



# CASOS INVESTIGACIÓN COORDINACIÓN DE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

MONICA FERRIT MARTÍN VALENCIA, 10 NOVIEMBRE 2015



# INVESTIGACIÓN-ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Investigación

Generar conocimiento y proporcionar una atención eficiente y cada vez de mayor calidad.

Asistencial

Sanitarios proporcionan a la población de forma continua, integral, integrada, e indiferenciada.



# INVESTIGACIÓN-ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA



Generar conocimiento y proporcionar una atención eficiente y cada vez de mayor calidad.

Sanitarios proporcionan a la población de forma continua, integral, integrada, e indiferenciada.

Investigación Asistencial



# INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

#### **Dificultades**

- Falta de tiempo
- Dispersión
- Fragmentación
- Duplicidades
- Falta de reconocimiento
- Formación en investigación

#### **Fortalezas**

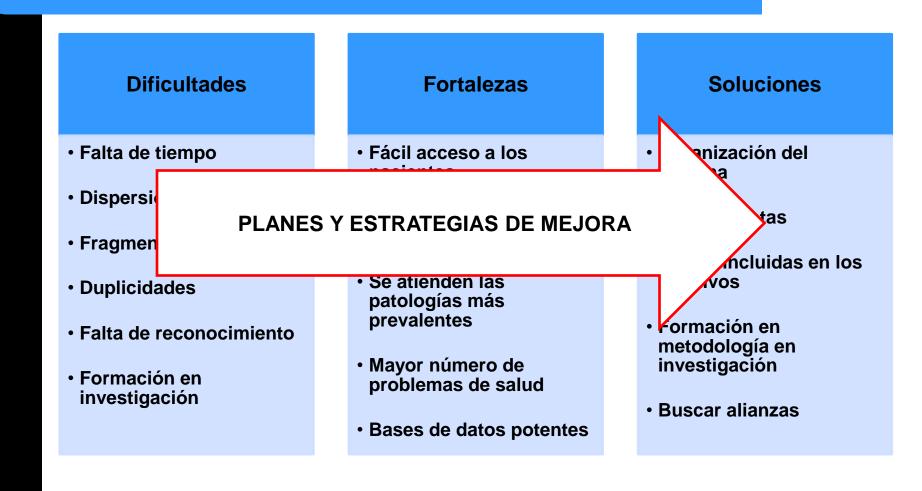
- Fácil acceso a los pacientes
- Relación continua con los pacientes
- Se atienden las patologías más prevalentes
- Mayor número de problemas de salud
- Numero pacientes elevado.

#### **Soluciones**

- Organización del sistema
- Unificar metas
- Líneas incluidas en los objetivos
- Formación en metodología en investigación
- Buscar alianzas



# INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA





# INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

- > Facilitar los tiempos de investigación: Inclusión en los contratos programa.
- >Garantizar la formación en investigación y su potenciación: Grado, Posgrado, Especialización.
- >Ofrecer facilidades para preparar proyectos: creación de estructuras de investigación (comisión, unidades de investigación), tutorización de profesionales noveles, identificación de investigadores líderes.
- ➤ Promocionar la difusión de los resultados obtenidos mediante el apoyo metodológico para la generación de artículos de calidad.
- Establecer un plan de coordinación con estructuras de todos los ámbitos clínicos para asegurar la continuidad evitando así las fragmentaciones.
- Consolidar líneas prioritarias de investigación: patologías más prevalentes y paralelas a los objetivos de las consejerías de salud para la consecución de las metas propuestas.



### **INCLUSIÓN**

# CONTRATO PROGRAMA

### **HOSPITALES**

DISTRITOS AP



# LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- Atención Ciudadana
- ❖Gestión de la Prevención de la enfermedad, Promoción y Protección de la Salud
- Organización de la Asistencia Sanitaria
- ❖ Planes Horizontales de Gestión
- Planes Integrales de Salud
- ❖ Promoción del Uso Racional del Medicamento
- Apoyo a la Investigación
- ❖ Docencia y Formación
- Gestión Ambiental
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión Económica
- Inversiones
- Financiación
- Tecnologías de la Información
- ❖ Sistemas de Información y Evaluación



**INCLUSIÓN** 

# CONTRATO PROGRAMA

**HOSPITALES** 

DISTRITOS AP



# LÍNEAS DE ACTUACIÓN

<u>Promoción del Uso Racional de Medicamento</u>

- ❖Objetivo presupuestario de farmacia
- ❖ Prescripción de medicamentos por principio activo y de efectos y accesorios sin marca
- Selección de medicamentos
- ❖Prescripción electrónica: Receta XXI
- ❖Sesiones de farmacia y entrevistas individuales de información y seguimiento
- Comisiones asesoras sobre el URM
- ❖ Revisión de pacientes polimedicados
- Sistemas de información
- ❖ Evaluación e investigación (Indicación-Prescripción, Multicéntricos)
- Farmacovigilancia
- Adquisición de medicamentos



**INCLUSIÓN** 

# CONTRATO PROGRAMA

**HOSPITALES** 

DISTRITOS AP



# LÍNEAS DE ACTUACIÓN

#### Apoyo a la Investigación

- ❖ Nº y calidad de los proyectos
- •Nº de proyectos solicitados en la convocatoria anual Consejería de Salud
- •% de proyectos presentados: Aceptable, Bueno, Excelente.
- •Nº de proyectos solicitados a otras convocatorias nacionales
- •% de proyectos financiados a otras

#### convocatorias nacionales

- ❖Calidad y cantidad de la producción científica
- •Impacto bibliométrico: Número de documentos recogidos en el SCI en el que intervenga algún autor de las instituciones del SAS.
- •Factor de Impacto (JCR).

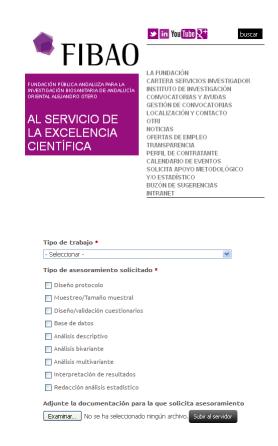


# FACILIDADES ELABORACIÓN DE PROYECTOS





#### **UGC DE FARMACIA DE GRANADA**



# DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

UGC DE FARMACIA DE GRANADA









EVALUACIÓN DEL IMPACTO E INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA MEDIANTE EL SEGUIMIENTO FARMACOTERPÁUTICO A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

#### **OBJETIVOS**

- Evaluar el tip
- Analizar y eva
- Estudiar la ad

OMICS A Journal of Integrative Biology Volume 16, Number 11, 2012 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/omi.2011.0142 Original Article



#### IMPLEMENTACIÓ FARMACOGENÉT

#### **OBJETIVOS**

- Evaluar el im
- Evaluar la inf la respuesta y

Pharmacogenetic Polymorphisms Contributing to Toxicity Induced by Methotrexate in the Southern Spanish Population with Rheumatoid Arthritis

José Cristian Plaza-Plaza,<sup>1,2</sup> Margarita Aguilera,<sup>1,2</sup> Marisa Cañadas-Garre,<sup>2</sup> Clarice Chemello,<sup>1,2</sup> Alfonso González-Utrilla,<sup>3</sup> María José Faus Dader,<sup>2</sup> and Miguel Angel Calleja<sup>1</sup>



# LÍNEAS PRIORITARIAS

- > Promoción de salud y estilos de vida. Prevención de las enfermedades.
- > Atención comunitaria.
- ➤ Calidad de vida.
- >Servicios de salud.
- > Factores de riesgo cardiovascular.
- **➤ Uso racional de medicamentos y cumplimiento terapéutico.**
- >Trastornos mentales y problemas de relación.
- >Adicciones.
- Calidad asistencial.
- ➤ Gestión clínica.
- >Urgencias y emergencias.
- ≻Patología respiratoria.
- >Atención a la mujer.
- >Atención al anciano.
- >Cuidados en salud.
- > Atención sociosanitaria.

