



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

Intervención psicoterapéutica-educativa del farmacéutico de área de salud en el uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con artrosis

Alumna: Gregori Ibáñez, Vanesa Empar

Tutora: Carratalá Munuera, María Concepción

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2017-2018

Índice de contenido

1. Introducción	3
1.1. Antecedentes y estado actual del tema.....	3
1.2 Bibliografía más relevante	6
2. Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio	6
2.1Objetivos	6
2.2Estrategia PICO.....	7
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.	7
4. Diseño y métodos	8
4.1 Tipo de diseño y estudio que se utilizará.....	8
4.2 Población de estudio	8
4.3 Variables: Definición de las variables, Medición y Registro de valores.....	10
4.4 Descripción y definición de la intervención si la hubiera	12
4.5 Descripción del seguimiento de pacientes si lo hubiera	14
4.6 Estrategia de análisis estadístico	14
4.7 Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica (de forma breve)	15
5.- Calendario previsto para el estudio.....	15
6.- Limitaciones y posibles sesgos del estudio (como se controlan)	15
7.- Problemas éticos:	16
7.1 Consentimiento informado	16
7.2 Beneficios potenciales que pueden obtener los participantes.	16
7.3 Protección de los datos según ley vigente.....	16
9.- Presupuesto económico.....	17
10. Bibliografía	17
ANEXOS	20

1. Introducción

1.1. Antecedentes y estado actual del tema

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son el tercer grupo farmacológico más prescrito en España según datos del informe farmacoterapéutico del Sistema Nacional de Salud de España (SNS) de 2011. (1). No están desprovistos de efectos adversos e interacciones potencialmente graves, y cobran especial importancia en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas (EC), como la artrosis.

Los AINEs comparten una capacidad elevada de provocar problemas relacionados con medicamentos (PRM), que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir resultados negativos asociados a la medicación (RNM), con gravedad diversa, de las cuales los consumidores no suelen ser conscientes. Los RNM, por tanto, son un resultado en la salud del paciente no adecuado al objetivo de la farmacoterapia, que está asociado al uso o fallo en el uso de medicamentos. La toxicidad aguda y crónica de los AINES reviste interés epidemiológico y constituye un motivo de preocupación (2) y que con mayor frecuencia son responsables de un RNM en la consulta de urgencia. Según el estudio de Ramos, la frecuencia de RNM para el grupo farmacológico de medicamentos asociados al sistema músculo-esquelético es del 19%. Asimismo, se destaca que el uso de AINEs es la causa de 47,6% de los sucesos registrados como ingreso hospitalario. (3)

La elección del AINE en el paciente con artrosis no debe hacerse en función de su eficacia, sino en función de su potencial tóxico, la comorbilidad, las posibles interacciones farmacológicas, su coste y las preferencias de los pacientes.(1) (4)

En los últimos años se han desarrollado herramientas para poder optimizar la prescripción de medicamentos en los ancianos. Los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate, indicated Treatment) publicados en el 2008 se han impuesto como referencia en Europa convirtiéndose en criterios específicos y precisos para detener prescripciones potencialmente inadecuadas en personas mayores de 65 años o más en el ámbito de atención primaria. Han sido validados por médicos de seis países europeos, incluida España y está constituido por dos grupos de criterios: los STOPP (por la palabra inglesa "parar" o "detener") y los START (por "empezar"). Los criterios STOPP se emplean para detener las prescripciones inapropiadas (PI) y los Criterios START para llamar a atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados. La mayor parte de las

afirmaciones del STOPP constituyen interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad de relevancia clínica. Estos criterios STOPP-START han demostrado ser una buena herramienta para la detección de PI y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención. (5)(6)

Según el informe anual del SNS del 2016, los problemas de salud crónicos en la población adulta más frecuentes están constituidos por la hipertensión arterial (18,4%) el dolor de espalda lumbar (17,3%), la hipercolesterolemia (16,5%), la artrosis (16,3%), y el dolor cervical crónico (14,7%).(7)

El tratamiento de artrosis, como todas las EC, en el momento actual no tiene curación. Sin embargo el tratamiento puede lograr reducir síntomas, mantener el nivel de actividad física y hacer más lenta la progresión de la enfermedad. (8)

Los estudios epidemiológicos indican que en España la artrosis afecta aproximadamente al 10% de la población y a más del 50% de los mayores de 60 años (más de 4 millones de personas con alguna de sus articulaciones afectadas por la artrosis en España). (8)

Los AINE en artrosis son útiles en el control del dolor, la rigidez y en la mejoría de la funcionalidad y de la calidad de vida de los pacientes

En este contexto, la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es entendida como la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, de su estado físico, emocional y social en un momento dado, y el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico, emocional , y social (9)

Uno de los cuestionarios genéricos más utilizados para medir la CVRS es el cuestionario de salud EuroQol-5D (EQ-5D) (10). Está formado por dos partes un sistema descriptivo EQ-5D y una escala analógica EVA en la que el paciente marca el valor de la autopercepción de su salud que considera. Este cuestionario permite la medición general de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, que es el propósito fundamental de los instrumentos de CVRS, y aunque existen otros instrumentos de este tipo como el Quality of Well-Being Scale, el Health Utilities Index o el 15-D6, el cuestionario EQ-5D es el único que ha sido adaptado y validado para su uso en España.

Las medidas de CVRS que proporciona el EQ-5D han sido validadas para evaluar la salud general, pero existen otros instrumentos como el cuestionario de osteoartritis de Western Ontario y McMaster University (WOMAC) que valora la CVRS de forma específica. Se trata de un cuestionario específico para un problema de salud concreta, en personas con

osteoartrosis de cadera y de rodilla. Trata de evaluar cambios clínicos percibidos por el paciente en su estado de salud como resultado de una intervención con preguntas relacionadas con el dolor, la rigidez y la función durante actividades específicas (4) (11).

La finalidad del estudio es plantear una estrategia para supervisar los planes terapéuticos y contribuir al logro de los objetivos terapéuticos de pacientes con artrosis (mitigar el dolor, mejorar la funcionalidad y evitar prescripciones inadecuadas) que mejora la CVRS del paciente con artrosis.

Desde el ámbito de atención primaria, este estudio propone que los farmacéuticos de área de salud trabajen en cooperación con los pacientes y otros profesionales de la salud, como los médicos de atención primaria, para contribuir a lograr los resultados deseados en los pacientes.

Se escoge la metodología Dáder de Seguimiento farmacoterapéutico porque existen varias estudios dirigidos a diversas patologías que han implementado el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) con gran éxito ⁽¹²⁻¹⁵⁾. En ellos se mejora el logro de objetivos terapéuticos del paciente en comparación con la atención habitual (orientación estándar en la consulta).

Dicho método fue desarrollado por el grupo de investigación en atención farmacéutica de la universidad de Granada (GIAF-UGR) (15). Consta de 7 etapas: 1. Oferta del servicio 2. Primera entrevista 3. Estado de situación 4. Fase de estudio 5. Fase de evaluación 6. Fase de intervención 7. Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención). 1) En la **Oferta del servicio** se informa al paciente sobre la existencia del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. 2) Una vez el paciente acepta la realización del SF se realiza la **Primera Entrevista** para la obtener información referente a los problemas de salud del paciente y los medicamentos que tenga en casa, documentos clínicos relevantes. 3) El **estado de situación** de un paciente, es la relación entre sus problemas de salud y sus medicamentos, a la fecha de la entrevista inicial al paciente. 4) **Fase de Estudio**: pretende obtener la información necesaria de los problemas de salud y medicamentos reflejados en el estado situación, para su evaluación posterior a través de la revisión bibliográfica de los problemas de salud y los medicamentos que se han reflejado en el estado de situación del paciente. 5) **Fase de evaluación**: trata de evaluar la medicación en cuanto a la necesidad, efectividad y seguridad de la misma establece sospechas de posibles problema relacionados con los medicamentos, que posteriormente pueden ser confirmadas o no en fases posteriores del proceso. 6) **Fase de intervención**:

es la elaboración de un plan de actuación de acuerdo con el paciente y desarrollar las intervenciones necesarias para resolver los PRM que éste pueda estar sufriendo 7) **Entrevistas sucesivas:** el posible cambio en los problemas de la salud del paciente y/o de los medicamentos lleva a la confección de un nuevo estado situación y por tanto a la realización de nuevo de todas las fases del método, donde la entrevista inicial se reconvertirá en las entrevistas sucesivas.

1.2 Bibliografía más relevante

La bibliografía más relevante de la que surgió el planteamiento de este estudio se centra principalmente en artículos de investigación. En primer lugar, (16) *Cavidol Calidad de vida y dolor en atención primaria* que muestra como las personas con procesos dolorosos tienen su calidad de vida deteriorada y el aparato más comúnmente afectado es el músculoesquelético, con enfermedades artrósicas (gonartrosis y coxartrosis las causas las más frecuentes). El siguiente artículo, es la (17) *Adaptación del Método Dáder® de seguimiento Farmacoterapéutico al Nivel asistencial de Atención Primaria* Este estudio, adapta el método Dáder®, ya eficaz en farmacias comunitarias y hospitalarias, a la atención primaria y permite que el farmacéutico y el médico de atención primaria trabajen conjuntamente en el ámbito de un centro de salud.

2. Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio

La hipótesis de trabajo de la investigación es que “La intervención del farmacéutico de área de salud a través del seguimiento psicoterapéutico- educativo del método Dáder® presenta un beneficio mayor para una mejor percepción de la salud en los pacientes crónicos, con artrosis tratados con antiinflamatorios no esteroideos en relación a la práctica habitual.

