



ARTÍCULO ESPECIAL

Artículo bilingüe inglés/español

Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en tiempos de COVID-19**Specialized pharmaceutical care in social health centers in the times of COVID-19**Juan F. Peris-Martí¹, Patricia Bravo-José², Carmen Sáez-Lleó²,
Elia Fernández-Villalba¹¹Servicio de Farmacia, Residencia de personas mayores dependientes La Cañada, Valencia, España. ²Servicio de Farmacia, Residencia de personas mayores dependientes Burriana, Castellón, España.**Autor para correspondencia**Juan F. Peris Martí
c/561 s/n
46182 Paterna (Valencia), España.Correo electrónico:
peris_jua@gva.es

DOI: 10.7399/fh.11493

Cómo citar este trabajo

Peris-Martí JF, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, Fernández-Villalba E. Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en tiempos de COVID-19. Farm Hosp. 2020;44(Supl 1):S43-8.

Resumen

La pandemia COVID-19 está teniendo un efecto devastador en las residencias de personas mayores dependientes. La dificultad de la gestión de la crisis se ve agravada por la fragilidad de las personas atendidas y por las propias características del ámbito asistencial, principalmente el hecho de no estar integrado en el sistema de salud.

El objetivo del presente trabajo es describir la atención farmacéutica especializada desarrollada por un servicio de farmacia hospitalario establecido en un centro sociosanitario y, desde una perspectiva más global, analizar las fortalezas y debilidades encontradas desde las diversas experiencias de la farmacia hospitalaria en el conjunto de comunidades autónomas para hacer frente a esta pandemia.

La atención farmacéutica especializada ha aportado rigor en los procesos de validación y revisión de los tratamientos desde una perspectiva integral, maximizando la seguridad y colaborando en el establecimiento del grado de intensidad terapéutica más adecuado a la situación individual de la persona afectada, ha asegurado la disponibilidad de todos los medicamentos necesarios, ha colaborado en la adquisición y gestión de los equipos de protección individual, ha sido capaz de adaptar los procesos de dispensación a la sectorización interna de las residencias y ha facilitado la coordinación entre la residencia y el sistema de salud.

Resulta evidente que la crisis provocada por la COVID-19 ha puesto de relevancia la necesidad de integrar el ámbito sociosanitario en el sistema de salud. Y asimismo, la contribución de la atención farmacéutica especializada en la mejora de la cobertura asistencial y de la coordinación con

Abstract

The COVID-19 pandemic is having a devastating effect on the nursing homes for dependent older people. The difficulty of management of this crisis is aggravated by the frailty of the people served and by the specific characteristics of the care area, mainly the fact of not being integrated into the health system.

The objective of this work is to describe the pharmaceutical care developed by a hospital pharmacy service established in a nursing home and, from a more global perspective, analyze the strengths and weaknesses found from the various experiences of hospital pharmacy in all Spanish autonomous communities to deal with this pandemic.

Specialized pharmaceutical care has provided rigor in the validation and treatments review processes from a comprehensive perspective, maximizing safety and collaborating in the establishment of the therapeutic intensity degree most appropriate to the individual situation, has ensured the availability of all necessary medications, has collaborated in the acquisition and management of personal protective equipment, has been able to adapt the dispensation processes to the internal nursing homes sectorization and has facilitated the coordination between the nursing home and the health system.

It is clear that the crisis caused by COVID-19 has put relevance of the need to integrate the social-health level into the health system. And also, the contribution of specialized pharmaceutical care in improving healthcare coverage and coordination with health services has highlighted the urgency of developing the current legislation, prioritizing the establishment of pharmacy

PALABRAS CLAVEResidencia; Centro sociosanitario; COVID-19; Anciano frágil;
Atención farmacéutica.**KEYWORDS**Nursing home; Social health centers; COVID-19; Frail elderly;
Pharmaceutical care.

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.

los servicios sanitarios ha puesto de manifiesto la urgencia de desarrollar la legislación vigente, priorizando el establecimiento de servicios de farmacia capaces de proporcionar una atención especializada y específica para este ámbito asistencial, de forma que cubra las necesidades asistenciales y quede integrada en la estructura sanitaria.