# COORDINACIÓN INTERNIVELES

Estrategia 20: Estimular cambios en las organizaciones de Atención Primaria y Atención Especializada que favorezcan la continuidad asistencial

Propósito: Mejorar la continuidad asistencial.

Líneas de actuación

- Establecer objetivos de salud y asistenciales comunes para Atención Primaria y Especializada.
- Promover un sistema de información válido que garantice la coordinación efectiva entre niveles y permita compartir los resultados claves, preservando la confidencialidad de los datos clínicos sensibles.
- Gestionar desde Atención Primaria las interconsultas con Atención Especializada, impulsando la capacidad real de los médicos de familia y pediatras de Atención Primaria, como agentes de salud del sistema, de elegir los servicios especializados en el marco de planificación definido por las Comunidades Autónomas.
- Incentivar las actividades mixtas de formación e investigación.
- Mantener una organización definida para cada nivel asistencial.

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21

THE DESANDAG Y CONGUNO

SAHIBAD 2007 HINETELIO DE SANIGAD Y CONSUNO



# INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Estrategia 21: Potenciar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

**Propósito:** Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

- Crear circuitos de coordinación entre Atención Primaria y Especializada y favorecer ámbitos de encuentro que faciliten la relación formal e informal entre profesionales (sesiones clínicas, reuniones entre profesionales, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de Atención Primaria y Especializada, etc.).
- Potenciar la utilización de la historia clínica electrónica compartida para los dos niveles asistenciales, previa definición de los contenidos comunes.
- Prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales (personal, telefónica, informática, etc.) y el flujo de la información clínica a través de soportes digitales entre el centro de salud y el hospital.
- Impulsar el desarrollo de la telemedicina a través de: interconsultas por correo electrónico, telefónicas, consultas on line, sesiones multiconferencia, etc.

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21

NINSTELD DESANDAD Y CONGUNO

SAHIBAB 2007 HINSTELD DESANIDAD YCONSUND



# Investigación en la Atención Primaria SISTEMA INFORMÁTICO (DIRAYA CLÍNICA)

### HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA

❖ Permite a los sanitarios gestionar la información clínica del paciente independientemente de su ubicación.

#### HISTORIA DE SALUD DIGITAL DIRAYA



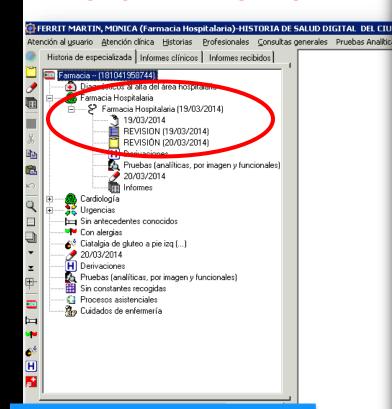
- \* Acceso atención especializada y atención primaria:
- -Integración niveles asistenciales.
- -Mayor potenciación del rol del farmacéutico:

Elaboración informes > Mejorar Intervención Farmacéutica (Mayor difusión de las recomendaciones farmacéuticas)



# Investigación en la / SISTEMA INFORMÁTIC

#### HISTORIA DE SALUD ELE(



#### Visor clínico Servicio de Farmacia Hospitalaria del A.H. Virgen de las Nieves Datos de usuario Nº identif . extraniero Hoj a de primera visita Motivo de consulta Antece dentes personales Alergias y contraindicaciones BENCILPENICILINA ACETIL CISTEINA MARISCO PESCADO Pruebas diagnósticas Hospital Universitario Virgen de las Nieves Servicio de Farmacia. Unidad de Farmacocinética Clínica Última toma : 18/03/2014 22:00:00 Medicamento : DIGOXINA Especialidad: DIGOXINA COMP Dosis ( ig): 125 / 0 / 0 / 0 Concentración Observada: 1,37 ng/mL Dosis/kg.día(¿g): 1,7 Rango terapéutico: 0 f ¿1 ß ng/ml Nivel dentro de rango terpapéutico. Según el volante de solicitud, la paciente tiene prescrito 250 mcg c/24 horas y parece que tiene un estado estacionario dentro de rango terapéutico. Ante un nuevo escenario de nivel de creatinina mantenido se espera disminución de aclaramiento renal de digoxina y será necesario disminución de dosificación, que pue de llegar a ser de hasta 125 mcg c/48 horas para esta paciente en el contexto de una IR (con aclaramiento de creatinina



# Investigación en la Atención Primaria SISTEMA INFORMÁTICO (DIRAYA CLÍNICA)

#### RECETA XXI ELECTRONICA

- ❖ Nuevo modelo de prescripción y dispensación de medicamentos de cada uno de los episodios del paciente.
  - -Los médicos y farmacéuticos de atención especializada y primaria pueden acceder al tratamiento actual para prescribir inicios, cambios o fin tratamientos o detección de PRM.
  - -Los farmacéuticos comunitarios tienen acceso a la base de datos de las recetas que faltan por dispensar en patologías crónicas, la facturación electrónica y detección de PRM.
  - -Los pacientes no tienen que ir a los centros sanitarios a retirar las recetas de patologías crónicas o visados.



### **RESULTADOS EN SALUD**

Estrategia 18: Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud

Propósito: Mejorar los sistemas de evaluación de resultados en Atención Primaria.

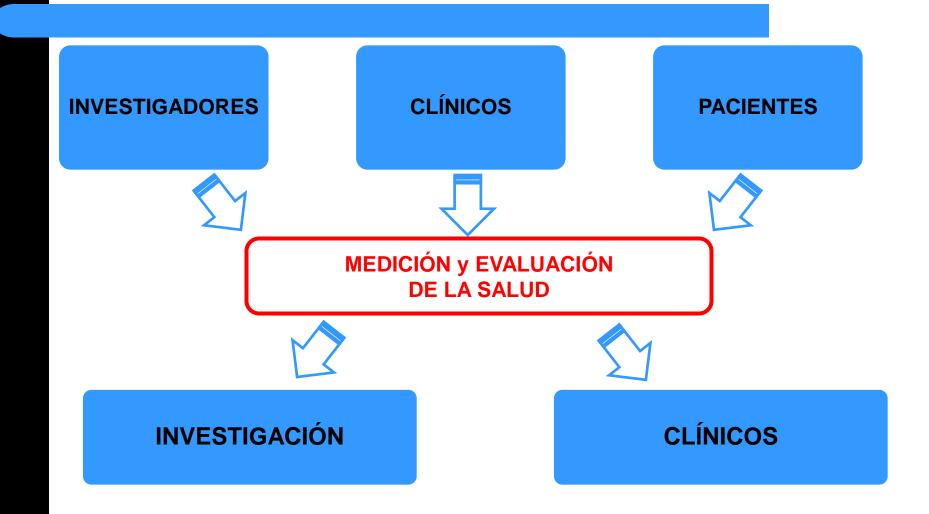
#### Líneas de actuación

- Promover que los servicios de salud realicen evaluación de resultados en salud en Atención Primaria, hospitalaria y conjuntos.
- Impulsar que las administraciones y asociaciones profesionales y científicas divulguen los estudios sobre resultados en salud.
- Impulsar que la información sobre resultados sea comprensible, accesible y autoexplicativa.
- Promover que los servicios de salud realicen la explotación descentralizada de las bases de datos clínicos a nivel de área, zona básica de salud y profesional, y que esto sirva para las estrategias de formación e incentivación profesional.
- Mejorar la integración de datos de Atención Primaria y del hospital para facilitar a los profesionales la autoevaluación de sus resultados.

Marco Estratégico
para la mejora de la
Atención Primaria
en España: 2007-2012
Proyecto AP-21

MARITICE DELIANGE TO FEDRUARD







- Envejecimiento demográfico. > Aumento de la demanda de calidad.
- Aumento de la dependencia.
  - Limitación de recursos.
- Cronicidad de enfermedades. >
- Variabilidad en la práctica clínica.