2.1 Objetivos

Objetivo general

- Evaluar la efectividad de una intervención farmacoterapéutico –educacional del farmacéutico de área utilizando una metodología de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) con el método Dáder® sobre la percepción de la calidad de vida del paciente con artrosis tratado con AINES en el centro de salud.

Los objetivos específicos son:

1. Describir el perfil de los pacientes con artrosis > de 65 años que son tratados con antiinflamatorios no esteroideos del ámbito de atención primaria.
2. Analizar los efectos adversos de la medicación, o tratamientos inapropiados por parte de los profesionales médicos, según el cuestionario Stopp-Star antes y después de la intervención.
3. Evaluar la percepción de la calidad de vida de pacientes con artrosis antes y después de la intervención farmacéutica a través del cuestionario de salud EuroQol-5D (EQ-5D) antes y después de la intervención.
4. Analizar el grado de dolor del paciente con artrosis para ajustar mejor la dosis del AINE a través del cuestionario específico WOMAC antes y después de la intervención.

2.2 Estrategia PICO.

La buena construcción de la pregunta de investigación es fundamental para la búsqueda de evidencias y respuestas. La pregunta en formato PICO es la siguiente:

P= Pacientes mayores de 65 años con dolor crónico por artrosis con tratamiento de AINES

I/E= Seguimiento psicoterapéutico-educativo con el método Dáder® por parte de los profesionales sanitarios farmacéutico- medico

C= Consejo habitual

O= Mejor control de la medicación, disminución de efectos adversos y mayor percepción de la calidad de vida

3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

La investigación propuesta es útil porque pretende reactivar el refuerzo educativo terapéutico en los pacientes con artrosis desde el ámbito de la atención primaria y permite que el farmacéutico y el médico de atención primaria trabajen conjuntamente en el ámbito de un centro de salud en el seguimiento de estos pacientes crónicos, polimedicados.

La aplicabilidad que tiene este trabajo para la práctica clínica de los profesionales de Atención primaria es poder utilizar una estrategia, a través del Método Dáder® para conseguir un mejor control de sus pacientes mayores de 65 años con artrosis que permitirá

mejorar la atención paciente - profesional sanitario: reducir los síntomas, y hacer más lenta la progresión de la enfermedad mejorando la CVRS del paciente.

Por falta de tiempo, de espacio, de profesionales, y variedad de pacientes hace que la atención al paciente no sea eficaz ni efectiva en el ámbito de atención primaria.

El trabajo directo del farmacéutico con el médico de atención primaria enriquece la comunicación entre ambos profesionales y promueve la inclusión y la competencia del farmacéutico en el equipo de salud de atención primaria que atiende al paciente.

4. Diseño y métodos

4.1 Tipo de diseño y estudio que se utilizará

Es un diseño experimental, tipo de estudio, ensayo controlado no aleatorio, de intervención educativa, donde los participantes quedan divididos en un grupo de intervención y un grupo control. El grupo control va a permitir aislar el efecto que se quiere medir en el estudio, porque no participa en la intervención farmacoterapéutico –educacional y sigue el seguimiento de la clínica habitual. Los estudios de intervención educativa no se aleatoriza a los sujetos sino el centro a donde pertenecen, por tanto los pacientes que sean del CS La Plaça de dins serán los que reciban la intervención, los que sean del CS La Fábrica. Ya que en ocasiones donde se realiza una intervención educativa es más práctico la asignación por centros, por consultas o por áreas geográficas, para evitar el fenómeno de contaminación que parece cuando un individuo se somete a una intervención educativa o que los sujetos del estudio del grupo control conozcan la existencia sobre la posible intervención en otros pacientes de su mismo centro de salud. (18)

El periodo de estudio tiene una duración de 12 meses y a partir de octubre de 2018 se comenzará con el reclutamiento de los pacientes.

El ámbito de estudio es de Atención primaria, y los centros de salud corresponden a la ZBS-1 Plaça de dins, y la ZBS-2 La Fábrica ubicados en Alcoy pertenecientes a la Área de Salud n.º 15.

Participarán 4 consultas médicas, 2 consultas del CS Plaça de dins, que corresponde al Grupo intervención y otras 2 consultas del CS La Fábrica que son el Grupo control.

4.2 Población de estudio

- Descripción de la muestra

El presente trabajo se realiza en dos centros de salud del departamento de salud n.º 15 de Alcoy que voluntariamente acceden a participar en el estudio De esa población se

tomará una muestra de pacientes > 65 años que padecen artrosis y reciben tratamiento farmacológico con AINEs que cumplan los criterios de inclusión y firman el consentimiento informado del estudio. .

- Criterios de inclusión

Se incluyen aquellos pacientes con dolor crónico basal (de ≥ 40 mm en WOMAC) o un brote definido (≥ 15 mm en WOMAC) por artrosis mayores de 65 años que acuden habitualmente a los centros de salud y el médico de familia les prescribe uno o varios AINEs que toman de forma continua al menos 5 días a la semana (por vía oral, tópica, parenteral o rectal) mediante receta médica durante el período de estudio y que acceden a participar una vez han sido informados y han entendido claramente el procedimiento de la entrevista. Se incluyen por tanto, todos los pacientes que cumplen estos requisitos y han firmado un consentimiento informado para realizar el estudio. (**Anexo 1**)

- Criterios de exclusión

Se excluyen del estudio aquellos pacientes que no consienten la realización de la entrevista o no han entendido claramente el procedimiento de la misma, pacientes que demandan un AINE por vía ocular, que no se encuentren entre el rango de edad estudiado o que no tengan la EC concreta de artrosis, que solicitan consejo farmacológico para la dispensación de un AINE para otra persona, que se automedican con AINE y pacientes que no acuden regularmente a los centros de salud participantes.

- Métodos de muestreo

Muestreo no probabilístico consecutivo. Se seleccionan a los sujetos que cumplen los criterios de inclusión referidos anteriormente durante el periodo de estudio y que acuden a las consultas de los centros de salud participantes.

- Cálculo del tamaño de la muestra

Con base en los estudios realizados por Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, et al. (14) se asume que en el grupo control sólo el 30% de los pacientes lograría los objetivos del estudio y que en el grupo de intervención este porcentaje sería 45%. Con esa diferencia, se estima un nivel de significación de 0,05 hipótesis lateral (2 colas) y una potencia de 80%. Se necesitan 162 pacientes en cada grupo, si tenemos en cuenta una posible pérdida del 15% nos dará una N= 187 pacientes en cada grupo y una N total= 374 pacientes.

- Procedencia de los sujetos

Los pacientes objeto de estudio son pacientes con dolor crónico por artrosis > de 65 años residentes en la localidad de Alcoy y acuden regularmente a los centros de salud.

Los Centros de Salud son el CS La Plaça de dins y el CS La Fábrica. Son centros de salud urbanos ubicados en zonas que albergan a un gran núcleo urbano dentro de ciudad.

- Farmacéuticos y Médicos de familia participantes

En el estudio participan 2 farmacéuticos de Área que pertenecen a los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana n.º 15 de Alcoy y 17 de S.Joan d'Alacant.

Los médicos de familia que participan en el estudio son 4 y pertenecen a los CS seleccionados donde pertenecen los pacientes y asisten regularmente a los centros participantes. Dos médicos de familia pertenecen al CS de La Plaça de dins y los otros dos médicos de familia pertenecen al CS La Fábrica.

c) Método de recogida de datos

Se realiza un cuaderno de recogida de datos Ad.hoc, (CRD, **Anexo 2**) para las variables del estudio. En las visitas clínicas cada 3 meses durante un año se recogen variables sociodemográficas (Sexo, Edad, Nacionalidad, Nivel de estudios, Estado Civil, Estado laboral) y variables clínicas (Índice de masa corporal (IMC), Hábito Tabáquico, Práctica de ejercicio, Comorbilidad, AINE(s) demandado(s) por el paciente, la Medicación concomitante usada por el paciente, el cuestionario de salud EuroQol-5D (EQ-5D), *el cuestionario STOPP-START, y el cuestionario WOMAC*)

4.3 Variables: Definición de las variables, Medición y Registro de valores

Las variables sociodemográficas son:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica: varón o mujer.

- Edad: variable cuantitativa continua. Número de años de vida del paciente.

- Nacionalidad: variable cualitativa dicotómica: española u otras nacionalidades.

- Nivel de estudios: variable cualitativa- categórica: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores.

- Estado civil: variable cualitativa categórica: casada/o, soltera/o, viuda/o, divorciada/o

- Estado laboral: variable cualitativa categórica: activo, jubilado, pensionista, parado

Las variables clínicas son:

- Índice de masa corporal (IMC): Es una variable cualitativa categórica: peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad. Se define como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m²). (OMS, 1997)

- Hábito tabáquico: Variable cualitativa dicotómica: “sí” y “no”.

- Práctica de ejercicio: Variable cualitativa dicotómica: “sí” o “no”.

- Comorbilidad: Se pregunta el tipo de enfermedades del paciente, el número de problemas de salud que afectan a la capacidad funcional del paciente en el momento de la entrevista, siendo ésta una variable cuantitativa discreta, y el tipo de problemas concomitantes, dependiendo del sistema del organismo afectado, siendo una variable cualitativa policotómica (Se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10).

