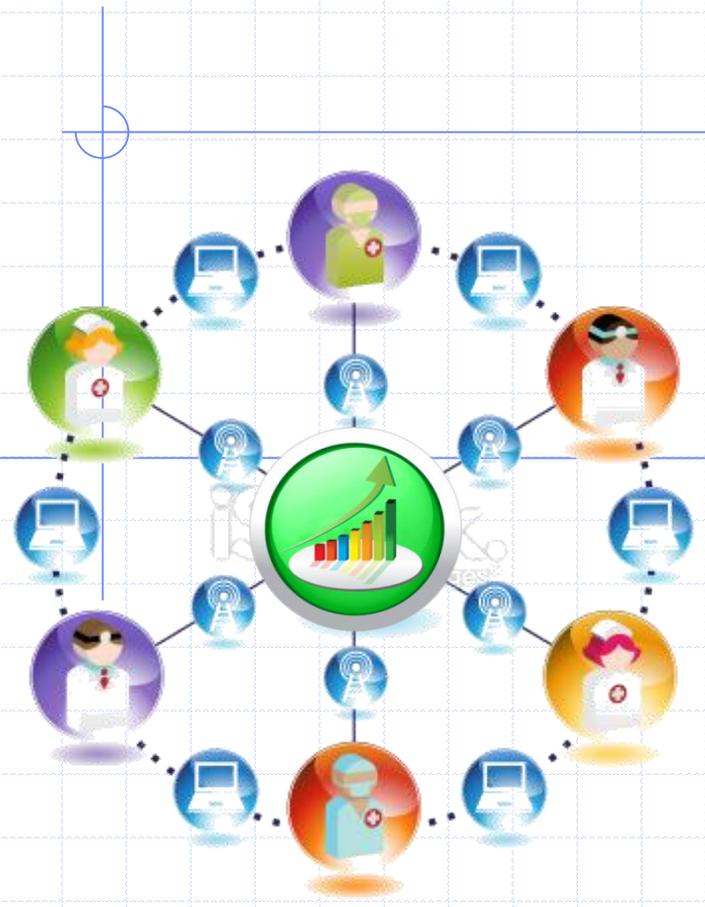


CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN AL ALTA y URM



Carmen Galán Retamal
FEA. Farmacia Hospital
AS Norte de Málaga



1

- Calidad de prescripción vs URM.

2

- Ciclo de mejora continua de calidad. Diabetes.

- *Análisis de situación.*
- *Base documental_Evidencias.*
- *Indicadores de monitorización calidad.*
- *Estrategias de intervención desde la Farmacia de Hospital*

3

- Conclusiones



Extirpan un tumor cerebral a un paciente mientras toca el saxofón



1

- Calidad de prescripción vs URM.

<p>Donabedian (1980)</p>	<p>Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para <u>maximizar el nivel de bienestar del paciente</u>, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del <u>proceso asistencial</u>.</p>
<p>Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997)</p>	<p>Calidad asistencial es: hacer las <u>cosas adecuadas</u> (qué) a las <u>personas adecuadas</u> (a quién) en el <u>momento preciso</u> (cuándo) y <u>hacer las cosas bien la primera vez</u>.</p>
<p>(Instituto de Medicina) (IOM) (2001)</p>	<p>Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de <u>resultados de salud</u> deseados para <u>individuos y poblaciones</u>, en concordancia con el <u>conocimiento profesional actual</u>.</p>
<p>OMS (2000)</p>	<p>Calidad asistencial es el nivel de <u>realización de objetivos</u> intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptividad a las <u>expectativas</u> legítimas de la población.</p>
<p>Consejo de Europa (1998)</p>	<p>Calidad asistencial es el grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de <u>alcanzar los resultados deseados</u> y reduce las <u>posibilidades de resultados indeseados</u>, considerando el estado de <u>conocimiento actual</u>.</p>



UR M

U
R
M

Aquella situación en la que los pacientes reciben la **medicación adecuada** a sus **necesidades clínicas**, en las **dosis** correspondientes a sus requisitos individuales, durante un **periodo de tiempo adecuado** y al **menor coste** posible para ellos y para la comunidad

Buena prescripción

"Aquella que consigue el equilibrio entre cuatro objetivos básicos"

N Barber (BMJ 1995; 310: 923-5)



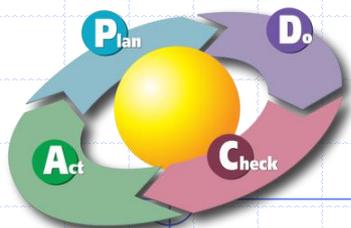


2

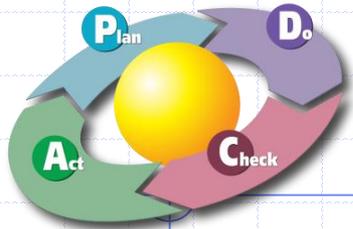
• Ciclo de mejora continua de calidad de prescripción. Diabetes.

- *Análisis de situación.*
- *Base documental_Evidencias.*
- *Indicadores de monitorización calidad.*
- *Estrategias de intervención desde la Farmacia de Hospital.*





- Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.
- ***Análisis de situación.***
 - A) *Agentes anti-hiperglucemiantes ¿cómo los usamos?.*
 - B) *Costes directos de la diabetes. Medicación.*
 - C) *Evolución de los resultados en salud en los pacientes diabéticos.*



2

- Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.
- *Análisis de situación:*
 - Agentes anti-hiperglucemiantes ¿cómo los usamos?*
 - Costes directos de la diabetes. Medicación.*
 - Evolución de los resultados en salud en los pacientes diabéticos.*



INFORME DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
U/AN/V1/03092015

Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el periodo 2000-2014

Fecha de publicación: 3 de septiembre de
2015

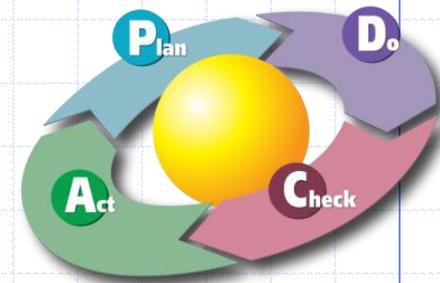
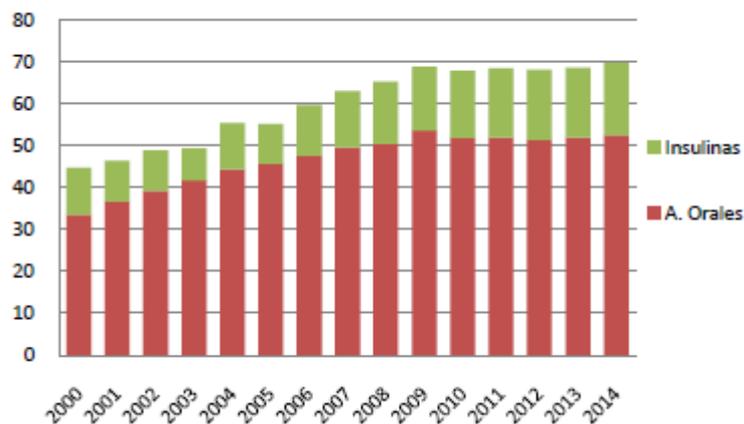


Fig 1. Consumo de antidiabéticos en España (DHD)

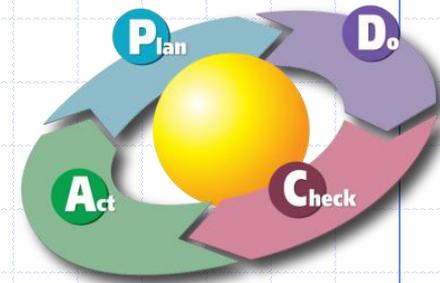


-El consumo de antidiabéticos orales ha experimentado un incremento de un 56,1%.