Introducción: problemática y objetivo

La epidemia en las residencias para personas mayores dependientes

La pandemia COVID-19 está teniendo un efecto devastador en las residencias para personas mayores dependientes (RPM). Así, de acuerdo con los datos comunicados por el Ministerio de Sanidad, a 30 de abril habían fallecido en España 16.649 personas usuarias de estos centros con COVID-19 o sintomatología compatible, lo que supone el 67,84% del total de fallecidos¹.

Además, existe una notable diferencia entre comunidades autónomas (CCAA), de forma similar al impacto general de la epidemia. Partiendo del número de plazas residenciales², el índice estimado de personas institucionalizadas fallecidas resultaba inferior al 0,2% en Canarias ($n = 10$ fallecidos), mientras Andalucía ($n = 459$), Asturias ($n = 162$), Comunidad Valenciana ($n = 462$) o Galicia ($n = 249$) no superaban el 2%; Cataluña ($n = 2.966$), Navarra ($n = 395$), Castilla-La Mancha ($n = 1.944$) y Madrid ($n = 5.811$) alcanzaban, el 5%, 6%, 7% y 12%, respectivamente.

Estos datos son aproximados. No existe una estadística fiable por los diferentes criterios contables utilizados en las CCAA, pero la magnitud de las cifras proporciona una idea clara de la situación considerando además que, salvo excepciones, solo se contabilizaron los fallecidos con prueba diagnóstica positiva.

Características de los centros sociosanitarios en relación con la epidemia

El ámbito asistencial sociosanitario presenta características diferenciales, respecto al hospitalario y domiciliario³, que influyen determinante en los procedimientos de trabajo implantados y los resultados de la epidemia:

- La atención sanitaria prestada no está integrada en el sistema de salud (mayoría de las CCAA).
- Atiende personas frágiles que requieren cuidados complejos.
- El modelo asistencial se centra en la persona, con la valoración geriátrica integral como base para el desarrollo del plan de actuación individualizado⁴.
- Se priorizan las actividades dirigidas a minimizar el grado de discapacidad funcional y cognitiva, aspectos que condicionan el diseño y organización de la residencia.
- La atención farmacéutica es muy dispar, conviviendo modelos de prestación desde oficina de farmacia (la mayoría) y desde servicios de farmacia⁵.

El objetivo del presente artículo es describir la atención farmacéutica especializada (AFE) desarrollada en los centros sociosanitarios (CSS) ante la situación de pandemia por COVID-19, presentando la experiencia del Servicio de Farmacia (SF) de la RPM Burriana, y analizar las fortalezas y debilidades encontradas contando con las experiencias en otras CCAA.

Estrategia desarrollada: atención farmacéutica especializada en una residencia afectada por COVID-19

La RPM Burriana, de titularidad pública, dispone de 190 plazas, 15 de centro de día (edad media 83,7 años [DE: 9,5]; 76% mujeres). El 85% de los usuarios son frágiles (IF-CSS>0,2), el 61% en grado moderado-avanzado⁶. El SF establecido en esta residencia cuenta con dos farmacéuticos especialistas, una enfermera, tres técnicos de farmacia y una administrativa para atender a los 450 usuarios de cuatro CSS.

services able to provide specialized and specific care for this area, so that it meets healthcare needs and is integrated into the health system.

El avance de la epidemia motivó sucesivos cambios en la organización de la residencia y del SF, atendiendo a las recomendaciones de los organismos oficiales⁷. La figura 1 muestra la evolución de la estrategia para prevenir el contagio, la sectorización habilitando distintas zonas para atender a los usuarios según su situación y el sistema de dispensación de medicamentos establecido.

Gestión de personal y redistribución de tareas

La fase 2 de intervención, con casos COVID-19, obligó a reestructurar los turnos de trabajo, estableciéndose dos grupos de técnicos de farmacia y enfermería (turno cada 48 horas) para mantener la capacidad diaria de preparación y dispensación de tratamientos.

