

## JORNADAS 2013

DE ACTUALIZACIÓN  
EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA  
AL PACIENTE  
CON PATOLOGÍAS VÍRICAS

9-10 de mayo, 2013  
Madrid

Solicitada acreditación formación continuada SNS

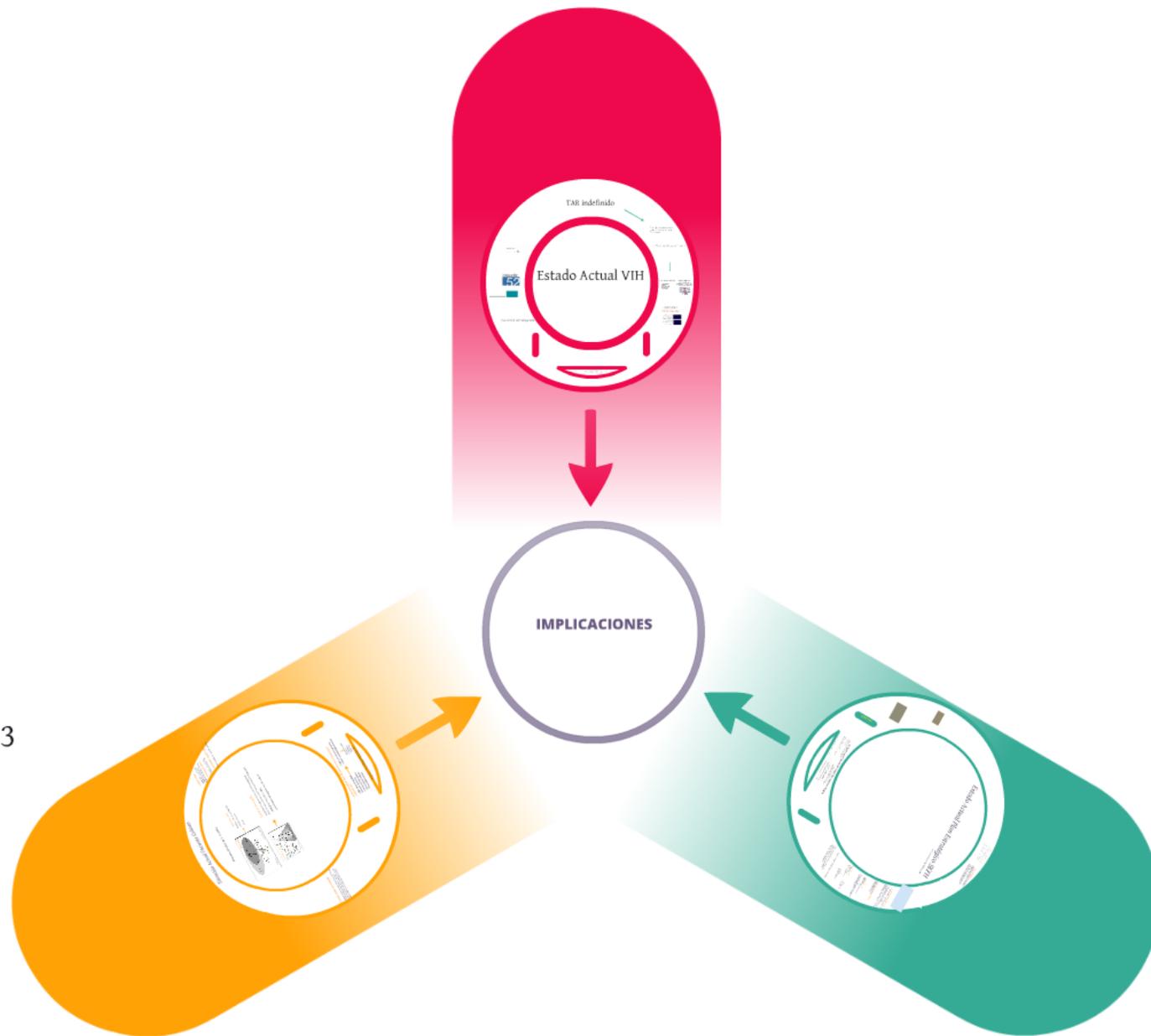
Hotel NH Paseo de la Habana  
Paseo de la Habana, 73  
28036 - Madrid



Ramón Morillo  
@morilloverdugo  
Madrid, 10 Mayo-2013



Consulta de Atención Farmacéutica  
Patologías Víricas



# Implicaciones plan estratégico paciente crónico SEFH sobre la A.F patologías víricas

## JORNADAS 2013

DE ACTUALIZACIÓN  
EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA  
AL PACIENTE  
CON PATOLOGÍAS VÍRICAS

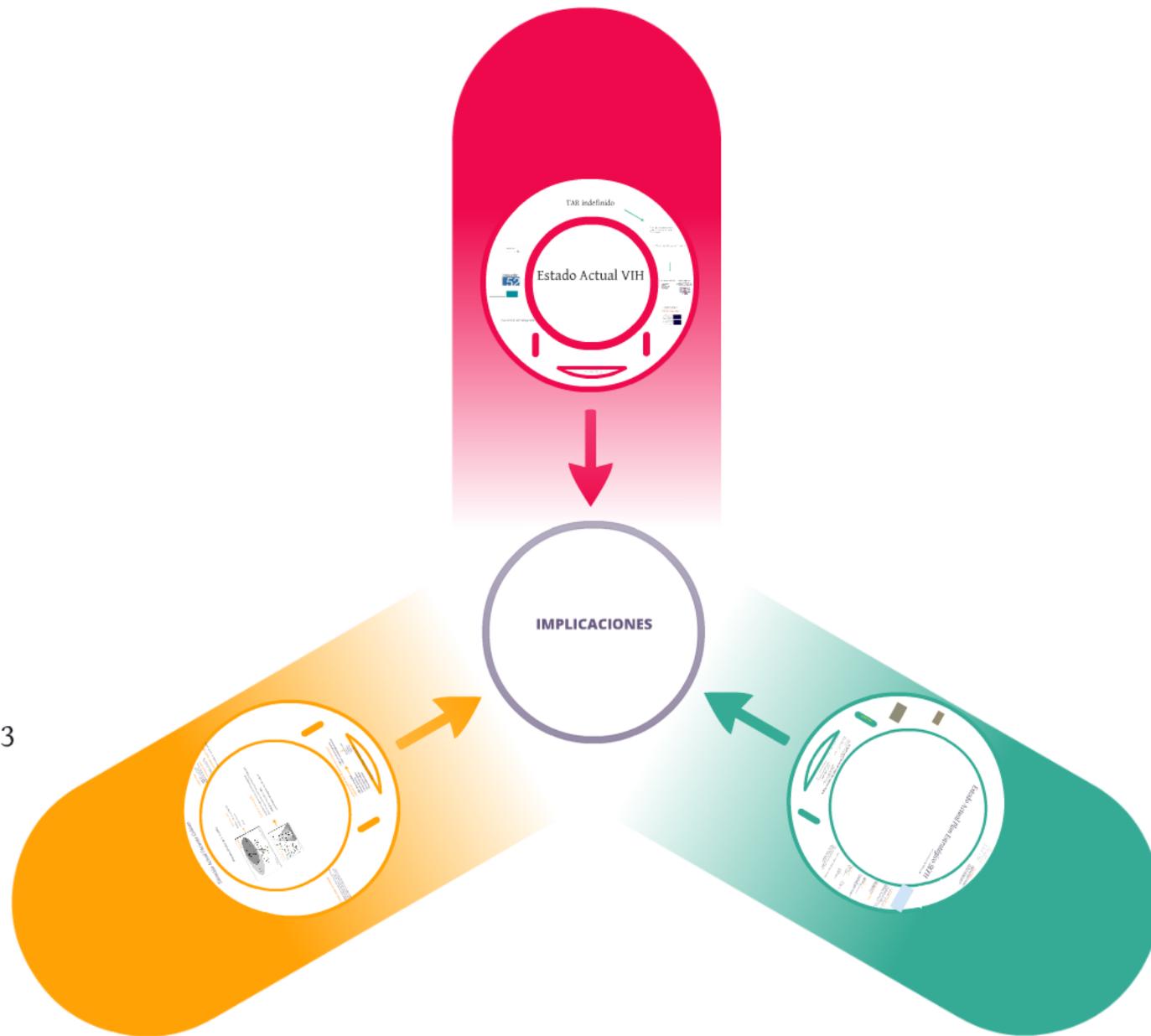
9-10 de mayo, 2013  
Madrid

Solicitada acreditación formación continuada SNS

Hotel NH Paseo de la Habana  
Paseo de la Habana, 73  
28036 - Madrid



Ramón Morillo  
@morilloverdugo  
Madrid, 10 Mayo-2013



# Implicaciones plan estratégico paciente crónico SEFH sobre la A.F patologías víricas



TAR indefinido



- Implicaciones adherencia
- Aparición de resistencias
- Toxicidades

Efectos Adversos que disminuyen

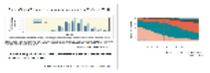


- Efectos adversos que se incrementan
- Neuropatía periférica
  - Diarrea
  - EEL (acidosis láctica)
  - Disminución de HDL
  - Neutropenia
- VII: Efectos adversos incrementados
- Efecto adverso más frecuente
  - Efecto adverso más grave
  - Efecto adverso más mortal
- 

Supervivencia

- Cambios importantes en las causas de muerte de las personas infectadas por el VIH (Informe OVI 2015)
- Aumento de la supervivencia
  - Disminución de la mortalidad por causas relacionadas con el VIH
  - Aumento de la mortalidad por causas relacionadas con el VIH
  - Aumento de la mortalidad por causas relacionadas con el VIH
- 

# Estado Actual VIH



La población VIH esta envejeciendo

Gracias por su atención. Si desea más información, contacte con nosotros.



