

Comunicaciones

A. Trabajos de atención farmacéutica promovidos desde la farmacia comunitaria, incluidos grupos de trabajo que aglutinen varias farmacias comunitarias

Nº 1

Relación en la aparición de efectos indeseados con la coadministración de inhibidores de la bomba de protones y estatinas

Rodríguez Arcas, María Jesús. Farmacia M. Jesús Rodríguez Arcas. Preciado Brión, Carmen María. Farmacia M. Jesús Rodríguez Arcas. García-Jiménez, Emilio. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Conesa Zamora, Pablo. Hospital General Universitario Santa Lucía.

Palabras clave: Estatinas, IBP, CYP3A4

Objetivos: *Objetivo general:* Describir la relación existente entre la aparición de efectos secundarios por parte de las estatinas debido al uso concomitante con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Los IBP actúan como inhibidores del enzima CYP3A4, provocando un aumento en las concentraciones séricas de las estatinas que utilizan esta ruta de metabolización como son la atorvastatina, simvastatina, fluvastatina y lovastatina. *Objetivo específico:* Observar la relación entre consumo de analgésicos y ser portador de CYP3A4*1B. *Metodología:* El estudio se realizó durante 6 meses en una farmacia comunitaria. En primer lugar se seleccionaron 24 pacientes que tomaban un inhibidor de la bomba de protones y se les realizó seguimiento farmacoterapéutico utilizando la metodología Dáder. Posteriormente, y tras firmar el consentimiento informado, se les tomó una muestra de mucosa bucal y se determinó el polimorfismo CYP3A4*1B. Para la extracción del DNA se realizó con el extractor automático QIAcube® de Qiagen. Posteriormente se cuantificó en un espectrofotómetro de absorción a 260 y 280 nm empleando un *biometer* de Eppendorf. Para la determinación del polimorfismo se utilizó la técnica de discriminación alélica empleando sondas fluorescentes de KBioscience en un equipo de PCR a tiempo real. Se utilizó la t de Student y la prueba exacta de Fisher para análisis bivariante considerando significación estadística valores de $p < 0,05$, utilizando el programa Epidat v.3.1. **Resultados:** En la farmacia, un total de 24 pacientes tenían prescritos un inhibidor de la bomba de protones y 19 de ellos tomaban una estatina que se metaboliza por la enzima CYP3A4. De estos 19 pacientes que tomaban ambos fármacos el 94% tomaba algún tipo de analgésico, frente al 40% de los que sólo tomaban IBP ($p = 0,018$); y de los 4 pacientes que sólo tomaban estatina ninguno tenía prescrito terapia analgésica ($p = 0,0006$). No se encontró ninguna asociación significativa entre la toma de fármacos analgésicos y un mayor porcentaje de portadores del *1B (considerados metabolizadores lentos). **Conclusiones:** La prescripción de manera concomitante de IBP y estatinas que utilizan como vía de metabolización la enzima CYP3A4 lleva asociado un aumento en la aparición de dolores musculares, que es uno de los principales efectos secundarios de las estatinas y que puede ser la causa de que esta terapia concomitante (IBP + estatinas) se asocie significativamente con el uso adicional de analgésicos. Aunque no se observó mayor prescripción de analgésicos en los portadores del alelo de metabolización lenta (*1B del gen CYP3A4) sería necesario realizar otros estudios con mayor tamaño muestral para esclarecer esta asociación.

Nº 2

Beneficio en el paciente de la participación del farmacéutico comunitario en las campañas sanitarias del uso responsable de antibióticos

Huarte, Joaquina. Farmacia Carlos Remirez de Ganuza.

Palabras clave: Uso responsable de antibióticos, información personalizada del medicamento

Objetivos: Valorar la participación del farmacéutico comunitario en las campañas sanitarias del uso responsable de antibióticos. Comprobar el conocimiento del paciente sobre el uso responsable de antibióticos y evaluar su conducta al respecto. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo realizado entre enero y marzo de 2013 en una farmacia comunitaria de Pamplona. La población diana del estudio fueron pacientes habituales de la farmacia comunitaria, de 30 a 65 años, no dependientes. La entrevista utilizó un cuestionario específico semiestructurado con preguntas abiertas acerca del uso de antibióticos, diseñado en función del procedimiento de dispensación de Foro de Atención Farmacéutica. Los resultados se expresaron como porcentajes de pacientes que procedían de forma adecuada, utilizando el programa estadístico SPSS v.15.0. **Resultados:** El porcentaje de participación fue del 98,5% (67 pacientes); el 66% mujeres y el 34% hombres. De media tenían 51 años. Se comprobó que los pacientes conocían: el motivo por el cual el antibiótico es un medicamento sujeto a prescripción médica (88%), la importancia de cumplir la pauta posológica de administración (94%) y la conveniencia de tomar el antibiótico con o sin alimento según la norma de administración (91%). El 96% no se automedicaba con antibióticos, el 100% cumplía la dosis y la frecuencia, el 91% seguía el intervalo horario, el 100% cumplía el tiempo del tratamiento y el 98% seguía la norma de administración respecto al alimento. En caso de presentar efecto adverso limitante, el 93% consultaba al médico para la interrupción del tratamiento. En el transcurso de la entrevista un 22% de los pacientes precisó información personalizada de antibióticos en función de las conductas inadecuadas detectadas. **Conclusiones:** La intervención farmacéutica de información personalizada del medicamento sobre el proceso de uso de antibióticos, en el servicio de dispensación habitual de la farmacia comunitaria, refuerza y mantiene en el tiempo el efecto positivo de las campañas sanitarias. La participación del farmacéutico comunitario, junto a otros profesionales, en las campañas sanitarias del uso responsable de antibióticos contribuye favorablemente en el conocimiento y en el proceso de uso de antibióticos por parte del paciente.

Nº 3

Beneficio en el paciente de la colaboración del farmacéutico comunitario en la implantación de las innovaciones de los laboratorios farmacéuticos en el medicamento

Huarte, Joaquina. *Farmacia Carlos Remírez de Ganuza.*

Palabras clave: Proceso de uso del medicamento, información personalizada del medicamento

Objetivos: Valorar la colaboración del farmacéutico comunitario en la implantación de las innovaciones realizadas por los laboratorios farmacéuticos en la presentación del medicamento. Evaluar la aceptación por parte del paciente de las innovaciones de los laboratorios farmacéuticos en el medicamento. **Métodos:** Estudio analítico, diseño cuasiexperimental antes-después, realizado entre enero y junio de 2013. Se ofreció participar en el estudio a pacientes de 30 a 65 años, no dependientes, que acudían a la farmacia a retirar su tratamiento crónico. Se realizó una entrevista con un cuestionario específico semiestructurado de preguntas abiertas acerca del proceso de uso del medicamento. Se estableció la información personalizada del medicamento (IPM) como intervención farmacéutica (IF) formulada como propuesta consensuada de objetivos de mejora. De refuerzo se entregaron por escrito los consejos y los objetivos personales. Para evaluar si se alcanzaron con éxito se revisó el cuestionario a los 3 meses. Análisis estadístico SPSS v.15.0: test de McNemar, $p < 0,05$ estadísticamente significativo. **Resultados:** El porcentaje de participación fue del 94,1% (64 pacientes); el 65% mujeres y el 35% hombres. De media, tenían 53 años, tomaban 3 medicamentos diarios y llevaban 4 años de tratamiento. La IF mejoró de forma significativa lo siguiente: a) conocía los principios activos de sus medicamentos, del 14 al 79%, y el significado de los símbolos del envase, del 17 al 87%; b) seguía en orden la distribución semanal de los blísters, del 31 al 67%, y el serigrafiado de los días de la semana, del 43 al 86%; c) los pacientes con prescripción crónica, o esporádica, consideraban de utilidad: el 67% el placebo en anticonceptivos, el 91% las formas farmacéuticas de liberación modificada, el 88% la presentación en monodosis de colirios y gotas óticas, el 95% las figuras en las técnicas de administración de los dispositivos en insulinas e inhaladores nasales y bucofaríngeos, el 100% el envase adaptado al tratamiento en antibióticos; d) el 45% consideraba difícil la lectura y/o comprensión de los prospectos y el 42% la localización de las fechas de caducidad. **Conclusiones:** La IF de IPM sobre el proceso de uso del medicamento, en la práctica asistencial de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria, contribuye positivamente en la implantación de las innovaciones farmacéuticas en el medicamento. La colaboración del farmacéutico comunitario con los laboratorios farmacéuticos, sobre la implantación de las innovaciones en el medicamento, contribuye favorablemente en la aceptación por parte del paciente y mejora su conducta en el proceso de uso del medicamento y en el cumplimiento terapéutico.

Nº 4

Justificación de la intervención farmacéutica personalizada: diferencias en las conductas y hábitos sanitarios de los pacientes en función de la edad y el sexo (idiosincrasia del paciente)

Huarte, Joaquina. *Farmacia Carlos Remírez de Ganuza.*

Palabras clave: Cuidado del paciente, intervención farmacéutica personalizada

Objetivos: Justificar la necesidad de conocer al paciente y personalizar la intervención farmacéutica en su cuidado. Describir y evaluar diferencias en las conductas y hábitos sanitarios de los pacientes en función de la edad y el sexo. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo, realizado en enero de 2013, sobre la información recogida en la entrevista del estudio de optimización del tratamiento y la conducta sanitaria, desarrollado en una farmacia comunitaria de Pamplona entre 2009 y 2012. El estudio de optimización se realizó en dos tandas de pacientes –de 30 a 65 años y mayores de 65 años–, polimedcados, no dependientes. La entrevista utilizó 4 cuestionarios semiestructurados: paciente/tratamiento farmacológico, uso del medicamento, estilo de vida y cumplimiento terapéutico. Para el análisis de diferencias entre los grupos se compararon los resultados expresados como porcentajes de pacientes que procedían adecuadamente. Programa estadístico SPSS v.15.0: prueba de la ji al cuadrado, $p < 0,05$ estadísticamente significativo. **Resultados:** Muestra total del estudio: 170 pacientes. Se estimaron las siguientes diferencias significativas en el proceder adecuado de los pacientes, en función de: a) edad: a favor de menores de 65 años (36%, media 51): acudía personalmente a la farmacia (0,013), sabía la indicación (0,001), sabía la pauta posológica (0,043), leía los prospectos ($< 0,001$), revisaba el botiquín ($< 0,001$), reciclaba en punto SIGRE (0,001), no presentaba RNM (0,002), utilizaba fotoprotección (0,001), acudía a revisión ginecológica/mamografía (0,026), participaba con el profesional sanitario en decisiones del tratamiento (0,007); a favor de mayores de 65 años (64%, media 74): no se automedicaba ($< 0,001$), reaccionaba correctamente ante dosis omitidas ($< 0,001$), tomaba según la norma de administración el medicamento en ayunas (0,023), utilizaba pastillero (0,011), no consumía bebidas alcohólicas (0,003), no fumaba (0,002), revisaba la presión arterial ($< 0,001$), se hacía análisis (0,045), se vacunaba frente a la gripe ($< 0,001$), acudía a revisión urológica (0,048); b) sexo: a favor de la mujer (65%): participó en el estudio (0,010), acudía personalmente a la farmacia (0,038), revisaba el botiquín (0,033), reciclaba en punto SIGRE (0,006), seguía las restricciones dietéticas (0,017), no consumía bebidas alcohólicas (0,003), utilizaba fotoprotección ($< 0,001$). **Discusión/conclusiones:** La edad es determinante de diferencias significativas en numerosos aspectos de la conducta sanitaria de los pacientes. Según la bibliografía, el deterioro cognitivo y la toma de mayor número de medicamentos son factores predictivos de incumplimiento; sin embargo, en los pacientes del estudio las diferencias en relación al cumplimiento terapéutico no son significativas. El sexo es determinante de diferencias significativas a favor de la mujer en un número reducido de aspectos, dato que puede indicar cambios en el rol sanitario familiar que ha venido desempeñando la mujer. Estos resultados señalan la necesidad de explorar la idiosincrasia del paciente para desarrollar la intervención farmacéutica personalizada en su cuidado.

Nº 5

Justificación de la intervención farmacéutica motivacional: permanencia en el tiempo de los objetivos de mejora alcanzados por el paciente

Huarte, Joaquina. *Farmacia Carlos Remírez de Ganuza.*

Palabras clave: Intervención motivacional, entrevista motivacional

Objetivos: Justificar la fortaleza de la intervención farmacéutica motivacional en el cuidado del paciente. Comprobar si los objetivos de cambio o mejora alcanzados por el paciente con la intervención farmacéutica personalizada (IFP) y motivacional se mantienen en el tiempo. Contrastar el efecto de la intervención entre los pacientes habituales y esporádicos. **Métodos:** Estudio analítico, diseño cuasiexperimental antes-después, realizado entre 2011 y 2013 en una farmacia comunitaria de Pamplona. El estudio consistió en comparar los resultados obtenidos en dos oleadas de evaluación de objetivos, idénticas y separadas un año, sobre un estudio de optimización del tratamiento y la conducta sanitaria. Asimismo, comparar los resultados entre los pacientes habituales y esporádicos. Dicho estudio de optimización se dirigió a pacientes de 30 a 65 años, polimedcados, no dependientes. Tras una entrevista motivacional, la intervención se desarrolló como IFP y motivacional formulada como una propuesta de objetivos de cambio o mejora, consensuada con el paciente. Para evaluar si se habían alcanzado con éxito los objetivos, se repasaron los cuestionarios a los 3 meses en la primera oleada y al año en la segunda. Análisis estadístico SPSS v.15.0: test de McNemar, prueba de la ji al cuadrado, $p < 0,05$ estadísticamente significativo. **Resultados:** El porcentaje de participación fue del 94,1%, 64 pacientes; 65% mujeres, 35% hombres. De media, tenían 53 años, tomaban 3 medicamentos diarios, llevaban 4 años de tratamiento. Se obtuvieron diferencias significativas entre los resultados obtenidos en la primera y segunda oleada. McNemar ($p < 0,001$): se mantuvieron la mayoría de los objetivos alcanzados, y además se lograron otros nuevos:

Objetivos	Propuestos	1.ª oleada	2.ª oleada	Perdidos	Nuevos	Conseguidos
		Alcanzados	Mantenidos			
Uso del medicamento	201	137 (68,2%)	133 (97,1%)	4	21	154 (76,6%)
Cumplimiento terapéutico	103	78 (75,7%)	72 (92,3%)	6	12	84 (81,6%)
Estilo de vida	155	57 (36,8%)	54 (94,7%)	3	16	70 (45,2%)

No se estimaron diferencias entre los resultados de los pacientes habituales y esporádicos. Ji al cuadrado ($p = 0,113$).

Objetivos	Propuestos	Conseguidos
Paciente habitual	234	165 (70,5%)
Paciente esporádico	225	143 (63,6%)

Conclusiones: El efecto positivo de la intervención motivacional, desarrollada como IFP razonada y formulada como una propuesta de objetivos consensuada con el paciente, se mantiene en el tiempo. La asistencia del farmacéutico comunitario, en la práctica cotidiana del servicio de atención farmacéutica, supone un refuerzo y apoyo para el paciente en la consecución y persistencia de los objetivos. Los cambios y mejoras alcanzados por el paciente, habitual o esporádico, como resultado de la IFP y motivacional se mantienen en el tiempo.

Nº 6

Proyecto Kairós: resultados preliminares del estudio de una cohorte de pacientes incluidos en un servicio de MAPA en farmacia comunitaria

Villasuso Cores, Benigna. *Farmacia Benigna Villasuso Cores.* Penín Álvarez, Óscar. *Farmacia Óscar Penín.* Blanco González, Isabel. *Farmacia Óscar Penín.*

Palabras clave: MAPA, cronoterapia, hipertensión

Introducción: Las guías clínicas actuales aconsejan usar la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) para el correcto cribado, diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos. En colaboración con los médicos de atención primaria de nuestra área sanitaria hemos implantado un programa de MAPA en farmacia comunitaria. **Objetivos:** Comprobar la utilidad de nuestro programa en la instauración y modificación del tratamiento farmacológico por parte del médico de atención primaria. Comprobar su impacto en el control de la presión arterial de los pacientes hipertensos incluidos en el mismo. **Material y métodos:** Se realizó un muestreo consecutivo de todos los pacientes hipertensos atendidos en dos farmacias comunitarias gallegas, desde enero de 2013 a junio de 2013, excluyendo aquellos pacientes con fibrilación auricular o intolerancia al monitor. La muestra resultante formó una cohorte de pacientes a los que se realizó la medida aislada en farmacia comunitaria (MAFC) de su presión arterial y registro mediante MAPA de 48 horas. En aquellos casos en los que el informe de esta primera MAPA remitida a los médicos provocó cambios de prescripción, se repitió el registro a los tres meses para valoración de resultados. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar. La comparación de las medidas de presión arterial se hizo usando la t de Student para muestras relacionadas. Se han aceptado como significativas las diferencias con una $p < 0,05$. **Resultados:** La muestra resultante estaba formada por 128 pacientes (52% mujeres) con una edad media de 61 años. Un 36% fueron derivados por el médico a la farmacia. Sólo el 32% tomaba medicación antihipertensiva nocturna. El análisis de los registros de la primera MAPA indicaba que el 39% de los pacientes tenían HTA no controlada. Tras la remisión a los médicos, el 27% de los pacientes sufrió modificaciones en su tratamiento:

41% adición de un nuevo antihipertensivo, 24% aumento de la dosis de fármaco y 35% cronoterapia antihipertensiva. La cronoterapia fue instaurada en un 15% de los casos por el farmacéutico. En este momento del estudio Kairós tenemos los resultados de la segunda MAPA de 12 pacientes. Los hallazgos son tan notables que nos ha parecido oportuno publicarlos: su PAS media en el momento de la primera MAPA y en la segunda ha sido, respectivamente, 131 ± 12 y 126 ± 8 mmHg, $p < 0,05$; su PAD media en la primera y la segunda MAPA ha sido, respectivamente, 78 ± 5 y 74 ± 5 mmHg, $p < 0,05$. **Conclusiones:** Nuestro programa es útil en la modificación de prescripción para mejorar el control de las cifras de PA. Las cifras de PA han mejorado de manera significativa en los pacientes evaluados hasta el momento.

Nº 7

Abordaje de la incontinencia urinaria por farmacéuticos comunitarios

González-Rodríguez, Alicia. Mijimolle Cuadrado, María Carmen. Mijimolle Cuadrado, Nieves. Ledo Olivares, Concepción. Llorente Pérez, Rosario Marina. Piñero Arias, Mercedes. Farmacia comunitaria.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, farmacéuticos comunitarios, calidad de vida

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, lo que supone para la persona que lo sufre un problema higiénico, social y psicológico y una importante merma en la calidad de vida (CdV). **Objetivos:** Identificar PRM para prevenir/resolver RNM en pacientes con IU incluidos en el servicio de dispensación de la farmacia comunitaria. Colaborar con el equipo interdisciplinar en la consecución de los objetivos que persigue el abordaje de la IU (mejorar la calidad de vida del paciente). **Material y método:** Estudio descriptivo, transversal, observacional, multicéntrico, realizado en 7 farmacias comunitarias madrileñas. Población diana constituida por pacientes con IU que aceptan participar. Diseño de materiales: cuestionario estructurado, diario miccional, International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) y díptico. Durante 6 meses se recogió información sobre: paciente, diagnóstico, medicamentos prescritos, naturaleza de la incontinencia (frecuencia, volumen, flujo), síntomas de IU de esfuerzo, síntomas de IU de urgencia, síntomas asociados, síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia, estado global del paciente, CdV e intervención farmacéutica. **Resultados:** Aceptaron participar 97,8%, cumplimentándose 96 cuestionarios. 54,2% fueron mujeres, 45,8% hombres; con edades entre 30 y 69 años (43,8%) y >70 años (54,2%). Un 13,6% sufre IU de esfuerzo, 32,3% IU de urgencia, 27,1% IU mixta. Entre las causas de IU encontramos: problemas médicos (50,0%), problemas neurológicos (8,3%), historia ginecológica (27,1%) y deterioro funcional (12,5%). Un 17,7% sufre IU aunque está sin diagnosticar, 22,8% emplea tratamiento paliativo (absorbentes específicos para IU), solamente 56,25% en tratamiento farmacológico. Los fármacos incluidos pertenecen al grupo de antiespasmódicos urinarios (16,6%), bloqueadores alfa-adrenérgicos (35,4%) u otros preparados urológicos (5,2%) prescritos para IU. Como complicaciones específicas de la IU encontramos: afectación psicológica (26,04%), complicaciones médicas (51,04%), interferencia con relaciones sociales (20,83%). Los PRM registrados se debieron a: incumplimiento (2%), problema insuficientemente tratado (18,75%), problema de salud nuevo (41,6%), efectos adversos (14,6%). Se detectaron 74 RNM y fueron: seguridad (14,6%), efectividad (20,75%) y necesidad (41,6%). La intervención del farmacéutico fue: ofrecer EPS (20,80%), indicación de absorbentes específicos para IU (14,60%), SFT (56,25%), derivar al especialista (11,45%), derivar al MAP (28,12%), reeducación miccional (4,40%), recomendar entrenamiento del suelo pélvico (9,78%); consiguiendo reducir el número de fugas de orina accidentales y mejora en la CdV en el 27,1% de los pacientes, según ICIQ-SF. **Conclusión:** La intervención del farmacéutico comunitario en el abordaje de la IU es fundamental para mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos y para alcanzar los objetivos que persigue el abordaje de la IU: mejorar la CdV del paciente.

Nº 8

Salud bucal, educación desde la farmacia comunitaria

Molina Ortiz, Rebeca. Hospital. Molina Úbeda, Juan José. Farmacia comunitaria. Huerta Caballo, Ana. Farmacia comunitaria. Ortiz Tobaruela, María Angustias. Hospital.

Palabras clave: Higiene bucal, colutorios

Introducción: El control de la placa bacteriana (mecánico y químico) acompañado del uso de fluoruros tópicos es la base en el mantenimiento de una dentadura sana. La FDI establece el cepillado con una pasta dental fluorada 2/día como el patrón básico de higiene, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios. **Método:** Se recopila información acerca de los hábitos de higiene oral de la población rural con quince provenientes de cuestionarios de salud bucal a pie de mostrador en dos pueblos. **Objetivo:** Estudio de hábitos de higiene bucal en esta comarca y buscar posibles soluciones desde la farmacia comunitaria. **Resultados:** Mayores de 42 y menor de 65 años son el 30%, y mayores de 65 años el 70%. El 60% mujeres, 4 están en activo, son o han sido agricultores, y las mujeres dedicadas a sus labores. El 70% manifiestan gran preocupación por su salud general y por la bucal. Frecuencia del cepillado: un 50% declara hacerlo 1/día, un 10% 2/día y un 20% 3/día. El producto estrella es el colutorio, usado por el 90%, solo o junto a otro producto (pasta dentífrica 40%, seda 10%, cepillos interdentes 10%, etc.). Frecuencia de uso del colutorio: el 40% 1/día, más de una vez al día el 20%, esporádicamente el 20%. El 80% creen que una alimentación equilibrada influye en su salud bucal, el 60% reconoce llevar implantes y el 20%, dentadura postiza. **Conclusiones:** La farmacia comunitaria es un canal estratégico para la salud bucal. La muestra tiende a lo más sencillo, el colutorio es el producto más usado, hay que concienciar a los usuarios de la importancia del cepillado antes del colutorio, de que la frecuencia del mismo debe ser igual al enjuague (2/día), de la necesidad de cambio frecuente del cepillo (29,6% cada 3 meses). La población valora la necesidad de higiene oral, ya que la establece como base de las actividades

preventivas; las motivaciones pueden variar entre la población. Uso de colutorio: «por higiene» (64,9%), «eliminar alimentos y tener dientes y boca limpios»; «para prevenir posibles problemas bucales» (42,3%); «para curar» (21,3%) y «por frescor, buen sabor» (20,1%). Sólo cuando se ha alcanzado una frecuencia del hábito de higiene oral correcta podemos mejorar su realización técnica con el objetivo de mejorar la higiene oral.

Nº 9

Experiencia farmacoterapéutica del paciente diabético insulín dependiente en relación con el manejo de los diferentes dispositivos de administración de insulina. Análisis de la función del farmacéutico comunitario en la posible mejora de la adherencia al tratamiento mediante evaluación y futuras medidas de educación y control de la farmacoterapia

Abarca Lachén, Edgar. *Farmacia Lachén*. Cebrián Borau, Rebeca. *Farmacia Marro*.

Palabras clave: Farmacoterapia, insulín dependiente, experiencia

Introducción: La DM constituye un problema de salud por su elevada prevalencia tanto a escala mundial como en el caso de España. Su coste podría reducirse si se invirtiera en prevención, evitando la aparición de complicaciones. Existe una gran carencia de información y de publicaciones acerca del papel del farmacéutico comunitario en esta área. **Objetivos:** Identificar el impacto clínico del farmacéutico comunitario en el tratamiento del paciente insulín dependiente. Conocer la experiencia farmacoterapéutica de una muestra de pacientes diabéticos mayores de 65 años de ambos sexos con al menos un año de tratamiento con insulina inyectada, en relación con el uso de los dispositivos de administración del fármaco en el ámbito de la farmacia comunitaria. **Metodología:** Estudio epidemiológico, observacional y cualitativo realizado en 2 oficinas de farmacia de la provincia de Huesca sobre una muestra de 18 pacientes detectados a través de la historia farmacoterapéutica incluida en los ficheros de gestión de ambas oficinas de farmacia. Se les realizará medición de signos vitales y parámetros bioquímicos, se llevará a cabo un cuestionario acerca de la experiencia con el tratamiento con insulina y se les proporcionará información mediante un folleto y unas fichas de manejo de los dispositivos. **Utilidad del estudio:** El impacto clínico del farmacéutico comunitario en la adherencia al tratamiento y el éxito farmacoterapéutico del paciente insulín dependiente mayor de 65 años en el ámbito de la farmacia comunitaria es muy bajo. El farmacéutico requiere una mayor implicación en los procesos de atención farmacéutica y seguimiento de este tipo de pacientes, una mayor integración en el equipo interdisciplinar de profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de esta patología y ahondar en el conocimiento del manejo de los dispositivos de administración de insulina. **Conclusiones:** Aunque no se han podido determinar hasta la fecha resultados concluyentes, se detectan muchas dudas y temores por desconocimiento tanto de la enfermedad en sí por parte del paciente como del uso de los dispositivos de administración de insulina. Existe una evidente demanda tanto de formación como de información por parte del paciente insulín dependiente.

Nº 10

Evaluación de la respuesta terapéutica en pacientes con incontinencia urinaria por farmacéuticos comunitarios

González-Rodríguez, Alicia. Mijimolle Cuadrado, María Carmen. Mijimolle Cuadrado, Nieves. Ledo Olivares, Concepción. Llorente Pérez, Rosario Marina. Navarro Alayeto, Rafael. *Farmacia comunitaria*.