Las farmacéuticas redistribuyeron sus funciones. La primera formó parte del equipo COVID-19 para la gestión de la crisis. Participó en la reorganización de la residencia y en la estrategia de prevención, sectorización y diseño de la zona COVID-19. Dirigió la gestión y uso de los equipos de protección individual (EPI), incluyendo la formación a los trabajadores. Se encargó de la atención farmacéutica de los usuarios del otro CSS afectado. La segunda farmacéutica se ocupó, principalmente, de la atención farmacéutica a los pacientes de la RPM Burriana (COVID-19 y no COVID-19) y de los dos CSS no afectados.

La aparición de casos modificó la gestión de compras, aumentando los stocks de determinados medicamentos y fluidoterapia para disponer de los tratamientos más adecuados y evitar desabastecimientos.

Reorganización de la dispensación de tratamientos y productos sanitarios

La distribución de medicamentos y productos sanitarios (PS) en las diferentes zonas habilitadas hubo de reorganizarse (Figura 1):

- Se reevaluó la capacidad de autogestión del tratamiento con sistemas personalizados de dispensación (SPD) para facilitar la atención de los usuarios menos dependientes en sus habitaciones, permitiendo ampliar la distancia interpersonal del resto en el comedor.
- Se redistribuyó la dispensación diaria y semanal en dosis unitaria individualizada, gestionando diariamente las modificaciones en todas las zonas de atención.
- Zona COVID-19:
 - Se diseñó e implantó un depósito de medicamentos (Tabla 1) y otro de PS específico (Tabla 2) con reposición semanal.
 - Se habilitó un carro de dispensación semanal, con gestión diaria de cambios de tratamiento.
 - Se establecieron procesos de desinfección y limpieza de los soportes de dispensación antes de su entrada en el SF y una cuarentena de entre 2-7 días para las unidades devueltas previa a su reutilización⁸.
 - Durante las primeras semanas, la adquisición de EPI se realizó directamente desde el SF hasta el funcionamiento de la vía centralizada departamental, asumiendo desde entonces su gestión interna.

Atención farmacéutica

- La validación y revisión del tratamiento completo de los pacientes COVID-19 se dirigió principalmente a la detección de reacciones adversas e interacciones y a su simplificación, eliminando medicamentos innecesarios e incorporando pautas posológicas más sencillas⁹ (Tabla 3).
- Se mantuvieron reuniones diarias con el equipo médico de la residencia y la unidad de hospitalización domiciliaria para la gestión farmacoterapéutica de los pacientes afectados teniendo en cuenta su estado de fragilidad.

Figura 1. Organización de la Residencia de personas mayores dependientes Burriana en función de la situación de la epidemia.

Fase Intervención	
Fase 0. Organización previa	
Nº plazas: 175 + 15 CD	
Personal Médico: 2 Enfermería (M/T/N): 3 / 2-3/ 1	
Zonas habilitadas (plazas)	SDMDU
Comedor (100)	CDÍA (85) SPD (15)
Salas para pacientes asistidos - Supra asistidos (35) - 2 de asistencia intermedia (30)	CS CS
Habitaciones alta dependencia (10-15)	CS
Sala de agudos (10)	CDÍA
Objetivo asistencial	
VGI => PAI	
Fase 1. Inicio COVID-19 (sin casos activos)	
Nº plazas: 175	
Personal Médico: 2 Enfermería (M/T/N): 3 / 2-3/ 1	
Zonas habilitadas (plazas)	SDMDU
Comedor (80)	CDÍA
Habitaciones usuarios baja dependencia (22)	SPD
Zona COVID: 10 habitaciones para atender a posibles casos (17)	-
Salas para pacientes asistidos - Supra asistidos (35) - 2 de asistencia intermedia (30)	CS CS
Habitaciones alta dependencia (10-15)	CS
Sala de agudos (10)	CDÍA
Objetivo asistencial	
Prevención entrada COVID-19	
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de mascarilla y guantes por parte del personal - Dispensadores de gel hidroalcohólico en cada estancia - Aumento de las distancias entre usuarios - Movilidad restringida entre las zonas - Aumento usuarios SPD tras valoración farmacéutica - Zona COVID: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos y circuitos de trabajo - Depósito de medicamentos y productos sanitarios 	
Fase 2. COVID-19 (con casos activos)	
Nº plazas: 175	
Personal Médico: 2 + 1 (UHD) Enfermería (M/T/N): 3 / 2 / 1; zona COVID (M/T/N): 1 / 1 / 1	
Zonas habilitadas (plazas)	SDMDU
Comedor (26-30)	CDÍA
Habitaciones usuarios baja dependencia (22)	SPD
Habitaciones Planta 1 (15) Habitaciones Planta 2 (25-30)	CDÍA CDÍA
Zona COVID: 17 habitaciones para atender a posibles casos (30 plazas)	CS
Salas para pacientes asistidos - Supra asistidos (35) - 1 de asistencia intermedia (15)	CS CS
Habitaciones alta dependencia (10-15)	CS
Sala de agudos (10)	CDÍA
Objetivo asistencial	
Tratamiento / Disminución riesgo contagio	
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de personal (aportado por Departamento de Salud) - Coordinación gestión COVID con UHD - Zona COVID: <ul style="list-style-type: none"> - Puesta en marcha del Depósito de medicamentos y PS - Comedor: usuarios con dificultad para el confinamiento - Confinamiento gradual y estricto de los usuarios en sus habitaciones 	