- AINE(s) demandados por el paciente: es el AINE o los AINEs que es prescrito al paciente, motivo del estudio. Se determina el tipo de AINE (variable cualitativa policotómica: paraaminofenoles, ác. propiónicos, AAS y salicilatos, pirazolonas, ac.acéticos, COXIBs, oxicams y otros, Combinación de paraaminofenoles y ác. propiónicos y otras combinaciones), tratamiento (variable cualitativa dicotómica: de Inicio o Continuación) y por último, duración del tratamiento (variable cualitativa categórica: menos de 1 semana, de 2 semanas a 6 meses, de más de 6 a 12 meses, y más de 2 años).

- Medicación concomitante usada por el paciente: son los medicamentos, que está tomando el paciente en el momento de realizar la entrevista, ya sea prescrito por el médico o no. Se determinaron el número total de medicamentos (variable cuantitativa discreta) y el grupo al cual pertenecen, se ha codificado según la clasificación ATC codificando en 14 grupos terapéuticos como variable clasificación ATC. (Clasificación ATC, 2016 (19))

- Problemas relacionados con medicamentos (PRM): es una variable cualitativa policotómicas clasificada en varias categorías y clasifica según el Foro de Atención Farmacéutica de España, 2018. (20)

- Resultado negativo asociado a la medicación (RNM): variable cualitativa policotómica que se clasifica en 6 categorías según el Tercer Consenso de Granada, 2007. (21)

-Intervención satisfactoria: Es una variable cualitativa de tipo dicotómica. Se establece dos categorías para su registro (Intervención satisfactoria o no satisfactoria). Por intervención satisfactoria se consideran todas aquellas actuaciones en las que el farmacéutico propone una estrategia para solucionar el RNM y tanto el paciente como el médico, aceptan la propuesta hecha por el farmacéutico. Estos campos se relacionan también con la resolución del RNM, cuando el problema de salud desaparece, o cuando los RNM son evitados tras la intervención. Se utiliza estas categorías de acuerdo la Guía SFT, 2007 del método Dáder® (15). (**Anexo 3** dossier que se le facilita al farmacéutico de Área con todos los documentos de registro de las 7 etapas del método Dáder®)

Para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el dolor del paciente con

artrosis, y la prescripción inapropiada del tratamiento se utilizarán cuestionarios validados, tal y como se explica describiendo las siguientes variables.

- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS):

*Valoración General de la CVRS: Se mide con un instrumento que valora genéricamente la CVRS, el cuestionario de salud EuroQol-5D (EQ-5D) validado. Se trata de una variable cuantitativa continua (sistema descriptivo EQ-5D) y cualitativa (escala analógica EVA). El sistema descriptivo consta de 5 dimensiones: movilidad, personal, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con 3 niveles: sin problemas, con problemas moderados o con problemas severos. La escala visual analógica (EVA), es una escala del 0 al 100, siendo 0 el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud imaginable. El paciente marca el valor de la autopercepción de su salud que considera. **(Anexo 4).**

*Valoración Específica de la CVRS: Se mide con un instrumento específico de la CVRS, el cuestionario WOMAC (Western Ontario y McMaster University). Se trata de una variable cuantitativa discreta. Está compuesto por 24 ítems, en tres dimensiones: dolor (5 ítems), rigidez (2 ítems) y capacidad funcional (17 ítems). Los pacientes cumplimentan una serie de preguntas con unos ítems y con unas opciones de respuesta que son en todas las preguntas iguales: ninguna, poca, bastante, mucha y muchísima dificultad, con una puntuación que va de 0 a 4, respectivamente. Los puntos obtenidos se suman y se estandarizan de 0 a 100 (de mejor a peor capacidad). **(Anexo 5)**

- Prescripción inapropiada: se refiere al tratamiento inapropiado por parte de los profesionales médicos. Se mide a través del cuestionario STOPP-START considerado para personas de 65 o más años (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate, indicated Treatment). Es una variable cualitativa policotómica. Son 22 criterios START y 65 criterios STOPP dentro del cuestionario. **(Anexo 6)**

4.4 Descripción y definición de la intervención si la hubiera

En el grupo de intervención

En el grupo de intervención se aplican las siete etapas del método Dáder® para controlar, y mejorar los objetivos terapéuticos del tratamiento del paciente con artrosis. Se analizan los tratamientos inapropiados por parte de los profesionales médicos, con el cuestionario Stopp-Star, y la percepción de su calidad de vida, de manera general con el EQ-5D y de manera específica, en función del grado de dolor del paciente, con el cuestionario WOMAC, antes y después de la intervención.

Sesión 0. 1) La oferta del servicio SFT.

En la Sesión 0 el farmacéutico y el médico realizan la oferta del servicio directamente al paciente. El farmacéutico deja claro que no va a sustituir la función del médico sino que va a trabajar en equipo para conseguir el mejor beneficio de la medicación que utiliza. No se pretende iniciar ni suspender ningún tratamiento, así como tampoco modificar pautas sin contar con la opinión del médico. Se le detalla el protocolo a seguir del servicio de forma oral y escrita (hoja de información al paciente) y se le entrega el consentimiento informado que debe entregar firmado en la primera entrevista si acepta participar en el estudio. Si el paciente acepta, se le solicita que traiga una bolsa de medicamentos de todos aquellos que tenga en casa y la traiga a la primera entrevista que se le va a realizar en el centro de salud.

Sesión 1. 2) La Primera Entrevista

El farmacéutico recoge información referente a los problemas de salud y los medicamentos que está tomando el paciente (preocupaciones o problemas de salud de paciente a través de preguntas abiertas, el aporte de la bolsa de los medicamentos de casa y los registros clínicos de la historia clínica (pruebas complementarias, intervenciones quirúrgicas, datos de interés) que es apoyada por el médico de familia.

Sesión 2. 3) Estado de situación.

El farmacéutico utiliza, e interpreta los datos recogidos, de tal forma que cada medicamento se empareja con aquellos problemas de salud que se trata de controlar con él. Proporciona una visión global del estado de salud del paciente y su relación con los fármacos utilizados.

Sesión 3. 4) Fase de estudio

El farmacéutico recurre a fuentes especializadas para obtener la información necesaria de esos problemas de salud y medicamentos reflejados en el estado situación, en el siguiente orden (1) Evidencia para la Atención Sanitaria, (2) revisiones sistemáticas y (3) artículos originales.

Sesión 4. 5) Fase de evaluación.

Se determina si el paciente sufre un PRM o no. El farmacéutico y el médico de forma conjunta tratan de evaluar la medicación en cuanto a la necesidad (si hay un problema de salud al no recibir la medicación que necesita, o hay un problema de salud al recibir un medicamento que no necesita), efectividad (se considera un medicamento efectivo si se cumplen los objetivos terapéuticos como conseguir la desaparición o alivio del dolor del paciente con artrosis; si hay inefectividad no cuantitativa o cuantitativa en función de la

relación entre RNM detectado y la cantidad de medicación) y seguridad (se realiza en cada medicamento por separado, considerándolo inseguro si produce o agrava alguno de los problemas de salud del estado de situación del paciente, distinguiendo entre inseguridad cuantitativa o no cuantitativa)

Sesión 5. 6) Fase de intervención.

El farmacéutico y el médico elaboran un plan de actuación en función de las necesidades del paciente eligiendo el tipo de intervención a realizar. El médico toma la decisión de Intervenir o no ante la existencia de un PRM. Se cuenta con el paciente para el plan de actuación

Sesión 6 y sucesivas. 7) Entrevistas sucesivas.

El farmacéutico conoce como responde el paciente ante la propuesta, y junto con el médico comprueban la continuidad de la intervención por parte del paciente, y obtienen información sobre los resultados de la intervención SFT realizada.as entrevistas. Pueden servir también para iniciar nuevas intervenciones previstas en el plan de actuación y destinadas a reforzar la consecución de un objetivo o alcanzar otros que pueden surgir creando nuevos estados de situación (proceso cíclico).

En el grupo control

Con el grupo control se realiza una atención habitual en la consulta médica con el cuestionario Stopp-Star, y se evalúa la percepción de su calidad de vida, de manera general con el EQ-5D, y de manera específica, en función del grado de dolor del paciente con el cuestionario WOMAC, antes y después, es decir al comienzo del estudio y al finalizar el estudio.

4.5 Descripción del seguimiento de pacientes si lo hubiera

Se realiza un seguimiento de los pacientes al principio del estudio, a los 6 meses y a los 12 meses. Se pasaran todos los cuestionarios a ambos grupos al comienzo del estudio o fase basal, a los 6 meses solo al grupo intervención y a los 12 meses a los dos grupos: el de intervención y el control.

4.6 Estrategia de análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 22.0 (SPSS de IBM, Armonk, Nueva York). Se realizará un análisis descriptivo de los datos que se presentan como medias y desviaciones estándar [DE] o como porcentajes según si la variable es cualitativa o cuantitativa. También se realizará un análisis bivariante utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson (entre grupos) y la prueba de McNemar (los cambios dentro

del grupos desde el inicio del seguimiento hasta los 12 meses) para comparar variables cualitativas. Se realiza la prueba t de Student para muestras independientes (entre los grupos de estudio) que se utilizaran para la comparación de medias y por último se realizará un análisis multivariante que se estimará para la significación estadística el valor de 95% de intervalo de confianza y valor de en $p < 0,05$.