TAR indefinido

- 
- Implicaciones adherencia
  - Aparición de resistencias
  - Toxicidades

# Efectos Adversos que disminuyen



Gastrointestinales



R. Cutáneas



Lipohipertrofia



Lipoatrofia



Nefrolitiasis



E. Retinoides



T. Pigmentación



Lipoatrofia



# Efectos adversos que se incrementan

- Neuropsiquiátricos
  - Dislipemia
  - Enf. Cardiovascular
  - Disminución D.M.O
  - Nefrotoxicidad
-



Efectos adversos que se incrementan

- Neuropsiquiátricos
- Dislipemia
- Enf. Cardiovascular
- Disminución D.M.O
- Nefrotoxicidad



VIH Enfermedad inflamatoria

- Con afectación multiorganica (riñón, hígado, ECV, cerebro, SNC, hueso....)
- Con neoplasias no definitorias SIDA

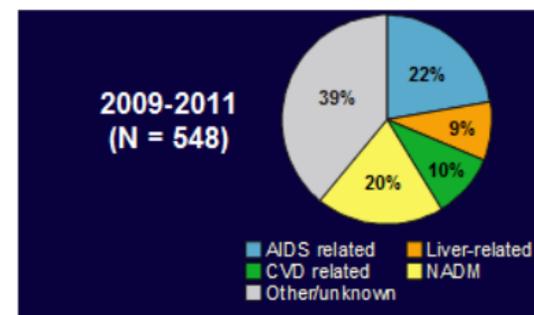
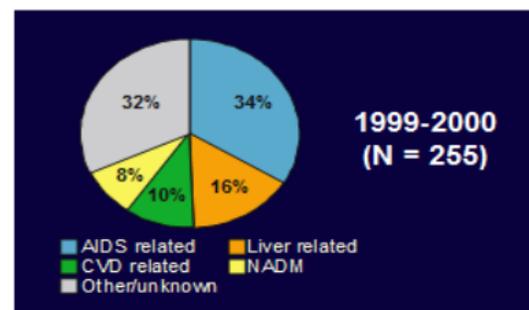


# Supervivencia

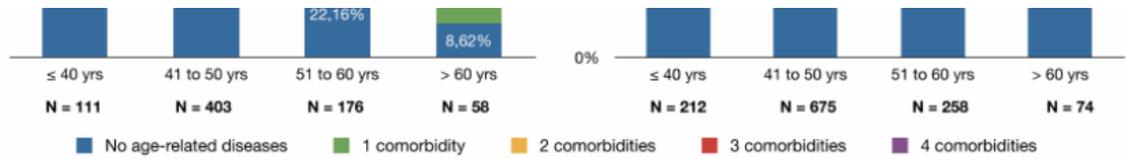
## Cambios temporales en las causas de muerte de los pacientes infectados por el VIH (Cohorte D:A:D)

- 3802 muertes en 49.734 VIH+ (304.695 p-año; TI: 12,5/1000 p-a [IC 95%12.1-12.9]).
- La proporción de muertes por sida cayó durante el periodo 2009-2011 respecto al 1999-2000, fundamentalmente debido a un incremento de linfocitos CD4+.
- La proporción de muertes por neoplasias no-definitorias de sida se incrementó en el periodo 2009-2011.

Weber R, et al. AIDS 2012. Abstract THAB0304.



La población VIH esta envejeciendo



Guaraldi et al. CROI 2010

Entre 2001 y 2005 se duplicó el número de personas VIH+ ≥ 50 años en EE.UU.

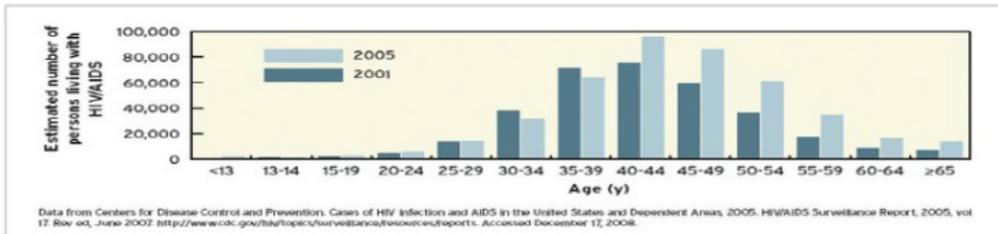
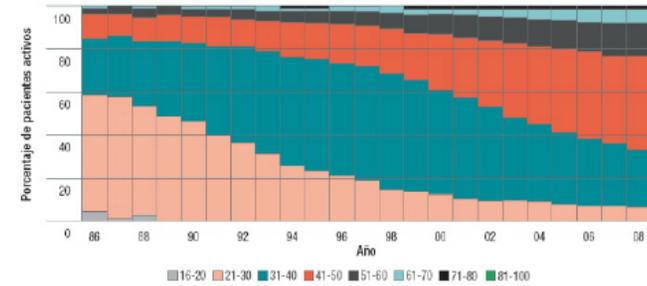


FIGURE 1. The most recent data show that the largest groups of persons living with HIV/AIDS are aged 40 to 44 years and 45 to 49 years. Although most age groups show an increase in the number of persons living with HIV/AIDS, the number of those who are older than 50 years has nearly doubled.

Luther et al. *Clin Geriatr Med* 2007.

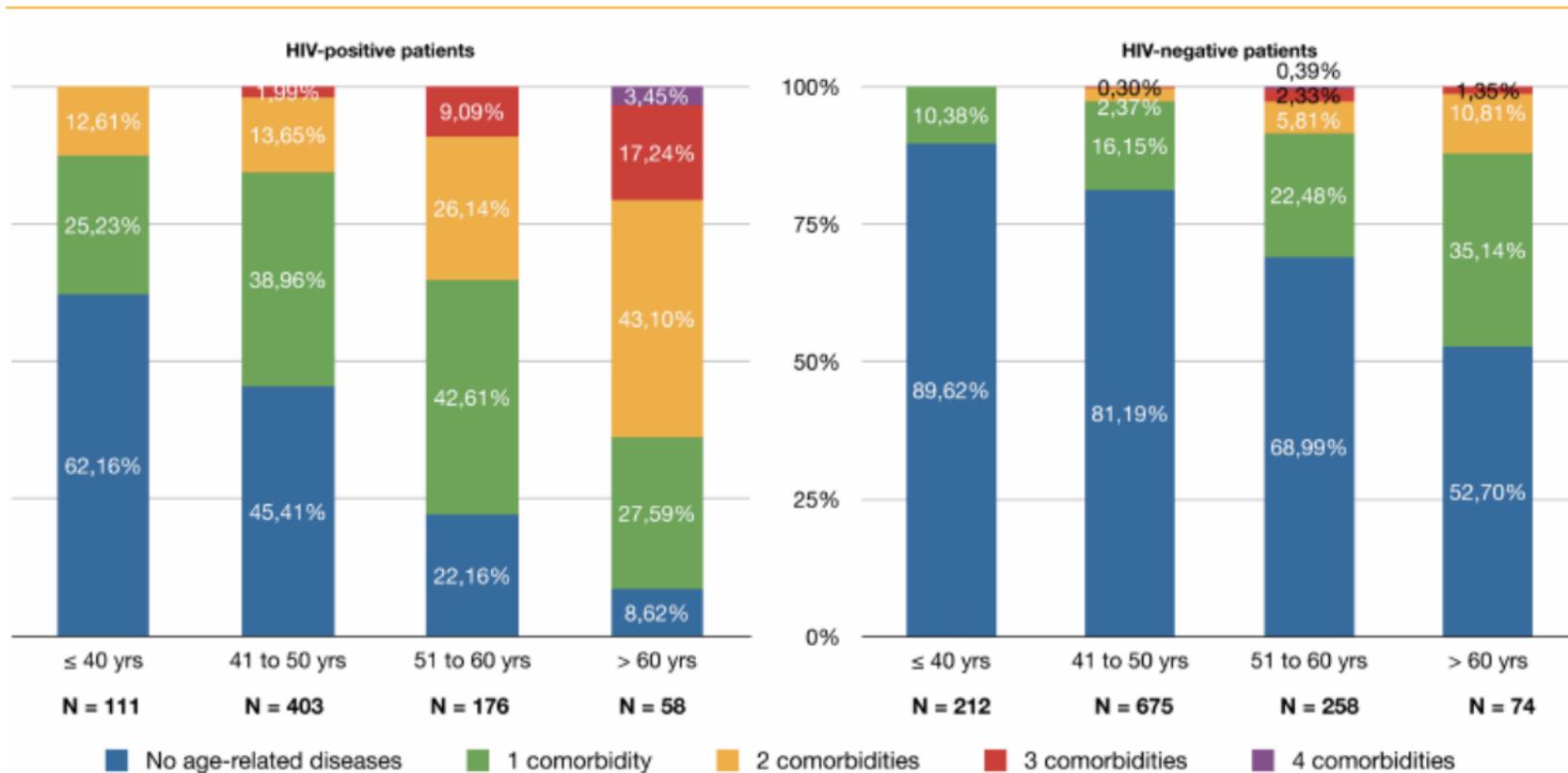
En 2015 el grupo de edad ≥50 años representará la mitad de todas las personas infectadas por el VIH en EEUU.