CD: Centro de día; (M/T/N): turno de mañana, tarde y noche; CDÍA: carro dispensación en dosis unitaria; CS: carro de dispensación semanal en bandeja de dosis unitarias; PAI: plan de actuación individualizada; RPMD-SF: Residencia Personas Dependientes-Servicio de Farmacia; SDMDU: sistema de dispensación en dosis unitarias; SPD: sistema personalizado de dispensación; UHD: unidad de hospitalización domiciliaria; VGI: valoración geriátrica integral.
Los CS y los SPD se preparan semanalmente y se modifican de forma diaria atendiendo a los cambios de tratamiento.

Fase Intervención

Fase 0. Organización previa a la COVID-19: zonas de atención establecidas, sin restricciones de movilidad, valoración geriátrica integral/plan de actuación individualizado (VGI-PAI) como base de la atención individualizada.

Fase 1. Inicio de la pandemia, sin casos positivos: establecimiento de las medidas preventivas para evitar la entrada y reducir la propagación del SARS-CoV-2 mediante el uso de mascarillas por todos los trabajadores y sólo por usuarios con síntomas (renovación en función de existencias), colocación de dispensadores de gel hidroalcohólico, restricción de la movilidad entre zonas y limitación de las actividades en grupo. Aumenta el número de usuarios atendidos en sus habitaciones para incrementar su aislamiento y la distancia interpersonal en el comedor.

Fase 2. Casos COVID-19 positivos: dirección sanitaria por el Departamento de Salud, en concreto desde la supervisión de un médico de la unidad de hospitalización domiciliaria (UHD) y dotación de personal de enfermería dirigido a la zona COVID que se unió a los sanitarios voluntarios del centro. El personal médico del centro aumenta la atención presencial durante ocho horas diarias el fin de semana. Apertura del servicio de farmacia los fines de semana y festivos por la mañana con una farmacéutica presencial.

- Se realizó una revisión multidisciplinar de los pacientes con síntomas compatibles y se modificaron pautas analgésicas fijas por pautas síncronas para evitar posibles enmascaramientos.

Análisis de fortalezas y debilidades de la atención farmacéutica especializada en los centros sociosanitarios

La heterogeneidad es la principal característica del ámbito sociosanitario. Las decisiones que las administraciones públicas han tomado en relación con la gestión de la pandemia y los modelos de AFE en CSS y su funcionamiento no quedan al margen. No hay una casuística uniforme y las experiencias han sido diferentes en cada caso.

En líneas generales, las consultas realizadas para este trabajo ponen de manifiesto la capacidad de adaptación del SF para hacer frente a las necesidades de los CSS y las dificultades derivadas de la desconexión persistente entre los sistemas de salud y social.