-En el caso de las insulinas un 57,5%.

-La razón de consumo de insulina respecto al consumo de antidiabéticos orales es de aproximadamente 1:3 y se ha mantenido estable en los últimos años.

El aumento de la prevalencia de la DM (sobre todo DM2) en la población española y los factores de riesgo (obesidad, sedentarismo) junto con el envejecimiento de la población y el mayor número de pacientes en fases avanzadas de la enfermedad.



Madrid, abril de 2015

ESTUDIOS DE COSTE DE LA DIABETES TIPO 2: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA



-Prevalencia de diabetes a nivel mundial **8,3%**; se incrementará **10,1%** 2.035.

-En España **4,8%-18,7%** (**8,1%** MSyC 2011). Incidencia **8,2-10,8** casos/1.000 habitantes.

DIABETES NO DIAGNOSTICADA 6%
población adulta.



INFORME DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
U/AN/V1/03092015

Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el periodo 2000-2014

Fecha de publicación: 3 de septiembre de
2015

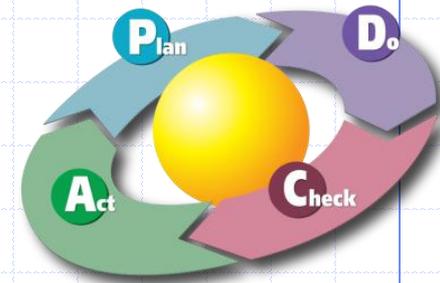
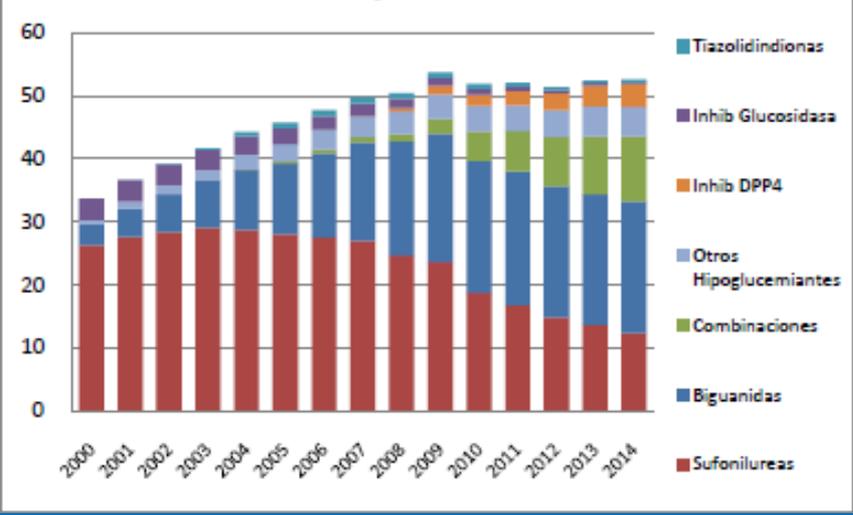
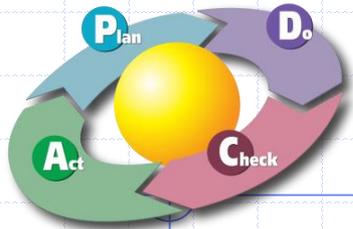


Fig. 2 Evolución de la utilización de los antidiabéticos
orales en España (DHD)



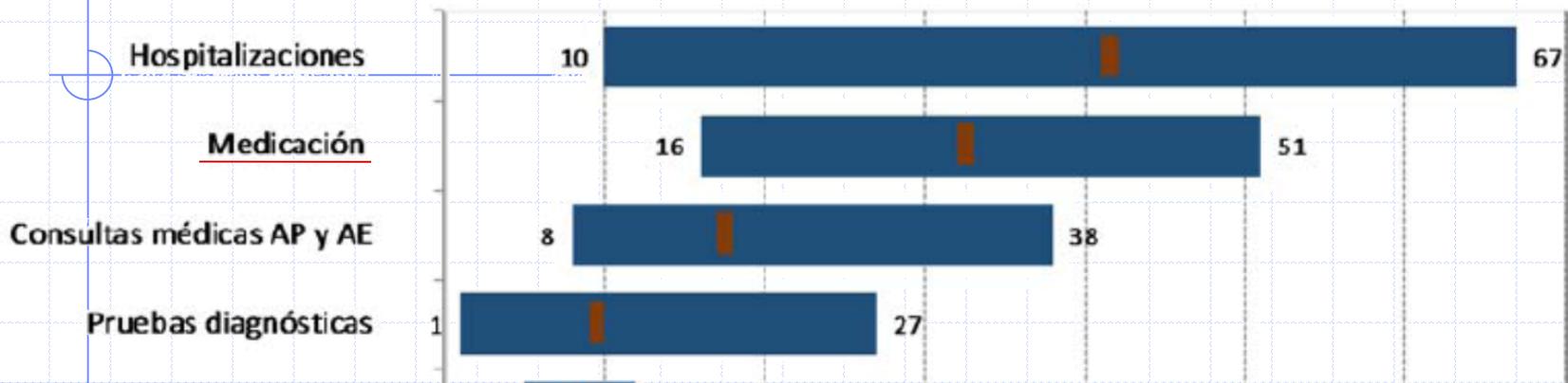
1. **Metformina** ha sido el antidiabético más consumido en términos absolutos y su consumo se ha incrementado hasta el 2009 aunque se ha estabilizado en los últimos cuatro años, coincidiendo con el incremento del uso de **combinaciones a dosis fijas (vildagliptina o sitagliptina)**, con un **menor consumo de sulfonilureas**.

2. Aumento del consumo de **análogos de insulina** en detrimento de las insulinas de origen humano. Se aprecia un efecto de **reemplazo** en el consumo de **insulinas de acción intermedia por insulinas de acción prolongada**.