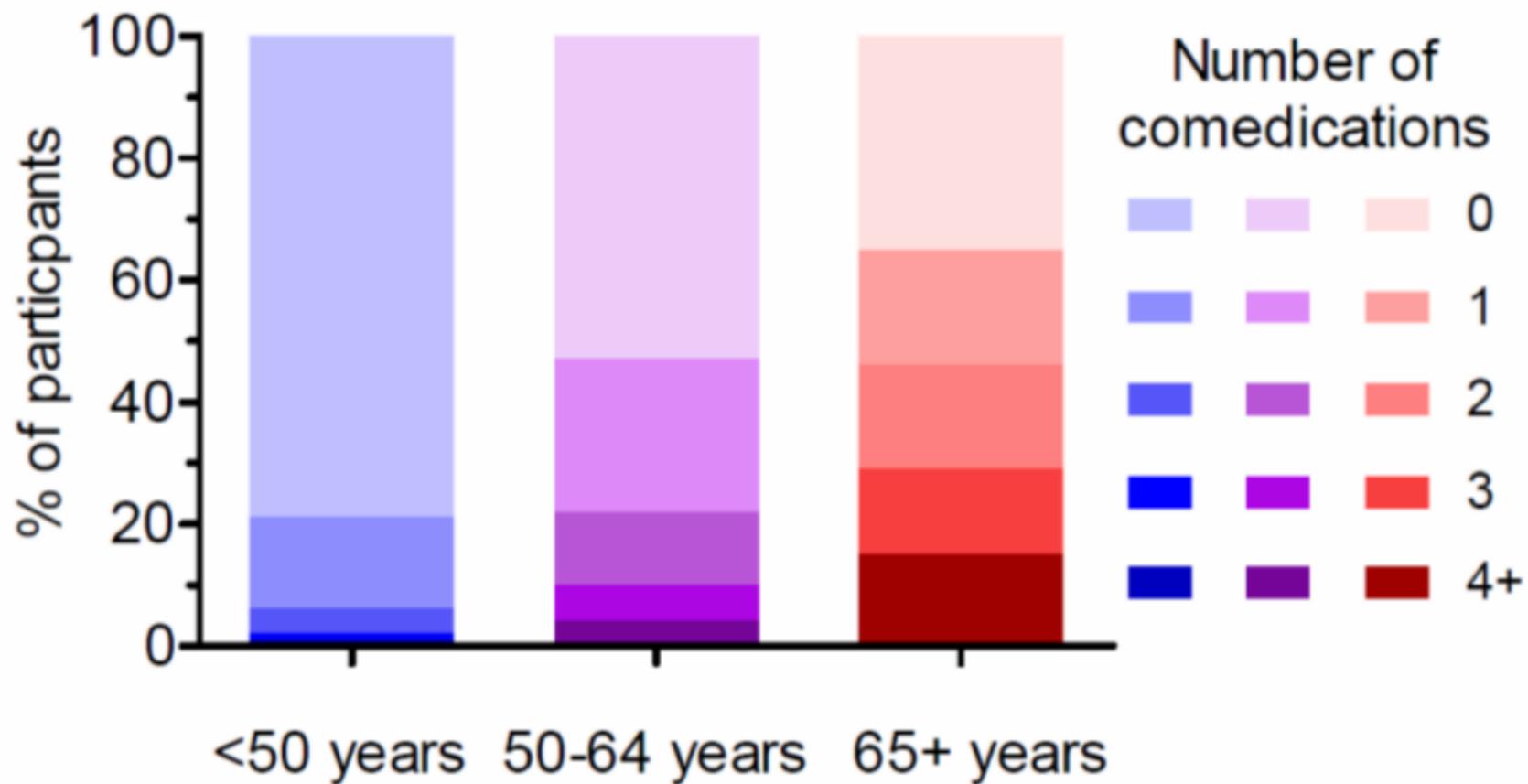
GMHC Report: *Growing older with the epidemic. Aging and HIV.*



Realizada con datos de la *Swiss HIV Cohort Study*.  
www.shcs.ch/html

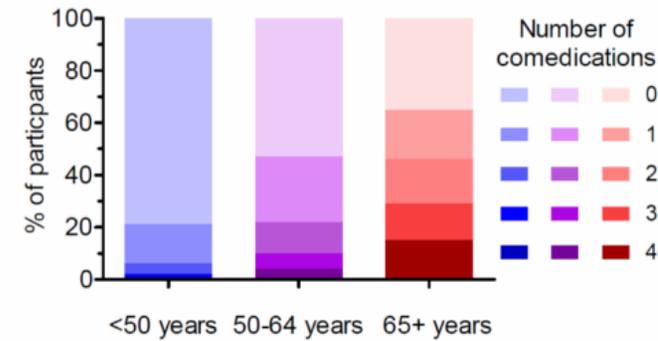
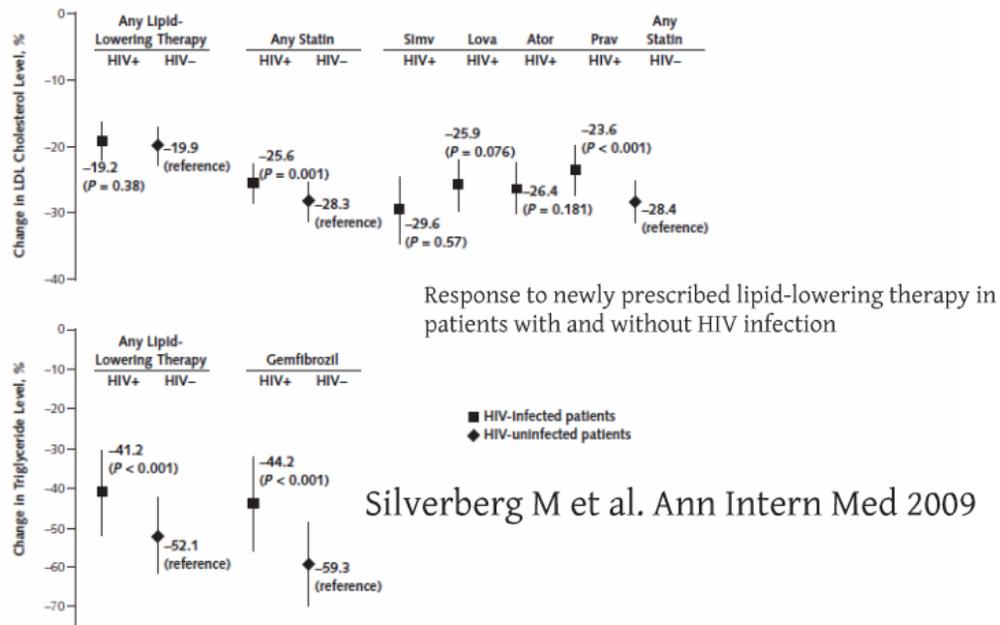
# Prevalencia de comorbilidades en función del VIH y la edad





Marzolini C, et al. Antivir Ther 2010; 15:413-423.

Figure 3. Adjusted percentage changes in LDL cholesterol and triglyceride levels within 12 months of lipid-lowering therapy.