4.7 Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica (de forma breve)

Search ("Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal/administration and dosage"[MAJR]) OR "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal/adverse effects"[MeSH Terms]) AND "Osteoarthritis, Knee/drug therapy"[MAJR] Filters: Humans 166 #15 Add Search "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal/pharmacology"[MAJR] AND adverse effects AND Pharmaceutic* Filters: Humans 446 Search method Dader Filters: Humans 21

5.- Calendario previsto para el estudio

El estudio tiene una duración de un año (12 meses).

El protocolo del estudio consta de las siguientes fases: inicial, de preparación, de resultados y final.

En el mes de septiembre se produce el primer encuentro con el paciente donde se le oferta el SFT, después al mes siguiente en octubre tiene lugar la primera entrevista. Con la información recabada en esa entrevista los profesionales sanitarios trabajan todo el mes para concretar la intervención que se va a iniciar con una segunda visita al centro de salud en el mes de noviembre. A partir de aquí trimestralmente se realizan entrevistas sucesivas necesarias para controlar la intervención.

6.- Limitaciones y posibles sesgos del estudio (como se controlan)

Es un estudio de Actitud Pragmática, es decir, hecho en práctica clínica real, cuya finalidad, es ayudar a tomar decisiones sobre la medicación más efectiva, y sus dosis, no hay enmascaramiento, en este caso es abierto, sólo se podrá cegar el análisis estadístico al ser un estudio de intervención educativa. La muestra de sujetos es representativa y heterogénea similar a la población diana.

En relación a las posibles pérdidas en el seguimiento se ha estimado un 15% más de muestra.

7.- Problemas éticos:

7.1 Consentimiento informado

La participación en el estudio es voluntaria, para lo cual todos los sujetos participantes son informados por el investigador responsable de forma oral y escrita sobre la naturaleza del estudio y objetivos y aceptan participar libremente. Una vez aceptan participar, los pacientes firman un consentimiento informado.

7.2 Beneficios potenciales que pueden obtener los participantes.

Los beneficios potenciales para el paciente de ese estudio son la mejora de su calidad de vida, evitando los RNM posibles y mitigando el dolor de la artrosis.

7.3 Protección de los datos según ley vigente

Se asegura siempre el cumplimiento de la ley de protección de datos personales (LOPD), el derecho que tiene de acceso, rectificación y cancelación de sus datos en el servicio (art. 15, 16 LOPD 15/99 y 23 siguientes del RD 1720/07, 21 de dic.)

8.- Cronograma y organización del estudio

2019	Trimestre MES	1			2	3	4	Participantes
		Sp	Oc	Nov	Fb	My	Ag	
Actividades								
Sesión 0		X						P-M-F
Sesión 1			X					P-M-F
Sesión 2			X					FF
Sesión 3			X					FF
Sesión 4			X					F-M
Sesión 5				X				P-M-F
Sesión 6					X			P-M-F
Sesión 7						X		P-M-F
Sesión 8							X	P-M-F

Leyenda: P: paciente con artrosis; M: médico de familia; F: farmacéutico de Área

Fase Inicial (Etapa 1), Fase de Preparación (Etapas 2-5), Fase de intervención (Etapa 6) y Fase de resultados (Etapa 7)

9.- Presupuesto económico

Para el desarrollo del proyecto se calcula el siguiente presupuesto:
1. Para el análisis estadístico: 500 euros
2. Presentación de los resultados en congresos nacionales e internacionales: 3000 euros
3. Publicación de los resultados en revistas con factor de impacto 1.000 euros.

10. Bibliografía

- 1.- Vargas Negrín F, Medina Abellán MD, Hermosa Hernán JC, De Felipe Medina R. Tratamiento del paciente con artrosis. Aten Primaria [Internet]. 2014;46(SUPPL 1):39–61. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70043-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70043-5)
- 2.- Jesús Florez. Farmacología Humana. MASSON, S.A. 1997. 15-21 p.
- 3.- Ramos Linares S, Díaz Ruiz P, Fumero Mesa J, Col Y. Incidencia de Resultados Negativos de Medicación en un servicio de urgencia hospitalaria y factores asociados. Farm Hosp [Internet]. 2010 [citado 12 de mayo de 2018];34(6):271-8. Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634310001479>
- 4.-Zhang W, Qu X, Chen B, Snyder M, Li B, Tang Y, et al. Cost-effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and opioids in the treatment of knee osteoarthritis in older patients with multiple comorbidities. HHS Public Access. 2017;133(1):48-61.
- 5.-Gallo C, Vilosio J. Actualización de los criterios STOPP-START : una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos New version of STOPP-START criteria : Tools for the detection of potentially inappropriate medications in. Evidencia [Internet]. 2015;18 n4:124–9. Available from: <http://www.fundacionmf.org.ar/files/c408e5ff7e3a0178169d58286709f3f9.pdf>
- 6.-Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–9.
- 7.-Ministerio de Sanidad SS e I. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. 2016;1008. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf
- 8.- Lario BÁ. Artrosis. Todo Lo Que Necesita Saber [Internet]. Libros En Red; 2005 [citado 12 de mayo de 2018]. 268 p. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=F9cunpFz8b4C&pgis=1>

9. Mejía BEB de, Merchán MEP. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (CVRS) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica. Rev Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2007;12:11–24. Available from:<http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689002.pdf>
- 10.-Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. Med Clin (Barc) [Internet]. 1999 [citado 11 de mayo de 2018];112 Suppl:79-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10618804>
11. Zampelis V, Ornstein E, Franzén H, Atroshi I. A simple visual analog scale for pain is as responsive as the WOMAC, the SF-36, and the EQ-5D in measuring outcomes of revision hip arthroplasty. Acta Orthop [Internet]. 2014 Apr 30 [cited 2018 Jun 14];85(2):128–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479622>
- 12.-Salazar-ospina A. Effectiveness of the Dáder Method for Pharmaceutical. J Manag Care Spec Pharm [Internet]. 2017;23(1):74-84. Disponible en: <https://www.jmcp.org>
13. Herrera H. EV, Cortés V. TL, Valenzuela L. OL, García M. EA, Velázquez H. JF, López y L. JG. Aplicación del método DÁDER de Seguimiento la zona centro del estado de Veracruz-México. 2012;43(1):58-6
- 14.-Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, et al. Effectiveness of Dáder Method for Pharmaceutical Care on Control of Blood Pressure and Total Cholesterol in Outpatients with Cardiovascular Disease or Cardiovascular Risk: EMDADER-CV Randomized Controlled Trial. J Manag Care Pharm [Internet]. 2012;18(4):311–23. Available from: <http://www.jmcp.org/doi/10.18553/jmcp.2012.18.4.311>
15. Sabater Hernández D, Milena M, Castro S, José M, Dáder F. Método dáder® Guía de seguimiento farmacoterapéutico Tercera Edición 2007 [Internet].citado 11 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA%20FINAL%20DADER.pdf>
16. López-Silva M. C., Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Calidad de vida y dolor en atención primaria. Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 2007;14(1):9-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100003
17. Fajardo P, Baena M, Alcaide J, Martínez J, Faus M, Martínez-Martínez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. Pharm Pract (Granada). 2005;3(3):158-64.
18. Argimon Pallas JM^a, Jimenez Villa J. Métodos de investigación Clínica y

epidemiológica. 4ª Ed. Elsevier ,2013

19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - Industria - Etiquetado y prospecto - Medicamentos y conducción - Listados de principios activos por grupos ATC y decisiones relativas a la incorporación del pictograma de la conducción [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/home.htm>
20. Álvarez De Toledo F, Fité B. INFORMES Y OPINIONES Definiciones y conceptos de FORO de Atención Farmacéutica. Pharm Care España [Internet]. 2006 [citado 11 de mayo de 2018]; 8 (101):2-8. Disponible en: [http://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/37-48 INFORMES OPINiones.pdf](http://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/37-48%20INFORMES%20OPINiones.pdf)
21. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. C DE. Ars pharmaceutica : revista de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada. En: Ars Pharmaceutica [Internet]. 2007 [citado 11 de mayo de 2018]. p. 5-7. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974>



ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“D./Dña.....DNI..... ,
con fecha de nacimiento, sexo,con dirección
en....., y con teléfono

El abajo firmante queda informado de forma precisa e inequívoca y autoriza expresamente al farmacéutico (nombre del farmacéutico responsable de las entrevistas) para recabar los datos que se le soliciten.

Asimismo faculta al farmacéutico para la remisión de dichos datos, por motivos sanitarios, al facultativo médico D/Dña. responsable de la prescripción de los medicamentos y visitas médicas al Centro de Salud _____. Le informamos que sus datos van a ser utilizados exclusivamente con la finalidad de prestarle el servicio de atención farmacéutica y uso racional de los medicamentos personalizado

La información que se le solicita es facultativa, si bien, de no facilitarla, no se le podrá prestar el servicio. Usted queda informado de que el anterior consentimiento es revocable y de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos dirigiéndose por escrito al farmacéutico del Área de Salud nº15 en la siguiente dirección..... (Dirección del Centro de Salud de Área).