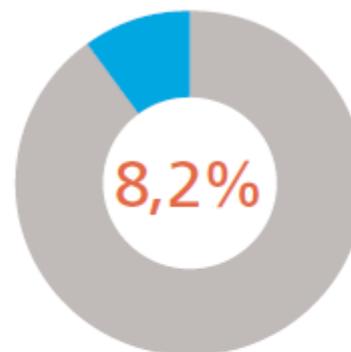
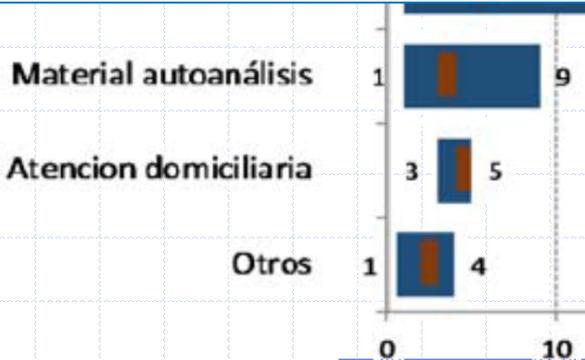


2

- Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.
- **Análisis de situación:**
 - A) *Agentes anti-hiperglucemiantes ¿cómo los usamos?.*
 - B) Costes directos de la diabetes. Medicación.**
 - C) *Evolución de los resultados en salud en los pacientes diabéticos.*

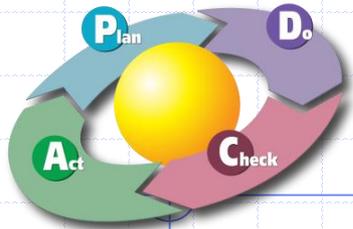


Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes) © 2013 Sociedad Española de Diabetes.



del total del presupuesto sanitario es gastado en diabetes.¹⁰

Según el estudio **SECCAID**, los **costes directos** de la diabetes ascienden a **5.809 millones de €** anuales, de los cuales **2.143 millones** son debidos a las complicaciones de la enfermedad.¹⁰



2

- Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.
- ***Análisis de situación:***
 - A) *Agentes anti-hiperglucemiantes ¿cómo los usamos?.*
 - B) *Costes directos de la diabetes. Medicación.*
 - C) ***Evolución de los resultados en salud en los pacientes diabéticos.***



Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996–2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud

Med Clin (Barc). 2010;135(13):600–607

The evolution of quality care indicators of patients with type 2 diabetes in the Spanish primary care (1996–2007). The RedGEDAPS quality of care program

Tabla 4
Evolución de los indicadores del programa de mejora continua de la calidad en las sucesivas evaluaciones

	1996	1998	2000	2002	2007	Diferencia 1996–2007*	p
Indicadores de resultados							
Resultados intermedios							
Control metabólico aceptable (HbA1c < 7%), %	43,0	49,2	56,1	53,4	59	16 (15–17)	<0,001
Control metabólico muy deficiente (HbA1c > 10%), %	10,1	6,4	5,3	4,5	4,6	5,5 (4,9–6,1)	<0,001
Colesterol HDL > 40 mg/dl (> 35 mg/dl si tiene > 65 años), %	83,1	77,5	80	83,1	84,7	1,6 (1,3–1,9)	<0,05
Colesterol total < 250 mg/dl, %	75,0	75,4	83,1	78,0	77,5	2,5 (2,1–2,9)	<0,01
Índice de masa corporal < 30 kg/m ² , %	62,2	59,3	62,0	56,8	48,9	13,3 (12,4–14,2)	<0,001
PA ≤ 140/90mmHg, %	59,1	53,6	59,6	63,1	65,1	6 (5,3–6,7)	<0,001
Tabaquismo activo, %	15,4	16,5	15,9	14,8	11,1	4,3 (3,7–4,9)	<0,001
Resultados finales							
Retinopatía diabética, %	34,3	25,8	22,7	17,0	15,6	18,7 (17,6–19,8)	<0,001
Lesiones/úlceras de pie diabético, %	5,7	4,1	6,6	2,5	3,14	2,6 (2,2–3)	<0,001
Amputaciones de EEII, %	2,4	1,2	1,2	0,7	0,5	1,9 (1,5–2,3)	<0,001
Oligoalbuminuria o proteinuria, %	15,0	26,9	37,9	21,4	16,7	1,7 (1,3–2,1)	<0,05
Antecedente de complicación cardiovascular (ictus/IAM), %	21,4	18,8	19	18,1	14,5	6,9 (6,2–7,6)	<0,001
Ingresos hospitalarios por amputación, cetoacidosis, hipoglucemia o cualquier otro motivo, pero con glucemia > 500 mg/dl, %	5,5	4,3	4,7	4,8	5,9	0,4 (0,2–0,6)	NS

EEII: extremidades inferiores; HbA1c: hemoglobina glucosilada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; IAM: infarto agudo de miocardio; NS: no significativo.

* Las diferencias de los indicadores entre los períodos 1996–2007 se expresan en números absolutos respecto a los valores iniciales y finales. Entre paréntesis, los intervalos de confianza del 95%.



NOTICIAS DE LA JUNTA

Portal de la Junta de Andalucía

Portada Noticias del Día Convocatorias Consejo de Gobierno Oficina Portavoz Suscribirse

Buscar



Gobierno Administración Economía Educación Salud Innovación Infraestructuras Agricultura Turismo Sociedad Medio Ambiente Cultura

Salud

Andalucía mejora los indicadores de salud en diabetes con un descenso de sus complicaciones y de la mortalidad

Aquilino Alonso ofrece en el Parlamento un balance de las actuaciones realizadas en este ámbito y avanza que el nuevo plan integral seguirá priorizando la prevención

28/04/2016

Compartir en:

Andalucía ha mejorado los indicadores de salud en diabetes con un descenso de sus complicaciones y la mortalidad, la cual ha experimentado una reducción progresiva, debido sobre todo a la disminución de la mortalidad prematura, hasta situarse en la actualidad por debajo de la tasa nacional. El consejero de Salud, Aquilino Alonso, ha ofrecido en el pleno del Parlamento un balance de las actuaciones más significativas desarrolladas en el ámbito de la diabetes que "han permitido una mejora de la situación de esta patología en Andalucía".



El consejero de Salud interviene ante el pleno del Parlamento durante la sesión de control al Gobierno.

Alta Resolución

Consjería de Salud

En este sentido, también ha destacado el descenso del número de ingresos debidos a complicaciones secundarias de la diabetes, y que suponen causas frecuentes de hospitalización, como el infarto agudo de miocardio, el ictus y las amputaciones de miembros inferiores. En este aspecto, Andalucía también se encuentra por debajo de la tasa del conjunto del Estado.