Marzolini C, et al. Antivir Ther 2010; 15

TAR indefinido

Estado Actual VIH

-Implicaciones adherencia  
-Aparición de resistencias  
-Toxicidades

Efectos Adversos que disminuyen



Impacto adverso que se incrementa

- Infecciones oportunistas
- Infecciones bacterianas
- Infecciones víricas
- Infecciones fúngicas
- Infecciones parasitarias

Impacto adverso que disminuye

- Infecciones bacterianas
- Infecciones víricas
- Infecciones fúngicas
- Infecciones parasitarias

Supervivencia



La población VIH esta envejeciendo

Actualización de la Guía de Práctica Clínica

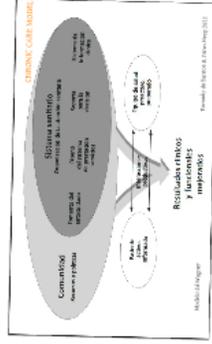
## Evolución histórica de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente VIH



1987-95	1996-2005	2006-2011	Actualidad
TAR Subóptimos	Triple terapia	Combos	<i>1. Optimización total de la farmacoterapia</i>
<i>1. Eficacia</i>	<i>1. Tolerabilidad</i> <i>2. Eficacia</i>	<i>1. Conveniencia</i> <i>2. Tolerabilidad</i> <i>3. Eficacia</i>	<i>2. Conveniencia</i> <i>3. Tolerabilidad</i> <i>4. Eficacia</i>

# Situación Actual Paciente Crónico

## Abordaje mundial de la situación



**OTROS MODELOS DE ATENCIÓN**  
 Innovative Care for Chronic Conditions (I4C2-2007)  
 Expanded Chronic Care Model  
 Coordinated Care

**Impacto Actual**  
 -60% Muertes a nivel mundial  
 -70% Gasto sanitario actual  
 -90% Consultas Atención primaria

**Reputación Social**  
 Principal causa de mortalidad por  
 enfermedades crónicas  
 https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chronic-diseases

**Alto impacto-Sostenibilidad**  
 Seguro -> patologías 6 veces coste-Iparrategui

## Iniciativas en España

Proceso sistémico integrado de Atención paciente pluripatológico (2003)  
 Estándares y recomendaciones para las unidades de pacientes pluripatológicos (2009)  
 Estrategia de Crónicos de Euskadi  
 Proceso asistencial integrado crónicos Andalucía



## Sistema sanitario No preparado:

- Modelo asistencial antiguo y poco aislado enfermedades
- Conocimiento actual de eficacia y seguridad de fármacos
- Falta integración asistencia y coordinación pacientes
- No orientación hacia participación activa pacientes

## Características diferenciales del paciente crónico pluripatológico\* (Influencia VIH)

- Mayor tasa mortalidad
- Deterioro funcional
- Frecuencia hospitalaria
- Uso urgencias médicas
- Toma medicamentos

Mayor uso recursos sanitarios  
 Gestión sistematizada asistencia

- Farmacoterapéutico funcional
- Psicofarmacológico
- Sociofamiliar

\* Características de 1.1. más enfermedades crónicas que duran un año o más y por lo menos de 5 enfermedades crónicas en 10 años de actividad laboral



# *Situación Actual Paciente Crónico*

Abordaje mundial de la situación

## *Impacto Actual*

- 60% Muertes a nivel mundial
- 70% Gasto sanitario actual
- 80% Consultas Atención primaria

## *Repercusión Social*

- Principal causa discapacidad 2020
- Incidencia duplicada (>65 años) 2030

## *Alto impacto-Sostenibilidad*

Gasto >2 patologías 6 veces Gasto=1patología

*Características diferenciales del paciente crónico pluripatológico\*  
(influencia VIH)*

- Mayor tasa mortalidad
- Deterioro funcional
- Frecuencia hospitalaria
- Uso urgencias médicas
- Toma medicamentos



*Mayor uso recursos sanitarios  
Gestión sistematizada asistencia*



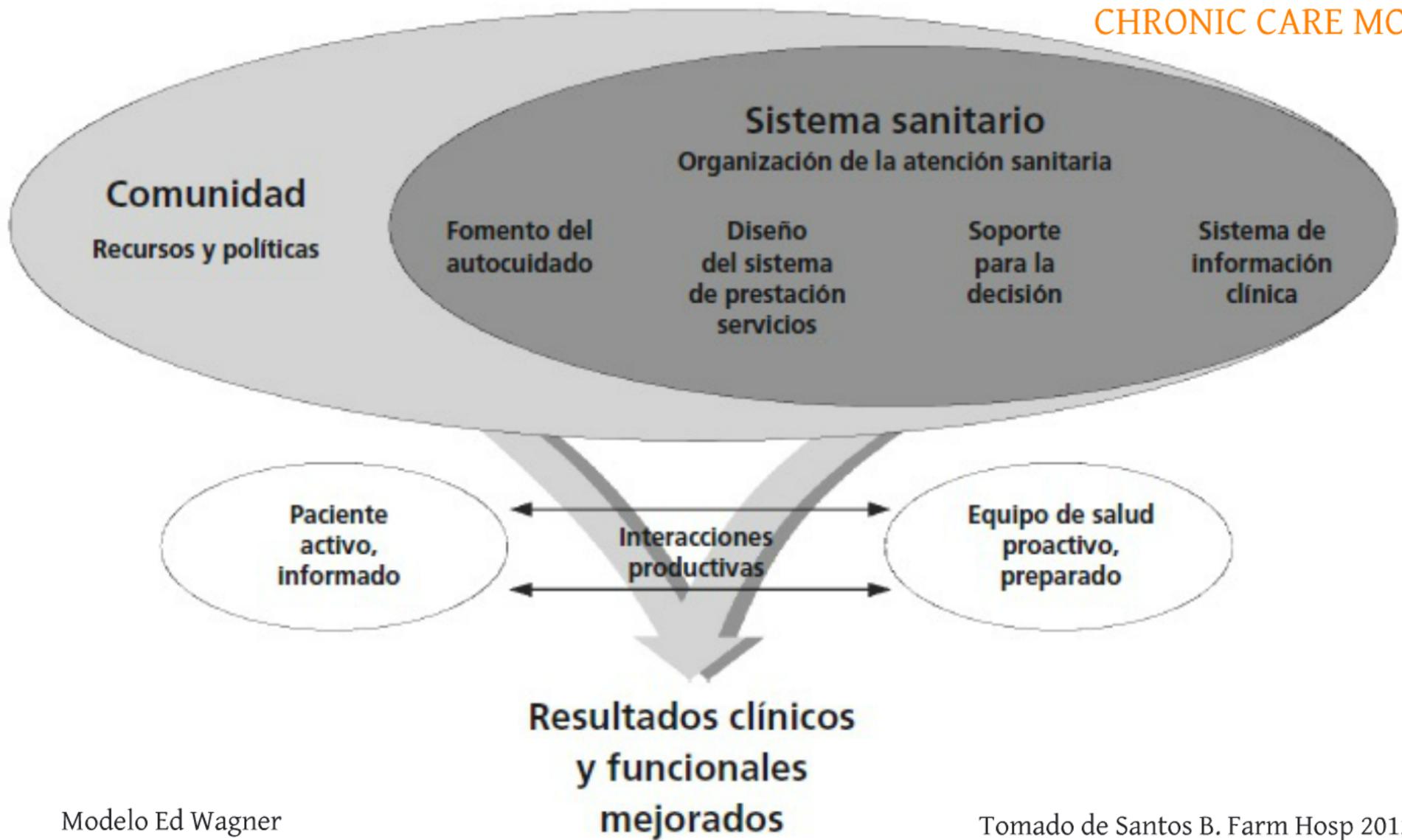
*Farmacoterapeutico  
Funcional  
Psicoafectivo  
Sociofamiliar*

*\*Coexistencia de 2 o mas enfermedades crónicas, que duran un año o mas y que precisan de asistencia medica continuada y/o limitan las actividades diarias*

## *Sistema sanitario No preparado:*

- Modelo asistencial agudos y trato aislado enfermedades*
- Conocimiento aislado de eficacia y seguridad*
- Falta integración asistencial y coordinación pacientes*
- No orientación hacia participación activa pacientes*

CHRONIC CARE MODEL



Modelo Ed Wagner

Tomado de Santos B. Farm Hosp 2012

# OTROS MODELOS DE ATENCION

Innovative Care for Chronic conditions (OMS-2002)

Expanded Chronic Care Model

Guided Care

# Modelo Kaiser Permanente

**Gestión de la población**  
Algo más que asistencia y gestión de casos

## Nivel 3

Cuando los pacientes presentan más de una enfermedad crónica, los cuidados que precisan llegan a ser desproporcionadamente más complejos y difíciles para ellos, y también para gestionar por el sistema sanitario. Este nivel precisa una gestión de casos, con un profesional (habitualmente una enfermera) que gestiona activamente y coordina los cuidados de estos pacientes.

## Nivel 2

La gestión de la enfermedad, en la que un equipo multidisciplinar proporciona una asistencia de alta calidad basada en la evidencia, suele ser adecuada para la mayoría de los pacientes de este nivel. Implica una gestión proactiva de los cuidados, siguiendo protocolos consensuados y guías clínicas para el tratamiento de enfermedades específicas. Se sustenta en buenos sistemas de información, planificación de cuidados e historia clínica electrónica compartida.