# **DECISIÓN DE INTERVENCIONES SANITARIAS**

**MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES** 



# INVESTIGACIÓN EN LOS SERVICIOS EN SALUD

# Forma alternativa de proveer atención sanitaria:

- Elección de intervenciones.
- Planificación de mecanismos de provisión de servicios.
- Medida y Evaluación de los resultados.



### **MEDIDA DE LOS RESULTADOS**

#### **Eficacia**

Condiciones ideales

#### **Efectividad**

 Condiciones habituales

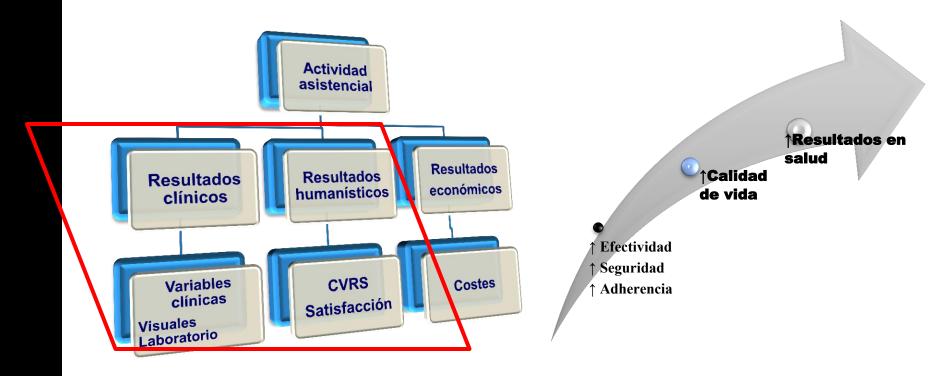
#### **Utilidad**

- Calidad de vida
- Satisfacción

**BENEFICIO**Costes (Unidades monetarias)



### MEDIDA DE LOS RESULTADOS





### MEDIDA DE LOS RESULTADOS

#### Resultados clínicos

- Cultivos microbiológicos
- Serología (CV)
- PCR, CD4, Ez hepáticas,  $C_{plssm}$ , SNP

#### Resultados humanísticos

- Cuestionarios de calidad de vida específicos o generales: SF36, MOS-VIH
- · Conocimiento de la enfermedad
- Satisfacción

#### Resultados económicos

- · Minimización de costes
- Coste-efectividad







# **DISEÑOS DE LOS ESTUDIOS**

Observacionales

Cuasi-experimentales

Experimentales



# AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA: PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS

# POBLACIÓN GERIÁTRICA

- ↑ nº de comorbilidades que lleva asociado un ↑ nº de medicamentos prescritos.
- Edad avanzada que condiciona cambios fisiológicos el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico.
- Problemas funcionales y aspectos sociales como puede ser el deterioro cognitivo, dependencia física, situación económica deficiente, el nivel educativo bajo dificultando la adherencia al tratamiento.
- Automedicación

### SISTEMA SANITARIO

- Falta de comunicación entre niveles asistenciales.
- Sobrecarga asistencial.
- Prescripción por diferentes médicos.



# AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA: PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS

# **CONSECUENCIAS**

PPI ↑ Visitas ↓ Resultados positivos ↑ Gasto sanitario ↑ Ingresos hospitalarios

#### HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE PPI

"PPI: El riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces".

- -Mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, y fármacos duplicados o de la misma clase.
- -No utilizaciondefarmacos beneficiosos que si estan clinicamente indicados.



# **AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA:** PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE **INADECUADAS**

### HERRAMIENTA EXPLICITAS

# **Criterios Beers (1991):**

50% de los fármacos no se encontraban en formularios Europeos.

Fármacos no contraindicados en ≥65 años.

Criterios Stopp-Start (2008): Adaptación y mejora Europea. criterios Beers.

> Mayor rápidez: Organizados por sistemas fisiológicos Vs 1.0 (2008)

Mejor capacidad de actualización: Versión 2.0. (2014)

Versión 1.0. Irlanda, 2008 Delphi

STOPP = 68 situaciones

START = 22 situaciones

Versión 1.0. Irlanda, 2008 Delphi

STOPP = 84 situaciones

START = 34 situaciones



# **AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA:** PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE **INADECUADAS**

Rev Esp Geriatr Gerontol, 2009;44(5):273-279



#### Revista Española de Geriatría y Gerontología



# Criterios de Beers

Fármacos	Recomendación		
Antihistamínicos 1.ª generación	Evitar		
Antiparkinsonianos (trihexifenidilo)	Evitar		
Antiespasmódicos (escopolamina)	Evitar, excepto en curas paliativas		
Antitrombóticos (dipiridamol, ticlopidina)	Evitar		
Antiinfecciosos (nitrofurantoina)	Evitar		
Cardiovasculares			
Doxazosina, prazosina, terazosina	Evitar en hipertensión		
Clonidina, reserpina, alfametildopa	Evitar		
Amiodarona, dromedarona, flecainida, propafenona	Evitar		
Procainamida, quinidina, sotalol, disopiramida	Evitar		
Digoxina > 0,125 mg/día	Evitar		
Nifedipina	Evitar		
Espironolactona > 25 mg/día	Evitar si filtrado glomerular < 30		

#### ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START

Eva Delgado Silveira a, María Muñoz García a, Beatriz Montero Errasquin b, Carmen Sánchez Castellano b, Paul F. Gallagher c y Alfonso J. Cruz-Jentoft b,\*

- a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
- <sup>b</sup> Servicio de Geriatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España
- <sup>c</sup> Department of Geriatric Medicine, Cork University Hospital, Wilton Cork, Irlanda

#### Algunas prescripciones que deberían evitarse y no están mencionadas en los criterios de Beers

Diuréticos del asa para edemas maleolares sin que exista insuficiencia cardíaca Tiazidas en pacientes con gota

Antidepresivos tricíclicos en el glaucoma

Neurolépticos usados como hipnóticos fuera de un delirium o en pacientes con caídas frecuentes

Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos

Inhibidores de la bomba de protones para la enfermedad péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas

Teofilina como monoterapia en la EPOC

Antiinflamatorios no esteroideos en presencia de hipertensión significativa, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal crónica

Bloqueadores alfa en varones con incontinencia urinaria

Bloqueadores beta en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de

Estrógenos con antecedentes de tromboembolismo venoso

Opiaceos en personas con estreñimiento sin uso simultaneo de laxantes

# Criterios STOPP-START



# AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA: PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS

# **Criterios Stopp**

#### A. Sistema cardiovascular

- Digoxina a dosis superiores a 125 µg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal<sup>b</sup> (aumento del riesgo de intoxicación)
- Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medias compresivas son normalmente más apropiadas)
- Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas)
- Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota)
- Bloqueadores beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (riesgo de broncoespasmo)
- Bloqueadores beta en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco sintomático)
- Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento)
- Uso de la combinación de AAS y warfarina sin antagonistas H<sub>2</sub> (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o IBP (alto riesgo de hemorragia digestiva).
- Dipiridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria (sin evidencia de eficacia)
- AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H<sub>2</sub> o IBP (riesgo de hemorragia)
- AAS a dosis superiores a 150 mg día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia)
- AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicada)
- AAS para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (no indicada)

# **Criterios Start**

#### A. Sistema cardiovascular

- 1. Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica
- AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS
- AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal
- Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg
- Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años
- 6. IECA en la insuficiencia cardíaca crónica
- 7. IECA tras un infarto agudo de miocardio
- 8. Bloqueadores beta en la angina crónica estable

#### B. Sistema respiratorio

- Agonista beta-2 o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o la EPOC leve a moderada
- Corticosteroide inhalado pautado en el asma o la EPOC moderada a grave, cuando la FEV1 es inferior al 50%
- Oxigenoterapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo 1 (pO<sub>2</sub> <8,0 kPa [60 mmHg], pCO<sub>2</sub> <6,5 kPa [49 mmHg]) o tipo 2 (pO<sub>2</sub> <8,0 kPa [60 mmHg], pCO<sub>2</sub> >6,5 kPa [49 mmHg]) bien documentada