Esta evolución positiva de las tasas de mortalidad por diabetes ha sido más favorable en mujeres, tanto en mortalidad general como en mortalidad prematura. Asimismo, durante 2015 se han contabilizado en Andalucía casi 625.000 pacientes incluidos en el Proceso

X LEGISLATURA GOBIERNO ANDALUZ

Orden del día y acuerdos

Consejo de Gobierno

XXX PREMIOS Andalucía de Periodismo

ESPECIAL metro Málaga

Noticias del día

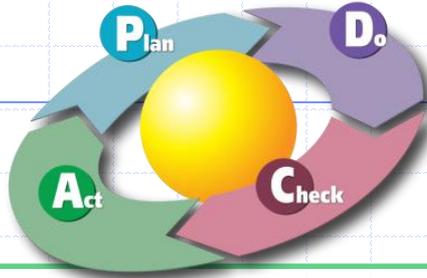
Convocatorias

agenda de la comunicación agenda de la comunicación

SERVICIO AUDIOVISUAL DE LA OFICINA DEL PORTAVOZ DEL GOBIERNO

Fotogalería Videoteca Audioteca

Discursos Consejo Documentos



2

- **Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.**

- Análisis de situación.
- ***Base documental-Evidencias.***
- *Indicadores calidad de prescripción.*
- *Estrategias de intervención desde la farmacia de hospital.*



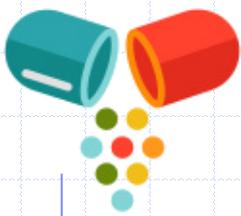
Fármacos para el tratamiento



ción en el abordaje de la DM desde la FH”
 endocrinologists (AACE), American Diabetes Association (ADA),
 Excellence (NICE), Canadian Diabetes Association (CDA)

Fármaco	↓A1C				Consideraciones versos (EA)	\$
Inhibidor α -glucosidasa (acarbosa)	↓					\$\$
Inhibidores DPP-4 (gliptinas)	↓↓	=	½ dosis si FG < 50, hasta FG 15 (salvo linagliptina)	✓	EA cutáneos, ¿pancreatitis?, ¿↑ ingresos ICC? Evitar vildax si ↑PFH ✓ control postprandial, tolerancia	\$\$\$
Agonistas GLP-1 Inyección sc diaria o semanal	↓↓(↓)	↓	Hasta FG 30	✓	EA GI, pancreatitis (raro) ✓ ↓ligero LDL, TG y TA (efecto en morbimort. CV desconocido), control postprandial	\$\$\$\$
Sulfonilureas (gliclazida, glibeipirida)	↓↓	↑	Hasta FG 30-45, gliclazida Resto en FG > 60	✗	EA Evitar en insuficiencia hepática grave ✓ ↓riesgo microvascular (UKPDS) Glibeipirida/gliclazida: menos hipoglucemias	\$
Meglitinidas (repaglinida)	↓↓	↑	No precisa ajuste	✗	EA Evitar en insuficiencia hepática grave ✓ control postprandial; flexibilidad de dosis	\$\$
Tiazolidinedionas (pioglitazona) (↓RI)	↓(↓)	↑	No precisa ajuste si FG > 30	✓	EA edema, ICC, fracturas, cáncer de vejiga (raro), evitar en ↑PFH (pero útil si h. graso) ✓ ↓TG/↑HDL; ↓hígado graso ↓eventos CV?	\$\$
Metformina (↓RI)	↓↓	=/↓	Con precaución y ajuste, hasta FG 30-45	✓	EA gastrointestinales, ↓B12, ↓dosis si ↑PFH; acidosis láctica (raro) ✓ ↓eventos cardiovasculares si sobrepeso	\$
Insulina Inyección sc	↓↓↓	↑ (=tratamiento combinado)	Hasta estadio 5 (FG < 15), puede precisar ajuste	✗	✓ gran eficacia, régimen flexible, ↓riesgo microvascular (UKPDS)	variable
Inhibidores SGLT2	↓↓	↓	No aprobado iniciar con FG < 60	✓	EA infección G-U, ↓volumen, cetoacidosis, ↓masa ósea (canagliflozina) ✓ ↓TA, ↓mort/event CV si ECV previa (empa)	\$\$\$

(↓RI: reduce la resistencia a insulina)



Más allá de la glucemia...

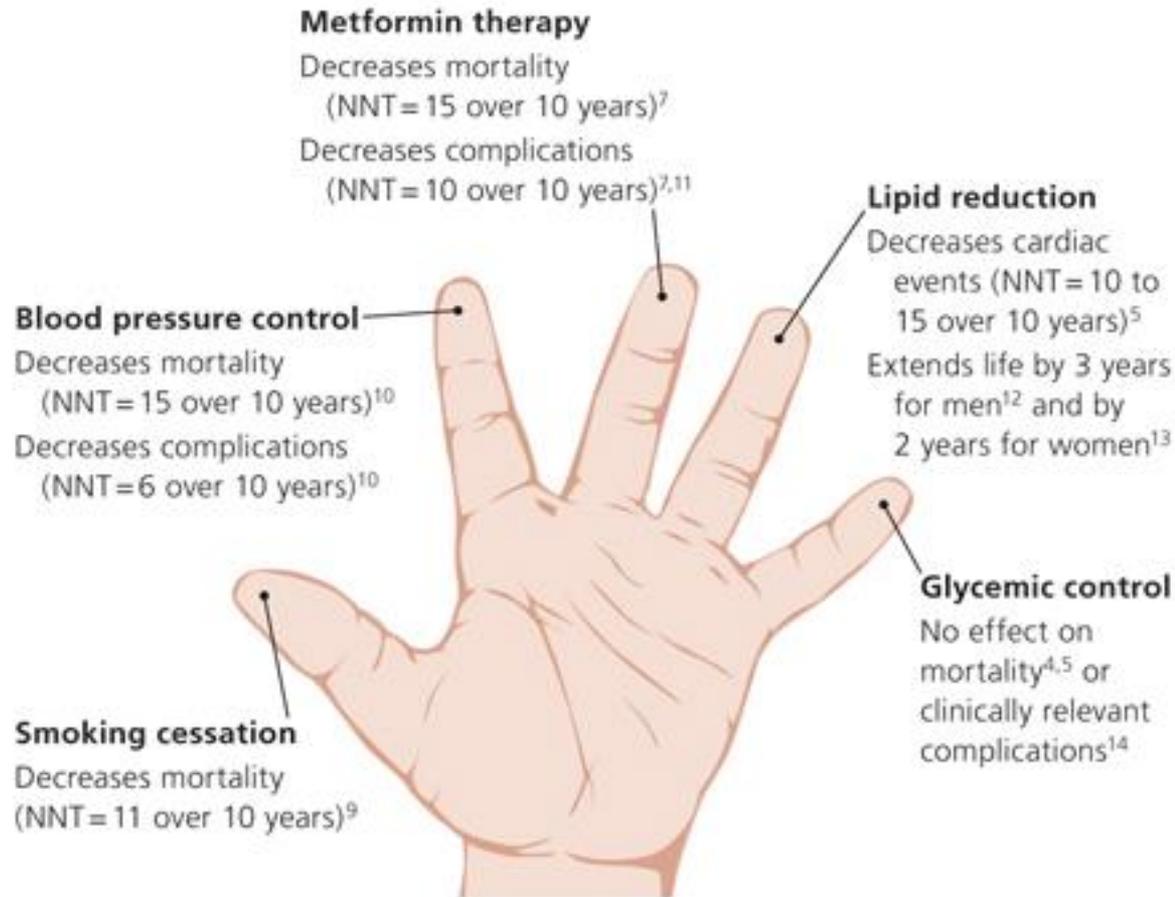


Tabla 3. Evaluación de la calidad de las GPC incluidas

GPC	Alcance y objetivos	Participación implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
American Diabetes Association 2016 ¹	67%	56%	71%	100%	63%	100%
National Institute For Health And Care Excellence. Type 1 2015 ² .	100%	94%	96%	100%	96%	100%
National Institute For Health And Care Excellence Internal Clinical. Type 2 Diabetes ³ .	100%	83%	96%	100%	96%	100%
Joslin Clinical Guideline For Adults With Diabetes ⁴ .	83%	50%	54%	83%	33%	100%
American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology 2015 ⁵ .	67%	56%	54%	83%	58%	100%
Institute for Clinical Systems Improvement 2014 ⁶ .	94%	94%	96%	100%	75%	100%
Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines ⁶	62%	100%	75%	90%	75%	71%

proceso
asistencial
integrado

diabetes mellitus



ación de guías de
os 3 años con el
tratamiento y
ltos con diabetes

Comparativa de guías: **Tratamiento de DM tipo 2 (sin insulinización)** @soysofiso (revisar fuentes originales)