## Nivel 1

Con el soporte correcto, muchos pacientes pueden aprender a ser partícipes de sus propios cuidados, viviendo con y tratando su enfermedad. Esto puede ayudarles a prevenir complicaciones, retrasar la progresión de la enfermedad y evitar posteriores complicaciones. La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas entran en esta categoría, así que incluso pequeñas mejoras suponen un gran impacto.



Adaptado de Santos B. Farm Hosp 2012

# Iniciativas en España

Proceso asistencial integrado de Atención paciente pluripatológico (2002)

Estandares y recomendaciones para las unidades de pacientes pluripatológicos (2009)

Estrategia de Crónicos de Euskadi

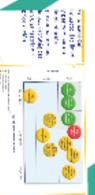
Proceso asistencial integrado crónicos Andalucía

Elaboración de un modelo de farmacia hospitalaria que permita la gestión de la farmacia hospitalaria de forma eficiente y eficaz, con el fin de mejorar la calidad de la atención farmacéutica y la seguridad del paciente.

**Objetivo del Proyecto**  
 El objetivo principal del proyecto es diseñar un modelo de farmacia hospitalaria que permita la gestión de la farmacia hospitalaria de forma eficiente y eficaz, con el fin de mejorar la calidad de la atención farmacéutica y la seguridad del paciente.

1	Definición de los objetivos del proyecto
2	Identificación de los actores y stakeholders
3	Definición de los procesos de la farmacia hospitalaria
4	Definición de los recursos de la farmacia hospitalaria
5	Definición de los indicadores de la farmacia hospitalaria

1	Definición de los objetivos del proyecto
2	Identificación de los actores y stakeholders
3	Definición de los procesos de la farmacia hospitalaria
4	Definición de los recursos de la farmacia hospitalaria
5	Definición de los indicadores de la farmacia hospitalaria



# Estado Actual Plan Estratégico SEFH

con la colaboración de Abbvie y PwC

1	Definición de los objetivos del proyecto
2	Identificación de los actores y stakeholders
3	Definición de los procesos de la farmacia hospitalaria
4	Definición de los recursos de la farmacia hospitalaria
5	Definición de los indicadores de la farmacia hospitalaria

1	Definición de los objetivos del proyecto
2	Identificación de los actores y stakeholders
3	Definición de los procesos de la farmacia hospitalaria
4	Definición de los recursos de la farmacia hospitalaria
5	Definición de los indicadores de la farmacia hospitalaria

El objetivo principal del proyecto es diseñar un modelo de farmacia hospitalaria que permita la gestión de la farmacia hospitalaria de forma eficiente y eficaz, con el fin de mejorar la calidad de la atención farmacéutica y la seguridad del paciente.

## 10 claves para el diseño del modelo Farmacia hospitalaria

1. Definición de los objetivos del proyecto  
 2. Identificación de los actores y stakeholders  
 3. Definición de los procesos de la farmacia hospitalaria  
 4. Definición de los recursos de la farmacia hospitalaria  
 5. Definición de los indicadores de la farmacia hospitalaria



### Experiencias de estratificación Farmacia

Chronic Medication Service (España)  
 ASHP (redacción ringier) (USA)  
 Pharmacy Guild (Australia)



#### OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN

Punto de partida para llevar a cabo acciones enfocadas a la mejora en la atención al paciente crónico por parte de la farmacia hospitalaria.

Fomentar la cooperación entre los distintos niveles de farmacia y otros agentes que comparten interés en la mejora de la gestión del paciente crónico.

Favorecer el cambio cultural entre los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, de forma que se impliquen activamente en la gestión de estos pacientes.

Contribuir al posicionamiento de la Farmacia Hospitalaria como polo de excelencia dentro de la organización del hospital.

#### Evolución inicial del proyecto (2012)

1-Diagnóstico de situación de la farmacia hospitalaria en relación con las estrategias de crónicos y se plantearon una serie de recomendaciones orientadas a visualizar la situación ideal

2-Análisis DAFO

3-Análisis CAME para identificar estrategias ofensivas, defensivas, de reorientación y de supervivencia que debería emprender la farmacia hospitalaria en relación con la atención al paciente crónico

EJE 1	Capacitación y competencias profesionales	
EJE 2	Operación integrada en el sistema de atención, como herramienta del equipo médico de atención	
EJE 3	Atención de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria con otros profesionales y centros sanitarios	
EJE 4	Formación e innovación	
EJE 5	Investigación e innovación	
EJE 6	Proteccionismo y comunicación	

# Estado Actual Plan Estratégico SEFH

con la colaboración de Abbvie y PWC

## *OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN*

*Punto de partida para llevar a cabo acciones enfocadas a la mejora en la atención al paciente crónico por parte de la farmacia hospitalaria.*

*Fomentar la cooperación entre los distintos niveles de farmacia y otros agentes que comparten interés en la mejora de la gestión del paciente crónico.*

*Favorecer el cambio cultural entre los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, de forma que se impliquen activamente en la gestión de estos pacientes.*

*Contribuir al posicionamiento de la Farmacia Hospitalaria como polo de excelencia dentro de la organización del hospital.*

## Evolución inicial del proyecto (2012)

*1-Diagnóstico de situación de la farmacia hospitalaria en relación con las estrategias de crónicos y se plantearon una serie de recomendaciones orientadas a visualizar la situación ideal*

*2-Análisis DAFO*

*3-Análisis CAME para identificar estrategias ofensivas, defensivas, de reorientación y de supervivencia que debería emprender la farmacia hospitalaria en relación con la atención al paciente crónico*

**EJE 1**

Capacitación y competencias profesionales



**EJE 2**

Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención



**EJE 3**

Alianzas de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria con otros profesionales y con los pacientes



**EJE 4**

Herramientas e información



**EJE 5**

Investigación e innovación



**EJE 6**

Posicionamiento y comunicación



# Eje 2 y líneas de actuación

## 2

### EJE 2

#### Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención



#### LA3

Impulsar la identificación y estratificación de pacientes crónicos en el entorno de la farmacia hospitalaria en coherencia con los sistemas de estratificación de pacientes crónicos desarrollados en las distintas CCAA

##### Objetivos de la LA:

Identificar a los pacientes crónicos que se encuentren en estadios que requieran objetivos y estrategias definidas de actuación por parte de la farmacia hospitalaria, en coherencia con los modelos existentes.

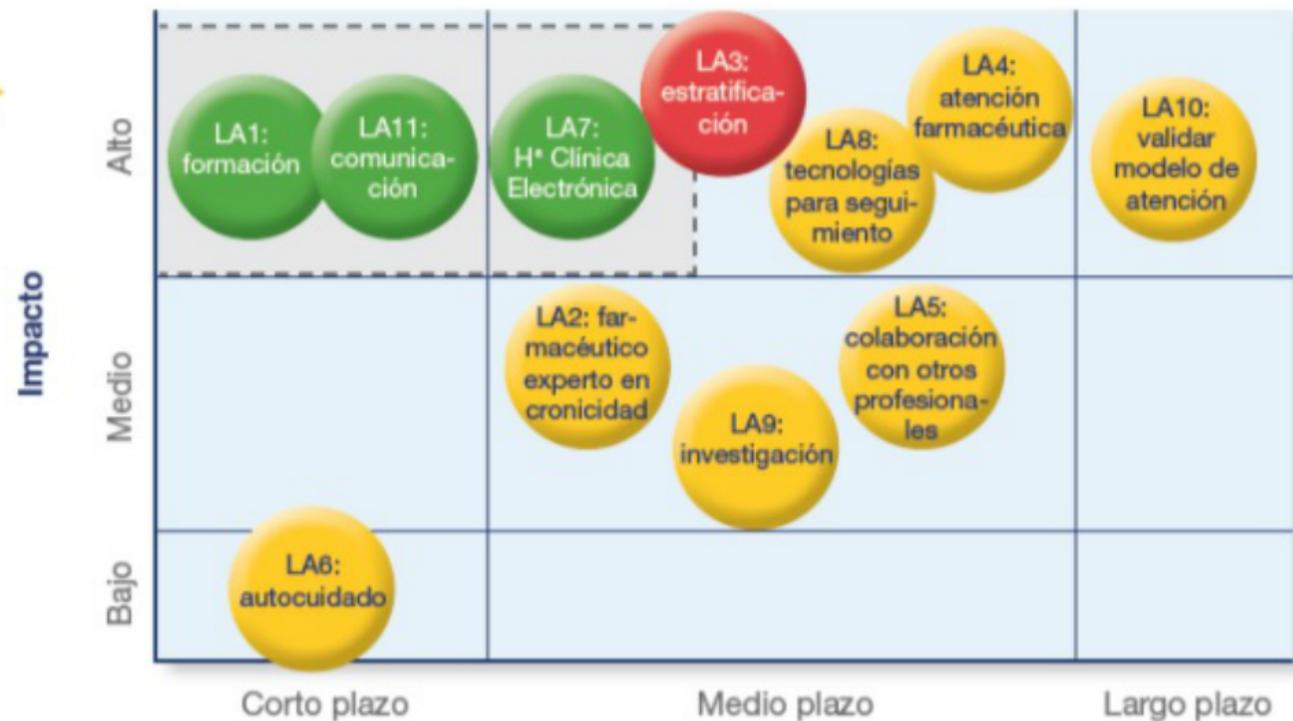
#### LA4

Desarrollar el modelo de atención farmacéutica para el paciente crónico emprendiendo acciones específicas para cada tipología de paciente identificado

##### Objetivos de la LA:

- Proporcionar una mejor atención a los pacientes estableciendo patrones de actuación diferentes para los distintos grupos de pacientes.
- Evaluar resultados de impacto de esas acciones en pacientes específicos, así como su impacto económico en el sistema de salud.
- Garantizar la seguridad en la atención farmacéutica a los pacientes crónicos, que incluye como pilares fundamentales la adherencia, adecuación y conciliación de los tratamientos.