#### C. Sistema nervioso central

- Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad
- Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses

# **AMBITOS DE APLICACIÓN**



# AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA: PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS



Atención Especializada Atención Primaria (Comunitaria)





Atención Urgente Atención Sociosanitaria



# **AMBITOS DE APLICACIÓN**



# AMBITOS DE ACTUACIÓN COORDINADA: PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS

# Diferentes estudios que han utilizado los criterios START-STOPP

	Nuestro estudio	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Número de pacientes	84	81	223	121	247	244	471	95
Número de criterios STOPP	49	39	146	79	104	145	222	183
Número de criterios START	41	36	103	36	110	63	150	-
Criterios STOPP más prevalente	B7	B8	C4	J	B7	J	J	C4
Criterios START más prevalente	F3	E3	F3	E3	F4	A6	F3	-
Ámbito	Farmacia comunitaria	Residencia geriátrica	Farmacia comunitaria	Residencia geriátrica	Atención primaria	Pacientes con ingreso hospitalario u hospitalización domiciliaria reciente y seguimiento ambulatorio en unidad de día	Atención primaria	Pacientes hospitalizados
Incidencia de criterios START/STOPP	54,8% (n=46)	62% ( <i>n</i> =50)	_	72,7% (n=88)	-	56% (n=136)	52,8% (n=249)	85,2% ( <i>n=</i> 81)

#### **Criterios STOPP:**

- B7. Uso prolongado de benzodiacepinas de vida media larga o benzodiacepinas con metabolitos de larga acción.
- B8. Uso prolongado de neurolépticos (más de 1 mes) como hipnóticos a largo plazo.
- C4. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas.
- J. Clase de medicamento duplicada (Duplicidad).

#### Criterios START:

- A6. IECA en insuficiencia cardiaca crónica (START).
- E3. Calcio suplementado con vitamina D en pacientes con osteoporosis diagnosticada (fractura por fragilidad previa, cifosis dorsal adquirida).
- F3. Antiagregantes en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular.
- F4. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular.



# PROYECTOS DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADA (PPI)

≻Implantación de los Criterios de STOPP en la Detección de PPI en Pacientes Geriátricos Polimedicados en el <mark>Ambito Hospitalario</mark>.

Ana Acuña

>Actuaciones para la mejora de la seguridad, calidad asistencial y prestación farmacéutica en un Área de Salud.

Marta la Fuente

➤ Resultados en salud de IF de Atención Primaria-Hospitalaria en Centros Socio-sanitarios-Hospitalaria.

Maria del Carmen Sánchez

**Esther Espínola** 

➤ Implantación de los Criterios de STTOP/START e impacto de los resultados en salud en la Farmacia Comunitaria-Centros Socio-sanitarios-Hospitalaria.

Pedro Carrascosa



# PROYECTOS DETECCIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADA (PPI)

#### >AMBITO HOSPITALARIO

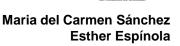
- Comparar las PPI en tto habitual vs ingreso.
  PPI habitual (≈30%)>PPI ingreso (≈10%), tto habitual ≥2.
- Analizar los sistemas fisiológicos afectados.
   CDV (40%) y SNC (10%).
- Analizar los fármcos implicados.
   AAS (20%) Y BZD (≈17%).

### >ATENCIÓN PRIMARIA

- Detectar PPI. Comparar Criterios Beers vs Stopp-Start.
   STOPP: AAS prevención ECV: BZD en caidas.
   Beers: Antiagregantes+ACO; Doxazosina.
- Detección de RMN y PRM (SFT). Necesidad (49%) > Efectividad 31%)

Seguridad (20%).

Detección de medicamentos de baja utilidad terapéutica.
 12% medicametos BUT.



# Resultados en salud de IF de Atención Primaria en Centros Socio-sanitarios-Hospitalaria

- Enfocada hacia la revisión clínica de pacientes mayores en los que se ha detectado prescripción de medicamentos PI (RP4).
- RP4 se priorizaron PRM y PS mediante una encuesta Delphi a dos vueltas dirigida a un grupo de médicos y farmacéuticos de Atención Primaria.
- Dos líneas terapéuticas prioritarias de inetervención:



- Prescripción concomitante de 2 AINES.
- Prescripción de AINE >3 meses.
- Prescripción concomitante de AINE y fármacos antihipertensivos.
- Prescripción concomitante de AINE y antiagregantes y anticoagulantes orales.

# **Efecto sedante**

- Prescripción de ADT clásicos.
- ❖ Prescripción de AH de 1ª generación.
- ❖ Prescripción de antipsicóticos típicos (fenotiazinas)
- ❖Prescripción concomitante de 2 benzodiacepinas o Z- hipnóticos.

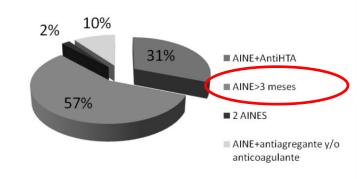
MEDICAMENTOS IMPLICADOS	RAZON PARA LA REEVALUACIÓN	MANEJO CLÍNICO	Selección de pacientes
AREA TERAPEUTICA: U	SO DE AINE		
	Problema general: los AINE pueden provocar edemas, descompesar la insuficencia cardiaca o poner de manifiesto		Maria del Carmen Sánchez
AINE y antihipertensivos	AINE+IECA: los AINE pueden causar insuficiecia renal en ancianos, particularmente en presencia de deshidratación o uso concomitante de IECA  AINE+IECA: los AINE pueden causar valorar la necesidad del AINE y su sustitución por un analgésico (paracetamol), principalmente en pacientes que no cumplen los objetivos terapéuticos de presión		Esther Espínola  Pacientes con co-prescripción de AINE (M01A*, excl.codicompos 1066, 8306, 1311, 7269) >= 2 envases y antihipertensivos (C02*, C03*, C07*, C08*, C09*)
	AINE+diuréticos: los AINE pueden reducir el efecto de los diuréticos y empeorar una patología cardiaca existente	arterial	
AINE durante más de 3 meses en mayores	En personas mayores, no deberían prescribirse AINE durante más de 3 meses, por los efectos gastrolesivos	Valorar la necesidad del AINE y la sustitución por un analgésico (paracetamol). Comprobar que la pauta y duración de tratamiento son correctas. Utilizar AINE a la menor dosis y durante el menor tiempo posible.	Pacientes >65 años con AINE (M01A*, excl.codicompos 1066, 8306, 1311, 7269) >= 3 meses
Uso concomitante de 2 AINE	La eficacia analgésica no aumenta con la utilización concomitante de dos AINE, pero sí los efectos adversos	Valorar la necesidad del AINE y la sustitución por un analgésico (paracetamol). Utilizar solamente un AINE	Pacientes con prescripción de 2 AINE (M01A*, excl.codicompos 1066, 8306, 1311, 7269) >= 2 envases de cada uno
AINE y antiagregantes o anticoagulantes orales	La utilización concomitante de AINE y antiagregantes/anticoagulantes puede aumentar el riesgo de patología gastrointestinal	Valorar la necesidad del AINE y la sustitución por un analgésico (paracetamol)	Pacientes con co-prescripción de AINE (M01A*, excl.codicompos 1066, 8306, 1311, 7269) (>= 2 envases) y antiagregantes (B01AC) o anticoagulantes orales (B01AA)
AREA TERAPEUTICA: F.	ARMACOS CON EFECTO SEDANTE		
Antidepresivos tricíclicos en mayores	Los antidepresivos tricíclicos pueden producir sedación, somnolencia e hipotensión, con el consiguiente aumento del riesgo de caídas, además de efectos anticolinérgicos, temblor y transtornos del rítmo cardiaco	Utilizar un ISRS de elección, o bien, un antidepresivo tricíclico con menos propiedades sedantes (Nortriptilina, Maprotilina)	Pacientes > 65 años con prescripción de ADT (N06AA: Amitriptilina, Clomipramina, Dosulepina, Doxepina, Imipramina, Maprotilina, Nortriptilina o Trimipramina)
Antihistamínicos de primera generación en mayores	Los antihistamínicos de primera generación producen somnolencia y efectos secundarios de tipo anticolinérgico	Limitar el tratamiento a 10 dias de duración o bien utilizar antihistamínicos con menos efectos secundarios como Cetirizina, Loratadina	Pacientes > 65 años con prescripción de Antihistamínicos (Clemastina, Difenhidramina, Dexclorfeniramina, Mepifilina, Mequitazina, Prometazina, Tietilperazina, Oxatomida, Ciprohepatdina, Ketotifeno (solo R06AX))
Antipsicóticos en mayores	Los antipsicóticos típicos producen efectos extrapiramidales, sedación, efectos anticolinérgicos e hipotensión	Utilizar antipsicóticos típicos con menor efecto anticolinérgico (Haloperidol)	Pacientes > 65 años con prescripción de Neurolépticos fenotiazínicos (Clorpromazina, Levomepromazina, Perfenazina, Tioridazina)
Uso concomitante de 3 benzodiacepinas	No existen situaciones clínicas que precisen asociaciones de 3 benzodiacepinas. Aumenta el riesgo de efecto sedante excesivo, confusión y caidas	Revisar la necesidad de la asociación y plantear deshabituación	Pacientes con prescripción de >= 3 benzodiacepinas (N05BA y N05CF) distintas