Palabras clave: Respuesta terapéutica, incontinencia urinaria, farmacéuticos comunitarios

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico. **Objetivos:** Evaluar la respuesta terapéutica en pacientes con IU. Colaborar con el equipo interdisciplinar en alcanzar los objetivos que persigue el tratamiento de la IU: disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida (CdV) y evitar la aparición de complicaciones. **Material y método:** Estudio descriptivo, transversal, observacional, multicéntrico, realizado en 7 farmacias comunitarias madrileñas. Población diana constituida por pacientes diagnosticados de IU, en tratamiento con medicamentos de los grupos terapéuticos G04BD, G04C, C02CA y N06AA, que aceptan participar. Durante 6 meses se realizó SFT y se evaluaron aspectos como naturaleza de la incontinencia (frecuencia, volumen, flujo), síntomas de IU de esfuerzo, de IU de urgencia, síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia, estado global del paciente, CdV. Para evaluar la efectividad del tratamiento utilizamos: diario miccional, International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) e Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (I-PSS) para hombres con patología prostática asociada. Además se recomendó reducción miccional y ejercicios de suelo pélvico. **Resultados:** Se realizó SFT a 54 pacientes diagnosticados de IU, en tratamiento con antimuscarínicos (29,62%), alfabloqueadores (62,96%), inhibidores de la 5-alfa-reductasa (24,07%). Gran porcentaje de pacientes están en tratamiento con fármacos que agravan la IU: diuréticos (14,81%), IECA (42,59%), psicofármacos (24,07%). Las complicaciones de la IU registradas fueron: erupciones/infecciones cutáneas (7,4%), infecciones del tracto urinario (5,55%), retención aguda de orina (16,66%), trastornos del sueño (29,62%), reducción de actividad social/sexual (24,07%), pérdida de autoestima (5,55%), depresión (1,85%). Los PRM registrados se debieron a incumplimiento (3,70%), PS insuficientemente tratado (33,33%), efectos adversos (25,92%), PS nuevo (42,59%). Se detectaron 57 RNM: seguridad (25,92%), efectividad (37,03%), necesidad (42,59%). La intervención del farmacéutico fue: derivar al especialista (20,37%), derivar al MAP (44,44%), reeducación miccional (7,40%), recomendar ejercicios de suelo pélvico (16,66%). En cuanto a las variaciones en el diario miccional, 29,62% han vuelto a la situación previa normal, entendida como menos de 8 micciones diarias y/o menos de 2 por la noche. Respecto al I-PSS, la severidad de los síntomas se redujo en un 16,21% de los hombres con enfermedad prostática e IU de urgencia. **Conclusión:** La intervención del farmacéutico comunitario en pacientes con IU es fundamental para mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos y para alcanzar los objetivos que persigue el tratamiento farmacológico de la IU: disminuir los síntomas, mejorar la CdV y evitar las complicaciones.

Nº 11

Programa de educación sanitaria para pacientes con diabetes mellitus en una oficina de farmacia rural

Pavía Estrella, Laura. Farmacia Laura Pavía Estrella. **Mesado Martí, F.** Centro de Salud de Sierra Engarcerán (Castellón). **Franco Palacios, A.** Farmacia Laura Pavía Estrella. **Olivar, T.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. **Rodilla y Alamá, V.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

Palabras clave: Diabetes mellitus

Introducción: La educación sanitaria (ES) es una disciplina esencial para el fomento y la protección de la salud (Salleras, 1985). El objetivo de este estudio fue valorar la evolución de la diabetes mellitus en un grupo de pacientes incluidos en un programa de ES, con el objetivo de valorar su eficacia. *Materiales y métodos:* Estudio descriptivo, observacional y longitudinal realizado durante un año en la oficina de farmacia de Sierra Engarcerán (Castellón). La población de estudio estuvo constituida por pacientes diagnosticados de diabetes mellitus. El farmacéutico dio información oral sobre la enfermedad, los riesgos asociados a ella y las medidas higiénico-dietéticas necesarias para mantener o mejorar el estado de salud. Además, se entregó información escrita (semFYC) específica de cada patología. Previo a la información oral y escrita, así como al final del programa, se pasó un cuestionario de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Durante el periodo de estudio se midió la hemoglobina glicosilada. Finalmente, se compararon dichos valores al inicio y al final del programa. *Resultados:* De los 13 pacientes que participaron en el estudio, el 53,8% (n= 7) eran mujeres, el 84,6% (n= 11) tenían una edad comprendida entre 65 y 80 años, y el mismo porcentaje tenía estudios primarios. El 69,2% (n= 9) de los pacientes tenían antecedentes familiares de diabetes mellitus. El 69,2% (n= 9) tenía un índice de masa corporal superior a 27 kg/m², el 15,4% (n= 2) fumaba, el 46,1% (n= 6) padecía concomitantemente dislipemias y el 76,9% (n= 10) padecía hipertensión arterial; el 53,8% (n= 7) reconocía tener hábitos de vida sedentarios. Se realizó un total de 19 preguntas, de las cuales 11 fueron acerca de la enfermedad. El porcentaje de pacientes que mejoraron fue del 33,6%. Respecto a la glucosa, se realizaron 9 preguntas y se obtuvo una mejoría del 19,6%. En las preguntas referentes al tratamiento de la enfermedad, no se obtuvo prácticamente mejoría para los pacientes dependientes de insulina, ya que el 72,2% tenía suficiente información sobre su tratamiento. Respecto a los hábitos de vida, se realizaron 3 preguntas y se observó una mejoría en el 28,2% de los pacientes. Respecto a niveles de hemoglobina glicosilada, el 30,8% mejoró sus cifras al final del programa. *Conclusión:* El presente estudio demuestra que el programa de ES mejoró el estado de salud de los pacientes y el conocimiento sobre su enfermedad. Estudios como el presente apoyan la inclusión de programas de ES en la cartera de servicios de la farmacia comunitaria del futuro.

Nº 12

Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes hipertensos en la farmacia rural, en colaboración farmacéutico-médico

Pavía Estrella, Laura. Farmacia Laura Pavía Estrella. **Mesado Martí, F.** Centro de Salud de Sierra Engarcerán (Castellón). **Franco Palacios, A.** Farmacia Laura Pavía Estrella. **Olivar, T.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. **Rodilla y Alamá, V.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

Palabras clave: Farmacoterapéutico, hipertensos

Introducción: La falta de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la medicación (RNM) en pacientes tratados con fármacos antihipertensivos genera un gran coste económico y social. Se ha demostrado que el cumplimiento terapéutico es mayor cuando se establece una relación de colaboración entre médico-paciente, así como la resolución de RNM. *Objetivos:* Establecer una colaboración médico-farmacéutico-paciente que permita identificar y resolver RNM en pacientes hipertensos. *Materiales y métodos:* 1) El médico detecta los candidatos para ser incluidos en el estudio y los deriva a la farmacia. 2) Tras firmar un consentimiento informado, facilitan datos epidemiológicos y farmacológicos que permiten al farmacéutico detectar RNM, y mediante reuniones médico-farmacéuticas se resuelven los RNM detectados. *Resultados:* El 48% tiene edades comprendidas entre 65 y 75 años, un 62% son mujeres, el 51% tiene antecedentes de hipertensión en familiares de primer grado, el 55,1% padece sobrepeso, el 95,9% es no fumador, el 63,3% hace ejercicio físico de manera regular, el 49% es dislipémico, al 83% le fue prescrito el fármaco por su médico de cabecera, el 97,8% toma bien el medicamento. De los 60 pacientes hipertensos se detectaron 21 RNM, de los cuales se resolvieron 20; 14 de ellos se resolvieron en la primera intervención. De los RNM detectados, 4 fueron de necesidad, 15 de efectividad y 2 de seguridad. Se produjeron 13 cambios de tratamiento; en 12 de ellos el motivo fue por una hipertensión no controlada y en uno por una arritmia cardíaca; se resolvieron todos ellos. El coste anual calculado a precio de venta al público (precios calculados a mayo de 2012) fue de 1.750,44 euros al inicio del tratamiento; después de la intervención médico-farmacéutica el coste final de los medicamentos ascendió a 3.706,8 euros, algo más del doble, concretamente 2,12 veces superior. *Discusión:* En el presente programa se pone de manifiesto que al trabajar conjuntamente médicos y farmacéuticos se pueden detectar RNM, resolviéndolos, y de ese modo aumentar la efectividad y seguridad de los tratamientos. Mediante el seguimiento farmacoterapéutico se demuestra que mejora la salud de los pacientes y por lo tanto se ahorra una gran cantidad de recursos económicos a largo plazo, ya que, como demuestra el presente estudio, la prescripción médica realizada con criterios economicistas en muchas ocasiones no es capaz de controlar la enfermedad, provocando daños en la salud de los pacientes, ingresos hospitalarios, pruebas diagnósticas y bajas laborales.

Nº 13

¿Existe algún test de medida del cumplimiento terapéutico comparable al recuento de comprimidos?

Pavía Estrella, Laura. Farmacia Laura Pavía Estrella. **Mesado Martí, F.** Centro de Salud de Sierra Engarcerán (Castellón). **Franco Palacios, A.** Farmacia Laura Pavía Estrella. **Olivar, T.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia. **Rodilla y Alamá, V.** Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

Palabras clave: Cumplimiento, terapéutica

Introducción: El farmacéutico, desde la oficina de farmacia, supervisa diariamente la falta de cumplimiento, la cual constituye un grave problema sanitario, conocido y estudiado ampliamente, pero muchas veces ignorado. En tratamientos crónicos el incumplimiento adquiere especial importancia, debido a que puede llevar a consecuencias graves en la salud del paciente¹. **Objetivos:** Cuantificar el grado de incumplimiento terapéutico medido por cuatro métodos diferentes: test de Morisky-Green, recuento de comprimidos, test de Batalla y test de Haynes-Sackett. **Método:** El médico deriva al paciente a la oficina de farmacia para incluirlo en el programa de atención farmacéutica y, tras firmar un consentimiento informado, se le realiza una encuesta de datos personales y de cumplimiento. El paciente acude durante 12 meses a la misma oficina de farmacia, donde se realiza el recuento de comprimidos. **Resultados:** Población encuestada: 86 pacientes, 65% mujeres; la media de edad es de 70,62 años, 29,1% sin estudios, 5,8% analfabetos, 19,8% viven solos, 25,6% conviven con una persona más joven, 59,3% tomaban entre 3 y 5 medicamentos/día, 19,9% toman más de cinco fármacos. El cumplimiento se analizó utilizando tres métodos indirectos, para posteriormente proceder a un análisis comparativo frente al recuento de comprimidos. Con el test de Batalla el incumplimiento se sitúa en un 70,9%, con el de Morisky-Green, en un 48,8% y con el de Haynes-Sackett, en un 3,5%. El test de Batalla sobreestima el incumplimiento terapéutico, mientras que el test de Haynes-Sackett muestra valores muy por debajo de los obtenidos mediante el recuento de comprimidos. Solamente el test de Morisky-Green muestra valores similares. En el caso del test de Morisky-Green, el 48,8% de los pacientes mostraron incumplimiento, de los cuales, la mitad (24,4%) obtuvieron el mismo resultado según el método de certeza. Al realizar el test de McNemar entre los diferentes test se puso de manifiesto que el de Morisky-Green es el único para el que no se encuentran diferencias significativas al compararlo con el recuento de comprimidos ($p=0,51$); es decir, que los resultados obtenidos en ambos métodos pueden considerarse estadísticamente similares. **Discusión:** El presente estudio pone de manifiesto la importancia de la AF en algo tan relevante como es el cumplimiento terapéutico. Por otro lado, deja en evidencia la fiabilidad de los métodos para medir el cumplimiento terapéutico. El método de Morisky-Green es un método ampliamente utilizado y es el único comparable al método de recuento de comprimidos.

¹ñesta García A. Cumplimiento o adherencia en atención farmacéutica. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, mayo de 1999.

Nº 14

Atención farmacéutica en colirios de diagnóstico en pruebas oculares

Casas Gálvez, Isabel. Farmacia Isabel Casas. **Garzás Garzás, Asunción.** Farmacia Asunción Garzás. **Molpeceres Pastor, María.** Farmacia Asunción Garzás. **Montero Sánchez, Nuria.** Farmacia Asunción Garzás. **Montero Mohedas, Inocencia.** Farmacia Inocencia Montero. **Murillo, Laura.** Farmacia Pilar Taboada.

Palabras clave: Colirios, pruebas diagnósticas, uso

Objetivos: Conocimiento de los principios activos de los colirios ciclopléjicos, midriáticos y anestésicos y sus combinaciones. Informar al paciente del correcto uso de estos colirios para aumentar su uso racional. **Material y métodos:** Diseño de una tabla con los principios activos, grupo terapéutico, indicaciones, posología, advertencias, efectos secundarios o advertencias especiales, consejos al paciente y nombre comercial de los colirios de estudio. **Resultados:** atropina, ciclopentolato hidrocloreuro y tropicamida pertenecen al grupo S01FA (midriáticos y ciclopléjicos), fluoresceína al S01JA (colorante), oxibuprocaina, nafazolina + tetracaína y oxibuprocaina + tetracaína al S01HA (anestésicos locales). Los colirios anestésicos tienen categoría C de la FDA, por lo que deberían utilizarse con precaución en el embarazo, al igual que en la lactancia. En pruebas antidopaje pueden dar resultados positivos, por lo que sería conveniente advertírsele a deportistas. Estos colirios interaccionan con sulfamidas, por lo que es importante, en la dispensación, estar alerta respecto a otros tratamientos que pueda estar utilizando el paciente. Se experimenta gran sensibilidad a la luz: proteger los ojos con gafas oscuras. **Conclusión:** Consideramos que es importante desarrollar unas recomendaciones al paciente por las posibles reacciones que puedan aparecer. Es conveniente que el paciente conozca las sensaciones que va a padecer, y se le deberían advertir con un informe adecuado y consensuado.

Nº 15

Estudio del cumplimiento del tratamiento del glaucoma desde la oficina de farmacia

Tudela Recovenis, Encarnación. Farmacia Encarnación Tudela Recovenis. **Castro Corada, Francisca.** Farmacia Francisca Castro Corada. **Herrero Jiménez, M. Pilar.** Farmacia M. Carmen Jiménez Díez. **Martínez García, Raquel.** Farmacia Raquel Martínez García.

Palabras clave: Adherencia, glaucoma

Objetivos: La terapia antiglaucoma con colirios se caracteriza por un bajo cumplimiento, por una parte debido a que la enfermedad es asintomática hasta fases muy avanzadas y, por otra, por la dificultad de su administración, especialmente en ancianos. Con este trabajo hemos querido valorar la medida de la adherencia al tratamiento del glaucoma y conocer cuáles son los fármacos más dispensados en el tratamiento de esta enfermedad. Mé-

todo: Estudio descriptivo observacional realizado durante 2 meses (mayo y junio de 2013) en tres oficinas de farmacia de la provincia de Soria. Se incluyeron 25 pacientes en el estudio. Se realizó una encuesta que recogía en un primer apartado información clínica y demográfica de los pacientes y en un segundo apartado tres métodos indirectos de medida del cumplimiento: test de Haynes-Sackett, test de Morisky-Green y test de comunicación del autocumplimiento durante los 15 días previos a la encuesta. *Resultados:* La adherencia al tratamiento ha sido de un 72% para el test de Haynes-Sackett y de un 44% en el test de Morisky-Green; un 24% ha olvidado la administración del tratamiento una o más veces durante los 15 días previos a la encuesta. El olvido es la principal causa del incumplimiento terapéutico. El grupo más frecuentemente dispensado fue la combinación de análogos de prostaglandinas y betabloqueadores (36%), seguido de los análogos de prostaglandinas, con un 28%. Cabe señalar que un 64% de los pacientes incluidos en el estudio utilizaban una combinación de principios activos en uno o dos colirios distintos. *Conclusiones:* La adherencia al tratamiento del glaucoma en los pacientes que acuden a la oficina de farmacia es baja. Los métodos indirectos de medida del cumplimiento resultan útiles para realizar un seguimiento de estos pacientes. A partir de los resultados obtenidos, creemos que es necesario mejorar la información que damos a los pacientes que acuden a la farmacia a retirar su medicación para el glaucoma, haciendo hincapié en la importancia de la terapia farmacológica para frenar la progresión de esta enfermedad y las graves consecuencias que la falta de adherencia podría suponer en su calidad de vida. Creemos igualmente interesante informar al paciente acerca de la correcta administración de los colirios, para prevenir la aparición de posibles efectos adversos, que podrían igualmente condicionar el cumplimiento.

Nº 16

Dispensación de fármacos antihipertensivos en la farmacia comunitaria. Concordancia entre valores de presión arterial obtenidos en pacientes y la dispensación aplicando una metodología tipo D-Valor

Niclos López, Gracia. Sánchez Borrás, Miguel. Gómez Pareja, María. Climent Navarro, Cristina. Fuentes Martínez, María José. Bellver Monzó, Otón. Farmacia.

Palabras clave: HTA, conocimiento, control

Introducción: La HTA tiene una prevalencia en España de un 30%, y de hasta un 50% en mayores de 65 años. El control de la misma es objetivable con las cifras de PA. No así el conocimiento de los pacientes sobre su medicación antihipertensiva y la correlación entre el mismo y las cifras de PA. El estudio propone una aproximación. *Objetivos:* *Principal:* Aplicar una metodología tipo D-Valor a la dispensación de antihipertensivos. *Secundarios:* Medir la presión arterial de acuerdo con el protocolo y realizar un seguimiento de los pacientes con valores elevados, derivando si procede. Realizar test de adherencia al tratamiento y de conocimiento de la HTA. Establecer una concordancia entre la información obtenida en la dispensación y el grado de control de la PA. *Metodología:* Estudio prospectivo y de intervención sobre pacientes con medicación antihipertensiva. Los grupos estudiados fueron IECA, ARA II, bloqueadores del calcio y diuréticos. La captación duró un mes, mediante encuesta tipo D-Valor sobre conocimiento, uso de la medicación y posibles problemas de seguridad. Si el paciente aceptaba, entraba en fase de evaluación (medida protocolizada, test y/o derivación). Posteriormente, fase de reevaluación con nueva medida y estudio de cambios en su medicación. La fase de evaluación y reevaluación duraba 2 meses. *Resultados:* Se presentan en las tablas 1-4.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo

	Edad <45	46-65	66-79	Edad ≥80	Total
Nº hombres	2	19	34	29	84
Nº mujeres	2	19	40	21	82
Total	4	38	74	50	166

Tabla 2. Conocimiento de uso en total y porcentaje

	Para qué	Cuánto	Cómo	Hasta cuándo
Hombres	20 (23,8)	20 (23,8)	17 (20,3)	18 (21,4)
Mujeres	31 (37,8)	31 (37,8)	31 (37,8)	32 (39,0)

Tabla 3. Intervenciones

	IPM	Educación	SFT	PRM/RNM	Farmacovigilancia
Hombres	59	11	3	5	0
Mujeres	50	7	17	10	0
Total	109	18	20	15	0

Tabla 4. Valores de PA y porcentaje de control

	PAS media	PAD media	PA controlada	PA elevada
Hombres	131 ± 4	83 ± 5	71 (84,5)	13 (15,5)
Mujeres	122 ± 5	76 ± 6	75 (91,4)	7 (8,6)

Discusión/conclusiones: Estudio limitado por el tiempo y la muestra. Fácil de aplicar y aceptado por los pacientes (85%). No diferencias en distribución sexo-edad. Bajo grado de conocimiento de uso. La mayoría de intervenciones fueron de información y los PRM/RNM, de seguridad, remitiéndolos. Sorprendente grado de control de la PA, ya que no es habitual. No es posible valorar la correlación entre el conocimiento del uso y el control de la PA.

Nº 17**Cálculo de los costes del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria durante el proyecto conSIGUE**

Noain Calabuig, María Aranzazu. Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada. **Gastelurrutia, Miguel Ángel.** Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada. **Martínez, Fernando.** Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada. **Benrimoj, Isaac S.** Facultad de Farmacia. University of Technology Sydney (UTS).

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, farmacia comunitaria, costes

Objetivo: El objetivo del estudio era cuantificar el coste de la inversión y los gastos de prestación del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en la farmacia comunitaria. *Método:* En el marco de investigación del proyecto conSIGUE, se calcula el importe de la inversión necesaria para realizar el servicio de SFT y los costes generados por su prestación. Dichos costes están compuestos por el coste laboral del farmacéutico y los gastos de mantenimiento del servicio. En este estudio, se analizan los datos aportados por las 85 farmacias intervención, que prestaron el servicio de SFT a un total de 853 pacientes. Los datos aportados se han recogido en un registro de tiempo laboral y un cuestionario elaborado con tal fin y se vuelcan en una hoja de cálculo de Excel. Dicha herramienta se ha diseñado de acuerdo con las normas contables que establece el Plan General de Contabilidad en vigor, y permite obtener las variables contables para cada farmacia participante. La valoración de la inversión incluye las cuentas contables relativas a los importes para la obtención de inmovilizados materiales, publicidad y propaganda, servicios profesionales independientes y gastos diversos. Los gastos de prestación se reflejan en las cuentas contables relativas a arrendamientos, publicidad y propaganda, suministros, otros servicios, inmovilizado material y costes laborales. En la figura 1 se muestran las variables contables que han sido cuantificadas y se describe la fórmula matemática que agrupa dichas variables y permite obtener el precio por la prestación del SFT. *Resultados:* Se recibieron un total de 62 cuestionarios cumplimentados, de los que finalmente se analizaron 56. Los resultados provisionales obtenidos indican que la variable contable más importante para la prestación del servicio es el coste laboral del farmacéutico (96,2% del coste total) y asciende a 157,02 euros por paciente y año. La segunda variable más importante engloba los costes de mantenimiento (2,8% del coste total), que ascienden a 4,57 euros por paciente y año. Finalmente, la inversión, que asciende a 1,63 euros por paciente.

Conclusión: La herramienta elaborada para este estudio permite obtener las cuantías de la inversión y los gastos para la provisión del servicio de SFT a lo largo del tiempo en cualquier farmacia comunitaria.

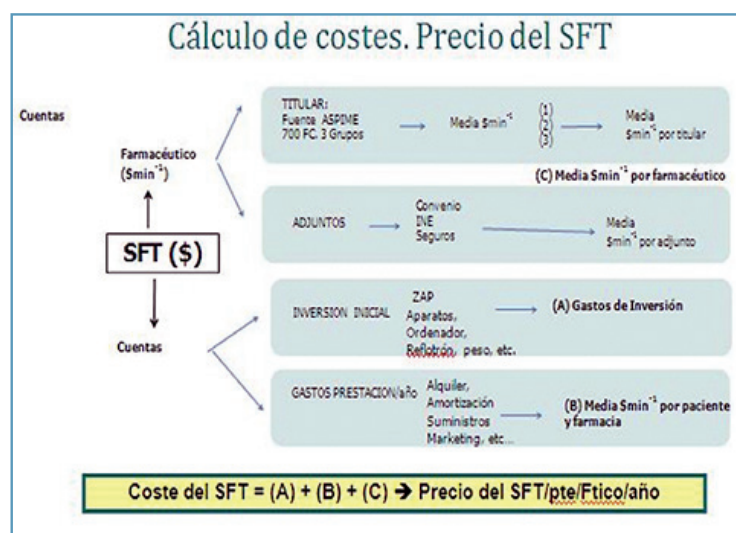


Figura 1. Variables contables y fórmula matemática empleada para el cálculo de la prestación del servicio de SFT

Nº 18**Utilidad de la revisión de medicación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

Figueiredo, Isabel Vitória. Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Simões, Ana Luisa.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Castel-Branco, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.

Caramona, Maria Margarida. Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Fernández-Llimós, Fernando.** Grupo de Sociofarmácia. Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa.

Palabras clave: Revisión de medicación, diabetes mellitus tipo 2, farmacia comunitaria

Objetivos: Evaluar la utilidad de la revisión de la medicación como método para identificar situaciones de riesgo de aparición de resultados clínicos negativos, así como evaluar la utilidad de los criterios de selección de pacientes de la Pharmaceutical Society of Australia (PSA) para revisión de la medicación. **Método:** En una farmacia comunitaria de la región centro de Portugal, se seleccionó a pacientes mayores de 18 años que solicitaban medicación con indicación en diabetes tipo 2 entre febrero y junio de 2012. Se realizó revisión de la medicación según los estándares de la PSA. Se registraron variables demográficas, el perfil de medicación y biomarcadores indicativos del riesgo asociado a la diabetes. Se utilizaron las fichas técnicas (*Summary of Product Characteristics*) como fuente de información para la revisión de la medicación. **Resultados:** De los 28 pacientes contactados, 26 aceptaron participar en el estudio, con una edad de 70 años (DE= 7,6), siendo el 53,8% hombres, con poca formación (50% hasta 4º año), un 62% presentaban obesidad y el 80,8%, un elevado riesgo cardiovascular. El 53,8% usaba biguanidas, el 30,8% insulina y el 26,9 sulfonilureas. En relación a los criterios de selección de la PSA, el 88,5% utilizaba 5 o más medicamentos diariamente, el 84,6% no había visitado urgencias médicas en el último año, el 46,2% había sufrido modificación de su perfil farmacoterapéutico en los últimos 3 meses y el 15,4% tomaba más de 12 dosis diarias de medicamentos. Lo que hace que el 92,3% de los pacientes tuviese indicación para una revisión de la medicación. Se encontraron 10,2 situaciones por paciente (DE= 4,8) con capacidad para intervención (*findings*), y en el 80,8% de los pacientes alguna de estas situaciones involucraba medicamentos para la diabetes. Se encontró asociación estadística entre el número de situaciones con capacidad para intervención y los criterios de selección de la PSA ($p=0,029$). **Conclusiones:** Los criterios de selección de pacientes de la PSA permiten identificar pacientes con riesgo de aparición de resultados clínicos negativos.

Nº 19

Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes en prevención primaria por riesgo cardiovascular

Figueiredo, Isabel Vitória. Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Abreu, Marta.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Castel-Branco, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Caramona, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Fernández-Llimós, Fernando.** Grupo de Sociofarmácia. Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa.

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, riesgo cardiovascular, farmacia comunitaria

Objetivos: Evaluar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico realizado en farmacia comunitaria sobre el riesgo cardiovascular en pacientes en profilaxis primaria. **Método:** Estudio controlado con asignación aleatoria realizado en una farmacia de la región centro de Portugal. Se seleccionaron pacientes de entre 30 y 65 años que estaban en tratamiento para profilaxis primaria de eventos cardiovasculares, y se asignaron aleatoriamente a los grupos de control e intervención. En el grupo intervención se realizó seguimiento farmacoterapéutico durante 6 meses, mientras el grupo control recibía los cuidados habituales. Se cuantificó el riesgo cardiovascular utilizando la escala de riesgo SCORE. Se analizaron las evoluciones en pruebas pre-post (McNemar) y en pruebas entre grupos (Mann-Whitney). **Resultados:** Se reclutó para el estudio un total de 23 pacientes (13 intervención y 10 control). No se encontraron diferencias en los valores iniciales de los biomarcadores en estudio: peso ($p=0,306$), IMC ($p=0,756$), tabaquismo ($p=0,382$), perímetro abdominal ($p=0,901$), colesterol total ($p=0,950$), glucemia en ayuno ($p=0,604$), presiones arteriales sistólica ($p=0,100$) y diastólica ($p=0,072$); ni tampoco en el *composite* de riesgo cardiovascular del SCORE ($p=0,561$). En el grupo control no se obtuvieron diferencias significativas pre-post en ninguno de los biomarcadores. En el grupo intervención sólo apareció diferencia pre-post significativa en la presión arterial sistólica (McNemar, $p=0,028$). Sin embargo, cuando se evalúa el RCV agregado en la puntuación SCORE, no aparecen diferencias pre-post en el grupo control (McNemar, $p=1,000$) pero sí en el grupo intervención (McNemar, $p=0,046$), y se produce una diferencia entre los grupos al final del seguimiento (Mann-Whitney, $p=0,041$). **Conclusiones:** El seguimiento farmacoterapéutico consiguió mejorar el valor del riesgo cardiovascular en su conjunto, sin centrarse exclusivamente en alguno de sus componentes.

Nº 20

Evaluación de la terapia antihipertensiva y su influencia en el control de la presión arterial

Silva, Esperança. Farmácia Rocha. **Ribeiro, Orquídea.** Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. **Ponciano, Emanuel.** Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. **Figueiredo, Isabel Vitória.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Castel-Branco, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Caramona, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.