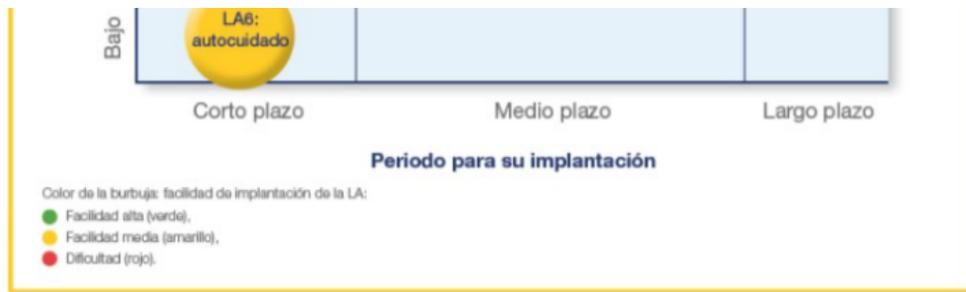
En función del impacto, facilidad y periodo para su implantación posicionamos las líneas estratégicas en una matriz de priorización



Color de la burbuja: facilidad de implantación de la LA:

- Facilidad alta (verde),
- Facilidad media (amarillo),
- Dificultad (rojo).

en una matriz de  
priorización



### *Consideraciones para llevar a cabo el modelo de estratificación*

*1-Desarrollo del modelo de estratificación: ¿qué queremos medir/ evitar?*

*Objetivo más común: medir/ evitar el riesgo de reingresos hospitalarios*

*Las razones para medir el riesgo son dos principalmente:*

*o Ajustar por riesgo los recursos necesarios para la atención de los pacientes-  
planificación.*

*o Identificar pacientes en los que una adecuada intervención incrementaría la  
calidad de los cuidados y prevendría futuros eventos.*

### *Condicionantes de identificación de pacientes con elevado riesgo:*

*o La escala temporal en la que se quiere medir.*

*o El objetivo de medir el riesgo*

*calidad de los cuidados y prevendría futuros eventos.*

*Condicionantes de identificación de pacientes con elevado riesgo:*

- o La escala temporal en la que se quiere medir.*
- o El objetivo de medir el riesgo.*
- o La información de la que dispongamos.*

*o La información de la que dispongamos.*

*Tipos de modelos de estratificación:*

*o Modelos no predictivos*

*o Modelos predictivos basados en regresiones estadística*



*La aproximación a la estratificación de pacientes será diferente dependiendo de si se realiza para la población en general (caso País Vasco) o para un servicio clínico en particular (caso SEFH).*

### Principales modelos mundiales de estratificación

- Adjusted Clinical Group
- Combined Predictive Model
- Panel Management-Kaiser Permanente
- Predictive Risk Stratification Model
- Scottish Patient at risk of readmission and admission
- United Health Europe Evercare



### Experiencias en España

- Valcronic-Valencia
- Badalona Servicios Asistenciales
- Grupo mejora Area sanitaria Norte Malaga
- Estrategia País Vasco

- Modelos clínicos general
- Incluyen farmacoterapia como elemento identificador y seleccionador de pacientes
- No centrados en la Farmacia Hospitalaria

- Scottish Patient at Risk of Readmission and admission
- United Health Europe Evercare



- Modelos clínicos general
- Incluyen farmacoterapia como elemento identificador y seleccionador de pacientes
- No centrados en la Farmacia Hospitalaria

## Experiencias de estratificación Farmacia

Crhonic Medication Service (Escocia)  
ASHP (reduccion reingresos) (USA)  
Pharmacy Guild (Australia)

# 10 claves para el diseño del modelo Farmacia hospitalaria

1-Finalidad: Ofrecer un instrumento de trabajo para el profesional sanitario que permita una mejor atención a los pacientes y la obtención de mejores resultados en salud

2-Definición del objetivo del mismo

3-Fuentes de información accesibles y variables a recoger

4-Modelo no predictivo que deberá evolucionar en el futuro hacia un modelo predictivo

Tipología de modelo	Ventajas desde el punto de vista de la FHO	Inconvenientes desde el punto de vista de la FHO
No predictivo no basado en una respuesta conductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo en un determinado momento</li> <li>Algunos modelos reportan errores de 99%</li> <li>Mayor facilidad de implementación</li> <li>No disminuye los costes en la identificación de pacientes sobre los que se podría actuar ya que el paciente tiene el mismo nivel de atención en el momento de la consulta</li> <li>Mayor seguridad de la información de este tipo de modelos en la literatura. Escalabilidad en otros países</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No permite predecir qué pacientes van a estar en riesgo en el futuro</li> </ul>

5-VARIABLES VIABLES QUE INCLUYAN PERSPECTIVA DEMOGRÁFICA, CLÍNICA, SOCIO-SANITARIA Y FARMACÉUTICA.

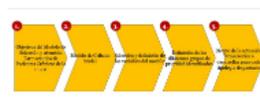
6-Las distintas variables tendrán distintos grados de importancia o peso relativo.

7-En la medida en que la disponibilidad de información sobre los pacientes en la FH vaya siendo mayor, se deberá evolucionar el modelo para lograr una mayor capacidad predictiva del mismo.

8-Tan importante como definir el modelo de estratificación es seleccionar las intervenciones a realizar para cada uno de los grupos identificados.

9-En este sentido, las intervenciones aisladas no suelen tener gran impacto a la hora por ejemplo de evitar reingresos; se deben realizar programas integrales de intervención.

10-Los programas de intervención a desarrollar deben incluir iniciativas al ingreso, durante la estancia en el hospital, al alta y post alta.



# 10 claves para el diseño

1-Finalidad: Ofrecer un instrumento de trabajo para el profesional sanitario que permita una mejor atención a los pacientes y la obtención de mejores resultados en salud

2-Definición del objetivo del mismo

3-Fuentes de información accesibles y variables a recoger

4-Modelo no predictivo que deberá evolucionar en el futuro hacia un modelo predictivo

Tipología de modelo	Ventajas desde el punto de vista de la FH	Inconvenientes desde el punto de vista de la FH
<i>No predictivos: no basados en una regresión estadística</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permiten identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo en un determinado momento</li><li>• Suponen menores requerimientos de SSII</li><li>• Mayor facilidad de implantación</li><li>• Han demostrado ser útiles en la identificación de pacientes sobre todo en aquellos casos en que el paciente tiene relación física con el servicio como es el caso de la farmacia hospitalaria.</li><li>• Existe evidencia de la utilización de este tipo de modelos en la farmacia hospitalaria en otros países</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No permiten predecir aquellos pacientes que estarán en riesgo en el futuro.</li></ul>

5-VARIABLES VIABLES que incluyan perspectiva demográfica, clínica, sociosanitaria y farmacéutica.