MONOTERAPIA: Iniciar tratamiento con 1ª línea (primera opción MET; ver *tabla*) en pacientes con A1C <7.5% (GR C; NE 3), considerando SU, TZD o glinidas como alternativas (GR C; NE 3)

TERAPIA DUAL (de entrada si HbA1c > 7.5%; GR C; NE 3): MET u otro agente 1ª línea + fármaco de *tabla 2* arGLP-1 más útil en terapia dual que en monoterapia
Recomienda insulina (sola o combinada) si A1C > 9% y sintomático (GR A; NE 1)

TRIPLE TERAPIA: fármaco de 1ª línea + fármaco 2ª línea + fármaco de *tabla 2* (orden sugerido: arGLP-1; iSGLT-2, TZD, insulina basal, iDPP-4, α -glucosidasa, SU/glinidas)

Primera línea (orden sugerido)

Metformina
arGLP-1
iSGLT-2
iDPP-4
 α -glucosidasa

Tabla 2 (Terapia DUAL)

arGLP-1
iSGLT-2
iDPP-4
TZD
Insulina basal
 α -glucosidasa
SU/glinidas



MONOTERAPIA: MET es 1ª opción (si no es posible, opciones de *tabla 1*). Considerar insulina si síntomas de hiperglucemia, glucemia $\geq 300-350$ mg/dL o A1C $\geq 10-12\%$ (NE E)

TERAPIA DUAL: añadir cualquier opción de la *tabla 1* (NE A). Considerar de entrada si A1C $\geq 9\%$
Enfoque según las características del paciente: eficacia, coste, potenciales efectos secundarios, peso, comorbilidades, riesgo de hiperglucemia, y preferencias del paciente (NE E)

TRIPLE TERAPIA: MET + (SU ó TZD) admite cualquiera de *tabla 1*. En triple terapia, la insulina suele ser basal. arGLP-1 solo se combina con MET, SU, TZD ó insulina (habitualmente basal). no se considera con iDPP-4 ni iSGLT-2

Tabla 1

SU/glinidas iDPP-4 iSGLT-2 TZD	Insulina basal arGLP-1
---	-------------------------------

MET puede mantenerse hasta FG 45 o incluso 30 mL/min/1,73 m², aunque reduciendo dosis.



MONOTERAPIA: A1C $\geq 6,5\%$ con cambios de estilo de vida: 1ª opción MET. Si no, considerar: iDPP-4, TZD (pio) o SU

TERAPIA DUAL (Si A1C $\geq 7,5\%$): MET u otro agente (*tabla 1ª intensificación*)
Opciones sin MET: iDPP-4 + TZD o SU; SU + TZD. iSGLT-2 es otra opción para combinar (con MET o los anteriores)

TRIPLE TERAPIA: Las opciones con MET en *tabla 2ª intensificación*. En ese escalón también valorar insulinización. Si *contraindicación o intolerancia de esas pautas*, considerar:
- MET+SU+arGLP-1 (especialmente si IMC ≥ 35), continuando arGLP-1 si reducción A1C $\geq 1\%$ y $\geq 3\%$ de peso inicial en 6 meses)
- Si la pauta dual no incluye MET, considerar insulinización

1ª línea (Inicio) 1ª Intensificación MET +

MET iDPP-4 TZD SU	iDPP-4 TZD (pioglitaz) SU iSGLT-2
----------------------------	--

2ª Intensificación MET +

SU + (TZD o iDPP4)	(TZD o SU) + SGLT-2
--------------------	---------------------



MONOTERAPIA: MET es 1ª opción si A1C > 7 y < 8,5 con sobrepeso (GR A; NE 1) o sin sobrepeso (GR D, consenso) Si $\geq 8,5$ considerar combinación inicial (GR D, consenso). Insulina si síntomas (GR D, consenso)

TERAPIA COMBINADA: añadir a MET cualquier opción de diferente clase (*tabla*), individualizando según características del paciente y del fármaco (GR D, consenso)
No recomendaciones específicas para triple terapia
Si se combina insulina (precaución con pioglitazona), preferible duración larga a intermedia (GR A; NE 1A)

Combinación con MET

iDPP-4
Insulina basal
 α -glucosidasa
Secretagogos (SU, glinidas)
Incretinas (arGLP-1, iDPP-4)
iSGLT-2
TZD



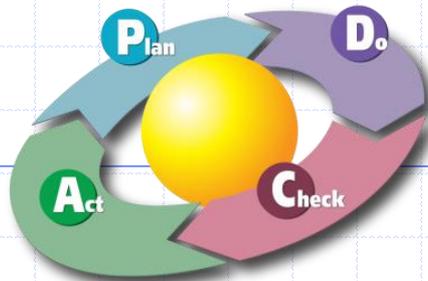
Informes de posicionamiento terapéutico



Fecha de elaboración / Versión

Título del documento

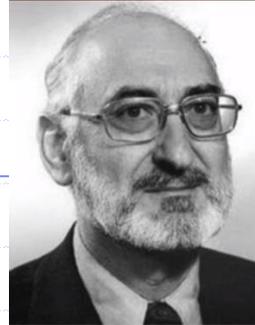
Fecha de elaboración / Versión	Título del documento
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de albiglutida (Eperzan®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de alogliptina (Vipidia®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de alogliptina/metformina (Vipdomet®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de alogliptina/pioglitazona (Incesync®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de canagliflozina (Invokana®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de canagliflozina/metformina (Vokanamet®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de dapagliflozina/metformina (Xigduo®) pdf
10/03/16 - v.2	Informe de Posicionamiento Terapéutico de empagliflozina (Jardiance®) pdf Corrección de erratas de 26 de mayo de 2016
03/03/16 - v.1	Informe de Posicionamiento Terapéutico de empagliflozina/metformina (Synjardy®) en diabetes mellitus tipo 2 pdf Corrección de erratas de 26 de mayo de 2016
03/03/16 - v.1	Informe de Posicionamiento Terapéutico de dulaglutida (Trulicity®) pdf



2

- **Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.**
 - Análisis de situación.
 - *Base documental-Evidencias.*
- **Indicadores calidad de prescripción.**
 - *Estrategias de intervención desde la farmacia de hospital.*

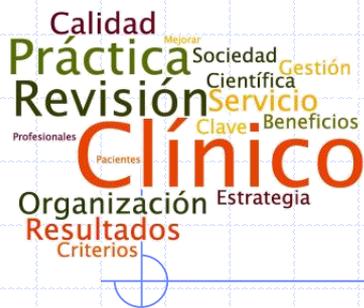
Calidad
Mejorar
Práctica
Sociedad
Científica
Revisión
Gestión
Servicio
Clave
Beneficios
Profesionales
Pacientes
Clínico
Organización
Estrategia
Resultados
Criterios



AVEDIS DONABEDIAN, MD, MPH
1919-2000

- Nació en Beirut (1919). Sus raíces fueron importantes para él. Emigró a USA (1953).
- Apasionado por la literatura. Hablaba seis idiomas.
- "Es la poesía lo que mejor explica quién soy yo".
- Lamenta que su esposa Dorothy y sus tres hijos sufrieran su falta de tiempo debido a su constante trabajo.
- Muere de cáncer en Michigan (2000).

