo asistencial de AFE a implantar en CSS, pero también la constatación de que es posible el desarrollo de una AFE integrada y centrada en la persona en los CSS.

Bibliografía

- Martínez-Velilla N, Aldaz Herce P, Casas Herrero A, Gutiérrez-Valencia M, López Sáez de Asteasu M, Sola Mateos A, et al. Heterogeneity of Different Tools for Detecting the Prevalence of Frailty in Nursing Homes: Feasibility and Meaning of Different Approaches. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(10):898.e1-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.06.016
- Nieto JJ, del Barrio J. Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo. [Internet] Fundación Economía y Salud; 2018 [consultado 05/05/2019]. Disponible en: http://www.fundacioneconomiaysalud.org/wp-content/uploads/Lo-sociosanitario_De-los-casos-reales-al-modelo.pdf
- 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. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 98 (24 de abril de 2012).
- Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, García-Mina Freire M, Santos Ramos B, Albiñana Pérez MS, Delgado Silveira E, et al. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de Situación y Propuesta CRONOS-SEFH [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2013 [consultado 23/09/2018]. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf
- Aliberas J, Catalán A, Pons JMV. Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [consultado 28/11/2018]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2436/modelos_asistenciales_prestacion_farmacautica_sociosanitarios_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Escobar Pérez J, Cuervo Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Av Medición* [Internet]. 2008 [consultado 21/11/2016];6(1):27-36. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Beobide I, Fernández-Villalba EM, Delgado E, Juanes A, Negro E, de la Riva A, et al. Encuesta sobre el proceso de dispensación de medicamentos a centros residenciales y sociosanitarios. Comunicación tipo póster presentada en el 62º Congreso Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; Madrid: España octubre 2017.
- Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Prescribing and transcribing—2016. *Am J Health-Syst Pharm.* 2017;74:1336-52. DOI: 10.2146/ajhp170228
- Tamura BK, Bell CL, Inaba M, Masaki KH. Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. *Clin Geriatric Med.* 2012;28:199-216. DOI: 10.1016/j.cger.2012.01.004
- Al-Jumaili AA, Doucette VR. Comprehensive literature review of factors influencing medication safety in nursing homes: using a systems models. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18:470-88. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.12.069
- Quintana Vargas I, Moreno Miralles A, Tomás Madrid M, Monleón Ruiz M, Montero Bau A, Peris-Martí JF. Abordaje interdisciplinar de la gestión de productos sanitarios en el ámbito sociosanitario. *Farm Hosp.* 2017;41:497-507. DOI: 10.7399/fh.2017.41.4.10738
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Período (2015-2020) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado 28/11/2018]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- Sanjurjo M, Ribas J. 2020. Líneas estratégicas y objetivos. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2011 [consultado 28/11/2018]. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/desarrollo_2020.pdf

Financiación

Este estudio se enmarca dentro del proyecto de investigación MAF-CAS (Prestación Farmacéutica Especializada en Centros Sociosanitarios en España. Modelo de Atención Farmacéutica Centrada en la Persona) financiado a través de las ayudas de investigación y proyectos docentes y asistenciales para grupos de trabajo de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria en la convocatoria 2016-2017.

Agradecimientos

A los miembros del equipo investigador del proyecto MAF-CAS: Patricia Bravo, Idoia Beobide, Ana Bandrés, Dani Sevilla, Virginia Saavedra, M.ª Dolores Martínez, M.ª José Otero, Bernardo Santos.

A Nuria Iglesias, Jesús Martínez y Blanca de la Nogal.

Presentación en Congresos

Este trabajo se presentó en el 63º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria celebrado en Palma de Mallorca del 8 al 10 de noviembre de 2018.

Conflicto de intereses

El presente trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación financiado con ayudas a grupos de trabajo de la SEFH. La financiación se dirige al soporte para la realización del proyecto, pero no se traduce en transferencias de valor a los investigadores, salvo la financiación de la figura de un becario que recae en Isabel Gil Gómez.

Aportación a la literatura científica

Caracterizar la prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España según aspectos determinantes para la mejora de la calidad asistencial.

Contribuir al diseño de un modelo de prestación farmacéutica especializada centrado en la persona e integrado en el ámbito asistencial.

14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 05/05/2019]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
15. Meyer-Masseti C, Meier CR, Guglielmo BJ. The scope of drug-related problems in the home care setting. *Int J Clin Pharm*. 2018;40:325-34. DOI: 10.1007/s11096-017-0581-9
16. National Health System Brent. Clinical Commissioning Group. Medicines Optimisation: Clinical Medication Review – A Practice Guide [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2014 [consultado 05/05/2019]. Disponible en: <https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/08/Brent-CCG-Medication-Review-Practice-Guide-2014.pdf>
17. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 08/12/2018]. Disponible en: https://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf
18. Bell CL, Lee AS, Tamura BK. Malnutrition in the nursing home. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2015;18:1723. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000130
19. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica Integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes [Internet]. Madrid: Coordinación editorial por International Marketing & Communication (IM&C) S. A.; 2006 [consultado 18/12/2018]. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatría/main.html>
20. Abizanda P, Gallego J, Sánchez P, Díaz C. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000;35:261-8.
21. Spinewine A, Fialová D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging*. 2012;29:495-510. DOI: 10.2165/11631720-000000000-00000
22. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, Khan B, Azar J, Boustani M. Systematic Review of Interdisciplinary Interventions in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(7):471-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.02.005
23. Kua CH, Mak V, Lee S. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Metaanalysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):362-72.e11. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.10.026
24. Hazen ACM, de Bont AA, Boelman L, Zwart DLM, de Gier JJ, de Wit NJ, et al. The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: A systematic review. *Res Social Adm Pharm*. 2018;14:228-40. DOI: 10.1016/j.sapharm.2017.04.014
25. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflexión sobre la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios; entendiendo la realidad para cubrir las necesidades. *Farm Hosp*. 2016;40:302-15. DOI: 10.7399/fh.2016.40.4.10430
26. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety (WHO/HIS/SDS/2017.6) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [consultado 26/06/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>
27. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6:e010003. DOI:10.1136/bmjopen-2015-010003
28. Iglesias Barreira R, Albiñana Pérez MS, de la Fuente Fernández I, Taboada López RJ, López Sandomingo L, Rodríguez Legazpi I, et al. Role of teleneurology in health and social centers. *Eur J Clin Pharm*. 2014;16:346-52.
29. Fernández-Villalba E, Peris-Martí J, Mena Rodríguez F, Marraes Lozano S, Quintana M, Martínez-Antequera P. Telemonitorización de pacientes mayores dependientes en tratamiento con anticoagulantes antivitaminas-K coordinado desde un Servicio de Farmacia. Comunicación tipo póster AS-24. Libro de Resúmenes del VI Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico y I Conferencia Nacional de Pacientes Activos; 27-29 de marzo de 2014; Sevilla: S&H Medical Science Service; 2014. p. 220 [consultado 18/12/2018]. Disponible en: <http://vi.congresocronicos.org/documentos/libro-comunicaciones.pdf>
30. Millar AN, Daffu-O'Reilly A, Hughes CM, Alldred DP, Barton G, Bond CM, et al. Development of a core outcome set for effectiveness trials aimed at optimising prescribing in older adults in care homes. *Trials*. 2017;18:175. DOI: 10.1186/s13063-017-1915-6