3-Fuentes de información accesibles y variables a recoger

4-Modelo no predictivo que deberá evolucionar en el futuro

Tipología de modelo	Ventajas desde el punto de vista de la FH	Inconvenientes desde el punto de vista de la FH
<i>No predictivos: no basados en una regresión estadística</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permiten identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo en un determinado momento</li><li>• Suponen menores requerimientos de SSII</li><li>• Mayor facilidad de implantación</li><li>• Han demostrado ser útiles en la identificación de pacientes sobre todo en aquellos casos en que el paciente tiene relación física con el servicio como es el caso de la farmacia hospitalaria.</li><li>• Existe evidencia de la utilización de este tipo de modelos en la farmacia hospitalaria en otros países</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No permiten predecir aquellos pacientes que estarán en riesgo en el futuro.</li></ul>

5-VARIABLES VIABLES QUE INCLUYAN PERSPECTIVA DEMOGRÁFICA,

# 10 claves para el diseño

1-Finalidad: Ofrecer un instrumento de trabajo para el profesional sanitario que permita una mejor atención a los pacientes y la obtención de mejores resultados en salud

2-Definición del objetivo del mismo

3-Fuentes de información accesibles y variables a recoger

4-Modelo no predictivo que deberá evolucionar en el futuro hacia un modelo predictivo

Tipología de modelo	Ventajas desde el punto de vista de la FH	Inconvenientes desde el punto de vista de la FH
<i>No predictivos: no basados en una regresión estadística</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permiten identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo en un determinado momento</li><li>• Suponen menores requerimientos de SSII</li><li>• Mayor facilidad de implantación</li><li>• Han demostrado ser útiles en la identificación de pacientes sobre todo en aquellos casos en que el paciente tiene relación física con el servicio como es el caso de la farmacia hospitalaria.</li><li>• Existe evidencia de la utilización de este tipo de modelos en la farmacia hospitalaria en otros países</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No permiten predecir aquellos pacientes que estarán en riesgo en el futuro.</li></ul>

5-VARIABLES VIABLES que incluyan perspectiva demográfica, clínica, sociosanitaria y farmacéutica.

# el modelo Farmacia hospitalaria

6-Las distintas variables tendrán distintos grados de importancia o peso relativo.

7-En la medida en que la disponibilidad de información sobre los pacientes en la FH vaya siendo mayor, se deberá evolucionar el modelo para lograr una mayor capacidad predictiva del mismo.

8-Tan importante como definir el modelo de estratificación es seleccionar las intervenciones a realizar para cada uno de los grupos identificados.

9-En este sentido, las intervenciones aisladas no suelen tener gran impacto a la hora por ejemplo de evitar reingresos; se deben realizar programas integrales de intervención.

10-Los programas de intervención a desarrollar deber incluir iniciativas al ingreso, durante la estancia en el hospital, al alta y post alta.

# 10 claves para el diseño del modelo Farmacia hospitalaria

1-Finalidad: Ofrecer un instrumento de trabajo para el profesional sanitario que permita una mejor atención a los pacientes y la obtención de mejores resultados en salud

2-Definición del objetivo del mismo

3-Fuentes de información accesibles y variables a recoger

4-Modelo no predictivo que deberá evolucionar en el futuro hacia un modelo predictivo

Variables de estudio	Variables desde el punto de vista de la FHM	Recomendaciones desde el punto de vista de la FHM
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener una idea preliminar de los problemas que se encuentran en el área de estudio</li> <li>• Definir variables de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener una idea preliminar de los problemas que se encuentran en el área de estudio</li> <li>• Definir variables de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> <li>• Tener facilidad de acceso a la información de los datos de estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No permitir que se realicen cambios de variables de estudio</li> <li>• No permitir que se realicen cambios de variables de estudio</li> <li>• No permitir que se realicen cambios de variables de estudio</li> <li>• No permitir que se realicen cambios de variables de estudio</li> <li>• No permitir que se realicen cambios de variables de estudio</li> </ul>

5-VARIABLES VIABLES QUE INCLUYAN PERSPECTIVA DEMOGRÁFICA, CLÍNICA, SOCIO-SANITARIA Y FARMACÉUTICA.

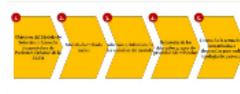
6-Las distintas variables tendrán distintos grados de importancia o peso relativo.

7-En la medida en que la disponibilidad de información sobre los pacientes en la FH vaya siendo mayor, se deberá evolucionar el modelo para lograr una mayor capacidad predictiva del mismo.

8-Tan importante como definir el modelo de estratificación es seleccionar las intervenciones a realizar para cada uno de los grupos identificados.

9-En este sentido, las intervenciones aisladas no suelen tener gran impacto a la hora por ejemplo de evitar reingresos; se deben realizar programas integrales de intervención.

10-Los programas de intervención a desarrollar deben incluir iniciativas al ingreso, durante la estancia en el hospital, al alta y post alta.



1.

Objetivos del Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH

2.

Modelo de Cribado inicial

3.

Selección y definición de las variables del modelo

4.

Definición de los diferentes grupos de prioridad identificados

5.

Diseño de la actuación farmacéutica a desarrollar para cada tipología de paciente

## Objetivo del Modelo de Selección y A.F. Crónicos

“Identificar aquellos pacientes crónicos diana que más se pueden beneficiar de determinadas actuaciones de atención farmacéutica para la obtención de mejores resultados en salud y el diseño e implantación de dichas actuaciones orientadas a las características específicas de cada paciente”

## Aproximación a las variables del modelo, peso y fuentes

	Variable a incluir en el modelo	Definición	Peso	Fuentes*	Viabilidad**
<b>Variables relacionadas con la medicación</b>	Polimedición	Toma más de 5 medicamentos 1	4	H, R, E	100%
	Complejidad de la medicación	Pendiente elaborar un listado de medicamentos complejos para pacientes crónicos por parte de la SEFH	3	H, R, E	100%
	Cambios en el régimen regular de la medicación	Cambios significativos en el régimen de la medicación en los últimos 3 meses2	2	H, R, E	75%
	Sospecha de no cumplimiento	Sospecha de no cumplimiento	4	H,R,E	50%
<b>Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional</b>	Deterioro cognitivo/ funcional	El paciente tiene deterioro cognitivo/ dependencia funcional severa (Índice de Barthel < 60) no solucionada o sin cuidador adecuado 3	4	H,E	75%
	Desórdenes mentales y comportamentales	El paciente tiene desórdenes mentales o comportamentales	3	H,E	75%
	Dificultad de lectura/ comprensión	El paciente, o el cuidador en su caso, tiene dificultad de lectura o comprensión	2	H,E	75%
	Vive sólo	El paciente vive sólo4	1	H,E	50%
	Condiciones socioeconómicas limitantes	El paciente tiene condiciones socioeconómicas que pueden provocar que el paciente no mantenga/ se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o que tenga dificultad para la adquisición del medicamento	2	H,E	50%
<b>Variables demográficas</b>	Edad	El paciente tiene 75 años o más	3	H,E	100%
		El paciente tiene entre 10 y 19 años5	3	H,E	100%
		El paciente tiene entre 6 y 9 años	1	H,E	100%
		El paciente tiene 5 años o menos	3	H,E	100%
<b>Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios</b>	Urgencias	El paciente ha visitado las urgencias del hospital en el último año debido a un error o efecto adverso de la medicación (ha presentado signos de mala utilización de la misma, síntomas de reacciones adversas, etc.)6	1	H	50%
	Hospitalizaciones	El paciente ha ingresado 4 o más veces en el hospital en los 12 meses previos7	2	H	75%
	Pluripatología	Coexisten dos o más enfermedades crónicas en el paciente8	4	H,R,E	100%

Características del paciente	Indicador	Definición	Puntuación
Características del paciente	Edad	¿El paciente tiene > 75 años de edad?	2
		¿El paciente tiene entre 65 y 74 años?	1
		¿El paciente tiene entre 55 y 64 años?	1
		¿El paciente tiene entre 45 y 54 años?	1
Número de enfermedades	¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades crónicas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1	
		¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades agudas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1
		¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades agudas o crónicas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1
Características del paciente	Edad	¿El paciente tiene > 75 años de edad?	2
		¿El paciente tiene entre 65 y 74 años?	1
		¿El paciente tiene entre 55 y 64 años?	1
		¿El paciente tiene entre 45 y 54 años?	1
Número de enfermedades	¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades crónicas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1	
		¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades agudas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1
		¿El paciente ha sido hospitalizado en el último año debido a una o más enfermedades agudas o crónicas, según se define de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5)?	1
Características del paciente	Pluripatología	¿El paciente tiene o ha tenido enfermedades crónicas en el pasado?	1

## Características del paciente

- Polimedicación
- Pluripatología
- Más de 75 años

- Cambios en el régimen regular de la medicación
- Sospecha de no cumplimiento

- Condiciones socioeconómicas que pueden provocar que el paciente no mantenga/ se administre el medicamento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o que tenga dificultad para la adquisición del medicamento
- Menos de 5 años