Palabras clave: Antihipertensores, hipertensión, calidad de vida

Introducción: El tratamiento antihipertensivo actualmente disponible permite avances sin precedentes en el tratamiento de la hipertensión, lo que permite lograr un cambio decisivo en la progresión de la enfermedad, la morbilidad y la mortalidad. **Objetivos:** Comparar los pacientes hipertensos en

monoterapia frente a politerapia en relación con la proporción de descontrol de la presión arterial. *Métodos:* Se realizó un estudio observacional prospectivo. Participaron en este estudio 300 farmacias comunitarias que incluyeron 1.876 pacientes con hipertensión y que estaban en tratamiento con antihipertensivos. Los hipertensos seguidos en las farmacias autocompletaron un cuestionario de caracterización sociodemográfica clínica. Para evaluar la adherencia al tratamiento se recurrió a métodos indirectos y a un cuestionario específico para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes hipertensos (HYPER). *Resultados:* En los 1.876 pacientes había un 56% de mujeres, y tenían una edad media de 60,48 ($\pm 12,17$) años. Alrededor del 40% de las mujeres eran mayores de 65 años. Se encontró que el 54% de los pacientes estaba siendo tratado en monoterapia y el 46%, en politerapia. Los fármacos más frecuentes eran los diuréticos asociados a IECA o ARA (36% de los pacientes en monoterapia), seguidos por IECA (19%), ARA (17%), betabloqueadores (11%), diuréticos (10%) y BEC (8%). La prevalencia de hipertensión descontrolada fue del 16% en pacientes en monoterapia y del 21% en politerapia ($p=0,005$). En relación con los de monoterapia, los pacientes en politerapia tienen más de 65 años, tienen diagnóstico de hipertensión hace más tiempo, más obesidad o sobrepeso, más diabetes, más comorbilidades y presencia de complicaciones resultantes de la hipertensión. En monoterapia, son pacientes con nivel superior de escolaridad, y activos. El control de la hipertensión apareció asociado a nivel de escolaridad ($p=0,001$), duración de la enfermedad ($p=0,001$), colesterol ($p=0,025$), ejercicio físico ($p<0,001$). Se comprobó que los pacientes con hipertensión descontrolada tienen valores de calidad de vida inferiores en todas las dimensiones ($p<0,001$) y falta de adherencia terapéutica. *Conclusiones:* Los resultados de este estudio apuntan a una tasa razonable de descontrol de la hipertensión arterial tanto en los pacientes en monoterapia como en los de politerapia. Además de la optimización de los regímenes terapéuticos instituidos, tener en cuenta el concepto de calidad de vida debe ser un objetivo en los cuidados de la salud, asociándose el desarrollo de estrategias más ajustadas para resolver las repercusiones de este síndrome de un modo adaptativo, menos limitativo y menos productor de sufrimiento emocional.

Nº 21

PRH e intervenciones farmacéuticas encontradas en pacientes hipertensos y diabéticos desde las oficinas de farmacia de la red Farmatodo

Costantini, Antonieta. Guzmán, Mónica. *Farmatodo.*

Palabras clave: PRH, intervenciones farmacéuticas

Introducción: La atención farmacéutica hace que el paciente, además de cumplir con el tratamiento médico prescrito y hacer un uso racional del medicamento, se comprometa con el cuidado de su salud. El farmacéutico, mediante un enfoque social y científico, puede facilitar este proceso de cambio, en donde el paciente sería el primer beneficiado. En Venezuela, las farmacias Farmatodo tienen implementado, desde enero de 2011, un programa gratuito de atención farmacéutica para pacientes hipertensos y diabéticos, desarrollado por farmacéuticos asistenciales, quienes mediante el seguimiento farmacoterapéutico asesoran y educan a los pacientes en sus hábitos y estilos de vida. *Objetivo general:* Detectar los problemas relacionados con los hábitos (PRH) en los pacientes hipertensos y diabéticos que acuden a los servicios de atención farmacéutica Farmatodo en el periodo enero 2011-junio 2013. *Objetivos específicos:* Identificar los PRH detectados en los pacientes. Clasificar y contabilizar las intervenciones farmacéuticas en cada PRH. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en la base de datos de los pacientes que acudieron al servicio de atención farmacéutica de las farmacias Farmatodo en el periodo enero 2011-junio 2013, aplicándose como objeto de estudio la identificación y posterior clasificación de los PRH en problemas de indicación, cumplimiento y adecuación. *Resultados:* En la tabla 1 encontramos que el PRH que con mayor frecuencia apareció fue el de indicación, con 28.152 casos, donde 12.663 (43%) de ellos correspondieron a pacientes que requerían indicación de dieta y 6.036 a casos que requerían indicación de ejercicios (20,46%):

Al clasificar las intervenciones hechas por los farmacéuticos, tal como se refleja en la tabla 2, encontramos que la asesoría y entrega del consejo por escrito al paciente ocupa el primer lugar, con 28.697 casos (98%):

Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten concluir que existe un número importante de pacientes con una falta considerable de información en materia de educación para la salud, dando como resultado la presencia de hábitos nocivos. Es por ello la importancia de implementar estos programas con farmacéuticos, quienes, con dedicación y trabajo, orienten a los pacientes en la prevención, educación y control de patologías mediante medidas simples que ayuden a prevenir enfermedades.

Tabla 1. Clasificación de los problemas encontrados relacionados con los hábitos

Indicación	95,00%
Cumplimiento	1,90%
Adecuación	2,00%
No presenta PRH	1,00%

Tabla 2. Intervenciones farmacéuticas realizadas

Se asesora y entrega consejo por escrito	98,00%
Se sugiere consulta con el médico o especialista	2,00%

Nº 22

Repercusión de la medida ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas realizada en la farmacia comunitariaAlonso Garre, Carlos. González Valdivieso, María. *Farmacia La Barbera.***Palabras clave:** MAPA, farmacia, farmacoterapia

Introducción: La mayoría de los pacientes hipertensos toman toda su medicación antihipertensiva por la mañana, facilitando el cumplimiento terapéutico y disminuyendo los olvidos. Pero no todos los pacientes hipertensos deberían ser tratados con la misma estrategia terapéutica, máxime cuando muchos de los medicamentos utilizados no aseguran un control eficiente de la presión arterial (PA) durante las 24 horas. La variabilidad de la PA a lo largo de las 24 horas es fácil de reconocer mediante la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). Un inadecuado descenso de la PA nocturna con respecto a la diurna (perfil *non dipper*) es un marcador de peor pronóstico cardiovascular. **Objetivo:** Evaluar si se producen cambios en la medicación o cronología del tratamiento farmacológico de los pacientes. **Método:** Los pacientes estudiados son aquellos que acuden a la farmacia comunitaria para el control y seguimiento de sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con HTA fuera de «rango», en los que se ha verificado previamente el grado de cumplimiento y se ha procedido a una revisión de su farmacoterapia. Se les ha explicado y ofrecido la realización de una MAPA. Los datos obtenidos (gráfica de presión/pulso y tabla de resultados) se imprimen y se entregan en mano al paciente para que éste los haga llegar a su médico de cabecera o al especialista. Cuando el paciente vuelve a la farmacia, después de su visita al médico, se comprueba con la hoja de medicación si ha habido modificación en la misma (cambio de principio activo, adición de otro fármaco o supresión de uno que tomaba) o en la cronoterapia (modificación de la posología). **Resultados y discusión:** El 60% de los pacientes presentan RCV moderado, el 25% elevado y el 15% muy elevado. La mayoría tienen alteraciones en su patrón circadiano (50% *non dipper* y 10% *riser*). Tras la realización de la MAPA se ha detectado un 83,3% de cambios en el tratamiento antihipertensivo de los pacientes *non dipper* y *riser*. **Conclusiones:** Los informes de las MAPA elaborados en la farmacia comunitaria son tenidos en cuenta en un alto porcentaje a la hora de optimizar la farmacoterapia de los pacientes. La inclusión de la MAPA en la cartera de servicios de la farmacia comunitaria puede contribuir a mejorar el tratamiento antihipertensivo de los pacientes. Se impone la necesidad de implementar prácticas que faciliten la evaluación de la consecución de los objetivos terapéuticos.

Nº 23

¿Cómo cumplen con su tratamiento nuestros pacientes hipertensos? Estudio piloto sobre la adherencia antihipertensivaEspino Barcala, Sandra. Abalde Comesaña, Patricia. Touriño Baliña, Elena. *Farmacia. Vigo***Palabras clave:** Adherencia, hipertensión, antihipertensivos

Objetivos: Medir la prevalencia de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Caracterizar la población de estudio en función de su perfil sociodemográfico. Estudiar variables influyentes en el incumplimiento e intervenir usando estrategias. **Método:** Estudio piloto observacional descriptivo transversal. Evalúa el grado de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de pacientes que solicitan medirse la presión arterial (PA). Criterios de inclusión: pacientes con tratamiento antihipertensivo. Criterios de exclusión: pacientes sin tratamiento antihipertensivo. Protocolo de actuación: a) consentimiento informado; b) recogida de datos (cuestionario); c) medicación del paciente (tabla); d) medida de la PA; e) test indirectos de medida del incumplimiento (test de Morisky-Green; test de Haynes-Sackett); f) estudio patrón de incumplimiento; g) intervención. **Resultados:** Población total: 21 pacientes. 19%: no participa; 38,1%: población excluida; 42,9%: población a estudio. Población a estudio: mujeres: 61,9%; hombres: 38,1%; media de edad: 77 años; incumplidores: 33,3%; cumplidores: 66,7%. Esquema terapéutico antihipertensivo: 11,1% utiliza politerapia con 3 antihipertensivos de distinto mecanismo de acción; 44,45% usa politerapia con 2 antihipertensivos; 44,45% usa monoterapia antihipertensiva. Muestra cumplidora: 83,3% mujeres y 16,67% hombres. Muestra incumplidora: 100% hombres, media de edad de 64 años, casados, jubilados, con estudios primarios y utilizan 1 o 2 antihipertensivos. Causas más frecuentes de incumplimiento: olvidos en las tomas, propia decisión del paciente por mejoría clínica aparente y desconocimiento de su enfermedad. **Discusión/conclusiones:** Aunque algunos de los objetivos del pilotaje se alcanzaron, medir el cumplimiento es difícil. Según la bibliografía, ningún método indirecto de los que se usaron alcanza las condiciones ideales de aceptabilidad (sensibilidad y especificidad >80%): test de Haynes-Sackett: baja sensibilidad, bajo VPN, sobreestima el cumplimiento; test de Morisky-Green: baja sensibilidad, alta especificidad, bajo VPN, alto VPP, sobreestima el no cumplimiento y subestima el buen cumplidor. Para realizar una aproximación más exacta, en el estudio final se combinarán varios métodos para superar las carencias y limitaciones del pilotaje. Por ejemplo: el grado de control que la enfermedad tiene cuando se valora la PA (alta sensibilidad) y la asistencia a citas concertadas (alta especificidad). No obstante, queda por aclarar y definir el perfil del paciente cumplidor, profundizar en el conocimiento de los múltiples factores y sus interacciones, que acaban determinando el abandono de las prescripciones terapéuticas, así como llevar a cabo un seguimiento clínico del paciente y evaluar el efecto de la actuación farmacéutica en los casos de intervención.

Nº 24

Evaluación de la efectividad del tratamiento antihipertensivo en una farmacia comunitaria

Castel-Branco, Maria Margarida. *Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.* Barreto, Cristina. *Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.* Figueiredo, Capitolina. *Farmácia Figueiredo.* Caramona, Maria Margarida. *Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.* Fernández-Llimós, Fernando. *Grupo de Sociofarmácia. Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa.* Figueiredo, Isabel Vitória. *Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.*

Palabras clave: Antihipertensivo, efectividad, farmacia comunitaria

Objetivos: Conocedores de que la hipertensión arterial (HTA) afecta a más de mil millones de personas en el mundo, y que cuando no está controlada constituye un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar la efectividad de los antihipertensivos en clientes de una farmacia comunitaria. El estudio pretendió también identificar los antihipertensivos más efectivos y verificar si son prescritos de acuerdo a las Normas de Orientação Terapêutica da Ordem dos Farmacêuticos (NOT). *Método:* La población en estudio se constituyó con a) clientes de una farmacia comunitaria mayores de 18 años que refieren HTA descontrolada o con sintomatología asociada, que tomaban por lo menos un antihipertensivo, y b) hipertensos diagnosticados que presentaban otras comorbilidades. Se realizaron mediciones de presión arterial con un tensiómetro Microlife BP A1000, siguiendo procedimientos normalizados. *Resultados:* El estudio incluyó a 48 hipertensos: el 95,8% estaba en tratamiento y el 4,2% fue remitido al médico de familia para una evaluación de la necesidad de institución de tratamiento antihipertensivo. La prevalencia de hipertensos tratados no controlados fue del 31,2%, con sólo un 10,4% de individuos *borderline*. Los antihipertensivos más efectivos en monoterapia fueron los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) y los diuréticos de asa, seguidos de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. Las asociaciones más efectivas fueron las de ARA + bloqueador de los canales de calcio y ARA + diuréticos de asa. Los diuréticos tiazídicos o análogos y la asociación ARA + diurético tiazídico demostraron ser menos efectivos. *Conclusión:* La diversidad de esquemas terapéuticos fue tan grande que no permitió la generalización para la población general. Sin embargo, este estudio permitió verificar que las Normas de Orientação Terapêutica da Ordem dos Farmacêuticos no son siempre seguidas en la práctica clínica, lo que permitió reencaminar a varios pacientes a servicios de revisión de la medicación o de seguimiento farmacoterapéutico para mejorar su estado de salud.

Nº 25

Estudio del paciente con diabetes mellitus tipo 2 mediante la determinación de los valores de hemoglobina glicosilada en la farmacia comunitaria onubense

Alonso Larrocha, Clara. *Colegio de Farmacêuticos.* Beas Morales, Ana Isabel. *Oficina de Farmacia.* Bravo Moreno, Estefanía. *Oficina de Farmacia.* Rivera Rasero, Javier. *Oficina de Farmacia.* Dupuy Arnau, Covadonga. *Oficina de Farmacia.* Rivera Bocanegra, Ana. *Oficina de Farmacia.*

Palabras clave: Diabetes, hemoglobina glicosilada, adherencia

Objetivos: Valorar el grado de control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el paciente diabético que acude a la farmacia comunitaria onubense, mediante la determinación de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y la comparación de los distintos tratamientos instaurados y su adherencia a los mismos. *Métodos:* Estudio descriptivo transversal multicéntrico realizado en 18 oficinas de farmacia de la provincia de Huelva. Se incluyen pacientes mayores de edad con DM2 en tratamiento con antidiabéticos orales durante un mínimo de 4 meses. Para cada uno de ellos se cumplimenta un registro que recoge, entre otros, datos sociodemográficos, año de diagnóstico de la enfermedad, hábitos de vida saludables, tratamiento farmacológico y pauta, posibles efectos secundarios asociados a la farmacoterapia, así como complicaciones derivadas de la evolución de la enfermedad. La determinación del valor de HbA_{1c} se realiza con el medidor A1CNow+®, y la adherencia a los medicamentos es valorada según el test de Morisky-Green. Finalmente, se proporciona al paciente consejos higiénico-dietéticos de forma oral y escrita. *Resultados:* Participan en el estudio 308 pacientes (47,1% hombres y 51,6% mujeres) con una edad media de 69,27 años y un IMC medio de 33,82 kg/m². Sólo el 16,2% de los pacientes son fumadores, y el 15,9% consumen alcohol de forma habitual. El valor medio de HbA_{1c} obtenido es de 6,64. En general, no se observan diferencias significativas en función del sexo, el IMC, la práctica de ejercicio o el consumo de alcohol. Un 74,4% de los pacientes es adherente a su tratamiento farmacológico, siendo el antidiabético oral empleado con más frecuencia metformina en monoterapia, con un 68,2% de uso, seguida de la combinación metformina + sitagliptina (6,3%) y gliclazida (5,3%). Entre los efectos secundarios más comunes destacan los trastornos gastrointestinales, aunque un 66,6% de los pacientes no manifestaron ningún efecto secundario. Las complicaciones más habituales son alteraciones cardiovasculares (30,5%), disfunción eréctil (22,8%) y retinopatías (16,2%). Se han derivado al médico 36 pacientes debido a valores de HbA_{1c} no controlados (>8), principalmente en los que la DM2 se diagnosticó hace años. *Conclusiones:* Los pacientes diabéticos en la provincia de Huelva están, en general, bien controlados, independientemente del tratamiento farmacológico instaurado. No obstante, la adherencia al mismo y las medidas higiénico-dietéticas saludables son claves para dicho control y para evitar complicaciones derivadas de la enfermedad, y en ello juega un papel fundamental el farmacéutico comunitario al ofrecer una atención farmacéutica personalizada, destacando explicaciones detalladas sobre su enfermedad y el uso adecuado de sus medicamentos.

Nº 26

Evaluación de la función pulmonar mediante espirometría en la farmacia comunitaria

Castel-Branco, Maria Margarida. *Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.* Lourenço, Ana Filipa. *Farmácia Saúde. Figueira da Foz.* Mascarenhas, Anabela. *Farmácia Saúde. Figueira da Foz.* Caramona, Maria Margarida. *Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.* Fernández-Llimós, Fernando. *Grupo de Sociofarmácia. Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa.* Figueiredo, Isabel Vitória. *Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra.*

Palabras clave: Función pulmonar, espirometría, farmacia comunitaria

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo verificar si se justifica realizar la espirometría como técnica de cribado para la enfermedad pulmonar en personas asintomáticas y evaluar la posibilidad de establecer un protocolo de actuación en la farmacia comunitaria para la detección temprana de los

cambios en la función pulmonar. *Métodos:* El estudio se llevó a cabo en una oficina de farmacia de la región centro de Portugal, entre enero y julio de 2012, e involucró a todos los pacientes mayores de 18 años que expresaron su interés en participar y no cumplían criterios de exclusión (problemas cognitivos o trastornos de la comunicación, embarazo, historia reciente de problemas clínicamente significativos que podrían poner al usuario en riesgo debido a la realización de una espirometría). El estudio consistió en la realización de la prueba de espirometría, precedida de un cuestionario para recoger los datos de la historia clínica y el tabaquismo y los síntomas respiratorios concomitantes de cada participante. La espirometría se realizó con dispositivo Vitalograph® COPD-6, después de haber determinado los parámetros de función pulmonar FEV₁ y FEV₆, FEV₁/FEV₆ prebroncodilatación. Los individuos con resultados anormales en la función pulmonar se referenciaban al médico. *Resultados:* De los 122 participantes en el estudio, 18 tuvieron alteraciones del patrón de respiración normal y 4 estaban bajo supervisión médica. Los restantes 14 fueron contactados para repetir la prueba: 2 no asistieron y 4 mostraron valores dentro del patrón normal. De los restantes 8 individuos, 3 fueron diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 2 no requirieron atención adicional por enfermedad respiratoria (pacientes con depresión), 1 tenía hipertensión pulmonar y 2 se remitieron al médico para su evaluación por situación complementaria. *Conclusión:* El farmacéutico comunitario cuenta con instrumentos que le permiten identificar cambios tempranos en la función pulmonar de los pacientes. Esta detección temprana de los cambios en la función pulmonar puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de los usuarios, ya que permite un tratamiento médico en una etapa precoz de la enfermedad. El presente estudio justifica el beneficio de la espirometría en los individuos que tienen uno o más síntomas respiratorios, historia de tabaquismo o positivo para la exposición a sustancias tóxicas.

Nº 27

Análisis de la experiencia farmacoterapéutica en pacientes asmáticos

Ruiz Bueno, Concha. Remacha Larrea, Ana. Oliver Karger, Isabel Marina. *Farmacia comunitaria.*

Palabras clave: Experiencia farmacoterapéutica, asma, optimización de la farmacoterapia

Para poder optimizar los resultados de los medicamentos en salud, el farmacéutico debe entender la experiencia farmacoterapéutica del paciente, que es la percepción subjetiva que tiene una persona al tomar una medicación crónica en su vida diaria. El profesional puede entender mejor al paciente, su mundo, la relación con su enfermedad y la medicación; puede identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con la medicación; y puede ayudar al paciente a tomar decisiones y darle consejos y educación sobre su salud. *Introducción:* La experiencia farmacoterapéutica es única, personal y distinta para cada paciente. El comportamiento de cada individuo con sus enfermedades y fármacos depende de uno mismo. Pero no olvidemos que no sólo hay que centrarse en el paciente, sino también en su medicación. En la experiencia farmacoterapéutica existe un patrón de comportamiento que se repite y que está constituido por cuatro pasos o etapas. En este trabajo se ha estudiado la experiencia farmacoterapéutica en pacientes crónicos asmáticos. *Objetivos:* *Objetivo 1:* Comprobar que se cumplen, en pacientes asmáticos, las cuatro etapas conocidas de la experiencia farmacoterapéutica para enfermos crónicos. *Objetivo 2:* Investigar si se dan otras experiencias farmacoterapéuticas, específicas y propias de este tipo de pacientes. *Método:* Estudio fenomenológico observacional con entrevistas semiestructuradas a pacientes asmáticos, grabadas y transcritas. El análisis de las entrevistas proporcionará una serie de «unidades de sentido» que se espera puedan identificarse con las distintas experiencias farmacoterapéuticas. *Resultados:* Se realizan diez entrevistas a pacientes asmáticos de distintas edades, sexos y procedencias de la geografía española; se detectan «unidades de sentido» y se clasifican según el tipo de experiencia farmacoterapéutica de enfermos crónicos o las propias del paciente asmático. *Conclusiones:* En el asmático se dan, en general, las cuatro etapas de la experiencia farmacoterapéutica en enfermos crónicos. Y, en particular, se dan unas experiencias farmacoterapéuticas específicas de los pacientes asmáticos, como son: miedo a tomar corticoides, influencia psicológica, el Ventolín® como salvación y temor a no disponer de él, control de la enfermedad con el tiempo y asunción de su enfermedad-medicación.

Nº 28

Tila y manzanilla ¿fuente de Cd, Pb y Ni?

Ramos Abellán, DT. *Área de Toxicología. Universidad de La Laguna.* Rubio Armendáriz, C. *Área de Toxicología. Universidad de La Laguna. Vocalía de Investigación y Docencia. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife.* González Weller, Dailos. *Área de Toxicología. Universidad de La Laguna.* Gutiérrez Fernández, AJ. *Área de Toxicología. Universidad de La Laguna.* Hardisson de la Torre, A. *Área de Toxicología. Universidad de La Laguna. Vocalía de Alimentación. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife.*

Palabras clave: Plantas medicinales, fitoterapia, metales

Introducción: El empleo de plantas medicinales ha aumentado en los últimos años. De todas las presentaciones comercializadas de plantas medicinales en la base de datos del CGCOF (2006) casi un 50% corresponden a productos indicados para tratar problemas digestivos y un 17% son para tratar trastornos del SNC. Manzanilla y tila son utilizadas ampliamente por sus propiedades digestivas y sedantes. Sin embargo, la automedicación con plantas medicinales, especialmente en pacientes polimedicados, debe ser supervisada por un profesional sanitario por sus posibles interacciones, ya que estos productos no presentan una garantía plena de calidad y/o seguridad. Por ello, la oficina de farmacia es el establecimiento idóneo para asegurar el uso necesario, efectivo y seguro de plantas medicinales. Aunque poseen propiedades farmacológicas beneficiosas, las plantas medicinales pueden presentar compuestos metálicos de interés toxicológico como el cadmio (Cd), el níquel (Ni) y el plomo (Pb). *Objetivos:* Determinar y evaluar toxicológicamente el contenido de cadmio (Cd), plomo (Pb) y níquel (Ni) presente en tilas y manzanillas comercializadas en distintos establecimientos de la isla de Tenerife (farmacias, herboristerías, supermercados y mercadillos). *Método:* Se analizaron un total de 18 muestras de tila de 17 marcas y 9 establecimientos dis-

tintos y 14 muestras de manzanilla de 13 marcas y 7 establecimientos distintos. De todas las tilas analizadas, 3 eran de cultivo ecológico, mientras que sólo 1 manzanilla era ecológica. Tras incineración de la muestra en un horno mufla a 450 °C durante 48 horas, los metales fueron determinados por espectroscopia de emisión atómica con plasma acoplado inductivamente (ICP-AES). **Resultados:** Los niveles medios de cadmio obtenidos fueron 0,045 mg/kg para la tila y 0,068 mg/kg para la manzanilla. Los niveles medios de plomo fueron 0,70 mg/kg para la tila y 0,20 mg/kg para la manzanilla. Los niveles medios de níquel obtenidos fueron 0,49 mg/kg para la tila y 0,52 mg/kg para la manzanilla. Las menores concentraciones de Ni y Pb en la tila se encuentran en una muestra de cultivo ecológico, pero no ocurre igual con el Cd. **Conclusiones:** A pesar de que las 14 muestras de manzanilla eran de la misma marca y origen que 14 de las 18 muestras de tila, los niveles medios de Pb en la manzanilla fueron más de 3 veces superiores a los de la tila. Por otro lado, no se vio una diferencia significativa en la concentración de metales entre cultivo ecológico y no ecológico, así como tampoco entre los distintos tipos de presentaciones, ni de las muestras comercializadas fuera o dentro del canal farmacéutico.

Nº 29

Estudio de la salud cardiovascular en la farmacia comunitaria (estudio eRISK)

Pons Thomas, Baltasar. *Farmacia Pons CB.*

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, farmacia comunitaria, REGICOR

Introducción: La farmacia comunitaria tiene un potencial desaprovechado en detección y mejora de la salud cardiovascular. El paciente visita la farmacia 3-4 veces por cada visita al médico que hace. **Objetivos:** El objetivo general es determinar el estado de salud cardiovascular de la población estudiada. **Método:** Estudio descriptivo, observacional y longitudinal en 40 pacientes de edades entre 35 y 74 años. Se realizó un cribado de RCV: presión arterial, glucemia, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos e IMC; y se recogió: edad, sexo, diabetes y fumador. Se determinó el porcentaje de riesgo cardiovascular (%RCV) mediante las tablas REGICOR y se implementó un programa de atención farmacéutica especializada en RCV con criterios de intervención del farmacéutico y de derivación al médico. **Resultados:** La medición del %RCV (según REGICOR) fue:

Nº pacientes (%)			
Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo muy alto
<5%	5-9,9%	10-14,9%	≥15%
27 (67,50%)	12 (30%)	0 (0%)	1 (2,50%)

La proporción de RCV de la población de estudio fue:

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo muy alto
Sexo				
Hombre	17,50	15,00	0,00	2,50
Mujer	50,00	15,00	0,00	0,00
IMC				
Normal	42,50	7,50	0,00	0,00
Sobrepeso	20,00	17,50	0,00	2,50
Obesidad	5,00	5,00	0,00	0,00
Tabaco				
Fumador	0,00	5,00	0,00	2,50
No fumador	67,50	25,00	0,00	0,00
Diabetes				
Diabético	7,50	17,50	0,00	2,50
No diabético	60,00	12,50	0,00	0,00

	1ª cita	2ª cita
Nº intervenciones		
PA	9	6
Dislipemia	20	10
Glucemia	20	12
Sobrepeso	20	11
Deshabitación tabáquica	1	
Derivación médica	2	4
Nº pacientes intervenidos	32 (80%)	21 (52,5%)

Discusión/conclusiones: El %RCV de la mayoría de la población estudiada fue bajo. Un 50% tuvo un IMC >25. Un 30% tuvo niveles de colesterol >200. Un 22,5% tuvo valores de PA >140/90. Un 50% tuvo valores de glucemia >126. Un 80% de los pacientes necesitó intervención farmacéutica en algún RCV. La conclusión del estudio fue que, tras una intervención farmacéutica en un mes, 11 de los 32 pacientes (34,37%) que tuvieron algún factor de RCV alterado en la primera cita pasaron a tener todos los valores normales. Por lo tanto, en la farmacia comunitaria tenemos una buena opción para la salud cardiovascular, tanto en prevención como en mejora de los factores de RCV modificables. Tres casos de glucemia basal elevada fueron confirmados como diabetes tras remisión al médico con protocolo interdisciplinar. La muestra es pequeña para ser significativa y se pretende ampliar este proyecto con más farmacias del grupo de HTA y RV de la SEFAC.

Nº 30

Proyecto Kairós: diagnóstico de hipertensión arterial mediante la realización de MAPA en la farmacia comunitaria

Penín Álvarez, Óscar. Farmacia Óscar Penín Álvarez. Suso Villacores, Benigna. Farmacia Benigna Suso Villacores. Blanco González, Isabel. Farmacia Óscar Penín Álvarez.