Desarrolló el enfoque de **estructura, proceso y resultado**, que se convirtió en la base para medir y mejorar la calidad de la atención sanitaria



	Dimensión de calidad asistencial
<p>Estructura (Inversión)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (<i>acceso</i>). • Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (<i>equidad</i>).
<p>Proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se aplican los recursos (<i>administración</i>). • Uso de tiempo y recursos (<i>eficiencia</i>). • Evitar el despilfarro (<i>economía</i>). • Reducción del riesgo (<i>seguridad</i>). • Práctica basada en la evidencia (<i>adecuación</i>). • Atención centrada en el paciente (<i>continuidad</i>). • Información al paciente/público (<i>elección, transparencia, responsabilidad</i>).
<p>Resultado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Salud de la población (<i>mejora de la salud</i>). • Resultado clínico (<i>efectividad</i>). • Satisfacer expectativas del público y del personal (<i>coste-beneficio</i>).

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema:

- Cada C. A. desarrolla su propio sistema de medición de la prescripción.
- No disponemos de datos de indicadores de prescripción de índole nacional.

Qué aporta este estudio:

- Existe una gran variabilidad en la forma de medir la calidad de la prescripción en las diferentes CC. AA.
- Disponemos de una recopilación de los indicadores utilizados por CC. AA. durante el año 2007.
- Escasa utilización, en general, de indicadores de adecuación terapéutica y de resultados en salud.

Antidiabéticos

% DDD o env antidiab selec/DDD o env total antidiabéticos**

Metformina

% DDD metformina/DDD antidiabéticos orales

- **Recetas facturadas.**
- Información muy **limitada.**
- Indicadores de proceso:
Eficiencia.
- Los menos **Adecuación** (medicamento-proceso asistencial).
- Elaborados mediante **consenso** de expertos en el ámbito de las **direcciones.**
- **NO** ICP que **relacionen** datos de prescripción con **resultados en salud.**
- Ligados a **incentivos.**



Indicadores diabetes andalucía

CRITERIOS DE CALIDAD
PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
PRODUCTOS SANITARIOS
EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA
CONTRATO PROGRAMA 2016

Documento elaborado y aprobado por la
Comisión Asesora de Calidad y Eficiencia en la Prestación Farmacéutica Ambulatoria
(CACEPFA)

Contrato Programa 2016. Índice Sintético de Calidad. Atención Primaria					
	Objetivo	Indicador	Ponde- ración	Mínimo	Óptimo
Diabetes	Antidiabéticos de primer escalón	% DDD metformina en pacientes con monoterapia/ DDD antidiabéticos excl. insulinas en pacientes con monoterapia	0,5	71	80
	Antidiabéticos de segundo escalón	% DDD de gliclazida + glipizida + glimepiride/ DDD antidiabéticos excl. insulinas y metformina	1,25	42	55
	Insulinas de elección	% DDD insulinas intermedias + bifasicas/ DDD insulinas excl. insulinas rapidas	0,75	40	55

Contrato Programa 2016. Farmacia. Índice Sintético de Calidad. Atención Hospitalaria					
	Objetivo	Indicador	Ponde- ración	Mínimo	Óptimo
Diabetes	Antidiabéticos de segundo escalón	% DDD de gliclazida + glipizida + glimepiride/ DDD antidiabéticos excl. insulinas y metformina	1,75	10	40
	Insulinas de elección	% DDD insulinas intermedias + bifasicas/ DDD insulinas excl. insulinas rapidas	0,75	13	40



Indicadores diabetes andalucía

CRITERIOS DE CALIDAD
PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y
PRODUCTOS SANITARIOS
EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA
CONTRATO PROGRAMA 2016

Documento elaborado y aprobado por la
Comisión Asesora de Calidad y Eficiencia en la Prestación Farmacéutica Ambulatoria
(CACEPFA)

Revisión de pacientes para adecuación de indicación en patologías concretas

Grupos terapéuticos de intervención:

3. Nuevos antidiabéticos: Pacientes con prescripción activa de un fármaco antidiabético (IDPP-4, agonista GLP-1, inhibidor SGLT-2) en monoterapia.

KTT12: Type 2 diabetes mellitus

Options for local implementation

Evidence

Intensive versus conventional blood glucose control

Prescription

- Sistemas de evaluación continua de la prescripción dirigida a los profesionales.
- Indicadores relacionados con datos de morbilidad.
- Instrumentos-herramientas para la mejora de la prescripción.
- Incentivos ligados a resultados en salud.

and
for all

ong-
nan
for all



**Choosing
Wisely**

An initiative of the ABIM Foundation

American Association of Clinical Endocrinologists
and The Endocrine Society



THE
ENDOCRINE
SOCIETY®



Five Things Physicians and Patients Should Question

Avoid routine multiple daily self-glucose monitoring in adults with stable type 2 diabetes on agents that do not cause hypoglycemia.

Once target control is achieved and the results of self-monitoring become quite predictable, there is little gained in most individuals from repeatedly confirming. There are many exceptions, such as for acute illness, when new medications are added, when weight fluctuates significantly, when A1c targets drift off course and in individuals who need monitoring to maintain targets. Self-monitoring is beneficial as long as one is learning and adjusting therapy based on the result of the monitoring.

ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICIÓN

- No utilizar glitazonas en pacientes diabéticos con insuficiencia cardiaca.
- No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal.

The use of quality indicators to promote accountability in health care: the good, the bad, and the ugly

El bueno: Promueven al menos 2 conductas positivas: Orientación hacia objetivo y colaboración para alcanzarlo.

El feo: Pueden promover conductas que no redunden en una mejor atención para el paciente.

El malo: Se eligen la mayoría en función de lo que se puede medir antes de lo que debe ser medido.

CONCLUSIÓN:

Los sistemas sanitarios se encuentran en una difícil coyuntura ya que se necesitan verdaderos indicadores de calidad para corresponsabilizar a los profesionales, pero el abordaje actual no es adecuado.