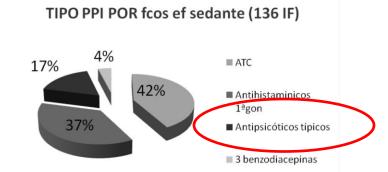


# Resultados en salud de IF de Atención Primaria en Centros Socio-sanitarios-Hospitalaria

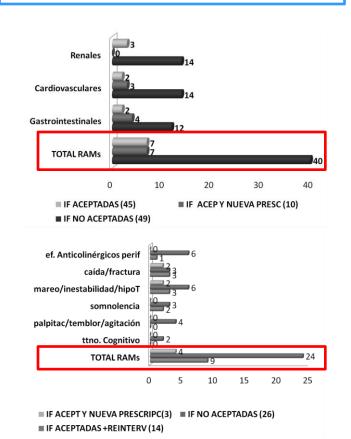
#### PPI DETECTADAS SEGÚN FARMACOS

#### **TIPO DE PPI POR AINES (1175 IF)**





#### **RESULTADOS NEGATIVOS EN SALUD**





Implantación de los Criterios de STTOP/START e impacto de los resultados en salud en la Farmacia Comunitaria-Centros Socio-sanitarios-Hospitalaria

Centro salud

Hospital

**Centros sociosanitarios** 

Evaluación de los Resultados Negativos>>> FARMACÉUTICO

**COMUNITARIO** 

Fase organizativa institucional-

**Presión Arterial:** 

Alt. GTI:

Demencia:

Incontinencia urinaria:

Balances electrolíticos:

Sedación y Caídas:

Insuficiencia renal

Percepción estado salud:

**AMPA** 

Test CVE-20 (estreñimiento) y sangre oculta en heces

Mini- mental test

Test incontinencia

Na+, K+

Nº caídas

Creatinina

**Test EuroQoI-5D** 





### FARMACEUTICO COMUNITARIO

Revisión de medicación según criterios STOPP/START en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria

Damià Barris Blundell

#### **STOPP**

Sistema cardiovascular	
Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión	1 (1,1%)
Bloqueantes beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 (1,1%)
AAS a dosis superiores a 150 mg/día	3 (3,3%)
Sistema nervioso central y psicofármacos	
Uso prolongado de benzodiacepinas de vida media larga o benzodiacepinas con metabolitos de larga acción	13 (14,4%)
Sistema gastrointestinal	
Loperamida o fosfato de codeina para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa severa	1 (1,1%)
IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas	1 (1,1%)
Sistema musculoesquelético	
AINE con hipertensión moderada-grave (moderada 160/100 mmHg – 179/109 mmHg; grave igual o superior a 180/110 mmHg)	4 (4,4%)
Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis	1 (1,1%)
Warfarina y AINE juntos	1 (1,1%)
Sistema urogenital	
Fármacos antimuscarínicos para la incontinencia urinaria en pacientes con demencia	2 (2,2%)
Fármacos antimuscarínicos en la prostatitis crónica	1 (1,1%)
Fármacos bloqueadores alfa-1 adrenérgicos en varones con episodios frecuentes de incontinencia urinaria (uno o más episodios de incontinencia al día)	1 (1,1%)
Sistema endocrino	
Glibenclamida o clorpropamida en la diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)	12 (13,3%)
Bloqueadores betaadrenérgicos en pacientes diabéticos con episodios frecuentes de hipoglucemia (≥1 episodio al mes)	2 (2,2%)
Analgésicos	
Uso de fármacos opiáceos potentes de forma continuada (morfina, fentanilo como primera línea en el dolor leve o moderado)	1 (1,1%)
Duplicidades	
Cualquier duplicidad en la prescripción	4 (4.4%)





### FARMACEUTICO COMUNITARIO

Revisión de medicación según criterios STOPP/START en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria

Damià Barris Blundell

#### **START**

Sistema cardiovascular	
Terapia antihipertensiva cuando la presión arterial sistólica sea superior a 160 mmHg	2 (2,2%)
Terapia con IECA después de un infarto agudo de miocardio	1 (1,1%)
Bloqueadores betaadrenérgicos en la angina crónica estable	2 (2,2%)
Sistema respiratorio	
Agonistas β2-adrenérgicos o anticolinérgicos inhalados en el asma leve-moderado o en la EPOC	1 (1,1%)
Sistema musculoesquelético	
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada o severa de más de 12 semanas de duración.	1 (1,1%)
Calcio suplementado con vitamina D en pacientes con osteoporosis diagnosticada (fractura por fragilidad previa, cifosis dorsal adquirida)	2 (2,2%)
Sistema endocrino	
Metformina en la diabetes mellitus tipo $2\pm \sin drome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal)$	8 (8,9%)
IECA o antagonistas de los receptores de la angiotensina II en la diabetes con nefropatía (proteinuria o microalbuminuria (>30 mg/24 h)±insuficiencia renal)	2 (2,2%)
Terapia antiagregante en la diabetes mellitus con coexistencia de factores de riesgo cardiovascular	14 (15,6%)
Terapia con estatinas en la diabetes mellitus con coexistencia de factores de riesgo cardiovascular	8 (8,9%)



### PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL: COORDINACIÓN CON ATENCION PRIMARIA

### **POBLACIÓN AMBULATORIA**

- Mayor preocupación por la enfermedad que ellos consideren más grave.
- ↑ nº de comorbilidades que lleva asociado un ↑ nº de medicamentos prescritos.
- Elevado número de interacciones farmacológicas.
- Mal uso y abuso de medicamentos

HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DE RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS.

- ■Practica profesional
- □ El farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos
- Detección de PRM, Prevención y resolución de RNM
- De forma continuada, sistematizada y documentada
- Colaborando con el paciente y el resto del equipo de salud
- ☐ Para alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente



### PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL: COORDINACIÓN CON ATENCION PRIMARIA

Problemas de salud: Cualquier queja, observación o hecho que el paciente y o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente.

Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): Aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a los medicamentos

Resultados negativos asociados a la medicación: Cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte) que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente

### PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

- •Características personales
- •Conservación
- •Errores en dispensación
- •Errores en la prescripción
- •Administración errónea del medicamentos
- •Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- •Contraindicación
- •Interacciones
- •Reacciones adversas a los medicamentos
- Incumplimiento
- •Problema de salud insuficientemente tratado
- •Otros problemas de salud que afectan al tratamiento

### RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN

- •Problemas de salud no tratados.
- •Efectos de medicamentos dinnecesarios.
- •Inseguridad.