Palabras clave: MAPA, diagnóstico, hipertensión

Introducción: La influencia de los valores nocturnos de presión arterial (PA) en el riesgo vascular aconseja usar la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) para el diagnóstico y seguimiento de pacientes hipertensos. La cronoterapia puede corregir la ausencia de descenso nocturno de la PA. Hemos implantado un programa de MAPA en la farmacia comunitaria en colaboración con los médicos de atención primaria de nuestra área sanitaria. *Objetivos:* Comparar la prevalencia de los distintos tipos de hipertensión usando la medición aislada en la farmacia comunitaria (MAFC) y la MAPA. Establecer la prevalencia de los distintos tipos de patrón circadiano de PA en nuestra área. Analizar la prevalencia de pacientes *non dipper* y *riser* sin tratamiento farmacológico al acostarse. *Material y métodos:* Se realizó un muestreo consecutivo de todos los pacientes hipertensos atendidos en dos farmacias gallegas desde enero de 2013 hasta junio de 2013, excluyendo a aquellos con fibrilación auricular e intolerancia al monitor. A todos ellos se les realizó la medida de su presión arterial en farmacia con MAFC y según el método MAPA. La clasificación de los pacientes según su patrón circadiano de PA se ha hecho siguiendo los criterios de la Guía 2013 de Recomendaciones MAPA, y su clasificación según los valores de PA siguiendo la guía NICE 2011. *Resultados:* La muestra resultante está formada por 140 personas (52% mujeres) con una edad media de 61 años, de las cuales el 37% fueron derivadas por el médico de atención primaria. La proporción de hipertensos tipo 1 según la MAFC y según la MAPA fue, respectivamente, del 38,6 y el 32,9%. La proporción de hipertensos tipo 2 fue, respectivamente, del 17,9 y el 5,7%. La proporción de hipertensos severos fue, respectivamente, del 3,6 y el 0%. El porcentaje de pacientes *extreme dipper*, *dipper*, *non dipper* y *riser* fue, respectivamente, del 5, el 45, el 39 y el 11%. El 22% de los pacientes *non dipper* o *riser* no tienen tratamiento antihipertensivo nocturno. *Conclusiones:* En general, la calificación de la PA usando MAPA ubica a los pacientes en estadios más leves que la MAFC. La mayoría de los pacientes incluidos en el programa tienen un perfil *dipper*. Un porcentaje notable de pacientes podría beneficiarse de la administración de medicación al acostarse.

Nº 31

Programa de divulgación de la formulación de medicamentos individualizados en centros de salud de Huesca y Zaragoza. Análisis de los resultados obtenidos entre los años 2007 (fase I) y 2012 (fase V)

Abarca Lachén, Edgar. Farmacia Lachén. Universidad San Jorge. Marro Ramón, Diego. Farmacia Marro. Universidad San Jorge.

Palabras clave: Formulación, divulgación, atención primaria

Introducción: En el año 2007 se inicia la fase I del programa de divulgación de la formulación de medicamentos en los centros de salud, para potenciar el conocimiento y el desarrollo de la formulación en el ámbito médico. Desde entonces, se han llevado a cabo 5 fases en las provincias de Huesca y Zaragoza, de las que presentamos los resultados obtenidos. Dicho proyecto fue parte del origen del posterior Proyecto Fórmula 2015 a escala nacional (www.formula2015.org). *Objetivos:* Ofrecer a los centros de salud una sesión clínica al año sobre formulación de medicamentos individualizados para sondear el interés de los médicos de atención primaria (AP). Identificar las necesidades de formación del prescriptor en formulación. Divulgación de su utilidad en la terapéutica actual en AP. Profundizar en la relación profesional con el médico de AP basada en la formulación. Establecer un papel activo del farmacéutico como profesional del medicamento. Evaluación constante de los resultados obtenidos en las sucesivas fases del proyecto para detección de puntos críticos de mejora e impulsar el uso de la formulación en la clase médica. *Material y métodos:* Se elabora una carta de propuesta de formación. Concertada la fecha, los autores se desplazan a los centros médicos para impartir la sesión. Se entregan muestras de fórmulas ya elaboradas, para que el médico pueda apreciar sus características. Duración de 60 minutos: 50 de exposición y otros 10 para interactuar con los asistentes. Evaluación de la actividad a través de unas encuestas entregadas al finalizar cada sesión. *Resultados:* Se han visitado los mismos 12 centros de salud durante 5 años consecutivos, constituyendo un total de 60 sesiones clínicas. La media del número de asistentes por sesión se ha triplicado en 5 años. *Conclusiones:* Los prescriptores manifiestan claramente la utilidad de la formulación en la práctica cotidiana y valoran muy positivamente el intercambio profesional con el farmacéutico. El programa de divulgación ha servido para que su uso en la consulta haya aumentado. Se reconoce la necesidad de una mayor formación, un mayor número de sesiones, y reclaman que la formulación esté integrada en los programas informáticos de prescripción. El farmacéutico comunitario, a través de su participación en las sesiones clínicas y de otras reuniones con médicos, puede ejercer una influencia muy positiva en la divulgación de la formulación de medicamentos individualizados, con consecuencias positivas para el paciente como es la optimización de su farmacoterapia.

Nº 32

Identificación de factores y causas de mal control de la hipertensión arterial desde la farmacia comunitaria

Camara Navarro, Raquel. *Farmacia comunitaria*. Serra Mengual, Estefanía. *Farmacia comunitaria*. Sánchez Perales, Pilar. *Farmacia comunitaria*. Antón Cortes, Ana. *Farmacia comunitaria*. Ibáñez Cuevas, Victoria. *Colegio Farmacéutico de Valencia*. Iranzo López, Hortensia. *Farmacia comunitaria*.

Palabras clave: Hipertensión, causas de mal control, farmacia comunitaria

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un grave problema de salud pública. Se han realizado diversos estudios (COROPINA, COREVALUA) para identificar los principales factores relacionados con su mal control y así diseñar estrategias específicas para mejorar su control. *Objetivo:* Identificar factores y causas asociadas al mal control de la HTA. *Método:* Estudio observacional descriptivo realizado en tres farmacias comunitarias (abril-mayo 2013). La muestra incluyó a pacientes (mayores de 50 años) no controlados, PAS ≥ 140 y PAD ≥ 90 , con tratamiento antihipertensivo instaurado al menos un mes y medio atrás. Criterios de exclusión: alteración sensitiva o física que impida la participación en el estudio, pacientes que tras ser informados no aceptan participar, y valores de derivación urgente al médico. La medida de PA se realiza en instrumentos automáticos calibrados y validados, con dos tomas promediadas durante tres días consecutivos. Las causas y factores de mal control se extrajeron de los estudios COROPINA y COREVALUA (Hipertensión. 2007; 24[3]: 93-100). La información se obtuvo mediante entrevistas *ad hoc*. Las variables fueron: cumplimiento (Morisky-Green y Haynes-Sackett), información y conocimiento sobre HTA (test de Batalla), uso de medicamentos que aumentan la HTA, tabaquismo, actividad física, IMC. Además se registraron eventos cardiovasculares previos (IAM, angina o ictus) y derivaciones al médico (según criterios MEDAFARM). Para el análisis estadístico se ha usado la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y los porcentajes para las variables cualitativas. *Resultados:* Se ofreció la medida de la presión arterial a 81 pacientes, un 26% de ellos no aceptaron, de los 60 restantes el 62% tenían cifras fuera de control; tras las exclusiones la muestra de estudio fue de 24 pacientes, 62% mujeres. La edad media fue de $67 \pm 11,6 \sigma$, con un 45% de 65-80 años. Un 33% presentaba hiperlipemia y un 8%, diabetes. Entre los factores y causas asociados al mal control encontramos que el 75% incumplía el tratamiento, el 83% tenía falta de conocimiento de su enfermedad y el 62% desconocía las cifras de control. Presentan sedentarismo el 83%, sobrepeso el 46% y obesidad el 25%. Un 25% tomaban medicamentos que podían aumentar la PA. Se derivaron al médico 13 pacientes. *Conclusiones:* Destaca el elevado porcentaje de incumplimiento, desconocimiento de la enfermedad y cifras de control, sedentarismo y sobrepeso-obesidad. La identificación de factores y causas de mal control desde la farmacia comunitaria es un paso previo necesario para optimizar las intervenciones farmacéuticas en el control de la HTA.

Nº 33

Educando al paciente hipertenso en la realización de la AMPA en el Día Mundial de la Hipertensión Arterial en una farmacia comunitaria de la Región de Murcia

Zamora Portero, Salvador. *Farmacia comunitaria*. Plaza Zamora, Javier. *Farmacia comunitaria*. Zamora Navarro, Salvador. *Universidad de Murcia*.

Palabras clave: Paciente hipertenso, AMPA

Objetivo: Proporcionar al paciente hipertenso que realiza la AMPA los conocimientos y hábitos necesarios para llevar a cabo una medida correcta de la presión arterial. *Método:* Desde una farmacia comunitaria de la Región de Murcia, se ofrece formación a pacientes que demandan la toma de presión arterial, así como a aquellos pacientes que retiran medicación antihipertensiva. A estos pacientes se les educa para llevar a cabo una buena medida de la presión arterial, dando especial importancia al lugar de toma de la medida, el tiempo de reposo, el número de medidas que deben hacerse, el tiempo de reposo entre esas medidas, la forma correcta de colocar el manguito, etc. Además de educarlos en la toma de la presión arterial, se les tomaron medidas de peso, altura, IMC, perímetro abdominal, edad, sexo, si tomaban o no medicación para la tensión y si eran o no fumadores. *Resultados y discusión:* Durante la jornada pasaron 19 pacientes, de los cuales el 63% fueron mujeres y el 37% hombres. La edad media de estos pacientes fue de 56 años, y de ellos el 42% tomaban medicación antihipertensiva. Respecto al IMC y el perímetro abdominal, un 31,2% de los pacientes presentaban sobrepeso y un 31,2% presentaban obesidad, mientras que un 53% presentaban un perímetro abdominal de riesgo. La PAS media fue de 126 mmHg, y de 76 mmHg la PAD. Un 18% de los pacientes que no se encontraban bajo tratamiento farmacológico presentó valores de hipertensión leve, mientras que el resto de pacientes presentó unos valores de presión arterial adecuados. Por último, cabe destacar que un 21% de los pacientes eran fumadores. *Conclusiones:* Durante toda la jornada se formó a los pacientes en la realización de la AMPA y se les midió su presión arterial así como otros parámetros fisiológicos relevantes para esta patología. Los valores de presión arterial de los pacientes fueron adecuados, tanto en aquellos bajo tratamiento farmacológico como en los que no lo estaban. A todos nuestros pacientes fumadores (21%) se les aconsejó el abandono del hábito tabáquico mediante terapias de sustitución de nicotina y se les ofreció el servicio de cesación tabáquica, así como medicamentos de cesación tabáquica. El alto porcentaje de sobrepeso y obesidad de nuestros pacientes nos plantea la obligación de llevar a cabo futuras intervenciones en este campo.

Nº 34

¿Conoce el paciente polimedcado sus tratamientos farmacológicos?

Huerta Caballo, Ana. Molina Úbeda, Juan José. Molina Ortiz, Rebeca. Melo Ayala, Fernando. *Farmacia. Olivares de Júcar (Cuenca)*

Palabras clave: Polimedcados, tratamientos, pacientes

Objetivos: Valorar si los pacientes polimedcados que acuden a la oficina de farmacia conocen la posología y duración de sus tratamientos. Conocer si estos pacientes cumplen con la posología prescrita y lo hacen correctamente. *Método:* Estudio observacional transversal realizado en 10 oficinas

de farmacia de la provincia de Cuenca del 1 de abril al 30 de junio de 2013 entre pacientes o sus cuidadores que acuden a la farmacia a por sus tratamientos farmacológicos. Se incluyó a 153 pacientes (75 varones y 78 mujeres) menores de 65 años y 120 (63 varones y 57 mujeres) mayores de dicha edad, en tratamiento farmacológico por cualquier vía de administración. Todos los pacientes tomaban más de 4 fármacos de forma crónica. A dichos sujetos se les realizó una encuesta, recabando datos sobre: a) paciente (edad, sexo, si va el paciente o el cuidador...); b) tratamiento (tipo, vía de administración...); c) ¿cómo le indicó el médico que debía tomar los fármacos?; d) ¿cómo los toma realmente?; e) ¿es descuidado con la hora en que se debe tomar los medicamentos?; f) ¿se olvida de tomar alguna vez algún medicamento?; g) cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? **Resultados:** Según el estudio realizado hemos conocido que entre los pacientes menores de 65 años sólo un 35% conoce perfectamente la posología de su tratamiento y solamente el 20% afirma tomarlo correctamente. Entre los mayores de 65 años, el 28% conoce la posología de cada uno de sus fármacos y el 13% afirma tomarlos todos según tienen pautado. Más de la mitad de los tratamientos necesitaron asesoramiento farmacéutico. A mayor edad del paciente se observa un menor conocimiento del tratamiento, tanto de la posología como del cumplimiento de ésta. **Discusión:** Este trabajo nos indica que sólo un reducido porcentaje de los pacientes polimedificados afirma tomar la medicación de forma correcta. Resulta esencial explicar detalladamente a nuestros pacientes las características de los medicamentos que se les prescriben así como ayudarlos con un esquema sencillo de la posología. Muchos pacientes polimedificados toman su medicación según su criterio y no como lo tienen pautado. Debemos realizar un esfuerzo para mejorar el cumplimiento terapéutico de nuestros pacientes, así como simplificar la pauta terapéutica al máximo.

Nº 35

Programa de atención farmacéutica a pacientes hipertensos crónicos e insulinodependientes

Sacoto Aizaga, María del Carmen. CCA-IESS Cotacollao.

Palabras clave: Hipertensión, adherencia, costos

Objetivo general: Implementar el servicio de atención farmacéutica (SAF) en farmacias de consulta externa institucionales para pacientes hipertensos crónicos (PCH) e insulinodependientes (PID), seleccionados por servicio, aplicando criterios de búsqueda activa de casos (BAC). **Objetivos específicos:** 1) Aplicar BAC según sean: a) PCH con presión arterial no estable, pacientes de alto riesgo por la edad y uso de medicamentos de alta rotación, y b) PID con valores de glicemia superiores a los normales. 2) Conseguir estabilidad en valores de tensión arterial y glicemia, basándose en observaciones participativas del equipo involucrado. 3) Garantizar tratamientos farmacológicos efectivos y seguros; con administraciones cómodas, detectando oportunamente efectos indeseables, reacciones adversas al medicamento e interacciones medicamentosas. 4) Promover la adherencia de los pacientes al tratamiento, educándolos sobre éste y sobre el autocuidado de su salud, modificando sus estilos de vida. 5) Disminuir el costo de los tratamientos. 6) Lograr el apoyo de las autoridades para aplicar el SAF. **Metodología:** Efectuar el seguimiento del tratamiento medicamentoso para conseguir la adherencia de PCH a través de su derivación desde los especialistas a farmacia; apoyando su difusión con trípticos informativos y socializando el programa a PID para ampliar su alcance. **Resultados relevantes:** Tabulando la encuesta aplicada a una muestra de 200 PCH mayores de 65 años se determinó que, en promedio, el 92% de PCH conoce su medicamento; sin embargo, el 36% siempre necesita explicación adicional de cómo tomarlo, mientras que el 60% desconoce dónde acudir para averiguarlo, por lo que se refleja la necesidad en un 88% de aplicar el SAF, evitando errores en la entrega de medicamentos y mejorando la difusión del programa. **Conclusiones:** Existe aceptación del seguimiento farmacoterapéutico en PCH, quienes, concientizados sobre la adherencia al tratamiento, reconocen el beneficio obtenido; sin embargo, solicitan una mejor difusión del servicio ofrecido por el servicio de farmacia, incluyendo la capacitación sobre efectos secundarios del medicamento. En los PCH se ratifica que tienen un alto conocimiento del medicamento prescrito y el efecto que produce en su organismo. Transferir PCH desde el médico especialista al servicio de farmacia disminuyó el número de medicamentos que conforman el tratamiento, reduciendo su costo, traducándose en el uso racional del medicamento y un beneficio institucional. El apoyo brindado por médicos especialistas y la perseverancia del farmacéutico institucional, alineados con la metodología del proyecto, coadyuvan a su exitosa aplicación, reforzada durante 24 meses continuos. Actualmente trabajamos en ampliar la atención dirigida a PID, siendo el Centro de Atención Ambulatoria IESS Cotacollao la primera unidad de su categoría donde se está aplicando.

Nº 36

Descripción de un servicio de sobrepeso y obesidad en la farmacia comunitaria

Roig Sena, Juan Carlos. Sansaloni Mansanet, Ana María. Moraleja Obispo, Amparo. Daries Ortiz de Orruño, Patricia. Martínez Martínez, M. Isabel. Pérez-Ramos Hueso, Alfonso. Farmacia comunitaria.

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, farmacia comunitaria

Introducción y objetivo: En los últimos años la farmacia comunitaria española está evolucionando hacia una actividad sanitaria profesional orientada al paciente, distinta de la mera dispensación de medicamentos, constituyendo nuevos servicios profesionales farmacéuticos que cubran las necesidades que la población tiene en relación con el uso de medicamentos. Uno de estos servicios lo constituye el servicio profesional farmacéutico de atención al paciente con sobrepeso y obesidad, y requiere la especificación de unos objetivos, un protocolo de actuación, pacientes diana y recursos (materiales y humanos) que lo definan. El objetivo del trabajo es describir y caracterizar un servicio profesional farmacéutico de atención al paciente con sobrepeso y obesidad. **Método:** Se ha realizado un estudio mediante encuesta en 8 farmacias comunitarias de la provincia de Valencia durante los meses de marzo a junio de 2013, en el que se han estudiado las siguientes variables: modo de entrada en el servicio (dispensación, indicación, oferta), quién lo ofrecía (auxiliar o farmacéutico), quién lo solicitaba, zona de la farmacia utilizada y tiempo de permanencia. Se sigue el protocolo de actua-

ción y seguimiento del sobrepeso y la obesidad de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). Se elabora publicidad anunciando y ofreciendo el servicio y se coloca en un lugar visible de las oficinas de farmacia participantes. **Resultados:** En el 81,3% de los casos es el farmacéutico quien realiza directamente el servicio, y por derivación en el 18,8% de casos; de éstos, el auxiliar deriva en el 64,3% de casos. En el 38,5% de casos el paciente se incorpora al estudio por oferta, en el 26,9% de los casos lo realiza por dispensación de algún medicamento relacionado con el sobrepeso, en el 19,2% entra por indicación farmacéutica y en el 15,4% por parámetros biológicos. En la mayoría de casos es el propio paciente quien solicita el servicio (96,2%). La zona de la farmacia utilizada fue en el 65,5% una zona de atención personal, sobre todo en pacientes masculinos (71,4%), y en el 34,5% de casos el mostrador. El tiempo de permanencia tiene un rango máximo de 50 minutos y mínimo de 6 minutos, siendo la media de tiempo utilizado por el farmacéutico en la atención al paciente de 20 minutos. **Conclusiones:** El procedimiento desarrollado permite conocer las características del servicio profesional farmacéutico de atención al paciente con sobrepeso y obesidad y los factores que tener en cuenta para implantar este servicio en la oficina de farmacia.

Nº 37

Resultado de la implantación de un servicio de atención farmacéutica en sobrepeso y obesidad en la farmacia comunitaria

Pérez-Ramos Hueso, Alfonso. Daries Ortiz de Orruño, Patricia. Sansaloni Mansanet, Ana María. Vilanova Amat, Mar. Herrero Pérez, Yolanda. Martínez Martínez, M. Isabel. *Farmacia comunitaria.*

Palabras clave: Servicio sobrepeso y obesidad, farmacia comunitaria

Objetivos: Evaluar la variación de peso obtenida tras la implantación de un servicio de atención farmacéutica en sobrepeso y obesidad sobre pacientes atendidos en la farmacia comunitaria. **Método:** Se realiza un estudio observacional descriptivo en 8 farmacias, en pacientes atendidos durante los meses de marzo a junio de 2013 en la provincia de Valencia. Se incluyen en el estudio personas mayores de 18 años y con un límite de exclusión de 80 años. Asimismo se excluyen pacientes diabéticos y oncológicos. Se sigue el protocolo de actuación y seguimiento del sobrepeso y la obesidad de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria y los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Se elaboran unas fichas farmacológicas de las plantas medicinales más utilizadas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. La intervención consistió en información sobre alimentación saludable, adecuada actividad física e información sobre los riesgos del sobrepeso. Se entrega un díptico informativo. Se realiza una entrevista inicial cumplimentando la encuesta para obtener las variables sobre hábitos alimentarios y las medidas antropométricas, explicando el servicio. Tras el estudio de la medicación y los problemas de salud del paciente se procede a seleccionar el tratamiento (complementos alimenticios, fitoterapia u orlistat 60 mg). El seguimiento se realizaba citando al paciente cada 15 días un total de tres veces para obtener las variaciones de las medidas de peso; se refuerzan así los conocimientos de estilo de vida saludable y se ayuda a superar las dificultades surgidas. **Resultados:** De la muestra, constituida por 40 pacientes (21 hombres y 19 mujeres), se obtienen los siguientes resultados: el 10% de la muestra presenta normopeso, el 35% tiene sobrepeso y el 55% obesidad; de estos últimos, el 5% presenta obesidad mórbida. Tras la intervención del farmacéutico se obtuvo una pérdida de peso en el 93,55% de los pacientes, de los cuales el 22,6% pierden más de 4 kg, un 9,7% entre 3,1 y 4 kg, el 16,1% entre 2,1 y 3 kg, un 25,8% de 1,1 a 2 kg y el 19% entre 0 y 1 kg; en un 6,45% se produce ganancia de peso. **Conclusiones:** Como resultado de la implantación de un servicio de AF en sobrepeso y obesidad, el 93,55% de los pacientes atendidos han perdido peso. A la vista de los resultados se demuestra el papel que desempeña el farmacéutico comunitario en pacientes con sobrepeso/obesidad, al contribuir a su control, seguimiento y tratamiento.

Nº 38

Valoración del índice cintura-cadera en pacientes que son atendidos en la farmacia comunitaria

Moraleja Obispo, Amparo. Martínez Martínez, M. Isabel. Pérez-Ramos Hueso, Alfonso. Herrero Pérez, Yolanda. Vilanova Amat, Mar. Roig Sena, Juan Carlos. *Farmacia comunitaria.*

Palabras clave: Índice cintura-cadera, farmacia comunitaria

Introducción y objetivo: Desde el punto de vista antropométrico, el índice cintura-cadera (ICC) nos indica la diferenciación de dos tipos de acumulación adiposa: distribución anterior (obesidad central, abdominovisceral o androide) o inferior (obesidad periférica o gineoide). Si la obesidad es abdominovisceral es un indicador que se asocia como un riesgo cardiovascular más a tener en cuenta (junto con la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, la condición de fumador y la edad). Teniendo en cuenta que según la OMS los valores normales del índice cintura-cadera son 0,80 en la mujer y 1 en el hombre, valores superiores indicarían un aumento del riesgo de sufrir un accidente cardiovascular. El objetivo del trabajo es la detección de la obesidad abdominovisceral, midiendo la circunferencia de la cintura y de la cadera y calculando el ICC a pacientes atendidos en la oficina de farmacia, con el fin de adoptar medidas correctoras, tanto dietéticas como de ejercicio físico basadas en cambios en el estilo de vida. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo observacional en 8 oficinas de farmacia de la provincia de Valencia, durante los meses de marzo a junio de 2013. Las variables del estudio son obtenidas mediante una encuesta y por medición directa. Una vez detectado si existe o no este factor de riesgo en los pacientes obesos atendidos, se les interviene mediante recomendaciones sobre hábitos saludables y de actividad física en un programa de educación nutricional basado en la pirámide de los alimentos de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. **Resultados:** La muestra obtenida fue de 37 pacientes, 19 (51%) mujeres y 18 (49%) hombres, de entre 18 y 80 años. El cálculo del ICC se obtuvo mediante división de la circunferencia de la cintura y de la cadera, obteniendo los siguientes resultados: 16 hombres y 17 mujeres presentaron sobrepeso/obesidad, que representa el 87% de la muestra (39% presentan sobrepeso y 48% obesidad). Analizando los parámetros antropométricos del ICC observamos que el 45% de los hombres presentan

un índice mayor de 1 y el 55% de las mujeres mayor de 0,80. *Discusión/conclusión:* A la vista de los resultados podemos concluir que hay una elevada obesidad abdominovisceral en la muestra, según las medidas antropométricas del ICC. En estos casos conviene destacar el papel que desempeña el farmacéutico comunitario en la detección de este factor de riesgo (el 87% de la muestra presenta un grado de sobrepeso/obesidad) así como en la reeducación nutricional para mejorar estos parámetros.

Nº 39

Dispensación de paracetamol en la farmacia comunitaria

Vitoria Mulet, Gema. *Farmacia*. Linares Carsi, María. *Farmacia*. Román Llamosi, Beatriz. *Farmacia*. Martínez Román, Beatriz. *Farmacia*. Ruiz Leal, María José. *Universidad*.

Palabras clave: Dispensación, paracetamol

Entre los principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2010, el paracetamol ocupa la segunda posición, con más de 34 millones de envases, pues supone un 3,65% del total. A este consumo elevado se debe añadir el consumo de medicamentos OTC que contienen paracetamol, sobre todo en el periodo invernal. Para la dispensación de este medicamento hay que tener muy presente los efectos adversos que puede presentar. Se sabe que en el Reino Unido entre un 60 y un 65% de las insuficiencias hepáticas agudas son debidas al paracetamol. El objeto de este trabajo era diseñar un protocolo de dispensación para demanda de paracetamol sin receta que fuera fácil de integrar en la rutina de trabajo, y registrar los resultados. Se prepara una lista de medicamentos que contengan más de 500 mg de paracetamol y se habilitan campos de registro para el resultado. Se lleva a cabo en tres farmacias comunitarias de la provincia de Valencia. Se sigue una modificación del protocolo del Foro, donde se pregunta si ya toman algún medicamento que contenga paracetamol, y se advierte en todos los casos la dosis máxima diaria. Se registran las realizadas entre el 14/01/2013 y el 13/04/2013. Los resultados son: se dispensan un total de 728 unidades de medicamentos que contienen más de 500 mg de paracetamol sin receta. De éstos, el 63% corresponden a analgésicos y el 37% a antigripales. El 30% de los medicamentos demandados contienen 1 g de paracetamol por unidad. Del total de dispensaciones se registran 397, siendo la distribución por edades el 28% a mayores de 65 años y el 72% a menores de 65. Los resultados de la intervención son: al 82% de los mayores de 65 años no se les dispensa, mientras que al 18% restante se le dispensa con consejos. En los menores de 65 años, se dispensa con consejos al 74% y al resto no se le dispensa. El motivo de la no dispensación fue en todos los casos por tomar otro medicamento con paracetamol. A los mayores de 65 años no se les ofreció otro medicamento como alternativa, y a los menores de 65 con síntomas gripales se les ofreció otra alternativa terapéutica sin paracetamol.

Nº 40

Estudio sobre la influencia de la farmacia comunitaria bizkaína en la mejora de la adhesión al tratamiento con vareniclina

Uriarte García-Borreguero, Juan. *Oficina de farmacia*. Díez García, María Antonia. *Oficina de farmacia*. Castiella Lecuona, Elena. *Oficina de farmacia*. Seisdedos García, Nerea. *COFBI*. Apellaniz González, Alfonso. *UPV*. Villate Navarro, Jose. *Hospital de Cruces*.