Cuestionario (138 profesionales)



Grado de acuerdo con los supuestos conceptuales de UAM

Grado de acuerdo con la idoneidad de las estrategias corporativas puestas en marcha a nivel local

Grado de acuerdo con la idoneidad de las estrategias corporativas puestas en marcha a nivel central

ESTRATEGIA MEDICAMENTO

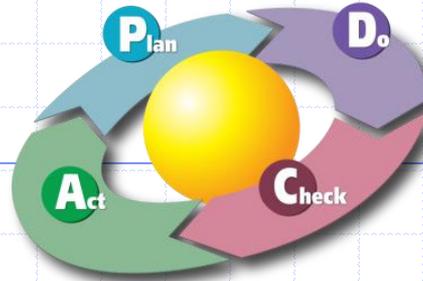
2015-2016

“Hablemos el mismo idioma”



PRINCIPALES RESULTADOS

- Buena conceptualización uso adecuado del medicamento.
- Hospital: Orientación hacia la EFICIENCIA. AP: Sin orientación especial.
- Los indicadores de calidad ligados a procesos resultan más útiles a la hora de decisión clínica.
- Las actuaciones sobre problemas concretos en el uso del medicamento son muy bien valoradas en todos los ámbitos asistenciales.
- Muy discutida la base de evidencia científica de los indicadores.
- No hay apoyo formativo para el URM por parte de la organización.
- La visualización del SF como FISCALIZADOR VS APOYO, discutida .



• Ciclo de mejora continua de calidad prescripción. Diabetes.

- *Análisis de situación.*
- *Base documental-Evidencias.*
- *Indicadores calidad de prescripción.*

• ***Estrategias de intervención desde las unidades de farmacia hospitalaria.***

2

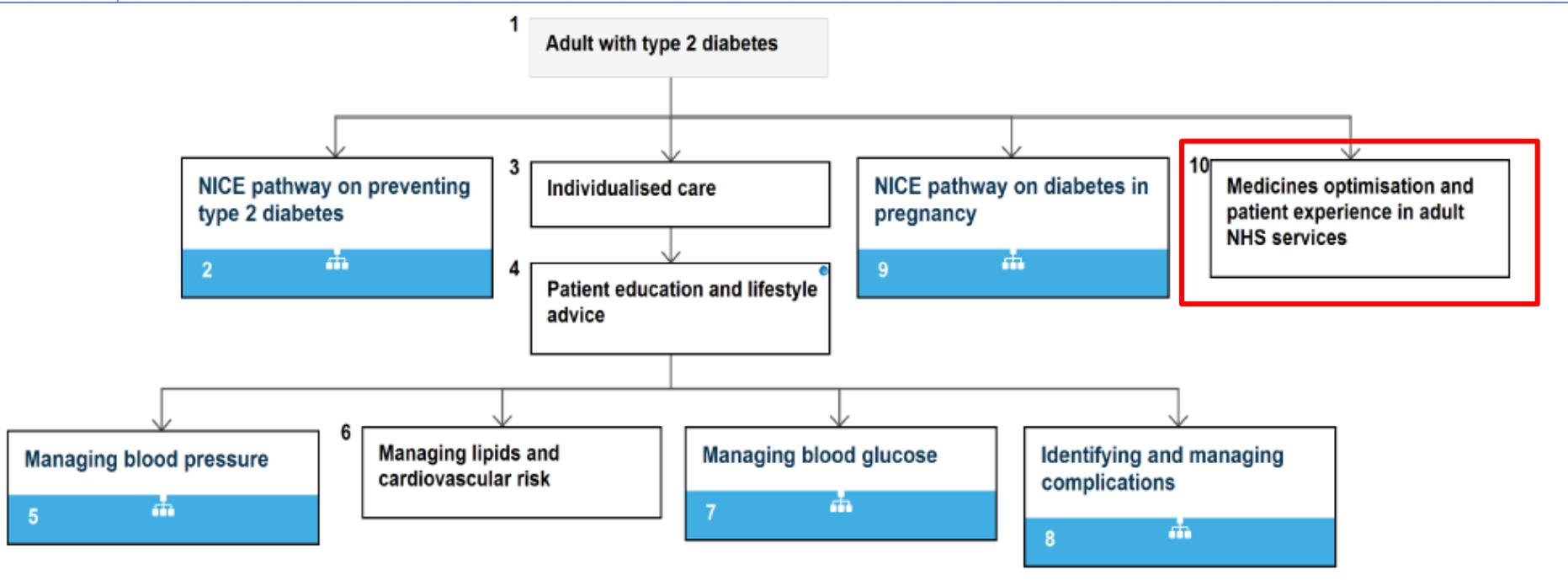


- GFT interniveles (Baleares)**
- Programas de información del paciente al alta (Valencia)**
- Detección sospechas de inadecuación AH-AP.(Andalucía)**



Intervenciones clave para la optimización de la farmacoterapia en el paciente diabético

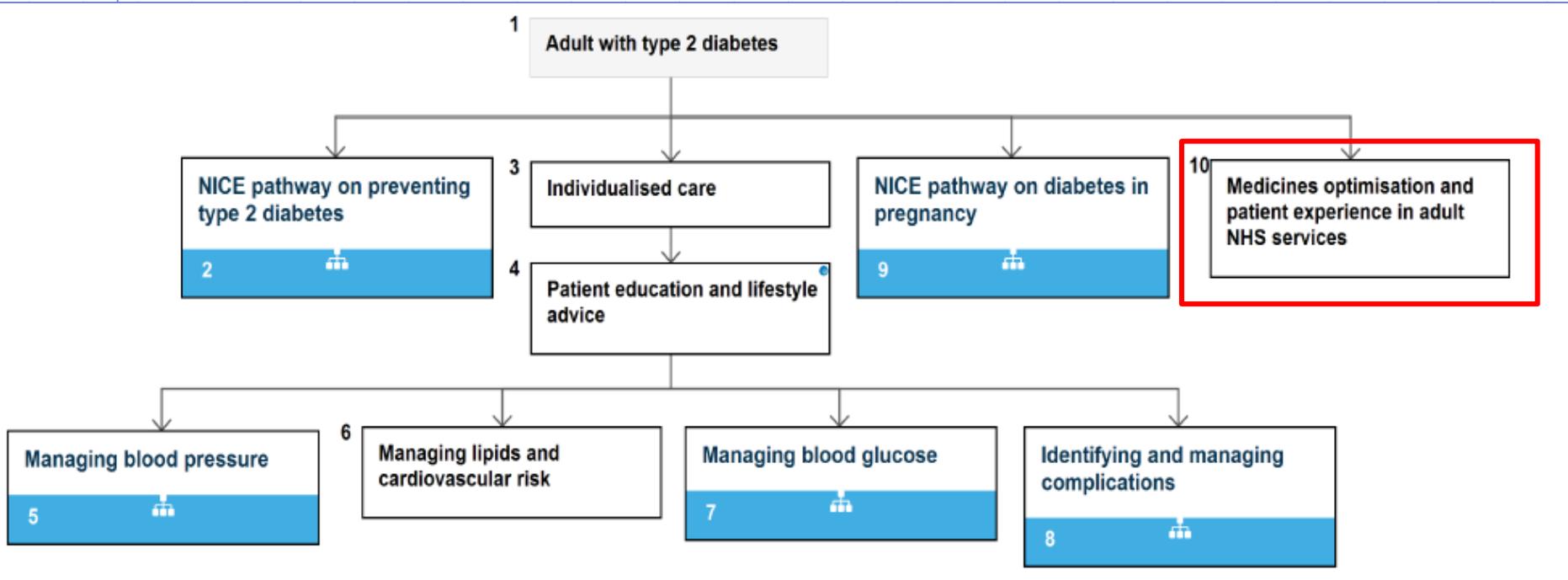
NICE National Institute for Health and Care Excellence