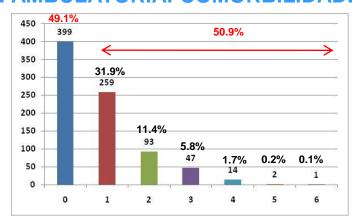


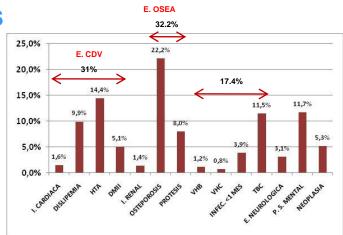
Mónica Ferrit

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

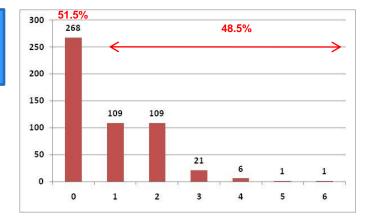
#### POBLACIÓN AMBULATORIA. COMORBILIDADES

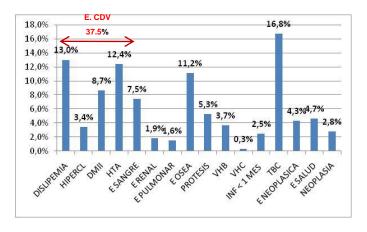
ARTRITIS REUMATOIDE





ESPONDILITIS ANQUILOSANTE







#### Mónica Ferrit

### PACIENTES AMBUL COORDINACIONES

#### POBLACIÓN AMBULATORIA.

#### Comorbilidades

**Polifarmacia** 

↑ Edad

. . . . . . . .

#### Predictions of geriatric HIV in 2030

In 2010, we used our HIV clinic database located in the southern USA to develop a clinical profile of what HIV infection means at each decade of life, focusing specifically on adults older than 50 years.3 Several of our findings were guite revealing. First, the prevalence of depression and anxiety is largely constant across the lifespan at roughly 40% and 20%, respectively. Second, the average number of prescribed drugs for individuals in their 50s was 12-48, which increased to 14-82 for those aged 60 years or older. Third, although the average CD4 lymphocyte count ranged from 420 to 479 in each decade of life, ANOVA analysis showed that older adults generally had significantly (p=0-018) lower viraemia than did adults in younger decades of life. Older adults were also more likely (p=0:001) to have an undetectable viral load (<50 RNA copies per ml) than were younger adults, with a prevalence of undetectable viral load of 65-4% for those in their 50s and 76-7% for those aged 60 years or older, compared with 36-2% for those in their 20s and 39-4% for those in their 30s. Finally, we noted that various distributions of comorbidities emerged across the lifespan (eg. condyloma was more common in younger adults while alcohol misuse peaked in midlife [40-59 years]). However, the comorbidities that were most prevalent in our group of individuals aged 60 years or older were

insomnia (17-8%), coronary artery disease (20-5%), hypertension (67-1%), hypercholesterolaemia (65-8%), diabetes (28-8%), peripheral neuropathy (24-7%), hepatitis C (12-7%), and renal disease (23-3%).

Mikaela Smit and colleagues' study' far extends what we and others know about ageing with HIV infection and provides a statistical projection of what the clinical features of ageing with HIV will look like in 15 years. Theirs is the first study to provide such an advanced individual-based model to estimate clinical trends of ageing with HIV. Based on data from the national Dutch ATHENA cohort for more than 10 000 patients infected with HIV, they predicted that by 2030, 73% of individuals infected with HIV will be aged 50 years or older, By 2030, in this older group, 84% of individuals will have at least one additional comorbidity and 28% will have at least three, compared with 19% of HIVnegative adults. The comorbidities underlying this increased prevalence will be malignancies (predicted

for 17% of individuals), diabetes (predicted for 17% of individuals), and cardiovascular disease (predicted for 78% of individuals). This prediction supports the findings of several studies34 that suggest that such comorbidities will be of increasing importance, especially because these comorbidities might be partly caused by HIV-related inflammation and increased stress in this population.34 With treatments for such comorbidities, pharmacological burden will increase with respect to both the number of drugs needed and possible drug-drug interactions and contraindications with the first-line HIV regimens, Worryingly, Smit and colleagues' predict that as many as 53% of individuals infected with HIV will have such drug-drug interactions in 2030. Further contributing to these interactions will be reductions in renal and hepatic functioning and decreases in patients' adipose tissue, which will affect pharmacokinetics and pharmacodynamics.3

Adults infected with HIV are expected to have close to normal lifespanss and Smit and colleagues' study provides a glimpse into the many challenges (eg. drug adherence, lifestyle modification, engagement in care) that will need to be addressed, especially in the resource-rich countries in which these findings are most applicable. One topic of particular interest is neurocognitive functioning.

At present, the prevalence of HIV-associated neurocognitive disorders range from 52% to 59%.<sup>34</sup> With increasing age, the prevalence and severity of neurocognitive disorders might increase: Valcour and colleagues9 reported that older adults with HIV were three times more likely to develop HIV-associated dementia than were younger adults. Malignancies, diabetes, and cardiovascular disease already compromise brain reserve and neurocognitive function,30 and could exacerbate HIV-associated neurocognitive disorder.5 Although older adults infected with HIV show superior drug adherence and compliance with medical appointments compared with younger adults," which might explain why many older adults are more likely to have suppressed viraemia,3 such advantages disappear when these older adults have neurocognitive loss." In the long term, such neurocognitive losses can also reduce ability in driving, financial management, and other everyday tasks, which will disproportionately







June 10, 2015 http://dx.doi.org/10.1016/ \$1479-3099(15)00063-8 appeared at thelancet.com/ ection on July 27, 2015 See Articles page 810





# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA



# Observacionales

# Terapia Antirretroviral y Riesgo Cardiovascular en Pacientes Mayores

#### **COMORBILIDADES**

	Total	
	n(%)	
Dislipemia	12 (26,09)	
Obesidad	4 (8,70)	
Diabetes mellitus	13 (28,26)	
VHB	14 (30,43)	
VHC	11 (23,91)	
HTA	20 (43,48)	

Dispilemia Hipolipemiantes Seguimiento

<u>54,35</u>%

	1 <sup>er</sup> seguimiento	2º seguimiento	3 <sup>er</sup> seguimiento
	(n=46)	(n=28)	(n=18)
Colesterol (mg/dl)	208 (166,75 – 223)	209 (170,5 – 226,25)	200,5 (181 – 237,5)
LDL-c (mg/dl)	118 (86,75 – 143,5)	120,5 (97 – 135)	113 (96 – 149,25)
HDL-c (mg/dl)	48 (39 – 54)	42,5 (38,75 - 59,25)	45 (36,5 – 55,75)
Triglicéridos (mg/dl)	145 (110,25 – 214)	138,5 (111,25 – 243,5)	174 (117,75 – 199)
CT>190mg/dl	25 (51,02%)	19 (70,37%)	11(61,11%)
LDL-c>115mg/dl	23 (52,27%)	15 (53,57%)	8 (44,44%)
HDL-c<40mg/dl	12 (26,67%)	8 (28,57%)	6 (33,33%)
TG>150mg/dl	22 (47,83%)	11 (39,29%)	11 (61,11%)

Valores expresos en mediana e intervalo intercuartílico.