Palabras clave: Estudio, comunitaria, adhesión

Introducción: Desde el año 2008, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI) ha desarrollado un fuerte interés por colaborar de forma más activa en estudios desarrollados desde la oficina de farmacia. Producto de este interés son las colaboraciones en los programas de farmacovigilancia y la participación en estudios postautorización de medicamentos. La principal causa evitable de muerte prematura es el tabaquismo, siendo la mortalidad atribuible al tabaco del 13% en Euskadi, con una prevalencia de fumadores del 25%. La accesibilidad de la farmacia y del farmacéutico es fundamental para la prevención, el tratamiento del tabaquismo y la adherencia al tratamiento. En los ensayos clínicos publicados, vareniclina ha mostrado ser superior a placebo y bupropión en las tasas de abandono tabáquico a corto plazo (12 semanas). Los datos de abstinencia continua a las 52 semanas son sólo moderadamente mejores, lo que sugiere que posiblemente la adherencia al tratamiento pueda afectar a la abstinencia continua, ya que la experiencia desde la oficina de farmacia indica que la baja adhesión al tratamiento y el incumplimiento terapéutico favorecen que el paciente recaiga en el hábito tabáquico y rompa la abstinencia de forma prematura. *Objetivos: Principales:* Potenciar el abandono del hábito tabáquico. Determinar cuál es el grado de cumplimiento real del tratamiento. Mejorar la información del paciente sobre el correcto uso de estos medicamentos. Señalar cuáles son las causas del abandono del tratamiento y si éstas están relacionadas con las reacciones adversas o con la modificación de la calidad de vida. *Operativos:* Desarrollo e implantación de estudios postautorización desde la oficina de farmacia a largo plazo, dotando a los farmacéuticos comunitarios de un perfil investigador y enriqueciendo con un valor añadido como es la investigación. *Métodos:* Estudio en 7 oficinas de farmacia de Bizkaia, con la realización de tres entrevistas sobre la adhesión y las causas de incumplimiento a los pacientes tratados con vareniclina, en las cuales se realizarán una serie de encuestas (al reclutar al paciente, al cabo de un mes y pasados 4 meses, con la posibilidad de hacer una última entrevista al cabo de un año): a) prueba de dependencia mediante test de Fagerström (TF); b) test de Henri Mondor o de autoevaluación; c) cuestionario «Uriarte». Los farmacéuticos que participan en el estudio cuentan con formación y herramientas específicas de trabajo.

Nº 41

Valoración del seguimiento de la dieta mediterránea (DM) en pacientes de farmacia comunitaria

Vilanova Amat, Mar. Herrero Pérez, Yolanda. Martínez Martínez, M. Isabel. Roig Sena, Juan Carlos. Sansaloni Mansanet, Ana María. Moraleja Obispo, Amparo. *Farmacia comunitaria.*

Palabras clave: Dieta mediterránea, farmacia comunitaria

Objetivos: Conocer los hábitos alimentarios de los pacientes y detectar aquellos que presentan sobrepeso u obesidad. Informar al paciente con sobrepeso u obesidad de las bondades de la DM. Realizar educación nutricional. Mejorar hábitos alimentarios y estilo de vida. **Métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo observacional mediante una encuesta elaborada *ad hoc* a través de la cual se conocen las características de la dieta seguida por los pacientes antes de la intervención (número de ingestas, lugar donde se realizan) y el tipo de actividad física que realizan. Se lleva a cabo la medición de parámetros antropométricos para detectar los pacientes con sobrepeso u obesidad. La intervención se realiza durante los meses de marzo a junio de 2013 en 8 oficinas de farmacia de la provincia de Valencia, seleccionando una muestra de pacientes de edades comprendidas entre los 18 y los 80 años. A los pacientes con sobrepeso y obesidad se les informa sobre las recomendaciones básicas de la DM, es decir, tomando como base la pirámide de los alimentos de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria e informando del beneficio para su salud de la práctica de ejercicio físico. **Resultados:** La muestra consta de 40 pacientes (21 hombres y 19 mujeres). Respecto a la actividad física, es ligera en un 42%, moderada en un 18%, intensa en el 8% de los pacientes y sedentaria en el 32% de los casos. De los pacientes encuestados, el 47% come diariamente en casa, el 33% en el restaurante y el 20% en su puesto de trabajo/estudio. El 66% de los pacientes cree que su alimentación es saludable, frente a un 34% que cree que no lo es. El 44% realiza cinco comidas al día, desayuno (91%), almuerzo (44%), comida (91%), merienda (44%), cena (100%) y resopón (19%). Se produce pérdida de peso en el 80% de los pacientes: 32,5% de 1 kg, 35% de 2 kg, 7,5% de 3 kg y 5% de 4 kg. **Conclusiones:** Tras identificar los hábitos alimentarios, las incorrecciones o los déficits en la alimentación de cada caso, la intervención nutricional del farmacéutico comunitario dirigida a pacientes con sobrepeso u obesidad ha facilitado que se pudiesen corregir los hábitos dietéticos no saludables, adaptándolos a los característicos de la DM, e informando al mismo tiempo de que la pérdida de peso debe ir acompañada de medidas dietéticas siguiendo la pirámide de la dieta mediterránea y una actividad física adecuada. Tras la intervención del farmacéutico se produce pérdida de peso en el 80% de los pacientes.

Nº 42

Adaptación de un protocolo de sistemas personalizados de dosificación para mejorar la dispensación

Valles Martín, Elena. *Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca.* Martínez Royo, Carmen. *Farmacia comunitaria. Salamanca.* Mangas Rodríguez, Raquel. *Farmacia comunitaria. Burgos.* Martín Suárez, Ana. *Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca.*

Palabras clave: Polimedicados, sistema personalizado de dosificación, dispensación

Objetivos: Previo a la implantación en la oficina de farmacia de un sistema personalizado de dosificación (SPD) para pacientes polimedicados, se ha planteado diseñar un protocolo para mejorar el proceso de dispensación y facilitar la detección de PRM en estos pacientes. En segundo lugar, se ha planteado ensayar el procedimiento de trabajo en un grupo reducido de pacientes. **Método:** Se protocolizó el proceso de dispensación en pacientes polimedicados siguiendo la metodología de Foro. Se diseñó una hoja de registro donde consta la medicación que toma el paciente (prescrita y no prescrita), el grado de conocimiento y de adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green), los PRM detectados y la necesidad de derivación al médico o a seguimiento farmacoterapéutico. Se llevó a cabo la implantación del proceso de reacondicionamiento de medicamentos en sistemas personalizados de dosificación siguiendo el protocolo del COF de Salamanca (adaptado del COF de Huelva). **Resultados y discusión:** Se ha complementado el protocolo establecido para los SPD con una hoja de registro de la dispensación. Se ha llevado a cabo la implantación del procedimiento, ensayándolo en un grupo piloto. Grupo piloto: se ofertó el servicio a pacientes que utilizaban 4 o más medicamentos. Aceptaron participar voluntariamente en el estudio 15 pacientes. Se realizó una entrevista inicial siguiendo el protocolo de dispensación diseñado. Una vez revisada la medicación, se llevó a cabo la preparación de los SPD para el periodo de un mes. Se realizó una verificación final y se entregó la medicación al paciente. Todos los pacientes eran mayores de 65 años y tomaban entre 4 y 12 medicamentos. El PRM más frecuentemente detectado fue la administración errónea del medicamento (67%), seguida de la duplicidad (47%). En todos los casos de administración errónea se consideró recomendable la derivación a seguimiento farmacoterapéutico, y en los de duplicidad la derivación al médico. En visitas posteriores se podrá ver si se consigue mejorar la adherencia y si se han corregido los PRM detectados. **Conclusiones:** La complementación del procedimiento de SPD con un protocolo de dispensación facilita la detección de PRM y de pacientes que precisan derivación. Todo ello, junto con el esperado aumento de la adherencia, puede contribuir a mejorar el servicio de atención farmacéutica en pacientes polimedicados.

Nº 43

Grado de conocimiento del adecuado uso de las estatinas

Pérez Hoyos, Elena. *Farmacia Elena Pérez Hoyos.* Naharro Ponce, José Vicenta. *Farmacia.* Garre Rodríguez, Francisco J. *Farmacia.*

Palabras clave: Correcta, administración, estatinas

Introducción: Aproximadamente entre un 20 y un 25% de la población española tiene algún tipo de dislipemia y muchas de ellas son tratadas con inhibidores de la hidroximetilglutaril-CoA reductasa (estatinas). Es importante que los pacientes conozcan bien la correcta administración de estos fár-

macos (posología, dosis, interacciones...) para no disminuir su efectividad o no aumentar sus efectos secundarios. *Objetivo:* Detectar posibles problemas relacionados con el medicamento (PRM) para garantizar, tras una evaluación personal, que los pacientes utilizan las estatinas de forma adecuada según sus requerimientos individuales. *Método:* Se han realizado un total de 105 cuestionarios en diferentes oficinas de farmacia comunitarias de la provincia de Cuenca, sobre la forma de administración del fármaco, dando como resultado un estudio transversal, descriptivo y observacional. *Resultados:* Estatina prescrita: simvastatina 49%; atorvastatina 22%; fluvastatina 8%; pravastatina 8%; rosuvastatina 8%; lovastatina 3%; pitavastatina 2%. Conocimiento de la indicación terapéutica: 73% sí; 27% no. Analítica ante un cambio de dosis o de estatina: 49% sí; 32% no; 19% a veces. Horario de administración: 21% por la mañana; 3% al mediodía; 76% por la noche. Alimentos enriquecidos en fitosteroles: 18% sí; 82% no. Se informa al médico del uso de estos alimentos: 8% sí; 92% no. *Conclusiones:* Nos encontramos: a) pacientes que no tienen una información suficiente para usar correctamente este medicamento, ya que no saben para qué lo están tomando; b) pacientes a los que se les ha cambiado la medicación en dosis o tipo de estatina y no se les ha realizado los análisis necesarios para controlar la función hepática, ya que en estos casos el medicamento puede no estar siendo seguro; c) pacientes que consumen alimentos enriquecidos en fitosteroles y no han informado a su médico para que les ajuste la dosis de estatinas si fuera necesario; d) hora de administración del fármaco correcta en la mayoría de los encuestados pero, independientemente del tipo de estatina, no tienen muy claro si deben tomarla con o sin alimentos. Como farmacéuticos comunitarios, debemos informar del uso correcto de este tipo de medicamentos, su indicación terapéutica y la necesidad de un control en la función hepática ante un cambio de estatina o de dosis, y también del uso con precaución de los alimentos enriquecidos con fitosteroles debido a las posibles interacciones que puedan producirse, dando lugar a resultados negativos asociados a la medicación.

Nº 44

Calidad de vida en personas con problemas dermatológicos

Naharro Ponce, José Vicenta. *Farmacia.* Pérez Hoyos, Elena. *Farmacia Elena Pérez Hoyos.* Garre Rodríguez, Francisco J. *Farmacia.*

Palabras clave: Mejorar, calidad, vida

Objetivos: Las enfermedades de la piel son frecuentes y algunas de ellas forman parte de las consultas habituales en la oficina de farmacia. Padecer cualquier afectación dermatológica supone un factor limitante de la calidad de vida para quien la sufre, ya que los síntomas que aparecen en estas patologías pueden ocasionar cambios de humor, irritabilidad, depresión, etc. El objetivo de este trabajo es observar cómo se distribuyen las diferentes afecciones dermatológicas en la población, valorar cuántos afectados utilizan productos dermatológicos y quién se los ha recomendado, y cómo afecta la enfermedad a su calidad de vida. *Métodos:* Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en oficinas de farmacia comunitarias localizadas en la provincia de Cuenca. Los datos se obtienen como resultado de la elaboración de 61 encuestas a los usuarios afectados por psoriasis, vitíligo, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, queratosis actínica, dermatitis de contacto y dermatitis atópica. *Resultados:* El 40% de los encuestados padecían dermatitis atópica, el 25% dermatitis seborreica, el 15% dermatitis de contacto, el 10% psoriasis, el 5% queratosis actínica y el 5% vitíligo. El 74% de los encuestados mostraban picor, el 37% presentaban enrojecimiento e inflamación en la piel y el 11%, escozor. El 70% de los encuestados tiene diagnosticada la enfermedad desde hace más de un año, el 15% desde hace 6 meses-1 año y el otro 15% desde hace menos de 6 meses. El 80% de los encuestados utiliza algún producto dermatológico y, de éstos, a un 53% se lo ha recomendado el médico y al 47% restante, el farmacéutico. Por último, al 55% de los encuestados les supone un factor limitante para desarrollar su vida normal el hecho de padecer esta afección dermatológica. De éstos, el 55% declara que se ha visto afectada la relación psicosocial en el ámbito laboral. *Conclusiones:* El mayor porcentaje de pacientes que acuden a la oficina de farmacia con problemas dermatológicos padece dermatitis atópica, es decir, es la afectación dermatológica con mayor prevalencia entre la población encuestada. El síntoma predominante en estos afectados es el picor, y aquí el farmacéutico tiene el papel de educador sanitario informando sobre las medidas higiénico-sanitarias más adecuadas para eliminar y prevenir estos síntomas. Un alto porcentaje de los encuestados declaran estar o haber estado afectados en las relaciones psicosociales, ya que pueden afectar a un órgano visible. Por último decir que la recomendación del producto dermatológico por parte del farmacéutico tiene un peso importante dentro de todos los encuestados, y es ahí donde podemos fomentar la educación sanitaria para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Nº 45

Pautas de actuación desde la oficina de farmacia frente a trastornos digestivos infantiles comunes

Calleja, I. González, ML. Irigoyen, M. Zarrarkin, I. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.*

Palabras clave: Pautas de actuación, farmacia comunitaria, cólicos, estreñimiento, diarreas, regurgitación infantil

Objetivos: Facilitar a profesionales farmacéuticos unas pautas de actuación frente a diversos trastornos digestivos infantiles comunes. *Métodos:* Partiendo de varias consultas realizadas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI) se organizó un curso sobre trastornos alimentarios infantiles. A partir de la revisión bibliográfica realizada para la preparación del curso, se trabajó sobre una serie de pautas de actuación ante dichos trastornos dirigidas al profesional sanitario. *Resultados:* Se pone a disposición de los profesionales farmacéuticos unas pautas para su publicación en la web del COFBI. Los trastornos tratados, sus particularidades y tratamientos son: a) cólicos: es el episodio de llanto intensivo y vigoroso al menos 3 horas al día, tres días a la semana y durante al menos tres semanas, siendo más frecuentes por la tarde o noche; su etiología es multifactorial y desconocida, con causas gastrointestinales, psicológicas o alérgicas; existen varios tratamientos que incluyen infusiones, leches especiales y, si los síntomas persisten, anticolinérgicos; b) estreñimiento: es un trastorno muy frecuente en lactantes y niños de corta edad, aunque rara vez es consecuencia

de una patología; casi siempre es debido a cambios o hábitos alimentarios no adecuados que se pueden corregir con ligeras modificaciones en el estilo de vida; c) diarrea: es un síntoma de alguna alteración fisiológica del intestino; es primordial su prevención mediante refuerzo de la higiene ambiental en el medio familiar y/o el procedimiento de vacunación; el principal objetivo de su tratamiento es la corrección de la deshidratación y la posterior recuperación nutricional; d) regurgitación: es el paso retrógrado del contenido gástrico al esófago; el tratamiento se basa en el apoyo familiar, la manipulación dietética con espesamiento de las leches que satisfagan las necesidades nutritivas, y pautas posturales como poner al bebé en decúbito lateral izquierdo. *Conclusiones:* Las principales conclusiones obtenidas son: 1) Estos trastornos, aunque leves, son muy comunes y se pueden minimizar con una adecuada prevención. 2) En la oficina de farmacia resulta muy práctico disponer de unas pautas de actuación al respecto. 3) En caso de persistencia de los síntomas debemos recomendar derivar al médico para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Nº 46

Pautas de actuación desde la oficina de farmacia frente a intolerancias alimentarias y alergia a la proteína de leche de vaca en niños

Goyenechea, I. Krutxaga, I. Viar, T. Zabala, T. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.

Palabras clave: Pautas de actuación, farmacia comunitaria, enfermedad celíaca, intolerancia a la lactosa, alergia a la proteína de la leche

Objetivos: Poner a disposición de los profesionales farmacéuticos consejos frente a algunos de los trastornos alimentarios infantiles más comunes. *Métodos:* A través de una revisión bibliográfica y la realización de un curso sobre el tema en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, se decidió reunir en un documento una serie de pautas de actuación que sirvieran como herramienta de consulta frente a intolerancias alimentarias y alergia a la proteína de la leche de vaca en niños. *Resultados:* Se han elaborado unas pautas para su publicación en la web del COFBI, a disposición de los farmacéuticos colegiados. Las características y el tratamiento de los trastornos tratados son: a) enfermedad celíaca (EC): es una intolerancia a las proteínas del gluten; se presenta en individuos genéticamente predispuestos y cursa con una enteropatía grave de la mucosa del intestino delgado superior que conlleva una malabsorción de nutrientes; el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia intestinal; el tratamiento consiste en llevar una dieta exenta de gluten durante toda la vida; b) intolerancia a la lactosa: el intestino delgado no produce suficiente enzima lactasa para digerir la lactosa que se ingiere; cursa con flatulencia, dolor abdominal, distensión y diarreas ácidas; el tratamiento debe ser individualizado y la dieta sin lactosa debe durar el menor tiempo posible; c) alergia a la proteína de leche de vaca: se presenta si se comprueba que tras la ingestión de lácteos se manifiesta una respuesta anormal mediada por un mecanismo inmunológico; en individuos genéticamente predispuestos y con lactancia materna se recomendará a la madre una dieta exenta de proteínas de leche de vaca, y en la lactancia artificial se recurrirá a fórmulas adaptadas; generalmente no se trata de un trastorno permanente. *Conclusiones:* 1) Disponer de unas pautas de actuación definidas resulta de gran utilidad para la farmacia. 2) La mejor forma de minimizar los efectos adversos que se producen cuando se sufren estos trastornos es evitar el agente causante en los alimentos, aunque no siempre es posible. 3) La comprobación de la tolerancia a los agentes causantes de estos trastornos debe hacerse introduciendo gradual y progresivamente los alimentos que los contienen. 4) En la intolerancia a la lactosa existen distintos grados, por lo que habría que valorar cada caso individualmente. 5) La alergia a la proteína de la leche de la vaca suele desaparecer con el tiempo. 6) En el caso de la celiaquía, por el contrario, la intolerancia al gluten es permanente.

B. Trabajos de atención farmacéutica promovidos desde la farmacia hospitalaria

Nº 47

Sistematización de la comunicación interna en el Servicio de Farmacia de la Clínica Roca

Mirchandani Jagwani, Jenny Narain. Vega Medina, Gilberto. Robayna, Inodielvia. Fleitas Sánchez, Sandra. Marín Rodríguez, Edmundo.

González Aguiar, Leticia. Hospiten Clínica Roca.

Palabras clave: Comunicación, información, personal

Introducción: La comunicación interna (CI) es una herramienta estratégica clave para motivar al equipo humano, aumentar su eficacia, retener a los mejores y potenciar el sentido de pertenencia del personal a la organización. Los directivos juegan un papel fundamental en el establecimiento de un ambiente comunicativo que propicie un clima laboral agradable y permita generar y poner en marcha los cambios que se requieren para responder con eficacia a las exigencias actuales y futuras. *Objetivo:* Sistematizar el proceso de comunicación interna dentro del servicio de farmacia. *Material y métodos:* La realización en mayo de 2013 del primer proceso de autoevaluación siguiendo el modelo EFQM en nuestro servicio de farmacia (SF) puso de manifiesto la necesidad de abordar, como área de mejora prioritaria, la sistematización del proceso de CI dentro del servicio. Para ello, se decidió desarrollar un plan de comunicación interna (PCI) como herramienta para sistematizar y estructurar la CI. El PCI se despliega a todos los trabajadores del servicio y en él se clasifican mensajes a comunicar y sus destinatarios, se definen los canales de comunicación más idóneos para cada tipo de mensaje y los recursos necesarios para su realización, y, por último, se establecen indicadores para la evaluación de la eficacia del PCI. *Resultados:* Los mensajes se clasifican en 4 categorías en función de su importancia y del número de personas afectadas: generales (a todo el personal), formación (estratificados según la categoría profesional), información administrativa (a todo el personal) e información social (a todo el personal). Se definen dos tipos de comunicaciones: formal e informal. Para cada canal de comunicación se ha establecido su función, el mecanismo de comunica-

ción y la frecuencia de ésta. La evaluación de la eficacia del PCI se mide mediante los resultados del clima laboral y las sugerencias recibidas. *Conclusiones:* La sistematización del proceso de CI es crítica para conseguir una mayor motivación del personal, y para ello una buena herramienta es la elaboración de un PCI para el servicio. La evaluación periódica de dicho plan de comunicación será una importante vía de entrada para la revisión del plan estratégico del servicio.

Nº 48

Variabilidad en el registro de alergias por profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel

Caro Teller, José Manuel. Jiménez Cerezo, María Jesús. Escribano Valenciano, Irene. Ferrari Piquero, José Miguel. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Palabras clave: Registro, alergias, profesional sanitario

Objetivos: Comparar el grado de concordancia del número del registro de alergias en las distintas aplicaciones informáticas disponibles para cada profesional sanitario (médicos, personal de enfermería y farmacéuticos). *Método:* Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de 3 meses de duración en el que participaron todas las unidades clínicas con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias (SDMDU). Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados con al menos una alergia registrada en cualquiera de las aplicaciones informáticas disponibles para ello. La recogida de datos se realizó a través de tablas de Excel en las que se descargaba la información de los tres programas informáticos utilizados por los distintos profesionales sanitarios: a) GACELA® recoge las alergias registradas por enfermería; b) FarmaTools® recoge las alergias registradas por parte de los farmacéuticos; c) HCIS® recoge las alergias registradas por los médicos. Se categorizaron 3 grados de concordancia de acuerdo con las combinaciones posibles para el registro de las alergias. El grado 1 suponía que la alergia fue registrada en una sola aplicación, el grado 2 que una misma alergia fue registrada en 2 aplicaciones, y el grado de concordancia 3 que la misma alergia fue registrada por los 3 profesionales sanitarios, lo que correspondería a la situación idónea. *Resultados:* Se incluyeron 767 pacientes en los que se registró un total de 1.257 alergias. La mediana de edad fue de 59 años y el 60,76% eran mujeres. El 70,09% de las alergias registradas fueron farmacológicas y el 29,91%, no farmacológicas. El registro de alergias únicamente a través de la aplicación de enfermería fue el más frecuente (36,67%). Las alergias registradas con un grado de concordancia 3 fueron solamente el 7,88% del total. Haciendo distinción en el tipo de alergia, solamente el 0,80% de las alergias no farmacológicas fueron registradas simultáneamente por los tres profesionales sanitarios. El personal médico que contribuyó al registro del 59,29% de las alergias farmacológicas solamente registró el 10,65% de las no farmacológicas. *Conclusiones:* Existe una gran variabilidad en el registro de alergias por parte del personal sanitario y escasa concordancia en las registradas por cada tipo de profesionales. El personal médico únicamente registra una décima parte de las alergias no farmacológicas. Sería aconsejable el uso de un registro integrado de alergias al que tuvieran acceso todos los profesionales sanitarios implicados, ya que de este modo se podría complementar la información aportada por el resto.

Nº 49

Impacto del índice de Charlson en la prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación detectados en un servicio de urgencias

Merino Alonso, Javier. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.* **Núñez Díaz, S.** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.* **Rubio Armendáriz, C.** *Universidad de La Laguna (Tenerife).* **Martín Conde, JA.** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.* **Suárez García, M.** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.* **Tear Alfonso, E.** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Palabras clave: Servicio de Urgencias, morbilidad, cronicidad

Introducción: Para valorar la comorbilidad existen diferentes escalas, entre ellas el índice de Charlson, diseñado para predecir la mortalidad a largo plazo (1 año) en función de las patologías crónicas asociadas y que se ha utilizado en algunos estudios asociados al consumo de medicamentos. *Objetivo:* Evaluar el efecto de la presencia de patologías crónicas, analizando el índice de Charlson y su efecto en la prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), en un servicio de urgencias (SU). *Material y método:* En una muestra de 2.544 pacientes que acudieron al servicio de urgencias a lo largo de un año, se estimó el índice de Charlson. Éste se calcula mediante la suma de las puntuaciones asignadas a cada una de las enfermedades de base consideradas en el índice y que presenta cada paciente. Además, por cada década de edad después de los 40 años se suma un punto. Para obtener los datos necesarios se realizó una entrevista al paciente y se consultó su historia clínica. También se identificó la presencia de RNM. *Resultados:* La mediana del índice de Charlson fue 1 (P_{25} - P_{75} = 0-3). El 37,6% de los pacientes presentaban factores de comorbilidad según dicha escala. Los valores de este índice aumentaron con la edad (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,0001$), particularmente en pacientes mayores de 65 años. La presencia de RNM se asoció a un mayor índice de Charlson ($p<0,0001$; prueba de la U de Mann-Whitney). También se presentó un mayor índice de Charlson en las dimensiones de necesidad, efectividad y seguridad de los RNM respecto a los no RNM (estadístico U de Mann-Whitney, $p=0,001$). Al analizar los RNM según el tipo, se obtuvieron los valores más altos del índice en los RNM de seguridad no cuantitativa y seguridad cuantitativa. También un mayor nivel de gravedad del problema de salud por el que el paciente acudió al SU se asoció a un mayor índice de Charlson. *Conclusiones:* El índice de Charlson es una variable para medir la comorbilidad por patologías crónicas que puede resultar útil para predecir pacientes con mayor riesgo de RNM. Incorporar este índice al desarrollo de la atención farmacéutica supone una ayuda en la selección y clasificación de los pacientes.

Nº 50

Evaluación del tratamiento crónico en la prevalencia de resultados negativos asociados a la medicación en un servicio de urgencias

Merino Alonso, Javier. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. **Plasencia García, I.** Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. **Díaz Ruiz, P.** Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. **Rubio Armendáriz, C.** Universidad de La Laguna (Tenerife). **Núñez Díaz, S.** Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. **Martín Conde, JA.** Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Palabras clave: Servicio de Urgencias, morbilidad cronicidad

Objetivo: Evaluar si los tratamientos crónicos que están recibiendo los pacientes que acuden al servicio de urgencias (SU) de un hospital de tercer nivel interfieren en la prevalencia de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados. **Material y método:** Sobre una muestra de 801 pacientes que acudieron al SU en un periodo de 5 meses, 319 (39,8%) no recibían ningún tratamiento con medicamentos, mientras que 482 (69,2%) recibían al menos un medicamento. Se realizó una entrevista con un cuestionario estructurado para obtener datos que permitieran evaluar la presencia de RNM. También se consultó la historia clínica del paciente para obtener toda la información necesaria para el estudio. **Resultados:** El 21% de los pacientes presentaba una edad ≥ 65 años, con una media de 44 años ($P_{25}-P_{75} = 27-60$), siendo el 51,1% mujeres. Tomaban una media de 2 medicamentos ($P_{25}-P_{75} = 0-3$). El 24,7% de las prescripciones correspondieron a medicamentos del grupo terapéutico N (sistema nervioso), el 20,6% al grupo terapéutico C (sistema cardiovascular) y el 18,2% al A (tracto alimentario y metabolismo). Se evaluó el efecto del tiempo desde que el paciente inició el tratamiento sobre la prevalencia de RNM en estos pacientes. El estadístico exacto de Fisher mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) cuando la duración de los tratamientos que recibía el paciente fue larga (meses o años), frente a periodos más cortos (días y semanas) y la presencia de RNM. Se presenta mayor riesgo de RNM en aquellos tratamientos que lleva recibiendo el paciente desde hace poco tiempo (días, semanas). En todas las comparaciones de la prevalencia de RNM resultó estadísticamente significativa, excepto en la comparación de días frente a tratamientos con una duración de semanas. **Conclusiones:** Estos datos inducen a pensar que si bien las enfermedades crónicas se pueden asociar a la mayor prevalencia de RNM, ésta puede estar relacionada con nuevos medicamentos que reciben estos pacientes, bien por sustituciones o adiciones de nuevos medicamentos al tratamiento habitual o por nuevos procesos patológicos que requieren tratamiento. La atención farmacéutica debe extremarse en pacientes en tratamiento crónico que incorporen nuevos medicamentos por otros problemas de salud.