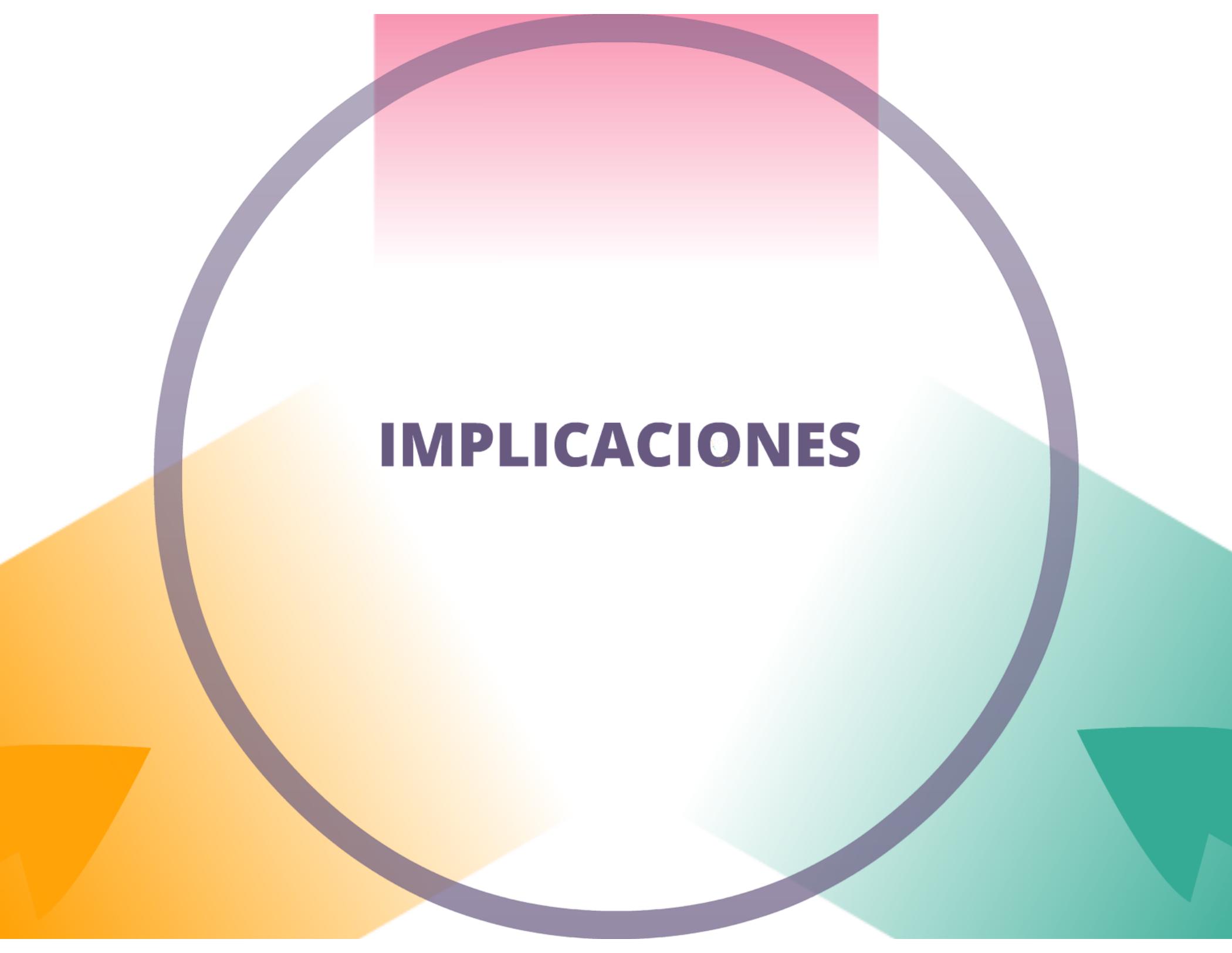
## Actuaciones a emprender

- emprender acciones para integrarse dentro del equipo asistencial
- Realizar iniciativas para garantizar la continuidad de cuidados
- Establecer un programa de prevención, identificación y resolución de EM/ PRM

- Proporcionar al paciente información detallada sobre los cambios en la medicación
- Establecer un programa para garantizar la adherencia al tratamiento del paciente

- Valorar el estado del paciente y la familia (entrevista con los padres)
- Plantear actuación conjunta con servicios sociales

Ejemplos de intervenciones basadas en las características del paciente



# **IMPLICACIONES**

# IMPLICACIONES

1-Patología

2-Pacientes

3-A.F

4-Integración

5-TIC'S

6-Capacitación

## Estado actual

VIH prioritario

Aislada

Vinculada a la dispensación y centrada en el medicamento

Modelo interválico-hospitalario

Centro esfuerzos previos

Superespecialidades univócas

Anecdótico

Centrado en pocos medicamentos



## Visión futuro

VIH determinante

( pluripatologico-polimedicado)

Estratificada (permanente mejora)

Vinculada al paciente y no en el medicamento

Modelo continuista-no hospitalario

Centro esfuerzos basado en resultados

Multidisciplinariedad integrada

Pilar fundamental-Gestión autocuidados

Amplios conocimientos en farmacoterapia y cumplimiento objetivos farmacoterapeúticos

## JORNADAS 2013

DE ACTUALIZACIÓN  
EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA  
AL PACIENTE  
CON PATOLOGÍAS VÍRICAS

9-10 de mayo, 2013  
Madrid

Solicitada acreditación formación continuada SNS

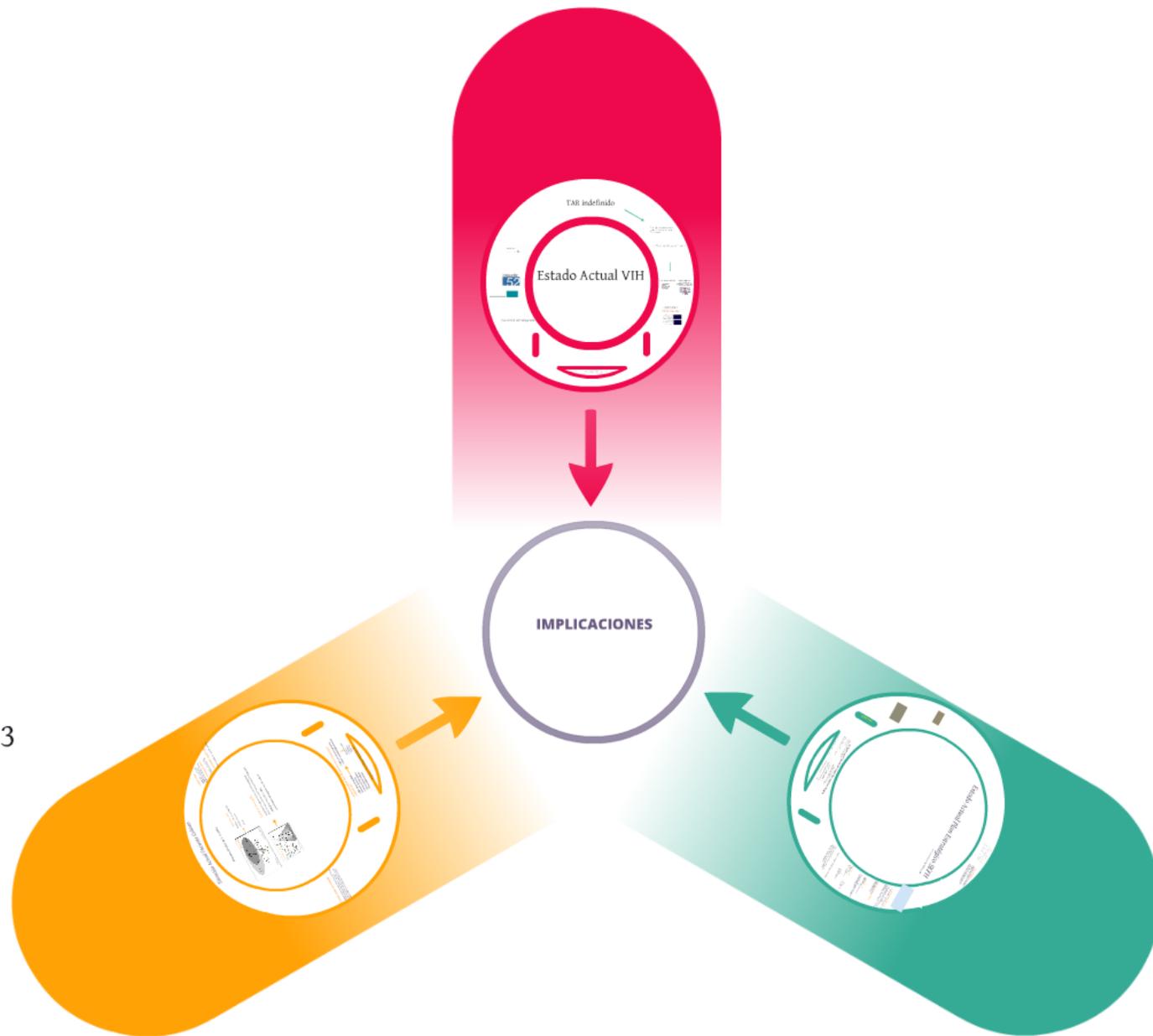
Hotel NH Paseo de la Habana  
Paseo de la Habana, 73  
28036 - Madrid



Ramón Morillo  
@morilloverdugo  
Madrid, 10 Mayo-2013



Consulta de Atención Farmacéutica  
Patologías Víricas



# Implicaciones plan estratégico paciente crónico SEFH sobre la A.F patologías víricas