Elza Machado

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA



# Observacionales

### Terapia Antirretroviral y Riesgo Cardiovascular en Pacientes Mayores

#### **COMORBILIDADES**

	Total
	n(%)
Dislipemia	12 (26,09)
Obesidad	4 (8,70)
Diabetes mellitus	13 (28,26)
VHB	14 (30,43)
VHC	11 (23,91)
НТА	20 (43,48)

	1 <sup>er</sup> seguimiento (n=46)	2º seguimiento (n=28)	3 <sup>er</sup> seguimiento (n=18)
PAS (mmHg)	130 (116,25 - 142,5)	130 (110 - 142,5)	130 (112,5 – 140)
PAD (mmHg)	75,5 (70 - 82,25)	80 (70 - 81,25)	75 (60 - 86,75)
PAS > 140mmHg	13 (28,26%)	8 (28,57%)	4 (22,22%)
PAD > 90mmHg	3 (6,52%)	3 (10,71%)	0 (0,00%)

	1 <sup>er</sup> seguimiento (n=44)	2º seguimiento (n=28)	3 <sup>er</sup> seguimiento (n=18)	9
Glucemia (mg/dl)	114 (94 – 120)	107,5 (89,75 - 114,25)	101,5 (90 - 110,75)	
Glucemia > 110mg/dl	23 (52,27%)	12 (42,86%)	5 (27,78%)	

Sequimiento Antihipertensivos

**↑**↓ 39.13%

Seguimiento Hipoglucemiantes

**1** 

17,4%





### Interactions with Protease Inhibitors

Charts reviewed October 2015. Full information available at www.hiv-druginteractions.org and www.hiv-druginteractionslife.org

Page 1 of 4

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

#### Interacciones tratamiento concomitante

	DLV	EFV	ETV	NVP	RPV
Anti-diabetics					
Acarbose	•	•	•	•	•
Exanatide	•	•	•	•	•
Gilbenciamide (Glyburide)					•
Gliciazide				•	•
Glimepiride				•	•
Glipizide				•	•
Insulin	•	•	•	•	•
Linagliptin	•				•
Liragiutide	•	•	•	•	•
Metformin	•	•	•	•	
Nateginide					•
Pioglitazone					•
Repaglinide					•
Rosigitazone	•	•			•
Saxagilptin					•
Sitagliptin					•
Tolbutamide				•	•
Viidagliptin	•	•	•	•	•

Lipid Lowering Agents					
Atorvastatin		-	_	-	
Bezafibrate	•	•	•	•	
Clofibrate	•	•	•	•	
Ezetimibe	•	•	•	•	
Fenofibrate	•	•	•	•	
Fish oils	•	•	•	•	
Fluvastatin				•	
Gemfibrozii	•	•	•	•	
Lovastatin	•				
Pitavastatin	•	•	•	•	
Pravastatin	•				
ROSUVESIELLI	•	•	•		-
Simvastatin	•				

	DLV	EFV	ETV	NVP	RPV
Hypertension / Heart Fallure Agents					
Allskiren		•		•	•
Amiloride	•	•	•	•	•
Bendroflumethlazide	+	+	+	+	•
Bosentan					
Candesartan	•	•	•	•	•
Captopri	•	•	•	•	•
Chiortalidone	•	•	•	•	•
Cliazapril	•	•	•	•	•
Clonidine	•	•	•	•	•
Digoxin		•		•	
Dopamine	•	•	•	•	•
Doxazosin					•
Enalaprii	•	•	•	•	•
Eprosartan	•	•	•	•	•
Furosemide	•	•	•	•	•
Hydralazine	•	•	•	•	•
Hydrochlorothlazide	•	•	•	•	•
Indapamide					•
Irbesartan				•	•
Isosorbide dintrate					•
Ivabradine	•				
Labetaiol	•			•	•
Lacidipine					•
Lercanidipine					•
Lisinoprii	•	•	•	•	•
Losartan				•	•
Macitentan					•
Methyldopa	•	•	•	•	•
Metolazone	•	•	•	•	•
Oimesartan	•	•	•	•	•
Perindoprii	•	•	•	•	•
Prazosin			-		•
Quinaprii	•	•	•	•	•
Ramipri	•	•	•	•	•
Ranolazine	•				
Slidenafii (PAH)					•
Sodium nitroprusside	•	•	•	•	•
Spironolactone	•	•	•	•	•
Tadalafii (PAH)					•
Telmisartan	•	•	•	•	•
Torasemide				•	•
Trandolaprii	•	•	•	•	•
Valsartan	•	•	•	•	•
Xipamide	•	•	•	•	•





# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

Valorar riesgo/beneficio de utilización estatínas. Elección adecuada.

#### Comparative Effectiveness and Toxicity of Statins Among HIV-Infected Patients

Sudershan Singh,<sup>1</sup> James H. Willig,<sup>2</sup> Michael J. Mugavero,<sup>2</sup> Paul K. Crane,<sup>1</sup> Robert D. Harrington,<sup>1</sup> Robert H. Knopp,<sup>1,a</sup> Bradley W. Kosel,<sup>1</sup> Michael S. Saag,<sup>2</sup> Mari M. Kitahata,<sup>1</sup> and Heidi M. Crane<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine, University of Washington, Seattle, WA, <sup>2</sup>Department of Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama

**Background.** Dyslipidemia is common and is often treated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A (HMG CoA) reductase inhibitors (statins). Little is known about the comparative effectiveness of statins among human immunodeficiency virus (HIV)–infected patients. This study compared the effectiveness and toxicity of statins among HIV-infected patients in clinical care.

**Methods.** We conducted a retrospective cohort study of patients starting their initial statin medications at 2 large HIV clinics (N = 700). The primary observation was change in lipid levels during statin therapy. Secondary observations included whether individualized National Cholesterol Education Program (NCEP) goals for low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) and non-high density lipoprotein cholesterol (non-HDL-C) levels were reached, and toxicity rates. We used linear regression to examine change in lipid levels, controlling for baseline lipid values and demographic and clinical characteristics. We conducted secondary analyses using propensity scores to address confounding by indication.

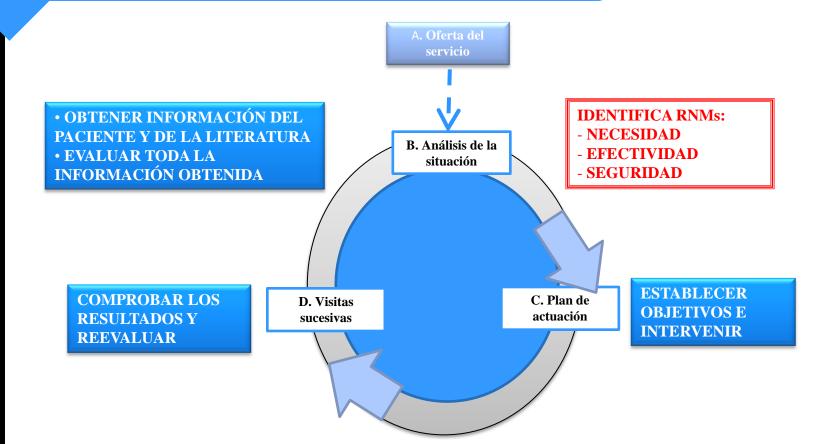
**Results.** The most commonly prescribed statins were atorvastatin (N=303), pravastatin (N=280), and rosuvastatin (N=95). One year after starting a statin therapy, patients who received atorvastatin or rosuvastatin had significantly greater decreases in total cholesterol, LDL-C, and non-HDL-C than patients on pravastatin. The likelihood of reaching NCEP goals for LDL-C levels was higher with the use of rosuvastatin (OR 2.1; P=.03) and atorvastatin (odds ratio [OR], 2.1; P=.001) compared with that of pravastatin. The likelihood of reaching NCEP goals for non-HDL-C levels was higher for rosuvastatin (OR 2.3; P=.045) but not atorvastatin (OR, 1.5; P=.1) compared with pravastatin. Toxicity rates were similar for all 3 statins: 7.3% for atorvastatin, 6.1% for pravastatin, and 5.3% for rosuvastatin.

Conclusions. Our findings suggest that atorvastatin and rosuvastatin are preferable to pravastatin for treatment of HIV-infected patients with dyslipidemia, due to greater declines in total cholesterol, LDL-C, and non-HDL-C, with similar lower toxicity rates.



INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS COMO PARTE INTEGRAL DEL SEGUIMEINTO FARMACOTERAPÉUTICO Elza Machado

CUASIEXPERIMENTAL





### INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA (Sabater y col)

# PROFESIONALES SANITARIOS

**PACIENTE** 

Categoría	Intervención	Definición		
Intervenir sobre contided de	Modificar la desis Modificar la desificación	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez. Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.		
medicamentos	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un dia.		
	Attadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento a los que ya usa el paciente (no reemplaza).		
Intervenir sobre la estrategia		Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.		
farmacológica	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 via de administración.		
	Educar en el uso del medicamento (disminutr el incumplimiento involuntario).	Educación en las tristrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.		
Intervenir sobre la educación al paciente	Modificar aptitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario)	Refuerzo de la importancia de la adherencia del paciente a su tratamiento.		
	Educar en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiánico-dietáticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.		