Fdo.: (el usuario)

Anexo 2 CRD (CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS) DEL ESTUDIO

RECOGIDA DE DATOS DEL PACIENTE

Datos sociodemográficos

Sexo Mujer Hombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): **Edad:**

Nacionalidad Española Otra

Nivel de estudios Sin estudios
Estudios Primarios
Estudios Secundarios
Estudios Superiores

Estado civil Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a

Estado laboral Activo/a Jubilado/a Pensionista Parado/a

Datos clínicos

Talla: **Peso:**

IMC:

Peso bajo <18,5

Peso normal 18,5-24,9

Sobrepeso 25-29,9

Obesidad ≥30

Hábito Tabáquico: No Si

Práctica de ejercicio: No Si

Cormobilidad: Problemas de Salud: _____ (Código CIE-10)

AINE(s) demandados por el paciente:

Tipo de AINE: ác. propiónicos
 AAS y salicilatos
 ac.acéticos
 COXIBs
 oxicams
 otros

Tratamiento: Inicio Continuación

Duración del tratamiento

 menos de 1 semana
 de 2 semanas a 6 meses
 de 6-12 meses
 de 1-2m años
 más de 2 años

Medicación concomitante: N.º

Grupo terapéutico ATC:

Grupo A Tracto alimentario y metabolismo

Grupo B Sangre y órganos hematopoyéticos

Grupo C Sistema cardiovascular

Grupo D Dermatológicos

Grupo G Sistema genitourinario y hormonas sexuales

Grupo H Preparados hormonales sistémicos

Grupo J Antiinfecciosos para uso sistémico

Grupo L Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores

Grupo M Sistema musculoesquelético

Grupo N Sistema nervioso

Grupo P Antiparasitarios, insecticidas y repelentes

Grupo R Sistema respiratorio

Grupo S Órganos de los sentidos

Grupo V Varios

Problemas relacionados con medicamentos (PRM):

- Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Incumplimiento
- Interacciones
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

Resultado negativo asociado a la medicación (RNM):

NECESIDAD

Problema de Salud no tratado

Efecto de medicamento innecesario

EFFECTIVIDAD

Inefectividad no cuantitativa

Inefectividad cuantitativa

SEGURIDAD

Inseguridad no cuantitativa

Inseguridad cuantitativa

Intervención satisfactoria: No Satisfactoria Satisfactoria

CVRS:

Valoración General de la CVRS: Estado de salud (EQ-5D 5 dimensiones) ; _ _ _ _ _

Escala Analógica EVA: (0-100):

Valoración Específica de la CVRS:

Womac dolor: _

Womac rigidez: _

Womac funcional: _

Prescripción inapropiada (PI):

Criterios Stopp detectados:

SECCIÓN/ES: _____

A. Indicación de medicación

B. Sistema cardiovascular

C. Antiagregantes/Anticuagulantes

D. Sistema nervioso central y psicotrópicos

E. Sistema renal

F. Sistema gastrointestinal

G. Sistema respiratorio

H. Sistema músculo esquelético

I. Sistema urogenital

J. Sistema endocrino

K. Fármacos que aumentan en forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

L. Analgésicos

N. Carga antimuscarínico/anticolinérgica

Criterio/s N.º: ____ (ej: Stopp- A.1)

NºTotal de criterios Stopp: ____

Criterios Start detectados:

SECCIÓN/ES: _____

- A. Sistema cardiovascular
- B. Sistema respiratorio
- C. Sistema nervioso central y ojos
- D. Sistema gastrointestinal
- E. Sistema musculoesquelético
- F. Sistema endocrinológico
- H. Analgésicos
- G. Sistema Genitourinario
- I. Vacunas

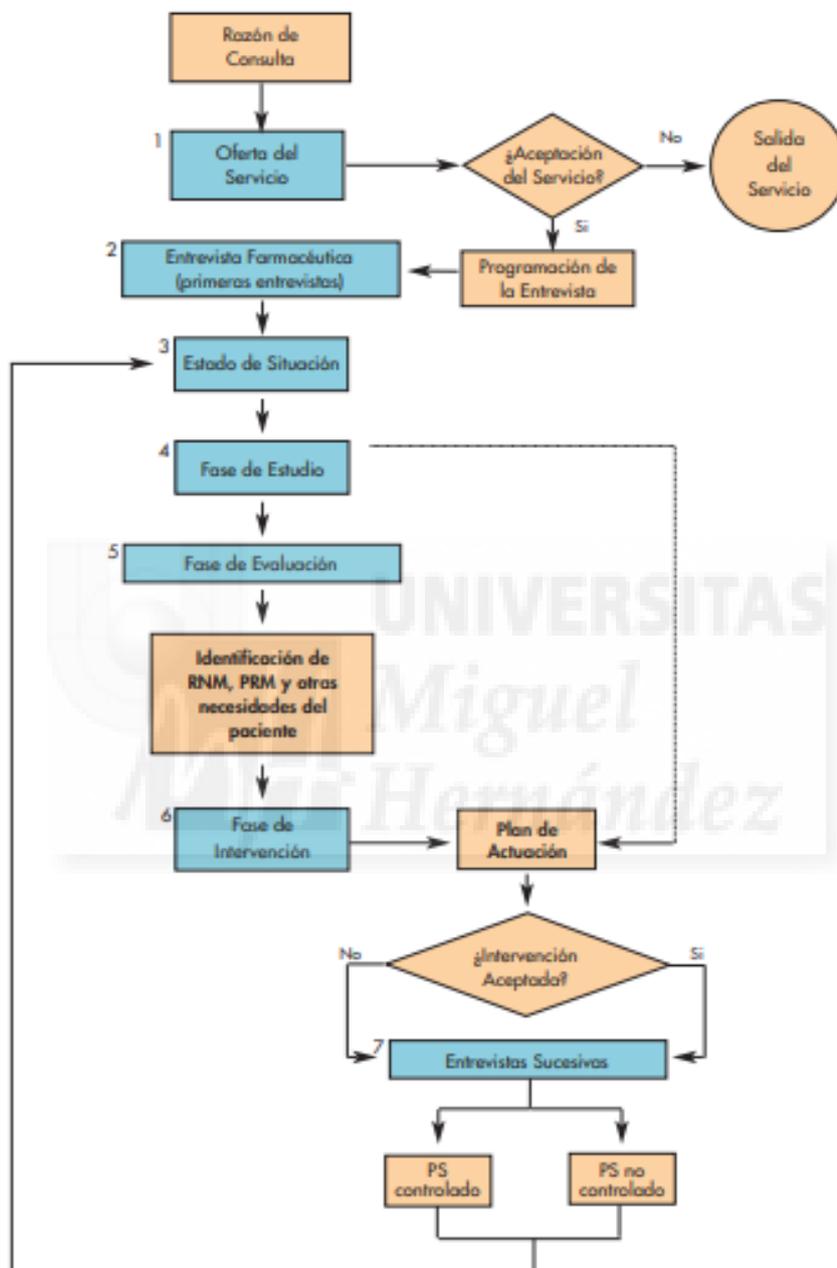
Criterio/s N.º: ____ (ej: Start-A.1)

N.º Total de criterios Start: ____



Anexo 3 PLANTILLAS MÉTODO DADER PARA EL FARMACÉUTICO

Diagrama de flujo de proceso del método Dáder[®] de SFT



Fuente: *GIAF-UGR, 2007*

RNM: Resultado negativo asociado a la medicación; PRM; Problema relacionado con los medicamentos.

1) Oferta de Servicio

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con artrosis tratados con antiinflamatorios no esteroideos

Investigadora: Farmacéutica Vanesa Empar Gregori Ibáñez

Introducción: Me dirijo a usted para informarle sobre este estudio de investigación en el que se le invita a participar. Mi intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclarare las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria: Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

Descripción general del estudio: Detectar los Problemas Relacionados con la Medicamentos (PRM), para prevenir y resolver los Resultados Negativos (RMN) en los pacientes con artrosis tratados con antiinflamatorios no esteroideos con el fin de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. Para este fin, se realizaran entrevistas consecutivas basadas en el Método Dáder® de Seguimiento Farmacoterapéutico de Pacientes.

Procedimientos: La participación en el estudio consistirá en entrevistas con el farmacéutico en las cuales tendré que contestar a preguntas sencillas de las que se obtendré los datos necesarios para comprobar la eficacia, la seguridad y la necesidad de mis medicamentos y para ver cómo éstos influye en mi calidad de vida.

Las entrevistas se realizaran en el centro de salud por parte del farmacéutico y se realizarán con el apoyo de su médico de familia de la siguiente manera:

- Visitas al centro de Salud:

Sesión Inicial: corresponde a este primer encuentro de los profesionales sanitarios con usted. Se le oferta el servicio y/o participación en el estudio y se le detalla el protocolo que se va a seguir.

Primera visita: tendrá lugar una vez se haya accedido al estudio, y se haya pactado la fecha concreta de primera visita. Tendrá lugar al mes después de la sesión inicial.

Segunda visita: Tendrá lugar al mes después de la primera visita.

Tercera visita: Tendrá lugar a los 3 meses después de la última visita.

Cuarta visita: Tendrá lugar a los 3 meses después de la última visita.

Quinta visita: Tendrá lugar a los 3 meses después de la última visita.

Sexta visita: Tendrá lugar a los 3 meses después de la última visita...

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio: Debe saber que su participación en este estudio puede no tener beneficios directos como también puede mejorar su estado de salud por recibir la contribución de otro profesional de la salud, el farmacéutico. Además, tendrá información sobre todos los medicamentos de su tratamiento así como la posibilidad.

En cuanto al estudio del Seguimiento Farmacoterapéutico NO conlleva riesgos para usted.

Confidencialidad: Toda información obtenida en este estudio es confidencial y será estrictamente utilizada para fines de investigación. El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece esta legislación, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su farmacéutico podrá relacionar dichos datos con usted.

Yo, la farmacéutica Vanesa Empar Gregori Ibáñez me pongo a su disposición para contestar cualquier duda que tenga.