Nº 51

Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con VIH/sida ambulatorios en tres instituciones de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia

Alviz Amador, Antistio Aníbal. Universidad de Cartagena. **Campo, T.** Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Cartagena. **Gutiérrez, G.** Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Cartagena. **Vanegas, D.** Facultad de Ciencias Farmacéuticas. Universidad de Cartagena.

Palabras clave: VIH, sida, CD4, adherencia

Introducción: Alrededor del mundo aproximadamente 34 millones de personas tienen VIH/sida. Esta patología ha generado acciones en la salud para reducir los nuevos casos, así como para garantizar el tratamiento antirretroviral¹. La atención farmacéutica como área disciplinar es fundamental para lograr objetivos terapéuticos y económicos. **Objetivos:** Conocer el estado inmunoviroológico de los pacientes. Correlacionar la adherencia farmacoterapéutica y la carga viral. Determinar posibles PRM más frecuentes. **Métodos:** Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, observacional y multifocal. Se seleccionaron 172 pacientes ambulatorios en 3 centros asistenciales de Cartagena. Los datos necesarios para realizar este estudio fueron producto de revisión de historias clínicas, reportes de entrega de medicamentos. Se determinaron potenciales PRM. Los valores de adherencia se obtuvieron mediante el SMAQ y el registro de dispensación de cada centro². **Resultados:** En la tabla 1 se observa el estado inmunoviroológico de los pacientes. La relación adherencia y carga viral se presenta en la tabla 2, donde se aprecia que el porcentaje más alto de pacientes con carga viral indetectable fue adherente, según el SMAQ (35,56%). De igual forma, el porcentaje más alto de pacientes con carga viral indetectable según el registro de dispensación corresponde a los adherentes (42,86%). Los PRM más frecuentes corresponden a interacciones (88,37%); en total se presume que pudieron ocurrir 411, de las cuales 24,57% fueron medicamento-alimento y 75,43% medicamento-medicamento. **Conclusiones:** Con el seguimiento farmacoterapéutico se logró caracterizar el estado inmunoviroológico de los pacientes. Se determinó la adherencia de los pacientes mediante SMAQ frente a carga viral. Se evidenciaron potenciales PRM.

Tabla 1. Correlación entre carga viral y linfocitos

	\pm ESM	Valor mínimo	Valor máximo	Percentil (25%)	Percentil (75%)
CD4+	215,291 \pm 11,3411	2	930,0	98,0	310,0
Carga viral	34.054,0 \pm 5.097,47	<25	339.565,0	<40	35.212,5
Correlación de Pearson: $r = -0,3330^{***}$					

Tabla 2. Adherencia y carga viral

Método	Pacientes (n)	Carga viral indetectable (<200 copias ARNVIH/mL)
SMAQ	Adherentes (45)	16/45 (35,56%)
	No adherentes (127)	38/127 (29,92%)
Registro de dispensación	Adherentes (91)	39/91 (42,86%)
	No adherentes (81)	14/81 (17,28%)

1. ONUSIDA. Report on the global AIDS epidemic, 2010 [Consultado el 12 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
2. Codina C, Martín M, Tuset M, Del Cacho E, Ribas J. Adherencia al tratamiento antirretroviral. *El Farmacéutico Hospitalares*. 2005; 162: 28-40.

Nº 52**Prevalence of polypharmacy in elderly residents in a long-stay institution in São Paulo, SP, Brazil**

Gonzalez Dos Santos Finelli, Renata. Costa Sampaio, Miriam. Galuppo Bruno, Vanessa. R. Pires, Nivia. *Hospital Albert Einstein*.

Keywords: Polypharmacy, residents, long-stay

Introduction: Increased representation of the elderly is a worldwide phenomenon that affects both developed and developing countries. Brazil occupies a prominent position in the international arena. Polypharmacy is present over approximately one third of the elderly living in the community, however, for the elderly residents of long-stay institution this. *Objective:* The proposed study aims to evaluate the pattern of prescribing and use of medications in the elderly, thus subsidizing to optimize the prescription. *Method:* Cross-sectional study in which we analyzed the pharmacological profile of elderly residents of a long-stay institution of São Paulo (Albert Einstein) in November 2012 which was held to check 100% of the prescriptions of the elderly residents. 161 prescriptions were evaluated by clinical pharmacist where they checked the number of prescription drugs, prescribed major classes used, and the presence of polypharmacy, i.e., use of five or more drugs. *Results:* We evaluated 161 prescriptions for elderly, where 77% were female; the average number of drugs prescribed was 16 items. Presence of polypharmacy in 98% of prescriptions, antihypertensive classes 71%, 56% antidepressant, 41% anxiolytic, and 33% anticonvulsant. *Discussion:* In this study, women represent 77% of the aged. The presence of polypharmacy also affects most of the institutionalized population by 98%. The average number of drugs prescribed was 16 items, higher values also for the elderly community. Among all drugs used those which have been most widely prescribed anti-hypertensive drugs (71%), secondly, are antipsychotic and antidepressant (56%), anxiolytics (41%) and anticonvulsant (33%), which may reflect, in part, the profile of the institutionalized elderly, probably as having a problem with neuropathic or psychiatric. *Conclusion:* The use of multiple medications is common in institutionalized elderly, it causes increase the risk for drug interactions, adverse effects, drug reactions, iatrogenic, falls, fractures. The results reinforce the importance of the evaluation process of medication use.

Nº 53**Análisis del impacto de la incorporación del farmacéutico en la valoración de tratamientos de elevado impacto económico**

Hidalgo-Collazos, Patricia. García-López, Laura. Rico Gutiérrez, Teresa. Aguilera-Vizcaino, Rafael. Criado Illana, María Teresa.

Hospital General de Segovia.

Palabras clave: Valoración, impacto, tratamiento

Objetivo: Evaluar el impacto de la incorporación del farmacéutico como asesor técnico en la evaluación individualizada de tratamientos de elevado coste. *Material y métodos:* Estudio observacional, descriptivo, en el que se incluyeron todos los tratamientos de alto impacto económico o en situación bajo «fuera de indicación» solicitados durante el año 2012. Se analizaron las siguientes variables: servicio solicitante, tratamiento indicado o fuera de indicación, existencia de alternativa terapéutica con mejor perfil coste-efectividad, aceptación o denegación del tratamiento por parte de la dirección médica, aporte de bibliografía por el médico o por el farmacéutico. *Resultados:* Se evaluaron un total de 234 tratamientos, 52 (22,2%) del servicio de oftalmología, 51 (21,9%) de oncología, 38 (16,2%) de hematología, 31 (13,2%) de neurología, 14 (6,0%) de reumatología, 11 (4,7%) de dermatología, 8 (3,4%) de neumología, 7 (3,0%) de nefrología, 5 (2,1%) de digestivo, 4 (1,7%) de medicina interna, 4 (1,7%) de pediatría, 3 (1,3%) de psiquiatría, 2 (0,9%) de ginecología, 2 (0,9%) de alergia, 1 (0,4%) de endocrinología y 1 (0,4%) de cardiología. Un total de 128 (54,7%) tratamientos fueron solicitados fuera de indicación, mientras que 106 (45,3%) se encontraban indicados. Entre los tratamientos evaluados, 18 (7,7%) fueron denegados por existir otra alternativa más eficiente propuesta por el centro de información y evaluación de medicamentos (CIEM) del servicio de farmacia, traducéndose en un ahorro de 48.523,3 euros (29,5%); 207 (88,5%) tratamientos fueron aceptados por la dirección médica por no existir alternativa terapéutica, ser el tratamiento de elección o ser el más eficiente; y entre los 9 (3,8%) tratamientos restantes, uno de ellos (0,4%) fue denegado, no habiéndose presentado alternativa terapéutica por parte del CIEM, puesto que no era coste-efectivo, y 8 (3,4%) tratamientos fueron aceptados

por la dirección médica, no aceptándose la alternativa propuesta por el CIEM. *Conclusiones:* La integración del farmacéutico y el trabajo desarrollado por el CIEM asesorando sobre las distintas opciones terapéuticas de los tratamientos de alto impacto económico o fuera de indicación solicitados logra optimizar los recursos, obteniendo un tratamiento individualizado del paciente, ajustándolo a su situación clínica y llevando a cabo un uso racional de los medicamentos.

Nº 54

Impacto de la implantación de un programa de recomendaciones farmacocinéticas de digoxina

Gil Navarro, Inés. González Pérez, Pilar. Jiménez Casaus, José. Gil Valiño, Carmen. C.H. Virgen de la Concha. Zamora.

Palabras clave: Farmacocinética, intervenciones, digoxina

Objetivo: Conocer la relevancia y repercusión clínica del inicio del envío de las recomendaciones farmacocinéticas elaboradas por el farmacéutico en pacientes hospitalizados. Se decidió iniciar el envío de recomendaciones farmacocinéticas de digoxina como primer fármaco susceptible de ser monitorizado, con el fin de evaluar la respuesta de los prescriptores con vistas a proseguir realizando recomendaciones de otros fármacos en un futuro próximo. Era la primera vez que se realizaba atención farmacéutica farmacocinética en este hospital. *Material y métodos:* Se realizó un estudio observacional prospectivo durante 12 meses (abril 2012-abril 2013), estableciéndose un algoritmo para la identificación de los pacientes hospitalizados susceptibles de monitorización. Se obtuvo la información a través del Sistema de Dispensación de Dosis Unitaria (FarmaTools®) y de los datos de laboratorio del hospital y se realizó una recomendación escrita al médico prescriptor. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, y de laboratorio y del fármaco, las fechas de notificación farmacéutica, la aceptación de la monitorización por parte del médico prescriptor y el resultado obtenido. Se consideró la aceptación de la recomendación cuando transcurrieron 7 días o menos desde el envío de la notificación hasta la solicitud de determinación del fármaco, o se realizaron cambios en su dosis y/o pauta. *Resultados:* En 12 meses se realizaron un total de 171 recomendaciones de digoxina, de las cuales 140 fueron aceptadas (82%). De éstas, 59 (42,1%) fueron cambios de dosis y/o pauta, 64 (45,7%) petición de niveles y por tanto ajuste de dosis en los casos en los que fue necesario, y en 17 pacientes (12,1%) fueron aceptados y realizados ambos tipos de intervención. En total se realizaron 81 monitorizaciones de niveles plasmáticos de digoxina. De las 140 intervenciones aceptadas, 71 pertenecieron a pacientes de medicina interna (50,7%) y 25 a pacientes de cardiología (17,8%). *Discusión/conclusiones:* Se inició un programa de monitorización farmacocinética de dosis unitaria por parte del farmacéutico con repercusión clínica en la mejora de los pacientes, repercutiendo directamente en su beneficio al realizarse cambios en la pauta del fármaco que se conservarán en su tratamiento al alta. Estos resultados obtenidos deberían ser el comienzo del seguimiento farmacocinético de otros fármacos susceptibles de monitorización.

Nº 55

Implantación de un programa de atención farmacéutica de detección de interacciones farmacológicas en pacientes hospitalizados. Descripción de un caso

Gil Navarro, Inés. Jiménez, José. González Pérez, Pilar. Gil Valiño, Carmen. C.H. Virgen de la Concha. Zamora.

Palabras clave: Interacciones, intervenciones, validación

Objetivos: Implantación de un programa para detectar la existencia de interacciones farmacológicas en pacientes hospitalizados, en el proceso de validación de las órdenes médicas. *Material y métodos:* Se realizó un estudio retrospectivo de 7 meses (septiembre 2012-abril 2013), a través del programa FarmaTools®, de las intervenciones realizadas y aceptadas debidas a interacciones farmacológicas. Para la clasificación de dichas interacciones, según su gravedad, se utilizó la base de datos Micromedex y fichas técnicas de dichos medicamentos. *Resultados:* Se realizaron y aceptaron un total de 109 intervenciones. Éstas correspondieron a 28 asociaciones de fármacos diferentes. Las más frecuentes fueron omeprazol-clopidogrel (41 casos, 37,6%) y omeprazol-sales de hierro (21 casos, 19,26%). La recomendación realizada según el tipo de interacción fue: cambio o suspensión de uno de los fármacos implicados (82 casos, 75,2%), monitorización de las concentraciones plasmáticas del fármaco o del paciente (23 casos, 21,1%) y modificación del horario de administración (4 casos, 3,7%). En cuanto a la gravedad del efecto potencial de dicha interacción se clasificaron en: 2 contraindicadas (valproico-imipenem, ceftriaxona-calcio), 17 importantes (omeprazol con clopidogrel o dasatinib; espirolactona-sales de potasio; amiodarona con simvastatina o domperidona; nitroglicerina-acetilsalicílico; verapamilo con simvastatina, digoxina o ranolazina; digoxina-diltiazem; levofloxacino con dasatinib, quetiapina, amiodarona, hidroxycloquinol o haloperidol; ciclosporina-simvastatina y citalopram-tramadol) y 9 moderadas (omeprazol con acenocumarol o sales de hierro; levotiroxina-calcio; dasatinib-simvastatina; ciprofloxacino-sales de hierro; alprazolam-oxicodona; levofloxacino con amitriptilina, fluoxetina o sales de hierro). El servicio donde se detectaron el mayor número de intervenciones fue el de medicina interna (51 casos, 46,8%). *Discusión/conclusiones:* La revisión sistemática de los tratamientos farmacológicos en pacientes ingresados permite la detección precoz de interacciones, pudiendo dar lugar a un cambio en la terapéutica del paciente que se mantendrá en su tratamiento ambulatorio. La aceptación del programa nos anima a seguir realizando intervenciones, mejorando en lo posible el tratamiento farmacoterapéutico del paciente. Esta experiencia de colaboración ha llevado a que el servicio de medicina interna nos haya empezado a considerar parte del equipo asistencial.

Nº 56

Atención farmacéutica tras el cambio a un biosimilar de filgrastim. Estudio comparativo de su efectividad y seguridadBecares, Francisco Javier. Tortajada, Elena Victoria. Arias, María Ángeles. Castillo, Eva. Bonilla, Macarena. *Fundación Jiménez Díaz. Madrid.***Palabras clave:** Biosimilar, atención farmacéutica

Objetivo: El objetivo del estudio es describir la atención farmacéutica prestada a los pacientes que reciben tratamiento con el biosimilar de filgrastim (G-CSF) Zarzio[®] y comparar los resultados de efectividad y seguridad en la prevención de la neutropenia inducida por quimioterapia durante seis meses. **Material y método:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con quimioterapia tratados en el servicio de oncohematología a los que se les ha prescrito G-CSF para prevenir la neutropenia inducida por quimioterapia mielosupresora o radioterápica. En el periodo de julio a diciembre de 2011 utilizábamos Neupogen[®] y en el segundo periodo (julio a diciembre de 2012) lo sustituimos por un biosimilar. Todos los pacientes en la primera dispensación del biosimilar recibieron información oral y escrita sobre los aspectos más relevantes del medicamento. Las variables recogidas han sido: número de intervenciones farmacéuticas (N), dispensaciones/paciente, jeringas por ciclo de quimioterapia, episodios de neutropenia febril y reacciones adversas comunicadas por el paciente en la consulta de atención farmacéutica o recogidas en la historia clínica electrónica. **Resultados:** Durante el primer periodo los datos son: N= 217; promedio de dispensaciones por paciente 3,77; número de jeringas dispensadas por ciclo 4,87; número de episodios de neutropenia febril 15 (6,91%), de los cuales 8 precisaron ingreso en el hospital. En el segundo periodo los datos son: N= 312; promedio de dispensaciones por paciente 3,79; número de jeringas dispensadas por ciclo 4,53; número de episodios de neutropenia febril 9 (2,88%), de los cuales 5 precisaron ingreso en el hospital. Ningún paciente rechazó el cambio al biosimilar. **Conclusiones:** La información transmitida al paciente en relación con los biosimilares contribuye a su aceptación. La comercialización de medicamentos biosimilares una vez que la patente de producto ha vencido contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario y permite la utilización de nuevas tecnologías. No observamos diferencias en la efectividad ni en la seguridad entre ambos medicamentos. El papel del farmacéutico hospitalario en esta era de los biosimilares (atención farmacéutica al paciente y comisiones clínicas) será muy relevante, recordando el papel del farmacéutico en los primeros años de la comercialización de los genéricos.

¹Ficha técnica de Zarzio[®].²Ficha técnica de Neupogen[®].

Nº 57

Atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con peg-IFN-RBV en un hospital generalTortajada Esteban, Elena Victoria. Becares Martínez, Francisco Javier. Rodríguez, Blanca. Toledano Mayoral, Gema. Hernández Segurado, Marta. *Fundación Jiménez Díaz. Madrid.***Palabras clave:** Atención farmacéutica, hepatitis C

Objetivo: Conocer la evolución del tratamiento con peg-IFN-RBV para la hepatitis crónica por virus C y la respuesta viral sostenida en el marco de la atención y seguimiento farmacoterapéutico. **Material y método:** Estudio prospectivo e intervencionista de 15 meses de duración, desde octubre de 2010 a enero de 2011. Se realizó una primera entrevista de atención farmacéutica y sucesivas consultas farmacéuticas a todos los pacientes que iniciaron el tratamiento estándar durante el periodo del estudio. **Resultados:** El número de pacientes en tratamiento fue de 101, de los cuales el 76,2% presentaban un genotipo viral 1 o 4, y el 19,8% restante un genotipo viral 2 o 3. El promedio de adherencia fue del 95%. No se produjeron abandonos del tratamiento por parte del paciente ni como consecuencia de sus efectos secundarios. A un paciente le suspendieron el tratamiento en la semana 12 por progresión a hepatocarcinoma. El 86,2% de los pacientes fueron respondedores y el 12,8% de los pacientes no respondieron al tratamiento, finalizándolo en la semana 24. Los pacientes que necesitaron tratamiento de soporte con eritropoyetina o filgrastim fueron el 11,8%. **Conclusiones:** La metodología implantada de atención y seguimiento farmacoterapéutico supone un mejor cumplimiento del tratamiento por parte del paciente; además, facilita que se puedan resolver los problemas relacionados con la medicación y, finalmente, permite obtener una efectividad superior a otros resultados publicados.

Nº 58

Efectividad y seguridad de olanzapina intramuscular de liberación prolongadaGranero López, Mónica. Bardán García, Belén. Salazar Laya, Beatriz. Crespo Iglesias, José Manuel. Iglesias Lorenzo, Guillermo. Rodríguez Penín, Isaura. *Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol.***Palabras clave:** Olanzapina, antipsicótico, esquizofrenia

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de pamoato de olanzapina intramuscular (OIM) de liberación prolongada en un hospital de segundo nivel. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo del uso de OIM desde mayo de 2011 a abril de 2013. Se revisó la historia clínica electrónica IANUS[®], recopilando: edad, sexo, diagnóstico, dosis de olanzapina oral previa, adherencia, medicación concomitante, reingresos y tolerancia; y mediante el programa de prescripción electrónica Silicon[®], las dispensaciones realizadas. Las administraciones se realizaron en la unidad de hospitalización de

psiquiatría, supervisando al paciente durante al menos 3 horas. **Resultados:** Se solicitaron seis tratamientos (66,7% hombres, edad media 44,7 años), cuatro diagnosticados de esquizofrenia paranoide, uno con trastorno bipolar y otro con trastorno de ideas delirantes; todos con antecedentes de pobre adherencia al tratamiento. Las reconversiones de dosis de olanzapina oral a intramuscular se realizaron correctamente en cuatro pacientes. El número de dosis administradas fue: 1 (dos pacientes); 8 (un paciente); 13 (un paciente); 14 (un paciente); 29 (un paciente). Hubo dos casos de reingreso en dos pacientes: uno por falta de cumplimiento (no acudió a la administración de la segunda dosis); otro por desestabilización dos días antes de la administración de la décima dosis. Todos los pacientes tenían pauta de medicación concomitante a OIM (cinco tenían benzodiazepinas y el sexto haloperidol). Se detectaron dos casos de reacciones adversas (RA): un cuadro de somnolencia tras la tercera dosis, que provocó disminución de la OIM de 300 mg/2 semanas a 300 mg/4 semanas; y un síndrome postinyección tras la administración número trece, con gran tendencia al sueño y ligera desorientación, con ingreso hospitalario de tres días y sustitución de OIM por paliperidona inyectable de acción prolongada. De los seis pacientes que iniciaron el tratamiento, dos continúan en tratamiento con OIM, tres abandonaron el tratamiento por falta de cumplimiento (dos en la segunda dosis y uno en la decimocuarta) y uno presentó un síndrome postinyección del fármaco que obligó a suspenderlo (se comunicó al Centro Autonómico de Farmacovigilancia mediante tarjeta amarilla). **Conclusiones:** En nuestro estudio la OIM fue efectiva, aunque no se pudo evaluar en todos los casos por abandono del tratamiento. A pesar del escaso número de pacientes, dos de ellos presentaron RA que obligaron a modificar la dosis y a suspender el tratamiento, respectivamente. El seguimiento de RA y su comunicación a los centros de farmacovigilancia resulta imprescindible para completar el perfil de seguridad de fármacos de reciente comercialización.

Nº 59

Filgrastim en neutropenia secundaria a hiperesplenismo por hepatopatía crónica

Valcarce Pardeiro, Nieves. Bardán García, Belén. Granero López, Mónica. Álvarez Díaz, Hortensia. Rodríguez Penín, Isaura. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol.

Palabras clave: Filgrastim, hiperesplenismo, neutropenia

Descripción: Se describe un caso de utilización de filgrastim para incrementar el recuento plasmático de neutrófilos en una paciente con bicitopenia atribuida a hiperesplenismo por hepatopatía crónica. Mujer, 86 años, con antecedentes de alergia a amoxicilina, dislipemia, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular crónica, hepatopatía crónica de etiología no filiada, insuficiencia cardíaca crónica (NYHA II-III), insuficiencia renal crónica y bicitopenia fluctuante desde 2009. En octubre de 2011 se evidenció un episodio de neutropenia (2.680 leucocitos, 700 neutrófilos), sin tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos y recuperación hematológica posterior. La paciente ingresó por astenia y dolor en ambas fosas renales de varias semanas de duración, sin respuesta a paracetamol/ibuprofeno, asociando polaquiuria las 24 horas previas. Presentaba bacteriuria e intensificación de la bicitopenia (42.000 plaquetas, 640 leucocitos, <100 neutrófilos). **Intervenciones realizadas:** El servicio de farmacia identificó el caso por la prescripción de filgrastim (30 MU/24 h); solicitó su petición como uso especial y elaboró un informe complementario revisando la historia clínica electrónica (IANUS®) y el perfil farmacoterapéutico en el programa Silicon®. La evidencia científica disponible constató que la utilización de filgrastim en la neutropenia secundaria a hiperesplenismo se restringía a publicaciones de series de casos. **Resultados:** Tras extracción de urocultivo y hemocultivos por sospecha de sepsis urinaria, la cobertura empírica incluyó aztreonam i.v. 500 mg/8 h y vancomicina i.v. 1 g/12 h (suspendida tras 3 dosis, por agravamiento de la función renal). El tratamiento se completó con: ácido fólico oral 5 mg/24 h; amlodipino oral 10 mg/24 h; furosemida i.v. 20 mg/24 h; glucosalina 1.000 mL/24 h; lorazepam oral 1 mg/24 h; omeprazol oral 20 mg/24 h. Tres días después, en el urocultivo se aisló *E. coli* resistente a ampicilina y cotrimoxazol y se desescaló aztreonam a ceftriaxona i.v. 1 g/24 h, con buena tolerancia y secuenciación, tres días después, a cefditoreno oral 400 mg/12 h. Los hemocultivos fueron negativos; la ecografía abdominal reveló discreta esplenomegalia y hepatopatía crónica que justificarían su bicitopenia basal, sin poder descartar un síndrome mielodisplásico subyacente (no considerándose biopsia de médula ósea por comorbilidades y edad avanzada). Al sexto día, se suspendió filgrastim por recuperación leucocitaria (3.470 leucocitos y 1.400 neutrófilos). Por un agravamiento de su insuficiencia cardíaca y el deterioro de la función renal evolucionó hacia parada cardiorrespiratoria y *exitus letalis*. **Conclusiones:** Filgrastim resultó eficaz para la elevación del recuento de neutrófilos. El uso de filgrastim en la neutropenia secundaria a hiperesplenismo se restringe a publicaciones de series de casos. En el caso descrito, la hepatopatía crónica y el hiperesplenismo parecen ser la causa de la bicitopenia, agravada, probablemente, por una sepsis urinaria.

Nº 60

Estudio de utilización de rituximab en indicaciones fuera de ficha técnica

Raich Montiu, Laia. Frías López, Mari Carmen. Cabré Serres, Marta. De Pedro Ambrosio, Víctor; De Castro Julve, María. Gorgas Torner, Maria Queralt. Corporació Sanitària Parc Taulí. Institut Universitari UAB. Sabadell (Barcelona).

Palabras clave: Rituximab, utilización, offlabel

Objetivos: Describir la utilización de rituximab en indicaciones fuera de ficha técnica y analizar su efectividad y seguridad. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se describe el patrón de utilización de rituximab en situaciones fuera de ficha técnica. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes en el periodo de enero de 2011 hasta diciembre de 2012 que recibieron rituximab, y se seleccionaron aquellos a los que se les prescribió el fármaco fuera de ficha técnica. Se llevó a cabo un análisis de la efectividad del tratamiento, los ciclos y las dosis administradas, así como de las posibles reacciones adversas. **Resultados:** Durante el año 2011 se trataron con rituximab un total de 71 pacientes, de los cuales

6 (8%) tenían indicación fuera de ficha técnica. En el 2012 se incrementó el uso de rituximab fuera de ficha técnica, representando un 25% de pacientes (7) frente a los 28 pacientes totales en el 2012. En todo el periodo estudiado fueron 13 los pacientes seleccionados. La indicación más prevalente fue la vasculitis secundaria a otras patologías en 7 pacientes (53%): 4 lupus eritematosos sistémicos (LES), un síndrome *facial-onset sensory and motor neuronopathy* (FOSMN), una púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) y una glomerulonefritis extracapilar. El resto fueron hematológicas (anemia hemolítica autoinmune, macroglobulinemia de Waldenström), dos pénfigos ampulosos, una neuromielopatía óptica y un síndrome nefrótico. La mediana de ciclos administrados fue de 4 ciclos/paciente. La dosificación empleada más habitual fue de 375 mg/m². La mayoría de los pacientes mostraron una mejoría clínica parcial tras las primeras administraciones y sólo un paciente tuvo que discontinuar el tratamiento por recidiva a los 6 meses. En general la administración del fármaco fue bien tolerada, a excepción de un caso que empeoró tras su administración y que finalmente fue orientado como *shock séptico* en el contexto de una neumonía bilateral tras positividad de los cultivos de *Streptococcus pneumoniae*. *Discusión/conclusiones:* Se ha observado una disminución importante del uso de rituximab en las indicaciones autorizadas según ficha técnica, mostrando un incremento en varios tipos de patologías (neurológicas, hematológicas, reumatológicas y dermatológicas). Gracias a su mecanismo de acción, se consigue bloquear la inflamación asociada a los trastornos inmunológicos, mejorando parcialmente la clínica de estas patologías, con una buena tolerancia.

Nº 61

Intervenciones farmacéuticas en un servicio de urgencias médicas hospitalario en el marco de un programa de atención farmacéutica

Cabré Serres, Marta. García-Peláez, Milagros. Raich Montiu, Laia. Payés Peich, Mónica. Iglesias Lepine, María Luisa. Gorgas Torner, Maria Queralt. Corporació Sanitària Parc Taulí. Institut Universitari UAB. Sabadell (Barcelona).