No está dara: No se establece con claridad cual es la acción que deberta de realizarse. Se remite al médico para que éste valore la situación del paciente y lleve a cobo la acción más adecuada.





# SFT EN PACIENTES MAYORES CON RCV MODERADO-ALTO

### **INTERVENCIONES**

Médico
Atención primaria
(Comorbilidades)

Farmacéutico Comunitario (Potenciar adherencia)

Médico
Atención
especializada
(VIH)

Paciente
Potenciar adherencia
Educación sanitaria
(FRC modificables)





# SFT EN PACIENTES MAYORES CON RCV MODERADO-ALTO

### **RESULTADO**

	0 mes (baseline)	6 ° mes		
CD4, media	718.35	730.1 (>500, 3%)		
Carga viral, %	95% indetectable (<50copias)	100% indetectable (29%)		
Adherencia TARV, %	89.1	96.7 Aumento		
IMC, kg/m², media	25.17	25.14 Mantiene		
PAS/PAD, media	134.9/79.2	135.3/78.9 Mantiene		
Colesterol total,	186.7	182.5 (200) <mark>Mejora</mark>		
mg/dl, media				
LDL, mg/dl, media	107.2	104.5 (113) <b>Mejora</b>		
HDL, mg/dl, media	48.3	48.5 (45) Mantiene		
Triglicéridos, mg/dl,	160.75	144.95 (144) <b>Mejora</b>		
media				
Glucemia, mg/dl,	110.15	108 (101) Mantiene		
media				
Riesgo cardiovascular	7.37 (10,9)	8 (22,2) (Mantiene)		
SCORE, media				
Riesgo cardiovascular	6.05 (13,3)	6.41 (22,2) (Mantiene)		
REGICOR, media				

Aumento CV
Aumento CD4
Efectividad TAR

Aumento ADH Efectividad TAR

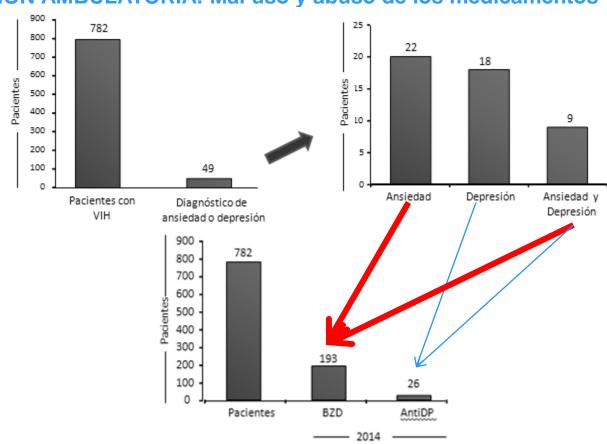
Mejora perfil lipídico (CT, LDL, TG) Aumento ADH del Tto ECV Mantenimiento RCV



**Renata Aline** 

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

### POBLACIÓN AMBULATORIA. Mal uso y abuso de los medicamentos







### Interactions with Protease Inhibitors

Charts reviewed October 2015. Full information available at www.hiv-druginteractions.org and www.hiv-druginteractionslife.org

Page 1 of 4

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

### POBLACIÓN AMBULATORIA. RECOMENDACIONES GESIDA (2014)

#### Trastornos de ansiedad

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LAS
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS Y PSICOLÓGICAS
EN ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH.

(Actualización Febrero 2015)

#### Recomendaciones

- Se recomienda el tratamiento farmacológico cuando hay comorbilidad con depresión moderada o severa (recomendación fuerte, baja calidad de evidencia).
- 2. Los ISRS son los fármacos de primera línea en el tratamiento para trastornos de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos y por estrés postraumático. Para valorar la eficacia de los ISRS es necesario que el tratamiento farmacológico con éstos se mantenga al menos 12 semanas y si ha habido respuesta a las 12 semanas, debe continuarse durante 6 meses más. (recomendación fuerte, alta calidad de evidencia).
- Debe valorarse la retirada del efavirenz en pacientes con ideas o intentos previos de suicidio (Recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia)
- 4. Las benzodiacepinas son la elección en cuadros agudos, ansiedad grave y durante períodos cortos de tiempo (entre 2 y 6 semanas), pero siempre deben utilizarse con precaución e incluso evitarse en algunos pacientes por las interacciones farmacológicas, la sensibilidad a efectos secundarios de los pacientes VIH y el riesgo de habituación (recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia).
- Los tratamientos psicológicos también son de utilidad como tratamiento único o complementario (recomendación fuerte, alta calidad de evidencia).





### Interactions with Protease Inhibitors

Charts reviewed October 2015. Full information available at www.hiv-druginteractions.org and www.hiv-druginteractionslite.org

Page 1 of 4

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

	DLV	EFV	ETV	NVP	RPV
Anxiolytics/Hypnotics/ Sedatives					
Alprazolam	•				
Bromazepam					
Buspirone					
Chlordiazepoxide					
Clorazepate					
Diazepam					
Estazolam					
Flunitrazepam					
Flurazepam					•
Hydroxyzine		•	+	•	
Lorazepam	•	•	+	+	+
Lormetazepam	•	•		•	•
Midazolam (oral)	•	•			•
Midazolam (parenteral)	•	•			•
Oxazepam	•	•	•	•	•
Temazepam	•	•	•		•
Triazolam	•	•			
Zaleplon					
Zolpidem					
Zopiclone					•





### Interactions with Protease Inhibitors

Charts reviewed October 2015. Full information available at www.hiv-druginteractions.org and www.hiv-druginteractionslife.org

Page 1 of 4

# PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL COORDINACIONES CON ATENCION PRIMARIA

### POBLACIÓN AMBULATORIA. RECOMENDACIONES GESIDA (2014)

#### Trastornos de depresión

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LAS ALTERACIONES PSIQUIATRICAS Y PSICOLÓGICAS EN ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH.

(Actualización Febrero 2015)

#### Recomendaciones

- Se debe interrogar siempre la presencia de sintomatología depresiva e iniciar el tratamiento correcto en caso de episodio depresivo (recomendación fuerte, baja calidad de evidencia)
- Se recomienda el uso de antidepresivos y psicoterapia para el tratamiento de la depresión y distimia. Se recomienda el uso de ISRS como antidepresivos de primera elecciór (recomendación fuerte, alta calidad de evidencia)
- En caso de asociación de ansiedad o insomnio, se recomienda añadir una benzodiacepina u
  optar por un antidepresivo sedativo (recomendación fuerte, baja calidad de evidencia).
- En caso de presentación de sintomatología maniforme, y tras descartar su posible origen orgánico, se recomienda remitir al paciente al psiquiatra de referencia con carácter urgente (recomendación fuerte, baja calidad de evidencia).



### TIPOS DE PACIENTES-NIVELES ASISTENCIALES

HOSPITALIZAZOS
Estancias cortas
(E. AGUDA)

H. DE DÍA
Visitas
programadas
(E. Crónica)

**URGENCIAS** 

Estancias muy cortas

(E. AGUDA)

**AMBULATORIOS** 

Visitas programadas

(E. Crónica)

A. Especializa da

Médico Farmacéutico Enfermería

Sociosanitarios (Enf. Crónicas)

A. Primaria

Médico Farmacéutico



http://gruposdetrabajo.sefh.es/gap/

### Grupo de Atención Primaria (GAP-SEFH)





http://gruposdetrabajo.sefh.es/gap/

Grupo de Atención Primaria (GAP-SEFH)







# CASOS INVESTIGACIÓN COORDINACIÓN DE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

MONICA FERRIT MARTÍN VALENCIA, 10 NOVIEMBRE 2015