2) Primera Entrevista

Entrevista Farmacéutica: **Problemas de Salud** Fecha: _____ Hoja: / _____ 

Problema de Salud: _____ Inicio: _____	Problema de Salud: _____ Inicio: _____
Problema de Salud: _____ Inicio: _____	Problema de Salud: _____ Inicio: _____
Problema de Salud: _____ Inicio: _____	Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): 1) Percepción y expectativas del paciente respecto al P.S., 2) percepción sobre el control del P.S. (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), 3) situaciones o causas de descontrol del P.S., 4) periodicidad de los controles médicos, 5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas relacionadas con el problema de salud.

Entrevista Farmacéutica: **Medicamentos** Fecha: _____ Hoja: / _____ 

Medicamento: _____ Principio Activo: _____ P.S. que trata: _____ Pauta prescrita: _____ Pauta usada: _____ Prescriptor: _____	Percepción de Efectividad: ¿cómo le va? _____ Percepción de Seguridad: ¿algo extraño? _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fecha inicio</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Forma de uso y administración _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observaciones _____</td> </tr> </table>	Fecha inicio		Fecha finalización		Forma de uso y administración _____		Observaciones _____	
Fecha inicio										
Fecha finalización										
Forma de uso y administración _____										
Observaciones _____										
Medicamento: _____ Principio Activo: _____ P.S. que trata: _____ Pauta prescrita: _____ Pauta usada: _____ Prescriptor: _____	Percepción de Efectividad: ¿cómo le va? _____ Percepción de Seguridad: ¿algo extraño? _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fecha inicio</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Forma de uso y administración _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observaciones _____</td> </tr> </table>	Fecha inicio		Fecha finalización		Forma de uso y administración _____		Observaciones _____	
Fecha inicio										
Fecha finalización										
Forma de uso y administración _____										
Observaciones _____										

Fuente: GIAF-UGR, 2007

3) Estado de situación

Estado de Situación

Fecha: _____ Hoja: / _____



Paciente: _____ Código Dóder:

Género:	Edad:	IMC:	Alergias:
---------	-------	------	-----------

Problemas de Salud				Medicamentos			Evaluación			I.F.		
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
						Prescrita	Usada					

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P), Regular (R), Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N), Efectividad (E), Seguridad (S)

OBSERVACIONES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e1f5fe;"> <th style="width: 20%;">FECHA</th> <th>PARAMETROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	FECHA	PARAMETROS										
FECHA	PARAMETROS												

RNM	Medto. implicado	Clasificación RNM	Causa (PRM)	Observaciones (juicio del farmacéutico)

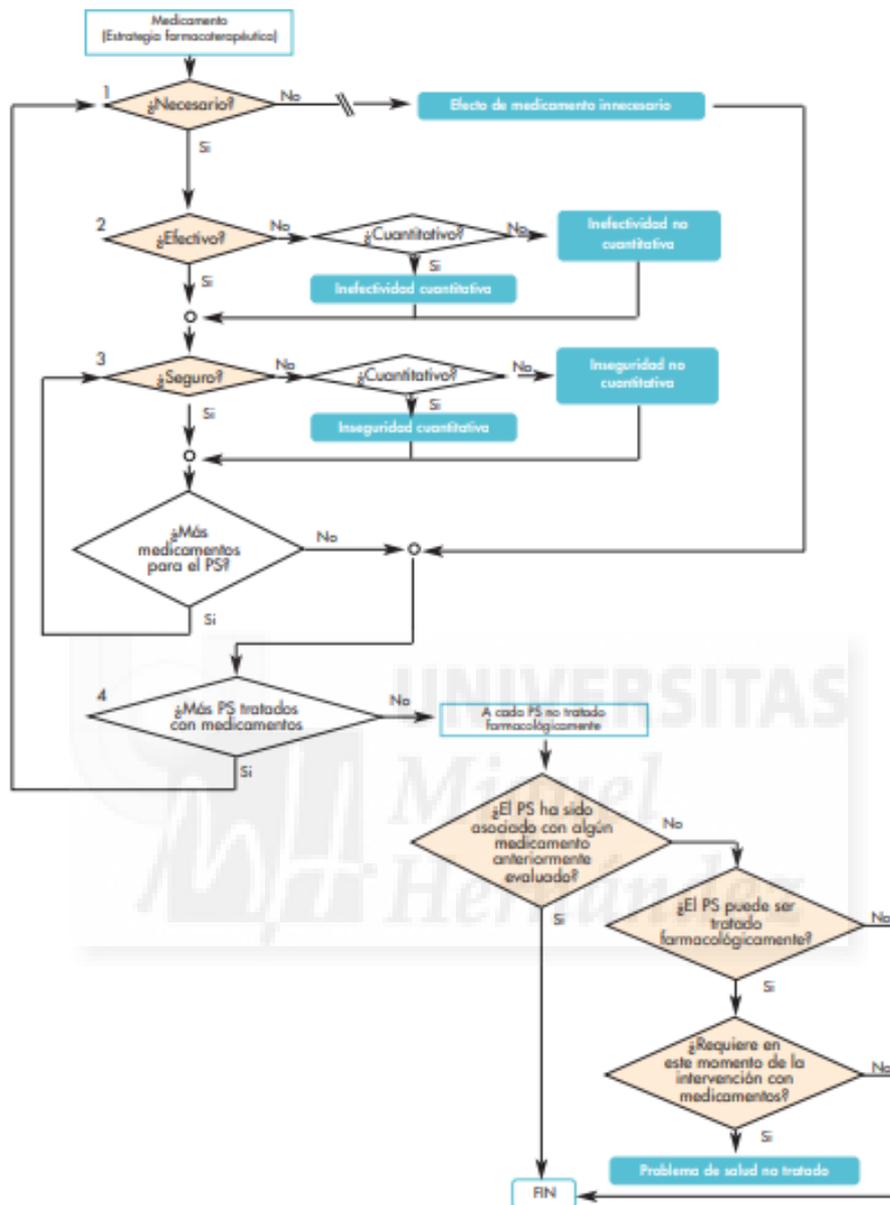
Fuente: GIAF-UGR, 2007(1)

4) Fase de estudio. Fuentes para encontrar la información básica de medicamentos:

Indicación	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Vademécums
Acción farmacológica	Libros de farmacología básica
Mecanismo de acción	Libros de farmacoterapia
Objetivo terapéutico del medicamento	Guías de Práctica Clínica Libros de farmacoterapia Manuales de Terapéutica Vademécums
Rango de utilización del Medicamento (margen terapéutico)	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de Farmacoterapia
Dosis, dosificación y pauta del medicamento	_Vademécums Fuentes específicas*
Normas de correcto uso y administración	Catálogo de especialidades, prospectos Libros de farmacoterapia Vademécums Fuentes específicas*
Efectos indeseados	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de farmacología básica Libros de farmacoterapia Vademécums Fuentes específicas*
Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad de los medicamentos	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de farmacología básica Libros de farmacoterapia Guías de Práctica Clínica Fuentes específicas*
Efecto de los problemas de salud y otras situaciones sobre el medicamento	Libros de farmacoterapia Libros de medicina clínica Guías de Práctica Clínica Fuentes específicas*

*Fuentes específicas: libros, bases de datos, recursos web o aplicaciones informáticas Fuente: *GIAF-UGR, 2007*

5) Fase de evaluación



Fuente: *GIAF-UGR, 2007*

Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación.

NECESIDAD

Problema de Salud no tratado.

El paciente sufre un problema de salud asociado al no recibir una medicación que necesita.

Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.

EFFECTIVIDAD

Inefectividad no cuantitativa.

El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.

Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.

SEGURIDAD

Inseguridad no cuantitativa.

El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.

Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

6) Fase de intervención

Plan de actuación

Plan de actuación		Fecha:	Hoja: /		
Nº	Objetivos (Descripción)	Fecha (planteamiento)	Prioridad	Conseguido	Fecha
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: inicio, control, resultado

Clasificación de intervenciones farmacéuticas diseñada para el método Dáder[®]

CATEGORÍA de intervención	INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN
Cantidad de medicamento	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	Modificar la pauta de administración	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente.
	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente
	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o v.a
Educación al paciente	Disminuir el incumplimiento involuntario	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	Disminuir el incumplimiento voluntario	Refuerzo de la importancia de la adhesión del paciente a su tratamiento.
	Educar en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en las medidas higiénico dietéticas que favorezcan conseguir los objetivos terapéuticos.