Fortalezas

- Integración de la AFE en los CSS formando parte de los equipos asistenciales y de gestión de la crisis.
- Rigor en la validación/revisión de los tratamientos desde una perspectiva integral: maximizar la seguridad y grado de intensidad terapéutica según la situación del paciente.
- Accesibilidad al tratamiento más adecuado: antivirales, medicamentos de uso hospitalario y de uso paliativo en situación de final de vida.
- Organización de la prestación farmacéutica en los recursos intermedios (por ejemplo, residencias medicalizadas) establecidos para atender a personas afectadas.
- Capacidad de reorganizar y adecuar los sistemas de dispensación en función de la sectorización interna del CSS.
- Formación e información rigurosa a trabajadores de las residencias sobre indicación y manejo del tratamiento específico COVID y de la utilización de EPI.
- Gestión de la adquisición, suministro y protocolos de uso de PS y EPI.
- Interlocución entre la residencia y el sistema de salud (hospital, dirección área, salud pública, etc.).

Tabla 1. Composición del depósito de medicamentos zona COVID

Producto	N*	Producto	N*
NUTRICIÓN		DIGESTIVO Y METABOLISMO	
Espesante neutro	1	Insulina aspart pluma	2
Espesante sabor limón	1	Insulina glargina pluma	4
ANTITÉRMICOS/ANALGÉSICOS		Omeprazol cáps.	30
Metamizol 575 cáps.	10	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	
Paracetamol 1 g comp.	50	Clonazepam 0,5 mg	20
Paracetamol 1 g sobres	50	Diazepam 10 mg comp.	10
Paracetamol 10 mg/ml i.v.	20	Haloperidol sol. 2 mg/ml 30 ml	1
ANTICOAGULANTES		Quetiapina 25 mg comp.	10
Enoxaparina 4.000 UI	20	LAXANTES/ENEMAS	
CARDIOVASCULAR		Lauril sulfato sódico canuletas	15
Captoprilo 25 mg comp.	10	Polietilenglicol sobres	10
ANTIBIÓTICOS		Enema Casen®	3
Azitromicina 500 mg sobres	20	FORMAS TÓPICAS	
Azitromicina 500 mg comp.	20	Crema óxido de zinc 10%	3
Ceftriaxona 1 g i.m.	10		
Ceftriaxona 1 g i.v.	20		
Ciprofloxacino 500 mg cáps.	20		
MEDICACIÓN DE URGENCIAS			
Diazepam 10 mg amp.	5		
Diazepam 10 mg enema	2		
Glucagón 1 mg	1		
Haloperidol 5 mg amp.	1		
Metilprednisolona 20 mg	20		
Metilprednisolona 40 mg	20		

*Las cantidades se modificaron en función del número de personas atendidas.

Debilidades

- Ausencia de protocolos farmacoterapéuticos compartidos entre niveles para esta población.
- Escasa disponibilidad de tecnologías de la información y comunicación (TIC), historia clínica única electrónica y otros recursos telemáticos para mantener la actividad asistencial del farmacéutico a distancia (participación en el plan de actuación individualizado, conexión con el equipo interdisciplinar, revisión farmacoterapéutica, continuidad de cuidados).
- Dificultad en el establecimiento de líneas de suministro eficientes de EPI y de medicamentos específicos COVID y de uso hospitalario en los CSS sin AFE.
- Dificultad para establecer medidas no farmacológicas y deprescripción por la alteración que la sectorización introduce en la práctica asistencial, afectando a la revisión farmacoterapéutica, valoración geriátrica integral y plan de actuación individualizado de los usuarios.
- Dificultad para el desarrollo de una AFE completa por la ausencia de una integración efectiva de la atención sociosanitaria en el sistema de salud.
- El desarrollo parcial o nulo de la AFE en un número elevado de CSS ha dificultado la gestión farmacoterapéutica de la crisis en estos CSS.

Lecciones aprendidas. Aplicabilidad futura a los servicios de farmacia

La desconexión sanitaria y social es real y persistente, ha obligado a la improvisación y retrasado el establecimiento de medidas específicas para proveer una atención acorde a las necesidades. En este sentido, ya iniciada la desescalada del confinamiento, aún no se dispone de una estrategia de futuro para el manejo de la epidemia en los centros sociosanitarios. Si algo ha evidenciado esta crisis es la necesidad de integrar la atención sociosanitaria en el sistema de salud.