Palabras clave: Farmacéutico, urgencias, intervenciones

Objetivo: Describir las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas mediante un programa de atención farmacéutica (PAF) en un servicio de urgencias médicas (SUM) y calcular el impacto de su implantación continua. *Método:* Estudio descriptivo del PAF que se realizó en el SUM de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 2 meses y medio. El PAF consistía en el seguimiento farmacoterapéutico y la detección de problemas relacionados con la medicación de los pacientes pendientes de ingreso hospitalario con una estancia en urgencias superior a 24 horas. Dicho programa incluía también el control y gestión de los *stocks* de medicación, la dispensación de medicamentos de uso restringido y su seguimiento, farmacovigilancia y centro de información del medicamento. El PAF se ejecutó los días laborables, con una dedicación aproximada de 2 horas. Se excluyeron las urgencias de psiquiatría, ginecología y pediatría. Se documentaron y registraron todas las IF realizadas mediante una clasificación basada en el Tercer Consenso de Granada, adaptada y modificada en IF de indicación, eficacia o seguridad. Los datos del número de ingresos hospitalarios procedentes del SUM se consultaron en la memoria de los datos asistenciales del hospital. *Resultados:* Durante el periodo de estudio un total de 1.402 pacientes ingresaron en el hospital desde el SUM, de los cuales 351 (25%) se beneficiaron de entrar en el PAF. Se realizaron 103 IF, el mayor porcentaje de las cuales correspondió a omisión de medicación necesaria (23,3%), seguido del ajuste de la medicación a la guía farmacoterapéutica del hospital (17,5%) y de la medicación no necesaria durante la estancia en el SUM (9,7%). En su clasificación, el reparto de las IF incidió de forma similar entre indicación, eficacia y seguridad (37,9, 31,1 y 31,1%, respectivamente). El 79,6% de las IF fueron aceptadas. Extrapolando los datos, si se hubiera aplicado el PAF a la totalidad de los pacientes que ingresaron en el hospital desde el SUM, se podrían haber realizado 412 IF. *Discusión/conclusiones:* La integración de un farmacéutico en el SUM y la realización de un PAF en esta área mejoran la detección, la resolución y el registro de problemas relacionados con la medicación. La presencia de un farmacéutico a tiempo completo en el SUM permitiría optimizar la farmacoterapia de todos los pacientes y la resolución de consultas. Son necesarios futuros análisis que nos permitan determinar el impacto que tiene el PAF en el seguimiento posterior del paciente cuando es trasladado a planta de hospitalización.

C. Trabajos de atención farmacéutica promovidos desde la farmacia de atención primaria

Nº 62

Seguimiento de pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de cuidados primarios de salud

Figueiredo, Isabel Vitória. Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Móteiro, Célia.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Castel-Branco, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Caramona, Maria Margarida.** Grupo de Farmacología e Cuidados Farmacêuticos. Centro de Estudos Farmacêuticos. Faculdade de Farmácia. Universidade de Coimbra. **Fernández-Llimós, Fernando.** Grupo de Sociofarmácia. Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa.

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, diabetes tipo 2, centro de salud

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con diabetes mellitus en un centro de salud, a través de la evaluación de los resultados clínicos. *Método:* Estudio de intervención sobre una cohorte de pacientes en seguimiento farmacoterapéutico entre octubre de 2011 y julio de 2012. El médico de familia seleccionó todos los pacientes atendidos en el centro y que presentaban diagnóstico de diabetes ti-

po 2. Tras aprobación de la Comisión de Ética de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Lisboa, una farmacéutica comunitaria, desplazada al centro de salud, realizó seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes que voluntariamente aceptaron participar en el estudio (firmando un consentimiento informado). Se realizaron 4 consultas, además de la inicial. Se registraron datos sociodemográficos, estilos de vida, medicación y comorbilidades, así como los biomarcadores que permitían evaluar la evolución de los pacientes. **Resultados:** De los 58 pacientes con diabetes, los 22 que aceptaron participar tenían una edad de 70,4 (DE= 7,4) años y el 54,5% eran hombres. No hubo diferencia en el género ($p= 0,777$) ni en la edad ($p= 0,413$) de los que aceptaron y los que no. Todos los incluidos tenían también hipertensión arterial y el 59,1%, hipercolesterolemia. Se realizaron 128 intervenciones, de las que 75 (58,6%) fueron aceptadas e implementadas por el médico. Se consiguieron diferencias significativas (Wilcoxon signed ranks test) en hemoglobina glicosilada ($p= 0,049$), glucemia en ayunas ($p= 0,007$), presión arterial sistólica ($p= 0,006$), conocimiento de la diabetes (cuestionario Berbés) ($p= 0,007$), satisfacción con la enfermedad (dominio «satisfacción» en el DQOL) ($p= 0,009$). La mejoría en la presión arterial diastólica se aproximó a la significación ($p= 0,076$). **Conclusiones:** Un farmacéutico realizando seguimiento farmacoterapéutico en un centro de salud mejora, en estrecho contacto con el médico de familia, la mayoría de los biomarcadores clínicos y humanísticos de los pacientes con diabetes.

Nº 63

Caso clínico: trastorno bipolar, litio y pluridisciplinariedad

Sánchez Nievas, Llanos. Gómez Bernal, Ángela. Villanueva Puchalt, Rosana. García Tenes, Blanca. Carrión Martínez, Antonia. *Residencia de Mayores Selegna.*

Palabras clave: Trastorno bipolar, carbonato de litio, residencias de mayores

Descripción: Mujer de 80 años, institucionalizada en la Residencia de Mayores Selegna, que presenta diversas patologías: artrosis, estreñimiento, hipertensión arterial, infecciones urinarias repetidas, insomnio, insuficiencia venosa, psicosis afectiva, trastorno bipolar y vértigo. Ingresa con una valoración inicial del nivel cognitivo GDS1 (escala de deterioro global de Reisberg) y sintomatología ansioso-depresiva. Adaptación positiva al centro, siendo independiente mayoritariamente en las ABVD (actividades básicas de la vida diaria).

Farmacoterapia	Inicio	Posología	Fin
Lactulosa 10 g sobres	Antes 2013	1-0-0-0	
Fluoxetina 20 mg comprimidos	Antes 2013	1-0-0-0	
Mirtazapina 30 mg comprimidos	Antes 2013	0-1-0-0	26/05/2013
Etoricoxib 60 mg cápsulas	Antes 2013	1-0-0-0	26/05/2013
Diacereína 50 mg cápsulas	Antes 2013	0-1-0-0	20/05/2013
Bromazepam 1,5 cápsulas	Antes 2013	Si precisa	
Lorazepam 1 mg comprimidos	Antes 2013	0-0-0-1	
Clonazepam 0,5 mg comprimidos	Antes 2013	1-1-1-1	26/05/2013
Zolpidem 10 mg cápsulas	Antes 2013	Si precisa	
Omeprazol 20 mg cápsulas	Antes 2013	1-0-0-0	20/05/2013
Torasemida 5 mg comprimidos	Antes 2013	1-0-0-0	20/05/2013
Carbonato de litio 400 mg comprimidos	11/05/2013	2-0-0-0	04/06/2013
Carbamazepina 200 mg comprimidos	26/05/2013	1-1-0-1	
Pantoprazol 20 mg comprimidos	20/05/2013	1-0-0-0	
Clomipramina 75 mg comprimidos	26/05/2013	0-0-0-1	04/06/2013

Intervenciones realizadas: Ante la intensificación de la sintomatología depresiva solicitamos interconsulta psiquiátrica. Se inicia tratamiento con litio en pauta ascendente durante dos semanas hasta una dosis de 800 mg/día. Coincidiendo con la dosis máxima, desarrolla un cuadro de alteración de la estática y la marcha con distonía axial, alteraciones importantes en atención, concentración, memoria y orientación y lenguaje tipo disfásico. Enfermería informa de importantes alteraciones en el análisis de patrones funcionales de enfermería según M. Gordon. Psicología revela cambios negativos en la escala de Lobo (baja 19 puntos) y la escala de Pfeiffer (pasa de 2 a 8 errores) e incapacidad para realizar el test del reloj a la orden, compatibles con deterioro cognitivo grave y demencia severa. Farmacia informa de interacciones del carbonato de litio con torasemida y fluoxetina conducentes a un aumento de la litemia; asimismo, fluoxetina interacciona con mirtazapina, aumentando el riesgo de síndrome serotoninérgico. Se mantienen las dosis de litio por indicación psiquiátrica, con una litemia de 1,5 meq/L (rango terapéutico 0,5-1,2); resto de parámetros normales. Se suspende la medicación con etoricoxib, diacereína, torasemida y omeprazol (sustituido por pantoprazol). Se reduce la dosis de litio a 400 mg/día. La litemia disminuye 10 días después a 0,7. Se sustituye mirtazapina por clomipramina y clonazepam por carbamazepina, aunque continúa el cuadro clínico anterior. En interconsulta con neurología y psiquiatría se diagnostica una posible encefalopatía tóxica secundaria al litio y un síndrome serotoninérgico y anticolinérgico yatrógeno. Suspensión del litio y de clomipramina. **Resultado:** La paciente recupera su situación basal siete días más tarde. **Conclusión:** Se comprueba la necesidad de una atención sanitaria pluridisciplinaria.

D. Casos clínicos de atención farmacéutica que pueden venir de cualquier ámbito asistencial: comunitario, hospitalario, o de atención primaria

Nº 64

Efecto adverso debido a una interacción farmacológica entre atorvastatina y lansoprazol en una portadora de un alelo de metabolización lenta en el gen «CYP3A4»

Rodríguez Arcas, María Jesús. *Farmacia M. Jesús Rodríguez Arcas. Conesa Zamora, Pablo. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*
Preciado Brión, Carmen María. *Farmacia M. Jesús Rodríguez Arcas.*

Palabras clave: CYP3A4, estatinas, lansoprazol

Descripción: Una paciente que acude a la farmacia habitualmente nos indica que le ha aumentado drásticamente la enzima hepática gammaglutamil transferasa (GGT) a un valor de 202 U/L y le derivan al especialista de digestivo. Se le propuso participar en el grupo de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia. Se utilizó la metodología Dáder para la recogida de los datos y posteriormente, tras firmar el consentimiento informado, se le tomó una muestra de mucosa bucal para la determinación del alelo CYP3A4*1B. La extracción del DNA se realizó con el extractor automático QIACube® de Qiagen. Posteriormente se cuantificó en un espectrofotómetro de absorción a 260 y 280 nm empleando un *biometer* de Eppendorf. Para la determinación del polimorfismo se utilizó la técnica de discriminación alélica empleando sondas fluorescentes de KBioscience en un equipo de PCR a tiempo real. **Intervenciones realizadas:** Se detectó una posible interacción entre lansoprazol y atorvastatina, ya que lansoprazol es un inhibidor fuerte de la enzima CYP3A4, por lo que podría estar aumentada la dosis de estatina al disminuir su metabolización en el hígado. Tras recibir las pruebas del genotipado de la muestra bucal se confirma que la paciente presenta el alelo de metabolizador lento CYP3A4*1B. De este modo, la concentración tanto de lansoprazol como de atorvastatina estaría aumentada en la paciente y de ello podría derivarse el aumento de las enzimas hepáticas, entre ellas la GGT. Se escribió una carta a su médico de familia informándole de la interacción y sugiriendo un cambio de atorvastatina a rosuvastatina, que no se metaboliza por el 3A4. El médico aceptó la intervención y sustituyó la estatina. **Resultados:** Se le repitió el análisis de sangre al mes y sus valores de GGT fueron de 133 U/L. El especialista de digestivo descartó una hepatopatía estructural mediante ecografía y la paciente fue derivada a su médico de familia. **Conclusiones:** El alelo *1B del gen *CYP3A4* parece influir en la respuesta al tratamiento con atorvastatina y lansoprazol, aumentando la aparición de efectos adversos. Este efecto revirtió al cambiar la estatina a rosuvastatina, que no se metaboliza por el CYP3A4. Aunque serían necesarios más casos para confirmar esta asociación, este caso clínico pone de manifiesto la utilidad del seguimiento farmacoterapéutico y de la farmacogenética en la detección y previsión de efectos adversos, a la vez que demuestra la viabilidad de este tipo de intervenciones en la farmacia comunitaria.

Nº 65

Uso de tapentadol en el dolor torácico. A propósito de un caso

Mirchandani Jagwani, Jenny Narain. Suárez Santana, Eva. Marín Rodríguez, Edmundo. Afonso Suárez, Octavio. *Hospiten Clínica Roca.*

Palabras clave: Dolor, tapentadol, analgesia

Descripción: El dolor torácico es una sensación álgida localizada en la zona situada entre el diafragma y la fosa supraclavicular. Se estima que representa un 5-15% de las consultas a urgencias. Para optimizar el tratamiento, el dolor debe ser caracterizado por su intensidad, variación temporal, localización, factores que lo exacerban y su interferencia con la vida. Por ello se pensó en usar tapentadol, que pertenece a una nueva generación de fármacos para el tratamiento del dolor con acción central y con potencial bajo de interacciones medicamentosas. **Intervenciones realizadas:** Paciente con dolor intenso torácico. Revisión de la historia clínica y terapéutica. Valoración de la eficacia y seguridad de tapentadol de liberación prolongada oral. **Resultados:** Paciente de 33 años con antecedentes de hipersensibilidad mucosa crónica y múltiples ingresos hospitalarios. Portadora de traqueostomía permanente por imposibilidad para expectorar. Se encontraba bien hasta hace 20 días, cuando acude a consultas por dificultad respiratoria e incremento de sus secreciones habituales sin fiebre. Se solicita cultivo, aislándose *Pseudomonas aeruginosa* sensible a tobramicina y levofloxacino, por lo que inicia dicho tratamiento de forma ambulatoria. Acude de nuevo por incremento del trabajo respiratorio con disnea en reposo y taquipnea, sumándose dolor torácico de características mecánicas. Ingresa e inicia tratamiento antibiótico intravenoso, además de analgésico (dexketoprofeno + paracetamol cada 8 horas), incluyendo narcóticos (petidina 400 mg/día + fentanilo 100 µg parche/72 h) por dolor intenso costal. Se retira la cánula de traqueostomía para adaptar una nueva para ventilación mecánica no invasiva. La evolución ha sido lentamente a mejoría, precisando en todo momento fisioterapia respiratoria y aspiración por secreciones. Ha continuado demandando analgesia narcótica para el control del dolor intenso. Por la intensidad del sufrimiento se realiza intervención farmacéutica en la cual se inicia tratamiento con tapentadol de liberación prolongada, 150 mg/12 h, que posee un perfil analgésico de acción dual que combina agonismo de receptores opioides e inhibición de la recaptación de noradrenalina; también continúa con fentanilo en parche 100 µg/72 h. Al realizar el seguimiento farmacoterapéutico de 5 días se observa una gran mejoría, en la cual la paciente no precisa petidina ni ningún otro analgésico de rescate. La paciente no ha experimentado reacciones adversas (náuseas, vómitos) como con otros tratamientos, con buena tolerancia. **Discusión/conclusión:** El uso de tapentadol es un tratamiento efectivo y seguro para el dolor torácico intenso, en este caso clínico, al no haber experimentado efectos adversos y conseguir la mejoría en el dolor intenso torácico. La buena tolerancia al fármaco ha permitido que la paciente pueda realizar las actividades básicas diarias.

Nº 66

Toxicidad pulmonar de amiodarona. A propósito de un caso

Bravo Delgado, Nieves. Hospital. **Molina Ortiz, Rebeca.** Hospital. **Molina Úbeda, Juan José.** Farmacia. **Gómez Romero, Lourdes.** Hospital. **Ortiz Tobaruela, María Angustias.** Hospital. **Molina Garrido, María José.** Hospital.

Palabras clave: Toxicidad, pulmón

Introducción: La amiodarona, un derivado del benzofurán, actúa inactivando los canales del sodio por inhibición competitiva de receptores alfa y beta del corazón. Es muy eficaz en la supresión de arritmias ventriculares y supraventriculares. Los efectos adversos más comunes incluyen fotosensibilidad, dermatografismo, disfunción tiroidea, depósitos corneales y alteraciones en los test de función hepática. La toxicidad pulmonar es el efecto adverso más serio. Su incidencia es aproximadamente del 5%. Las formas de presentación incluyen neumonitis intersticial crónica, neumonía, síndrome de distrés respiratorio y masa pulmonar solitaria. El mecanismo de daño pulmonar no es bien conocido. Se manejan dos hipótesis: citotoxicidad directa e hipersensibilidad. Los factores de riesgo de padecerla incluyen: edad avanzada, dosis mayor de 400 mg/día durante más de dos meses, enfermedad pulmonar preexistente, cirugía torácica o no torácica previa y angiografía pulmonar. La neumonitis crónica intersticial es la forma más común de presentación. Se caracteriza por tos no productiva, disnea y pérdida de peso. La radiografía de tórax revela un infiltrado intersticial focal o difuso. El diagnóstico es por exclusión. El diagnóstico diferencial incluye insuficiencia cardíaca, neumonía infecciosa y embolismo pulmonar. El tratamiento consiste en la suspensión del tratamiento con amiodarona, siendo el pronóstico bueno. Debido a la acumulación de la amiodarona en el tejido graso y a su vida media de unos 45 días, la toxicidad pulmonar puede progresar inicialmente a pesar de su supresión. **Caso clínico:** Varón de 78 años de edad. Lleva tiempo quejándose en su farmacia comunitaria de tos y disnea. Solicitamos informe: HTA; DM tipo 2; obstrucción carotídea bilateral; taquicardia supraventricular paroxística por vía accesoria epicárdica izquierda con intento de ablación sin éxito (2009); ablación de vía lateral izquierda (2010) y taquicardia reciprocante de Coumel. En tratamiento prolongado con amiodarona en dosis de 200 mg/día, tras valorar la medicación se llama y consulta al especialista, al que remitimos. Disnea y tos no productiva. Se realiza Rx de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales. Se descartó insuficiencia cardíaca y tromboembolismo pulmonar con gammagrafía pulmonar ventilación/pulmonar con baja probabilidad de TEP. Se atribuyó a toxicidad pulmonar por amiodarona. Se suspendió la misma, con nuevo control radiológico al cabo de 3 meses con desaparición de dichos infiltrados. **Conclusión:** Al escuchar a nuestros pacientes podemos detectar posibles PRM. Un pequeño análisis de un tratamiento nos puede orientar, y una comunicación con el médico puede ser crucial para la resolución de PRM.

Nº 67

Tratamiento con fitocannabinoides de un caso de espasticidad relacionada con esclerosis múltiple

Molina Ortiz, Rebeca. Farmacia. **Molina Úbeda, Juan José.** Farmacia. **Gómez Romero, Lourdes.** Hospital. **Gómez Moreno, Isabel.** Hospital. **Ortiz Tobaruela, María Angustias.** Hospital.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, Sativex®

Introducción: La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica degenerativa del SNC caracterizada por la presencia de áreas de desmielinización y daño axonal, junto con una actividad inflamatoria local. La EM afecta sobre todo a adultos jóvenes, con una prevalencia de 50/100.000. «Espasticidad»: aumento constante, patológico e involuntario de la tensión muscular cuyo origen se encuentra en el SNC. Los pacientes lo describen como sensación de rigidez y agarrotamiento. La espasticidad dificulta la realización de movimientos y actividades como el aseo, comer, mantenerse en pie, caminar, etc. Predomina en la musculatura extensora de las piernas y en la flexora de los brazos, y puede ir acompañada de *clonus*, espasmos musculares y dolor. Últimamente han sido utilizados los fitocannabinoides para el tratamiento de enfermedades neurológicas. Sativex® es un nuevo fármaco recientemente aprobado para el tratamiento de la espasticidad en el seno de la EM. Tiene una tasa de respuesta cercana al 47% a las 4 semanas de tratamiento. Se comercializa como spray oromucoso y contiene tetrahidrocannabinol y cannabidiol en una proporción 1:1. **Objetivo:** Presentamos la evolución de un paciente diagnosticado de EM tratado con fitocannabinoides en la consulta de neurología del Hospital Virgen de la Luz (Cuenca) y seguido su tratamiento y evolución por nosotros en colaboración con el especialista (evitando los desplazamientos). **Caso clínico:** Varón de 39 años de edad, debutó a los 19 años, con dificultad en la marcha y espasticidad en ambas extremidades inferiores; ha sufrido diferentes recaídas. Diagnosticado de EM secundariamente progresiva. Sigue tratamiento con interferón beta-1a (Rebif® 44), es incapaz de caminar y presenta espasticidad en ambas piernas. La escala numérica de espasticidad es 10 (la peor posible) y en el cuestionario SF 12 la calidad de vida se percibe como mala. Tras 3 meses de tratamiento con Sativex® presenta una mejoría subjetiva y en la escala de Ashworth (de 4 a 3), sin efectos secundarios ni aumento de la debilidad. En ese periodo de tiempo, mejoró en la escala numérica de espasticidad, de 10 a 8, y especialmente en la valoración de la calidad de vida. Además, disminuyeron los espasmos musculares desde un grado 4 (más de 10/día) a un grado 2 (1-5/día). **Resultado:** Tras 9 meses: eficaz, con mejoría de la espasticidad, los espasmos, el dolor y la calidad de vida. **Conclusiones:** La colaboración con los especialistas puede ser un camino a seguir en la farmacia comunitaria.

Nº 68

Distonía inducida por Torecan®Molina Ortiz, Rebeca. *Farmacia*. Gómez Romero, Lourdes. *Hospital*. Ortiz Tobaruela, María Angustias. *Hospital*. Molina Úbeda, Juan José. *Farmacia*.**Palabras clave:** Distonía, Torecan®

Introducción: La distonía es un síndrome hiperquinético caracterizado por contracciones musculares involuntarias, repetitivas, rotatorias, sostenidas al final del movimiento, lentas o rápidas, que pueden llegar a generar posturas anormales como resultado de la cocontracción de músculos agonistas y antagonistas. El carácter agudo se define por su desarrollo dentro de los siete días posteriores al inicio del medicamento, o posterior a una elevación rápida de la dosis previa. Puede también aparecer después de la disminución de medicamentos usados para tratar o prevenir el extrapiramidismo. El 95% de las distonías se presentan dentro de las 96 horas posteriores al acto terapéutico y, de éstas, el 50% lo hacen en las primeras 48 horas. **Caso clínico:** Varón de 45 años que acude a su farmacia comunitaria y es remitido a urgencias. Al ser paciente habitual le indicamos al médico por escrito que está tomando Torecan®, por episodios de 1 minuto de duración de incapacidad para articular las palabras, por un problema mecánico con la lengua asociado a sequedad de boca y sensación de inflamación de la lengua. En 15 días aparecieron en 3 ocasiones, con salva de episodios subintrantes, sin otros síntomas neurológicos asociados (10 episodios hasta las 8.30 h). Niega relación con la ingestión de alcohol. Presenciamos uno de estos episodios, de 5-10 segundos de duración, con movimiento circular de la lengua y dificultad para la articulación, sin alteración del nivel de conciencia ni otros síntomas. Es un movimiento aparentemente involuntario, circular, de la lengua dentro de la cavidad oral, que hace que la palabra suene algo distorsionada pero completamente comprensible. Refiere haber tenido vértigos hace unas semanas que fueron tratados con Torecan® (1 caja entera). Terminó el tratamiento 12 días antes de aparecer los síntomas. La exploración neurológica fue normal, así como las pruebas de neuroimagen y el EEG. Se asoció Akineton® y el paciente mejoró progresivamente. A los 15 días estaba asintomático y sigue así. **Discusión:** La etilperazina puede provocar síntomas secundarios de tipo extrapiramidal, y uno de los más frecuentes es la distonía. En este caso se trata de una forma de breve duración pero subintrante, espaciada en el tiempo, no constante y que mejoró con la administración de un anticolinérgico, como recoge la literatura médica. **Conclusión:** Muchos fármacos pueden originar trastornos de movimiento. Desde la farmacia comunitaria podemos ayudar informando al médico de la medicación que nuestros pacientes han empezado a tomar cuando acuden con algún problema posiblemente relacionado con medicamentos.

Nº 69

Intervención farmacéutica: detección y resolución de un caso de hidrolexia (potomanía)Calvo, Begoña. *Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco/EHU*. López-Tello, Paloma G. *Farmacia comunitaria*.**Palabras clave:** Dietas de adelgazamiento, hidrolexia, educación sanitaria

Caso clínico, descripción: Mujer de 35 años, de altura 1,63 m y 69 kg de peso, que acude a la farmacia y solicita algún remedio para las agujetas ya que le duelen mucho las piernas. A diario camina unos 30 min/día. Le comentamos que no existe tratamiento para eliminar las agujetas pero que si continúa realizando ejercicio moderado en unos días le irán desapareciendo. Al día siguiente nos comenta que «le pinchan las piernas», siente mareos y tiene ganas de vomitar. **Fase de estudio:** En la entrevista nos explica que está realizando una dieta, pues ha ganado 10 kg durante el invierno y desea bajarlos antes del verano (1-2 meses). Alimentación actual: desayuno: café con leche y zumo de naranja; comida: verdura y pollo; cena: manzana y yogur. Inicialmente atribuimos los síntomas a la debilidad producida por la dieta descompensada e insuficiente que realiza. Indica que no se explica su estado, ya que está bebiendo gran cantidad de agua (3-4 litros/día) porque su compañera de oficina se lo recomendó para bajar peso. **Intervención realizada:** Le explicamos que un exceso en la ingestión de agua puede ser peor que una deshidratación. La «potomanía» o hidrolexia es una compulsión por beber grandes cantidades de agua independientemente de la sed. Le aconsejamos una dieta saludable hipocalórica para perder peso de manera segura para la salud. Le recomendamos no beber tal cantidad de agua y acudir al médico para realizar una analítica y comprobar los niveles de electrolitos. Le entregamos un documento dirigido al médico, incluyendo una breve explicación de la situación. **Resultados:** A la semana siguiente, tras la visita al médico, la paciente regresa a la farmacia y nos muestra los resultados del análisis (tabla 1), en los que se observan bajos niveles de Na, K y Mg. La hiponatremia e hipopotasemia son indicativas de la hidrolexia.

El médico le ha recomendado a la paciente que tome durante dos meses un complejo vitamínico e ingiera la cantidad de agua que necesite, sin excederse. **Conclusión:** Desde la oficina de farmacia se debe llevar a cabo la educación sanitaria pertinente y contribuir a resolver problemas comunes en la población como, en este caso, los relacionados con las dietas, el peso y la forma física.

Tabla 1. Niveles de electrolitos de la paciente y valores normales de éstos

	Niveles de la analítica	Valores normales
Sodio	123 meq/L	135-145 meq/L
Potasio	2,7 meq/L	4,5-5 meq/L
Magnesio	1,2 mg/dL	1,7-2,2 mg/dL

Nº 70

Importancia de la actualización del contenido de los prospectos de información de medicamentos y de los conocimientos en farmacología de los farmacéuticos comunitarios

Navarro Visa, Elena. Barris Blundell, Damià. *Farmacia Zarzuelo.*

Palabras clave: Estatinas, enfermedad pulmonar intersticial

Descripción: Acude a la farmacia el hijo cuidador de una mujer de 74 años, que nos muestra su preocupación pues su madre ha leído en el prospecto del último medicamento dispensado de atorvastatina la advertencia siguiente: «Hable con su médico o farmacéutico antes de tomar atorvastatina si tiene una insuficiencia respiratoria grave». La paciente lleva más de 16 años utilizando atorvastatina y hace aproximadamente 8 años que se le diagnosticó una enfermedad pulmonar intersticial (EPI). *Intervenciones realizadas:* Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre EPI y su relación con la utilización de estatinas. A su vez comprobamos el motivo de la inclusión en el prospecto de atorvastatina de la precaución de empleo ante insuficiencia respiratoria grave. Según la bibliografía consultada, se observa que el número de notificaciones y casos publicados sobre la relación entre las estatinas y la EPI no es despreciable, si bien los datos siguen siendo escasos y los estudios disponibles son de baja calidad, por lo que el abordaje debe ser individualizado, valorando la estatina desde el punto de vista cardiovascular frente al riesgo de empeoramiento de la EPI. Una vez recogida esta información se la entregamos al cuidador de la paciente para que su equipo de médicos del hospital valore la relación entre la EPI diagnosticada y la utilización de atorvastatina. *Resultados:* El equipo médico decide retirar atorvastatina 20 mg, pues cree que puede guardar relación con su problema pulmonar. Tras la suspensión la paciente mejora su movilidad y su necesidad de oxigenoterapia. Al mes de retirar el medicamento la paciente sufre un infarto agudo de miocardio, con un aumento de los niveles de colesterol. Los médicos deciden volver a prescribir atorvastatina 40 mg/día. El balance riesgo-beneficio se inclina hacia la prevención secundaria, puesto que el daño pulmonar es irreversible. *Conclusiones:* Este caso nos obliga a plantearnos una mejora en la responsabilidad de los medicamentos dispensados: 1) Deberíamos haber sido capaces de relacionar la EPI de la paciente con el empleo de la estatina a pesar de los obstáculos; la paciente nunca acudía a la farmacia y cuando acudía no aceptó el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. 2) Deberíamos haber actualizado nuestros conocimientos en farmacología para informarnos del nuevo efecto adverso pulmonar detectado con estatinas. 3) Esta situación también pone de manifiesto la importancia de disponer de prospectos lo más actualizados posible.