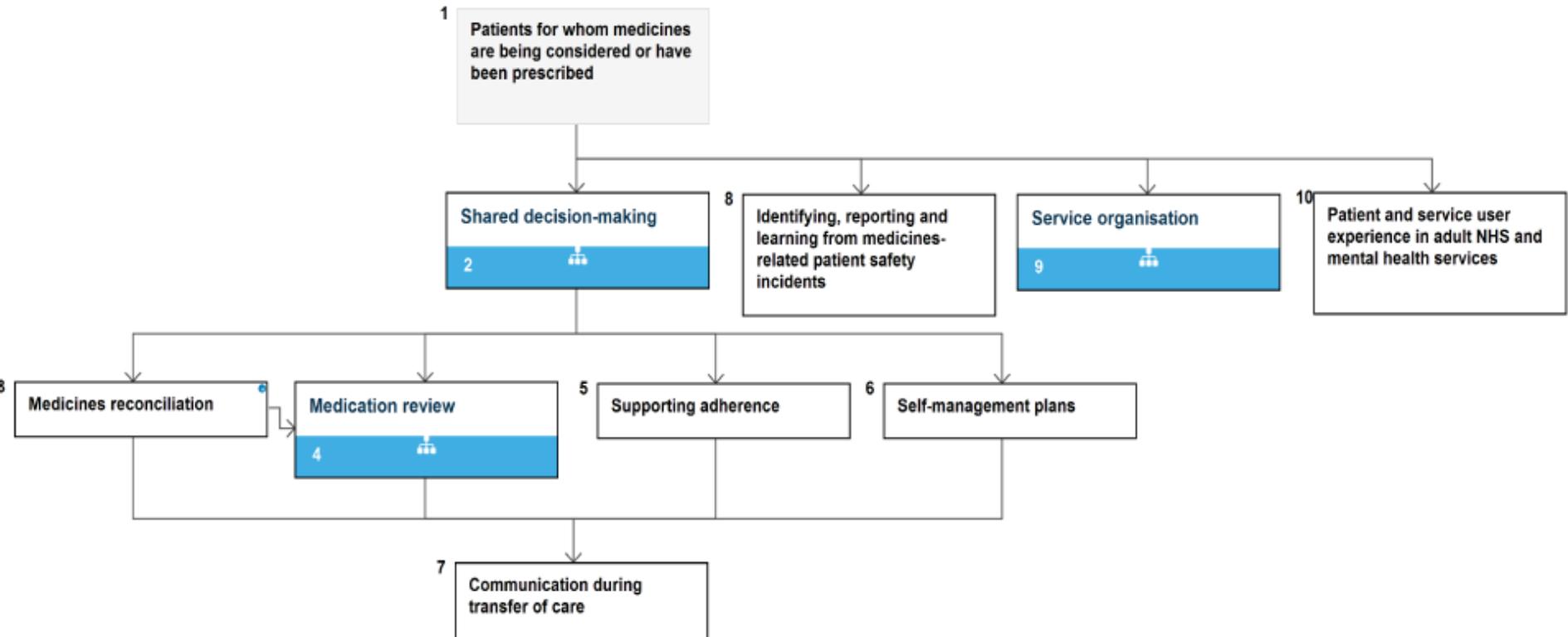
Intervenciones clave para la optimización de la farmacoterapia en el paciente diabético

NICE National Institute for Health and Care Excellence





Implicación directa del farmacéutico de hospital





Implicación directa del farmacéutico de hospital

Medicines reconciliation

Conciliación de la medicación en fase aguda

Estándar de calidad

Conciliación de la medicación en las primeras 24h tras el ingreso.

**Indicador
Estructura**

Evidencia del desarrollo de intervenciones para asegurar la conciliación en las primeras 24h.

**Indicador
Proceso**

Proporción de pacientes ingresados con tratamiento conciliado en las primeras 24h.

**Indicadores
Resultado**

- a) Daños atribuibles a errores de medicación en pacientes que ingresan por urgencias.
- b) Pacientes satisfechos con los resultados de la utilización de los medicamentos.
- c) Número de quejas de pacientes relacionadas con la medicación.



Medicines reconciliation

Conciliación de la medicación en atención primaria

Éstandar de calidad

Conciliación de la medicación en no más de una semana tras el alta y siempre previo a añadir a su tratamiento otra nueva medicación.

Medication review

4

Adiestrar en una revisión estructurada:

- Los profesionales sanitarios involucrados en la prescripción, dispensación o revisión de la medicación deben asegurar un proceso sólido para la comunicación con otros profesionales dedicados al cuidado de los pacientes.
- Estos profesionales deberían informar al prescriptor de la revisión y sus resultados, principalmente si se detectan problemas que dificultan la adherencia.

Estándar de calidad

Identificar aquellos pacientes que podrían beneficiarse de una revisión estructurada de la medicación.



7

Communication during
transfer of care

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA

Considerar:

- El tratamiento previo a la hospitalización
- El control metabólico previo a la hospitalización
- El perfil individual del paciente: tipo de DM, edad, situación al alta, etc.

HbA1c al ingreso <8%: mantener el tratamiento previo al ingreso + ajustes necesarios

HbA1c al ingreso >8%:

- Modificar el tratamiento previo según los algoritmos terapéuticos
- De forma transitoria y hasta revisión por su médico se podrá mantener la pauta de insulina durante el ingreso reduciendo un 20% la dosis

El paciente o la familia tiene que haber recibido **edu** medicación, monitorización de la hipoglucemia y plan de

7.5 Al alta, el paciente recibirá un único informe escrito en el que consten:

- Motivo de ingreso
- Actividades y pruebas complementarias realizadas
- Evolución durante la atención
- Información sobre la actividad educativa realizada y nivel alcanzado
- Diagnósticos y juicios clínicos
- Plan terapéutico y de cuidados, conciliando el tratamiento previo con el actual y evaluando potenciales interacciones Δ 16 ESP
- Gestión de cita para seguimiento, si procede, facilitando las consultas en acto único

Conclusiones.

3

- Prescripción de calidad=URM.
- Los sistemas sanitarios necesitan verdaderos indicadores de calidad ligados a resultados en salud para corresponsabilizar a los profesionales, el abordaje actual es mejorable.
- El farmacéutico de hospital, debe liderar e implementar la mejora de la calidad, en todas aquellas etapas del proceso asistencial del paciente diabético relacionadas con la optimización de la farmacoterapia.

**"Lo esencial para el éxito de un sistema
es la dimensión ética del individuo...
Uno debe amar a su paciente;
Uno debe amar su profesión, ...
entonces puedes volver la mirada
para monitorizar y mejorar el sistema".**