Sin ninguna duda, los servicios de farmacia que atienden centros sociosanitarios han contribuido de forma importante a mejorar la calidad asistencial y la coordinación con los servicios sanitarios: la incorporación de la atención farmacéutica en la valoración integral, la evaluación interdisciplinar de los tratamientos desde el rigor científico, la capacidad de adaptación a las necesidades de los pacientes y características de los centros sociosanitarios, la accesibilidad a los medicamentos y la gestión de los productos sanitarios y equipos de protección individual. Por tanto, urge desarrollar el Real Decreto 16/2012 priorizando el establecimiento de servicios de farmacia capaces de desarrollar una atención farmacéutica especializada específica para este ámbito asistencial e integrada en el sistema sanitario. Esto permitiría mejorar la atención y la capacidad para afrontar crisis futuras.

Tabla 2. Composición del depósito de productos sanitarios y fluidoterapia zona COVID

Producto	N°	Producto	N°
AGUJAS/CÁNULAS		EQUIPOS INFUSIÓN	
Aguja 25 x 0,8 mm bioseguridad	50	Llave tres vías con alargadera 10 cm	30
Aguja 40 x 0,8 mm bioseguridad	50	Regulador flujo infusión i.v.	15
Aguja insulina seguridad	100	Sistema infusión 150 cm	90
Cánula i.v. n° 18/20/22	20	Válvula intermitente <i>luer-lock</i>	25
Catéter bioseguridad 24 G	4	ESPARADRAPOS	
APÓSITOS		Papel 10 x 2,5 cm	12
Modulador proteasas	20	Tela 5 x 5 cm	6
Espuma polimérica adhesiva 15 x 20	30	TIRAS Y LANCETAS	
Fijación vías periféricas 6 x 7	50	Lancetas	100
Plata iónica 10 x 10	20	Tiras glucosa	50
Espuma polimérica absorción talones	24	MASCARILLAS	
Espuma polimérica absorbente sacro	5	Gafa oxígeno nasal	30
Estéril con compresa 5 x 7	50	Mascarilla oxígeno 7 concentraciones	30
Hidrocoloide malla 10 x 10	30	MATERIAL AISLAMIENTO	
VENDAS Y GASAS		Bata desechable no estéril	80
Gasa plegada 10 x 5 granel	2.500	Calza verde	150
Gasa estéril 20 x 20	280	Gafa protección estancia	15
Gasa estéril 50 x 50	10	Gel hidroalcohólico 5 l	1
Venda cohesiva elástica 10 x 10	5	Gorro verde desechable	100
Venda crepe algodón	10	Mascarilla papel quirúrgica	250
JERINGAS		Mascarilla protección FFP2	50
Estéril 2 cuerpos 2/5/10 ml	100	Mono impermeable	50
DISPOSITIVOS		Pantalla protectora	10
Glucómetro	1	Guante nitrilo (G)	200
Termómetro láser frente	1	Guante nitrilo (P/M)	400
SOLUCIONES ANTISÉPTICAS		FLUIDOTERAPIA	
Alcohol 70° 1 l	2	Glucosa 5% 1.000 ml	5
Clorhexidina 4% 500 ml	2	Glucosa 5% 500 ml	5
Clorhexidina 2% 30 ml	1	Glucosalino 1.000 ml	40
Cloruro sódico 0,9% 10 ml	20	Glucosalino 500 ml	20
Povidona yodada 500 ml	1	Salino fisiológico 0,9% 100 ml	50
Prontosan®	2	Salino fisiológico 0,9% 1.000 ml	40
OTRO MATERIAL		Salino fisiológico 0,9% 500 ml	10
Bolsa triturador pastillas	100		
Cámara inhalación	2		
Mascarilla para cámara inhalación	2		
Limpiador desinfectante	1		
Gel hidroalcohólico dispensador	3		

*Las cantidades se modificaron en función del número de personas atendidas.