Fuente: Sabater, 2005

Identificación		Acción	
Fecha:	RNM:	Fecha:	Objetivo:
Clasificación RNM (Marcar uno) Problema de Salud no tratado Efecto de medicamento innecesario Inefectividad no cuantitativa Inefectividad cuantitativa Inseguridad no cuantitativa Inseguridad cuantitativa		Situación del PS (Marcar uno) Problema manifestado Riesgo de aparición Medición inicial:	
Medicamento (s) implicado (s) Código Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica			
Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas) Administración errónea del medicamento Características personales Conservación inadecuada Contraindicación Dosis, pauta y/o duración no adecuada Duplicidad Errores en la dispensación Errores en la prescripción Incumplimiento Interacciones Otros problemas de salud que afectan al tratamiento Probabilidad de efectos adversos Problema de salud insuficientemente tratado Otros			
Que se pretende hacer para resolver el problema Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos Modificar la dosis Modificar la dosificación Modificar la pauta (redistribución de la cantidad) Intervenir sobre la estrategia farmacológica Añadir un medicamento Retirar un medicamento Sustituir un medicamento Intervenir sobre la educación del paciente Forma de uso y administración del medicamento Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente) Educar en medidas no farmacológicas No está clara			
Vía de comunicación Verbal con el paciente Escrita con el paciente Verbal paciente-médico Escrita paciente-médico			
Resultado ¿Qué ocurrió con la intervención? Fecha: ___/___/___ ¿Qué ocurrió con el problema de salud? Fecha: ___/___/___			
Resultado Intervención Aceptada		Medición final:	
Intervención no aceptada		RNM resuelto RNM no resuelto	

7) Entrevistas sucesivas

Entrevistas Sucesivas			
Fecha:		Hoja: /	
			
Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión

Anexo 4 PLANTILLA CUESTIONARIO EuroQol-5D PARA EL PACIENTE

Sistema descriptivo del EQ-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Escala visual analógica del EQ-5D



Fuente: The Spanish versión of Euroqol, 1999

Anexo 5 PLANTILLA CUESTIONARIO WOMAC PARA EL FARMACÉUTICO

CUESTIONARIO WOMAC PARA ARTROSIS

En este estudio el farmacéutico realizará las preguntas telefónicamente y marcará las respuestas del paciente con una "X".

Apartado A

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto DOLOR siente usted en las caderas y/o rodillas como consecuencia de su artrosis. Para cada situación indique cuánto DOLOR ha notado en los últimos 2 días.

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta RIGIDEZ (no dolor) ha notado en sus caderas y/o rodillas en los últimos 2 días. RIGIDEZ es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones.

1. ¿Cuánta rigidez nota después de despertarse por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas sirven para conocer su CAPACIDAD FUNCIONAL. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de sí mismo. Indique cuánta dificultad ha notado en los últimos 2 días al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su artrosis de caderas y/o rodillas.

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Subir las escaleras

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Levantarse después de estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

6. Andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

8. Ir de compras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

10. Levantarse de la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

12. Estar tumbado en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

14. Estar sentado.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Anexo 6 PLANTILLA CUESTIONARIO START-STOPP PARA EL FARMACÉUTICO

Actualización de los criterios STOPP 2014. Intervenciones que son potencialmente inadecuadas en caso de cumplirse el/los enunciados correspondientes:

Sección A. Indicación de medicación

- 1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación basada en evidencia clínica.

- 2. Cualquier medicamento prescrito con una duración superior a la indicada, cuando la duración del tratamiento este bien definida.

- 3. Cualquier prescripción concomitante de dos fármacos de la misma clase, como dos AINE; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), diuréticos de asa, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), anticoagulantes (debe optimizarse la monoterapia dentro de esa clase de fármacos antes de considerar un nuevo fármaco).

Sección B. Sistema cardiovascular

- 1. Digoxina en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) con función sistólica conservada.

- 2. Amiodarona como tratamiento antiarrítmico de primera elección en las taquiarritmias supraventriculares (mayor riesgo de toxicidad que controlando la frecuencia).

- 3. Diuréticos tiazídicos cuando existe hipopotasemia (kalemia menor a 3 mEq/L), hiponatremia (natremia menor a 130 mEq/L) o hipercalcemia o con antecedentes de gota.

- 4. Antihipertensivos de acción central (metildopa, clonidina) salvo intolerancia o falta de eficacia a otras clases de antihipertensivos.

- 5. IECA o los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA 2) en pacientes con hiperkalemia.

- 6. Antagonistas de la aldosterona (espironolactona, espironona) junto con otros fármacos que pueden aumentar los niveles de potasio (IECA, ARA 2 amiloride, triamtereno) sin monitoreo del potasio (debería monitorizarse cada seis meses).

- 7. Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafilo, verdenafilo) en ICC grave con hipotensión o asociado a nitratos (riesgo de colapso cardiovascular).

- 8. Diuréticos de asa para edemas maleolares sin evidencia de ICC, síndrome nefrótico, insuficiencia renal.

- 9. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea para hipertensión arterial o cuando existe incontinencia urinaria (empeora la incontinencia).

- 10. Betabloqueantes en presencia de bradicardia (frecuencia cardíaca < 50 latidos por minuto) o bloqueo aurículo-ventricular de segundo o tercer grado.

- 11. Betabloqueantes en combinación con verapamilo o diltiazem (riesgo de bloqueo cardíaco).

Sección C. Antiagregantes/Anticuagulantes

- 1. AAS a dosis superiores a 160 mg/día (aumento del riesgo de sangrado sin mayor eficacia).

- 2. AAS en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin IBP.

- 3. AAS, clopidogrel, dipiridamol, antagonistas de vitamina K, inhibidores de la trombina o inhibidores del factor Xa en presencia de un riesgo significativo de

sangrado (ejemplo: hipertensión grave no controlada, diátesis hemorrágica, sangrado reciente espontáneo significativo).

□ 4. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus salvo que el paciente tenga un stent coronario, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave y sintomática (no hay evidencia de beneficios del clopidogrel en monoterapia).

□ 5. AAS combinada con antagonistas de la vitamina K, Inhibidor de la trombina o del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica (la AAS no aporta beneficios).

□ 6. Antiagregantes combinados con antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables (el tratamiento combinado no aporta beneficios).

□ 7. Ticlopidina en cualquier circunstancia (clopidogrel y prasugrel tienen eficacia similar y menos efectos adversos).

□ 8. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de seis meses.

□ 9. Antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses.

□ 10. AINE en combinación de antagonistas de la vitamina K, inhibidor directo de la trombina o del factor Xa (riesgo hemorragia digestiva grave).

Sección D. Sistema nervioso central y psicotrópicos

- 1. Antidepresivos tricíclicos (ATC) en pacientes con demencia, glaucoma, trastornos de la conducción cardíaca, prostatismo o con antecedentes de retención aguda urinaria.
- 2. ATC como tratamiento de primera línea en depresión (mayor riesgo de efectos adversos que con ISRS).
- 3. Neurolépticos con efecto anticolinérgico moderados a graves (clorpromazina, clozapina, flifenzina) en pacientes con antecedentes de prostatismo o retención aguda de orina (alto riesgo de retención urinaria).
- 4. Benzodiazepinas durante más de cuatro semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados); riesgo de sedación prolongada, confusión, caídas, accidentes de tránsito (si el tratamiento supera las cuatro semanas suspender en forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia).
- 5. Antipsicóticos (distintos de quetiapina o clozapina) en pacientes con parkinsonismo o demencia por Cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales).
- 6. Anticolinérgicos/antimuscarínicos para tratar los efectos extrapiramidales de los neurolépticos.
- 7. Neurolépticos en pacientes dementes con trastornos de la conducta, salvo que sean graves y no respondan a otros tratamientos no farmacológicos (aumento del riesgo de ictus).
- 8. Anticolinérgicos en pacientes con delirium o demencia (empeoramiento de la cognición).
- 9. Neurolépticos como hipnóticos salvo que el trastorno del sueño se deba a demencia o psicosis (riesgo de confusión, caídas, hipotensión, efectos extrapiramidales).

- 10. Inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con antecedentes de bradicardia persistente (frecuencia cardíaca menor a 60 latidos por minuto), bloqueo cardíaco o síncope recurrentes de etiología no clara, o que reciben tratamientos simultáneos con fármacos que bajan la frecuencia cardíaca como betabloqueantes, digoxina, diltiazem, verapamilo (trastornos de la conducción cardíaca, síncope o lesiones).

- 11. Fenotiazidas como tratamiento de primera línea ya que existen alternativas más seguras y eficaces (son sedantes y tienen toxicidad antimuscarínica relevante en los mayores). Constituyen como excepción a este enunciado la proclorperazina en el tratamiento de náuseas, vómitos, vértigo; la clorpromazina para hipo persistente y levomepromazina como antiemético en cuidados paliativos).

- 12. Levodopa o agonistas dopaminérgicos para el temblor esencial (no hay evidencia de eficacia).

- 13. Antihistamínicos de primera generación (existen otros más seguros y menos tóxicos).

- 14. ISRS en pacientes con hiponatremia concurrente o reciente (natremia <130 mg/dl).

Sección E. Sistema renal

Los siguientes medicamentos son potencialmente inapropiados en el adulto mayor con enfermedad renal aguda o crónica por debajo de determinado nivel de filtrado glomerular (consultar vademécum locales y fichas técnicas).

- 1. Digoxina en dosis mayores a 125 ug/día con tasa de filtrado glomerular (TGF) < 30 ml/min (riesgo de intoxicación digitalica si no se realiza monitoreo).

- 2. Inhibidores directos de la trombina (ej. dabigatran) con TFG <30 ml/min (riesgo de sangrado).

- 3. Inhibidores del factor Xa (ej. rivaroxaban) con TFG <15 ml/m (riesgo de sangrado).
- 4. AINE con TFG <50 ml/m (riesgo de deterioro de la función renal).
- 5. Colchicina con TFG <10 ml/m (riesgo de toxicidad).
- 6. Metformina con TFG <30 ml/m (riesgo de acidosis láctica).

Sección F. Sistema gastrointestinal

- 1. Hierro oral a dosis elementales superiores a 200 mg/día (ej. hierro fumarato y sulfato >600 mg/día, hierro gluconato >1.800 mg/día). No hay evidencia de mayor absorción por encima de estas dosis).
- 2. Medicamentos que suelen causar estreñimiento (ej. fármacos anticolinérgicos, hierro oral, opioides, verapamilo, antiácidos con aluminio) en pacientes con estreñimiento crónico cuando existen otras alternativas que no estriñen.
- 3. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica o esofagitis péptica erosiva a dosis terapéuticas plenas durante más de ocho semanas.
- 4. Metoclopramida en pacientes con parkinsonismo (empeora el parkinsonismo).

Sección G. Sistema respiratorio

- 1. Broncodilatadores antimuscarínicos (ej. ipratropio, tiotropio) en pacientes con antecedentes de glaucoma de ángulo estrecho (pueden exacerbar el glaucoma) u obstrucción del tracto urinario inferior (puede causar retención urinaria).
- 2. Betabloqueantes no cardioselectivos (orales o tópicos para el glaucoma) en

pacientes con antecedentes de asma que requiere tratamiento (aumenta el riesgo de bronco espasmo).

- 3. Benzodiazepinas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y crónica (riesgo de insuficiencia respiratoria).
- 4. Corticoides sistémicos en lugar de corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a grave.
- 5. Teofilina como monoterapia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (Existen alternativas más seguras).

Sección H. Sistema músculo esquelético

- 1. AINE (exceptuando los inhibidores selectivos de la COX-2) en pacientes con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H2 o IBP.
- 2. AINE en pacientes con hipertensión grave o insuficiencia cardíaca (riesgo de exacerbación).
- 3. AINE a largo plazo (> tres meses) para el tratamiento sintomático de la artrosis cuando no se ha probado el paracetamol.
- 4. Inhibidores selectivos de la COX-2 en pacientes con enfermedad cardiovascular (aumento del riesgo de infarto e ictus).
- 5. AINE con corticoides sin IBP a dosis profiláctica (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
- 6. Bifosfonatos orales en pacientes con enfermedades digestivas altas presentes o previas (ej. disfagia esofagitis, gastritis, duodenitis, enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva alta, debido al riesgo de reaparición o de exacerbación).

- 7. Corticoides a largo plazo (más de tres meses) como monoterapia en la artritis reumatoide.
- 8. AINE con corticoides sin IBP (aumenta el riesgo de enfermedad ulcerosa péptica).
- 9. Corticoides para el tratamiento de artrosis (salvo inyecciones intra-articulares periódicas en dolor monoarticular).

Sección I. Sistema urogenital

- 1. Fármacos antimuscarínicos vesicales en pacientes con demencia (aumenta el riesgo de confusión, agitación) o glaucoma de ángulo estrecho (exacerbación del glaucoma) o prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria).
- 2. Bloqueantes alfa-1-adrenergico selectivos en pacientes con hipotensión ortostática sintomática o síncope miccional (riesgo de recurrencia del síncope).

Sección J. Sistema endocrino

- 1. Sulfonilureas de larga acción (ej.: glibenclamida, clorpropamida, glimeperida) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada).
- 2. Tiazolidinedionas (ej. rosglitazona, pioglitazona) en pacientes con ICC (riesgo de exacerbación de ICC).
- 3. Andrógenos en ausencia de hipogonadismo primario o secundario (riesgo de toxicidad por andrógenos; no han demostrado beneficio fuera de la indicación de hipogonadismo).
- 4. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o trombosis venosa (riesgo de recurrencia).

- 5. Estrógenos orales sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de útero).
- 6. Betabloqueantes en pacientes con diabetes mellitus con episodios frecuentes de hipoglucemia (enmascara los episodios).

Sección K. Fármacos que aumentan en forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores

- 1. Benzodiacepinas (sedantes, pueden reducir el nivel de conciencia, deterioran el equilibrio).
- 2. Neurolépticos (pueden producir dispraxia en la marcha, parkinsonismo).
- 3. Vasodilatadores (bloqueantes alfa 1 adrenérgicos, antagonistas del calcio, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II) en pacientes con hipotensión postural persistente (descenso recurrente superior a 20 mmHg de presión sistólica, riesgo de síncope y caídas).
- 4. Hipnóticos-Z (ej. zopiclona, zolpidem, zaleplon; pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia).

Sección L. Analgésicos

- 1. Uso de opiáceos potentes, orales o transdérmicos (morfina, oxicodona, fentanilo, buprenorfina, metadona, tramadol) como tratamiento de primera línea en el dolor leve (inobservancia de la escala de la OMS).
- 2. Uso de opioides pautados (no a demanda) sin asociar laxantes (riesgo de constipación grave).
- 3. Opiáceos de acción prolongada sin opioides de acción rápida para el dolor irruptivo (riesgo de persistencia del dolor).

Sección N. Carga antimuscarínico/anticolinérgica

□ 1. Uso de dos o más fármacos antimuscarínicos/anticolinérgicos (ej. antiespasmódicos vesicales o intestinales, antihistamínicos de primera generación; debido al riesgo de toxicidad anticolinérgica).

Actualización de los criterios START 2014. Intervenciones que deben ser iniciadas en caso de cumplirse el/los enunciados correspondientes.

Sección A. Sistema cardiovascular

□ 1. Antagonistas de la vitamina K, Inhibidor de la trombina o del factor Xa en presencia de fibrilación auricular crónica.

□ 2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando los antagonistas de la vitamina K, inhibidor de la trombina o del factor Xa estén contraindicados.

□ 3. Antiagregantes (AAS, clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad coronaria, cerebral o arterial periférica.

□ 4. Tratamiento antihipertensivos cuando la presión arterial sistólica sea habitualmente superior a 160 mmHg y/o la presión diastólica sea habitualmente > 90mmHg (>140 mmHg y 90 mmHg si tiene diabetes mellitus).

□ 5. Estatinas en pacientes con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, salvo que el paciente esté en situación de final de vida o su edad sea mayor de 85 años.

□ 6. IECA en la insuficiencia cardiaca sistólica y/o cardiopatía isquémica bien documentada.

□ 7. Bloqueadores beta en la cardiopatía isquémica.

- 8. Bloqueadores betas apropiados (bisoprolol, nebivolol, metoprolol o carvedilol) en ICC sistólica estable.

Sección B. Sistema respiratorio

- 1. Corticosteroides inhalados pautados en el asma o EPOC moderado a grave, cuando el volumen de espiración forzada (FEV1) es inferior al 50% y existen frecuentes exacerbaciones que requieren corticoides orales.
- 2. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la hipoxemia crónica ($pO_2 < 8,0$ kPa [60mmHg] o saturación de $O_2 < 89\%$).
- 3. Agonista B2 o antimuscarínicos inhalatorios pautados (ej. ipratropio) en el asma o EPOC leve a moderado.

Sección C. Sistema nervioso central y ojos

- 1. Levodopa o un agonista dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional y discapacidad secundaria.
- 2. Antidepresivos no tricíclicos en presencia de síntomas depresivos mayores persistentes.
- 3. Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepecilo, rivastigmina, galantamina) para la enfermedad de Alzheimer leve-moderado o la demencia de por cuerpos de lewy (rivastigmina).
- 4. Prostaglandinas, prostamina o betabloqueantes tópicos para el glaucoma primario de ángulo abierto.
- 5. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina o pregabalina si los ISRS están contraindicados) para la ansiedad grave persistente que interfiere con la independencia funcional.

□ 6. Antagonistas dopaminérgicos (pramipexol) para síndrome de piernas inquietas una vez descartado como causas la deficiencia de hierro y la enfermedad renal grave.

Sección D. Sistema gastrointestinal

□ 1. Suplementos de fibra (ej. salvado, metilcelulosa) en la diverticulosis sintomática crónica con antecedentes de estreñimiento.

□ 2. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o estenosis péptica que requiera dilatación.

Sección E. Sistema musculo esquelético

□ 1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide activa incapacitante.

□ 2. Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida y/o fracturas por fragilidad previas y/o densidad mineral ósea con T score inferiores a -2,5 en múltiples puntos.

□ 3. Antirresortivos o anabolizantes óseos (ej. bifosfonatos, ranelato de estroncio, teriparatida, denosumab) en pacientes con osteoporosis conocida cuando no existan contraindicaciones para su uso.

□ 4. Suplementos de vitamina D en pacientes mayores que no salen de la casa, sufren caídas o tienen osteopenia (T score -1 a -2.5 en múltiples puntos).

□ 5. Inhibidores de la xantino oxidasa (ej. allopurinol) en pacientes con antecedentes de episodios de gota recurrentes.

□6. Suplementos de ácido fólico en pacientes que toman metotrexato.

Sección F. Sistema endocrinológico

1. IECA o ARA-2 en pacientes con diabetes mellitus con evidencia de enfermedad renal (proteinuria en una tira reactiva o micro albuminuria (>30 mg/24h) con o sin datos bioquímicos de enfermedad renal.

Sección G. Sistema Genitourinario

1. Bloqueantes alfa 1 (tamsulosina) para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.

2. Inhibidores de la 5 alfa reductasa para el prostatismo sintomático cuando no se considera necesaria la prostatectomía.

3. Estrógenos tópicos vaginales o pesario con estrógenos para la vaginitis atrófica sintomática.

Sección H. Analgésicos

1. Opioides potentes en el dolor moderado o severo cuando el paracetamol, los AINES o los opioides de baja potencia no son apropiados para la gravedad del dolor.

2. Laxantes en pacientes que reciben opioides de forma regular.

Sección I. Vacunas

1. Vacuna trivalente anual contra la gripe estacional.

2. Vacuna antineumocócica cada cinco años.