Tabla 3. Revisión de tratamiento en pacientes aislados o con COVID-19

Tratamiento crónico	
Mantener los fármacos considerados esenciales (relación riesgo/beneficio adecuada a objetivo terapéutico y situación clínica)	<ul style="list-style-type: none"> Retirar temporalmente aquellos que pueden suspenderse de forma segura (vitaminas y minerales; bisfosfonatos orales, denosumab, etc.) Revisar la intensidad del tratamiento (hipoglucemiante, antihipertensivo, etc.)
Reevaluar, y suspender cuando sea posible, medicamentos potencialmente inadecuados, atendiendo a objetivo terapéutico y situación clínica	<ul style="list-style-type: none"> Criterios STOPP Criterios STOPP-PAL Mantener fármacos para el control de síntomas si éste es el objetivo
Reevaluar medicamentos que pueden incrementar el riesgo de eventos adversos (retirada, reducción dosis, sustitución)	<ul style="list-style-type: none"> Carga sedante, carga anticolinérgica Fármacos que incrementan el riesgo de neumonía Fármacos que incrementan el riesgo de caídas
Reevaluar dificultades en la administración (autogestión, disfagia, dependencia, enmascaramiento) y maximizar seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Selección sistema de dispensación Adaptación y selección de formas farmacéuticas Preferencia por FF-BD, FF-L y vía transdérmica No nebulizaciones
Racionalizar, optimizar y simplificar pautas posológicas y esquemas horarios de administración	<ul style="list-style-type: none"> Reducir número de tomas (FF-liberación modificada, principios activos de administración una vez al día) Agrupar la administración de medicamentos para reducir los "pases" para administración
Tratamiento específico para la COVID-19	
Revisión interacciones/contraindicaciones/precauciones	<ul style="list-style-type: none"> Intervención sobre el tratamiento crónico

FF-BD: formas farmacéuticas bucodispersables o flas; FF-L: formas farmacéuticas líquidas, jeringas orales.

Agradecimientos

A los farmacéuticos que han colaborado en este artículo trasladando su experiencia en la atención en centros sociosanitarios: Idoia Beobide Telle-

ria, Cecilia Calvo Pita, María García-Mina Freire, Nuria Iglesias Álvarez, Maite Llanos García, Virginia Saavedra Quirós y Daniel Sevilla Sánchez.

Bibliografía

- Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos. RTVE. Madrid: Corporación de Radio y Televisión Española [consultado 30/04/2020]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20200512/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
- Abellán-García A, Aceituno-Nieto MP, Ramiro-Fariñas D. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril 2019. Madrid, Informes Envejecimiento en red n.º 24. Fecha de publicación: 31/10/2019 [consultado 30/04/2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>
- López R, López JA. La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(Supl 1):2-4. DOI: 10.1016/S0211-139X(07)73581-3
- Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing.* 2019 Jul 1;48(4):498-505. DOI: 10.1093/ageing/afz021
- Fernández-Villalba EM, Gil-Gómez I, Peris-Martí 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. DOI: 10.7399/fh.11248
- Peris-Martí JF, Parro-Martín MA, Fernández-Villalba E, Bravo-José P. Aproximación al desarrollo de un índice de fragilidad basado en la valoración integral geriátrica en centros sociosanitarios. *Farm Hosp.* 2018;42(4):159-62. DOI: 10.7399/fh.10953
- Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 78 (21 de marzo de 2020).
- ISMP Medication Safety Alert! *Acute Care.* 2020;25(7)(Supl):S1-3 [consultado 18/04/2020]. Disponible en: <https://ismp.org/sites/default/files/newsletter-issues/20200416.pdf>
- Brandt N, Steinman M. Optimizing medication management during the COVID-19 pandemic: Implementation guide for post-acute and long-term care. Maryland: University of Maryland, School of Pharmacy, The Peter Lamy Center on Drug Therapy and Aging; 2020 [consultado 15/04/2020]. Disponible en: <https://www.pharmacy.umaryland.edu/PALTC-COVID19-MedOpt>