Nº 71

Detección de fibrilación auricular en una farmacia comunitaria

Soto Sánchez, Noelia. Barris Blundell, Damià. Navarro Visa, Elena. *Farmacia Zarzuelo.*

Palabras clave: Fibrilación auricular, cribado, farmacia comunitaria

Descripción: Paciente de 73 años con hipertensión arterial que acude al servicio de atención farmacéutica para la medición de su presión arterial y su glucemia capilar. La paciente tiene tratamiento prescrito para hipertensión arterial, depresión, osteoporosis y hernia hiatal. La medida de presión arterial la realizamos con el medidor Microlife® WatchBP Home. Este dispositivo está diseñado para detectar la fibrilación auricular (FA). Las cifras de presión arterial obtenidas fueron 128/79 mmHg, con resultado positivo para FA. La paciente no conocía la FA y no estaba diagnosticada. *Intervenciones realizadas:* Para confirmar la sospecha de posible FA se ofreció a la paciente el servicio de electrocardiograma por telemedicina, que se realiza con el dispositivo del grupo sanitario Cardiplus Telemedicina Internacional. El informe obtenido es valorado por un médico cardiólogo. El diagnóstico fue: fibrilación auricular con RVN, bloqueo completo de rama derecha, trastorno inespecífico de la repolarización y extrasístolia ventricular aislada. Mediante el soporte informático «¡Cuídate corazón!», del proyecto CARDIORISC, se registraron los factores de riesgo cardiovascular y a partir de éstos se calculó el riesgo cardiovascular de la paciente, con resultado de riesgo añadido moderado. A la vista de los resultados decidimos informar al médico de atención primaria (AP), que derivó a la paciente al cardiólogo. *Resultados:* Las conclusiones del especialista fueron: fibrilación auricular persistente con RVC, actualmente en ritmo sinusal; cardiopatía hipertensiva leve con función sistólica conservada. Con dicho diagnóstico el cardiólogo cambia el tratamiento cardiovascular. *Conclusiones:* Nuestra farmacia apuesta por invertir en medios tecnológicos y formativos para crear oportunidades de desarrollo de servicios cognitivos por parte de los farmacéuticos del equipo. Este caso pone de manifiesto la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar del sistema sanitario. Gracias a una herramienta sencilla y a un servicio mediante telemedicina en colaboración con médicos cardiólogos se ha confirmado la sospecha de FA. Aunque se ha relacionado el uso de bifosfonatos (BI) con la aparición de FA no creemos que sea éste el motivo del origen de la FA de nuestra paciente. No obstante, sería aconsejable vigilar la posible aparición de alteraciones del ritmo cardíaco en los pacientes en tratamiento con BI, realizando un electrocardiograma en caso necesario.

Nº 72

Seguimiento farmacoterapéutico de una paciente con neuralgia del trigémino, e impacto económico sobre la farmacia

Virues Ávila, Alberto. Ávila Ruiz, Eulalia. *Farmacia comunitaria.*

Palabras clave: Atención farmacéutica, neuralgia trigémino, economía

Descripción: Mujer de 89 años, vista en consulta de neurología por sospecha de crisis mioclónicas de reciente comienzo y diplopía fluctuante de etiología no aclarada. Además presenta insuficiencia cardíaca y bloqueo AV de primer grado. La paciente, según nos cuenta la familia, sufre desvanecimientos frecuentes y necesita ayuda para la realización de funciones en su vida diaria. La medicación que está tomando actualmente es: carbamazepina.

pina 400 mg 1-0-1; omeprazol 20 mg 1-0-1; pregabalina 300 mg 1-0-1; tramadol 50 mg retard 1-0-1; ácido acetilsalicílico 100 mg 0-1-0; enalapril 5 mg 1-0-1; metformina 850 mg ½-0-1; furosemida 40 mg ½-0-0. *Intervenciones realizadas:* Se realiza fase de estudio, donde descubrimos posibles interacciones, así como efectos secundarios, que pueden provocar los síntomas que la paciente nos cuenta. Planteamos un plan de actuación, de acuerdo con la familia y con su médico, para lo cual nos proponemos la retirada total de tramadol, la disminución de la dosis de pregabalina y el control de su tensión arterial y su glucosa. Solicitamos analítica para comprobar los niveles de carbamazepina en sangre. *Resultados.* La paciente, tras sucesivas intervenciones, queda con: carbamazepina 400 mg 1-0-1; omeprazol 20 mg 1-0-1; pregabalina 75 mg 1-0-1; ácido acetilsalicílico 100 mg 0-1-0; enalapril 20 mg 1-0-0; furosemida 40 mg 1-0-0; metformina 850 mg ½-0-1. La paciente, durante estas semanas, no presenta más crisis mioclónicas ni diplopía; además, va recuperando la movilidad y la autonomía en su vida diaria. Los episodios de pérdida de conciencia y desvanecimientos desaparecen. *Discusión/conclusiones:* 1) La actuación sobre la paciente adecuando su medicación pero sin comprometer una posible recaída en su neuralgia del trigémino ha tenido un beneficio manifiesto en su calidad de vida. Entendemos tras estos resultados que existía una sobredosificación que estaba causando ambos efectos adversos, crisis mioclónicas y diplopía. 2) Tras la intervención realizada con los resultados antes expuestos, evaluamos económicamente lo que una correcta actuación supone para la farmacia. Coste mensual de la medicación previamente a la intervención: 310 euros (incluidos los pañales); postintervención: 80,80 euros. Coste ahorrado en medicación en un año: 2.750 euros (74% de ahorro). Esto nos debe hacer pensar en el impacto económico del servicio y su futura remuneración.

E. Trabajos de atención farmacéutica promovidos desde las instituciones: universidades, colegios profesionales, sociedades científicas no universitarias, etc.

Nº 73

Valoración de un material formativo para dispensación de productos sanitarios en pacientes traqueostomizados

Prado Álvarez, Ángeles. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria.*

Palabras clave: Traqueostomizados, dispensación, productos

Introducción: La dispensación de productos sanitarios para pacientes traqueostomizados resulta, en ocasiones, compleja por prescripciones poco concretas y/o desconocimiento del producto y sus características. Además, estos pacientes viven, por su patología, importantes modificaciones en su calidad de vida, por lo que es necesario disponer de información para poder realizar una atención farmacéutica de calidad. Con el fin de facilitar esta tarea, se elabora un material formativo en el que se incluye información sobre las necesidades de estos pacientes y los productos sanitarios de los que disponen para sus cuidados. *Objetivos:* Se trata de verificar que esta herramienta es útil para la dispensación y atención farmacéutica proporcionada a estos pacientes en oficinas de farmacia. *Método:* Se facilita a las 254 oficinas de farmacia de Cantabria, muestreo no probabilístico, el material formativo y una encuesta de valoración. Con los resultados de ésta se diseña un estudio de tipo transversal en el que se evalúan, además, otros puntos del material formativo no relevantes para el presente. Se distribuye junto con la circular colegial 16/12 y una carta de presentación. La encuesta de valoración es autoadministrada y las preguntas de interés, cerradas y valorativas según la escala de Likert (NS/NC, 1, 2, 3, 4, 5), en este caso son: P3: El material formativo proporciona al farmacéutico información importante para ofrecer un consejo adecuado al paciente laringectomizado; P4: Las herramientas incluidas en el material formativo facilitan la dispensación en la oficina de farmacia; P5: El material formativo me permite identificar las necesidades y cambios en el estilo de vida de estos pacientes; P9: Considera útil el protocolo de dispensación de cánulas; P10: Considera útil el cuadro de accesorios y distribuidores. *Resultados:* De las 254 oficinas de farmacia se han recibido 48 valoraciones, lo que supone una tasa de respuesta del 18,90%. Las medias más altas se registran en P4, P9 y P10, con 4,54, 4,60 y 4,56, respectivamente. Las desviaciones típicas más altas corresponden a P3 y P5, con 1,13 y 1,08, respectivamente. *Conclusiones:* Con los resultados obtenidos se determina que las oficinas de farmacia han valorado la información proporcionada como una buena y adecuada herramienta en todas las cuestiones planteadas, siendo los puntos mejor valorados los referentes a las herramientas, protocolos y cuadros incluidos en el material. Además hay que señalar que en el caso de P3 y P5 es donde existe mayor diferencia en los valores obtenidos y, por tanto, donde existe más diversidad de opiniones.

Nº 74

Valoración de la relación farmacéutico-paciente traqueostomizado desde el punto de vista de las oficinas de farmacia y asociaciones de pacientes

Prado Álvarez, Ángeles. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria.*

Palabras clave: Traqueostomizado, relación, farmacia

Introducción: Los pacientes traqueostomizados forman parte de un colectivo minoritario pero que tienen grandes necesidades en cuanto a atención farmacéutica se refiere. Tras la intervención y salida del centro hospitalario, el propio paciente y también sus familiares presentan muchos miedos por su nueva situación, así como muchas dudas respecto a los cuidados que precisan. El farmacéutico es uno de los profesionales sanitarios más accesible para el paciente y con el que se establece un mayor grado de confianza. *Objetivos:* Se trata de valorar la relación farmacéutico-paciente traqueostomizado desde el punto de vista de las oficinas de farmacia y asociaciones de pacientes. *Método:* Se facilita a las 254 oficinas de farmacia de Cantabria, muestreo no probabilístico, el material formativo y una encuesta de valoración que se distribuye junto con la circular colegial 16/12 y una carta de presentación. En el caso de las asociaciones se presenta vía telefónica y se distribuye posteriormente vía e-mail o correo postal, según las prefe-

rencias de cada colectivo. Con los resultados se diseña un estudio de tipo transversal en el que se evalúan, además, otros puntos no relevantes para el presente. La encuesta de valoración es autoadministrada y las preguntas de interés, cerradas y valorativas según la escala de Likert (NS/NC, 1, 2, 3, 4, 5): P1: Considera que el farmacéutico tiene un papel importante como apoyo al paciente traqueostomizado; P2: Considera necesaria una formación específica para las oficinas de farmacia en relación con estos pacientes. Además se les ofrece la posibilidad, a ambos grupos, de añadir comentarios a las cuestiones planteadas. *Resultados:* De las 254 oficinas de farmacia, se han recibido 48 valoraciones, lo que supone una tasa de respuesta del 18,90%. De las 27 asociaciones consultadas se obtuvo respuesta en 17 casos, lo que se corresponde con un 62,96% de respuesta. La media global para oficinas de farmacia y asociaciones es, respectivamente, 4,17 y 3,77. En ambos casos la desviación de los datos fue baja. *Conclusiones:* Los resultados obtenidos reflejan que ambos colectivos sienten que el farmacéutico tiene un papel importante, además de ser necesaria más información. Destacan especialmente los comentarios registrados en los que se destaca que las oficinas de farmacia no creen necesaria una atención farmacéutica especial, derivando en estos casos al especialista o a otros sanitarios, mientras que las asociaciones ponen de manifiesto el importante papel que las farmacias comunitarias tienen en su seguimiento y en la contribución a la mejora de su calidad de vida.

Nº 75

Rol del farmacéutico en el desarrollo de un proyecto de educación nutricional dirigido a pacientes mujeres en edad fértil

Crespo, Ezequiel. Jirala, María Alba. Melito, Graciela Sandra. Universidad Maimónides.

Palabras clave: Farmacéutico, nutrición, embarazo

Introducción: En las últimas décadas el descubrimiento más resonante dentro de la teratología fue conocer las deficiencias en la alimentación materna que originaban mayor riesgo de malformaciones en el feto, como la de ácido fólico y los defectos del tubo neural. Durante la vida fetal el estado nutricional materno puede inducir efectos permanentes en el metabolismo, el crecimiento y el neurodesarrollo, y procesos patológicos del feto en la edad adulta. *Objetivos:* Desarrollar un proyecto de educación nutricional a fin de disminuir el impacto de la malnutrición de la madre y las potenciales enfermedades del feto en la edad adulta. Diseñar un protocolo de atención farmacéutica nutricional. Diseñar un instrumento informativo que pueda ser entregado por el farmacéutico en la farmacia. Contribuir a la concientización del farmacéutico acerca de su importancia como agente primario de salud. *Método:* a) Estudio de observación, retrospectivo y transversal sobre historias clínicas en el Centro de Salud CESAC Nº 14 del barrio de Lugano en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. b) Análisis de encuestas distribuidas en farmacias para ser completadas por mujeres en edad fértil. *Resultados:* Del análisis de los estudios arriba mencionados se identificaron los siguientes problemas: sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol, hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, bajo nivel de instrucción. *Discusión:* Se propone el desarrollo de un proyecto de educación nutricional donde el farmacéutico ejerza su rol como agente primario de salud y educador, en el seguimiento del estado nutricional y de la terapia medicamentosa de pacientes mujeres embarazadas o en edad fértil, participando de un equipo de salud multidisciplinario integrado por médicos, obstetras, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y bioquímicos actuando de manera sincronizada, aportando sus conocimientos y desempeñando sus incumbencias profesionales, para de este modo proteger la salud de la embarazada desde el primer instante en el que puede establecer contacto con ella y su familia. *Conclusión:* Se propone la realización de un proyecto piloto en la campaña «Conociendo nuestra salud», organizada desde el año 2008, en forma anual y consecutiva hasta la fecha, por las carreras de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Maimónides, con la participación interdisciplinaria de las diferentes carreras de salud; y en una segunda etapa se plantea la puesta en marcha de dicho proyecto a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de Capital Federal, con el fin de proyectar en un futuro su implementación dentro de un Plan Nacional de Atención Primaria.

Nº 76

Plan de educación diabetológica en farmacia comunitaria a personas diabéticas insulino tratadas (DIABETFAR)

March, Marian. Universidad de Barcelona. Valls, Vicens. Industria farmacéutica. Martí, Mercè. Centro farmacéutico. Franch, Josep. Centro de atención primaria (CAP). Sánchez, Carme. Centro de atención primaria (CAP). Travé, Pere. Farmacéutico.

Palabras clave: Educación diabetológica, seguimiento farmacoterapéutico, diabéticos insulino tratadas

Antecedentes: Estudios previos realizados en farmacia comunitaria^{1,2} en pacientes con DM2 han demostrado que los niveles de conocimiento de esta enfermedad y sus complicaciones son bajos. *Objetivo:* Diseñar e implantar un programa de educación diabetológica para que el farmacéutico comunitario participe activamente en programas colaborativos. *Método:* Elaboración de un protocolo de registro y medición de los parámetros de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y de satisfacción, y de un modelo consensuado de derivación al médico y/o educador diabetológico. Se han adaptado 6 cuestionarios a formato Excel para la recogida de datos. *Diseño:* Estudio experimental aleatorizado prospectivo. Participación de 140 farmacias comunitarias distribuidas en todo el ámbito geográfico de Cataluña. Farmacias acreditadas para la docencia de prácticas tuteladas por la Universidad de Barcelona, que han recibido alumnos de enero a julio de 2013. Se han dividido de forma aleatoria por sorteo en dos grupos de 70 farmacias cada uno, grupo control y grupo intervención. Se han incluido 3 pacientes por farmacia con un total de 420 diabéticos insulino tratadas. Criterios de inclusión: las 3 primeras personas diabéticas insulino tratadas que han acudido a la farmacia de forma habitual a retirar su receta de insulina y que no iniciaban tratamiento. Criterios de exclusión: pacientes no insulino tratadas y no habituales de la farmacia y que no puedan valer por sí mismos. *Resultados:* Se ha elaborado un programa de educación diabetológica y se han realizado 1.260 entrevistas clínicas y motivacionales para conocer la situación y las necesidades del paciente relacionadas con los hábitos de vida y el uso efectivo y seguro de los medicamentos. Se han recogido más de 2.500 cuestionarios con información referente a conocimiento de la enfermedad y tratamiento, información sobre uso de medicamentos, calidad de

vida relacionada con la salud y satisfacción percibida. *Conclusión:* Esta experiencia práctico-colaborativa entre universidad, farmacia y paciente mediante un modelo de comunicación interprofesional ha impulsado una relación más efectiva con el médico y la enfermera diabetológica. El farmacéutico mediante este programa ha implementado el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y ha reforzado la educación diabetológica.

1. Fornos JA, et al. Diseño y validación de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2003; 5: 268-274.
2. Fornos Pérez JA, et al. Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia. *Av Diabetol.* 2008; 24(5): 399-406.

Nº 77

El vídeo como herramienta formativa. Primera experiencia de los sistemas personalizados de dosificación en atención farmacéutica

Modamio, Pilar. Miguez-Díez, Eric. Ruiz-Loscertales, Héctor. Braza, Antonio J. Fernández Lastra, Cecilia. Mariño, Eduardo L. *Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universidad de Barcelona.*

Palabras clave: Atención farmacéutica, sistemas personalizados de dosificación, vídeo

Objetivos: En febrero de 2013 se puso a disposición de la comunidad profesional, académica y científica un vídeo sobre los sistemas personalizados de dosificación (SPD). Esta comunicación tiene como finalidad establecer la consecución de los objetivos de aprendizaje en competencias específicas de atención farmacéutica por estudiantes de Farmacia, y analizar el papel de la utilización del vídeo como experiencia docente innovadora a escala estatal. *Método:* La población de estudio fueron los 437 estudiantes matriculados en la asignatura obligatoria «Farmacia clínica y atención farmacéutica» (curso 2012/2013) del Grado de Farmacia. El vídeo titulado «Los sistemas personalizados de dosificación como herramienta en la atención farmacéutica para la mejora de la adherencia al tratamiento y el éxito terapéutico», dura 13 minutos y es de acceso libre desde el portal de vídeo de la Universidad y desde el Campus de la asignatura. Se aplicó en la primera parte de la práctica «Farmacoterapia individualizada: SPD», complementando a la segunda, en la que los alumnos resuelven dos casos clínicos de pacientes crónicos complejos incluidos en el servicio de SPD. La práctica tiene una duración de 4 horas. La evaluación de los alumnos (junio de 2013) incluyó 4 preguntas relacionadas con el contenido del vídeo: dos acerca de la inclusión/exclusión de determinadas formas farmacéuticas en el SPD, una referida a la información que debe figurar en las etiquetas del dispositivo, y la última correspondiente a la fase técnica de elaboración del SPD. Tras la corrección, se calcularon los porcentajes de acierto. *Resultados:* La mayoría de estudiantes matriculados (99,7%) se examinaron de la asignatura. Las dos preguntas sobre la inclusión de formas farmacéuticas en el SPD tuvieron un 87% y un 88% de aciertos. La pregunta sobre la información que debe figurar en las etiquetas del dispositivo tuvo un 86% de aciertos, mientras que en la referente a las fases de elaboración del SPD el porcentaje de aciertos fue del 98%. *Discusión/conclusiones:* El elevado número de aciertos obtenido (>86%) indica que la mayoría de estudiantes logró los objetivos de aprendizaje de competencias específicas del futuro graduado en Farmacia y, en concreto, sobre la temática de los SPD como herramienta en la atención farmacéutica. Entre las posibles causas figura la inclusión del vídeo como recurso docente que complementa la metodología del aprendizaje basado en casos. El vídeo tuvo una gran aceptación, fundamentalmente en cuanto a la duración (corta) y formato (web y dispositivos móviles), favoreciendo la autogestión y el aprendizaje autónomo.

Nº 78

Grado de conocimiento y uso de la píldora anticonceptiva de los alumnos de farmacia de la Universidad de La Laguna

Rodríguez Roldán, Raquel. Martín Antoniano, Isabel A. Gutiérrez Mañero, Francisco Javier. *Universidad San Pablo CEU.*

Palabras clave: Conocimiento, uso, píldora anticonceptiva

Objetivos: El objetivo general es determinar y cuantificar el grado de conocimiento acerca de la píldora anticonceptiva de los estudiantes de Farmacia de la Universidad de La Laguna y analizar su uso. Los objetivos específicos consisten en determinar y cuantificar las variables sociosanitarias, de uso de la píldora y de conocimiento de ésta. *Método:* Se realizó un análisis de las variables sociosanitarias, las relativas al conocimiento de la píldora y a su uso, mediante un cuestionario de autocumplimentación que rellenaron 272 estudiantes del Grado o Licenciatura de Farmacia de la Universidad de La Laguna de entre 18 y 30 años de edad. *Resultados:* El 64% de los alumnos tuvieron un grado medio de conocimiento de la píldora anticonceptiva, siendo las dos preguntas relativas al olvido de la toma de la píldora las que más fallaron, mientras que las más acertadas entre los estudiantes fueron la de uso correcto y efectividad. Un 43,8% del total de alumnos (y un 58,3% de las estudiantes de sexo femenino) alguna vez en su vida habían tomado anticonceptivos orales, de los cuales los más usados fueron Diane 35 Diario, Yasmín, Yasminelle, Yaz y Dretinelle. Se evidenció una dispersión entre las usuarias que presentaban o no receta y las que lo hacían a veces. Al 38,7% no se les ha olvidado nunca la toma de la píldora y el 40,5% nunca había sufrido efectos secundarios a causa de la píldora. *Discusión/conclusiones:* Los alumnos de Farmacia han demostrado tener un grado de conocimiento adecuado, pero se debería reforzar la información relativa a los olvidos en la toma, ya que las dos preguntas donde más fallos se registraron fueron las relacionadas con este aspecto. Asimismo, los hombres fallaron significativamente más en la efectividad y las interacciones. Además, hay una gran parte de las alumnas que han tomado alguna vez la píldora, de las cuales aproximadamente el 60% a veces o nunca presentaban receta. Una de cada tres usuarias, aproximadamente, se tomaba la píldora olvidada sólo si pasaban menos de 12 horas. Aproximadamente tres de cada cinco estudiantes habían sufrido algún efecto secundario a causa de la píldora, entre los que destacaron aumento de peso, cambios de humor y cefalea.

Nº 79

Mejora de los conocimientos de los asistentes a un curso de formación sobre infecciones urinariasRamos Saiz, Eva. López Regueiro, Sofía. Blas Garrido, Cristina. *Oficina de farmacia.***Palabras clave:** Formación, infecciones urinarias

Objetivos: Evaluar la mejora de los conocimientos adquiridos por los asistentes a un curso de formación sobre infecciones urinarias impartido en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. **Método:** El curso se impartió en 2 grupos: grupo 1 (G1): 5, 7 y 8 de noviembre de 2012, de 20:00 a 21:30 horas; grupo 2 (G2): 12, 14 y 15 de noviembre de 2012, de 14:00 a 15:30 horas. El primer día de formación de cada grupo, antes de comenzar el curso, se repartió entre los asistentes un cuestionario de evaluación de conocimientos sobre el tema con 9 preguntas. El mismo cuestionario con las mismas preguntas se volvió a repartir el último día tras finalizar el curso. Las 9 preguntas tenían 4 opciones de respuesta, siendo posible que una misma pregunta tuviese 1, 2 o 3 opciones válidas. Había 18 respuestas correctas y 18 incorrectas. En la corrección del cuestionario, para que una pregunta fuera considerada correcta (valor: 1 punto), el alumno debía haber marcado todas las opciones válidas de respuesta. **Resultados:** En el G1, el primer día el cuestionario lo contestaron 17 personas y el último día 14. En el G2, el primer día el cuestionario lo contestaron 37 personas y el último día 36. Las calificaciones medias obtenidas en el primer grupo fueron 1,82 la inicial y 5,14 la final, y en el segundo 2,22 y 4,75, respectivamente. El número de respuestas incorrectas pasó de 54 a 26 en el primer grupo y de 100 a 99 en el segundo, mientras que el número de respuestas correctas pasó de 128 a 185 en el primero y de 273 a 465 en el segundo. El número de personas con alguna respuesta incorrecta bajó de 15 (88,2%) a 12 (85,7%) y de 36 (97,3%) a 34 (94,44%). **Discusión/conclusiones:** Ningún grupo alcanzó una calificación media de 4,5 el primer día, valor a partir del cual el cuestionario era considerado apto. Sin embargo, ambos grupos superaron dicha puntuación tras finalizar la formación. El porcentaje de mejora de las puntuaciones fue del 36,9% para el G1 y del 28,1% para el G2. La disminución de respuestas incorrectas y el aumento de las correctas observados el último día permite afirmar que la actividad ha sido útil para corregir posibles errores de información al paciente durante la dispensación, aunque no se ha llegado a conseguir que los asistentes adquieran todos los conocimientos, resultando necesario profundizar en la actividad.

Nº 80

Campaña de educación sanitaria para el uso seguro de medicamentos en el paciente crónico polimedocado: «Conoce tus medicamentos, utilízalos correctamente»

Beltrán Gárate, Idoia. Universidad de Navarra. Ardanaz Mansoa, María Pilar. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. Aldaz Herce, Pablo. Centro de Salud San Juan. López de Ceráin, Adela. Universidad de Navarra. García Ruiz, María Pilar. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. Ibarrola Guillén, Cristina. Gobierno de Navarra.

Palabras clave: Campaña, crónicos, polimedocados

Objetivo: Mejorar el conocimiento de los medicamentos y la adherencia terapéutica del paciente, y favorecer la colaboración entre profesionales sanitarios. Valoración del estudio piloto. **Método:** Campaña diseñada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, la Universidad de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, dirigida a pacientes con 4 o más medicamentos. Impartidas 3 sesiones formativas, comprometiéndose 156 farmacias; información específica a centros de salud (CS) y divulgación en medios de comunicación. Captación de pacientes en CS y farmacias. El farmacéutico, siguiendo la hoja de medicación del paciente, verifica si conoce los principios activos, indicaciones y posologías. Además, pregunta criterios para identificar medicamentos y determina el cumplimiento (test de Morisky-Green). Registra los resultados en el cuestionario de valoración de conocimientos y realiza educación sanitaria individualizada. Transcurridos dos meses, repite la intervención. Se desarrolló un estudio piloto con el Centro de Salud de San Juan y 10 farmacias, cuyos datos se presentan en resultados. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v.15.0. **Resultados:** Se recibieron 19 cuestionarios de la valoración inicial de conocimientos y adherencia. La edad media de los pacientes fue de 79,9 años (desviación típica [DT] 6,4). El 66,7% eran mujeres y el 58,3% poseía estudios primarios. La media de medicamentos fue 6,6 (DT 2,6). Respecto a los principios activos, el 44,4% tenía un nivel bajo de conocimientos, el 22,2% medio y el 33,3% alto. Respecto a la indicación y la posología, el 84,2% y el 89,2% presentaron un nivel alto, respectivamente. El 68,4% eran cumplidores. Los criterios principales de identificación de medicamentos fueron nombre comercial (80%) y apariencia (21,4%). El tiempo empleado por el farmacéutico fue menor de 15 minutos en el 71,4% de las intervenciones. **Discusión:** Tras el análisis del estudio piloto, se implementaron medidas de mejora, modificando el cuestionario de valoración de conocimientos para facilitar su cumplimentación. Dado el bajo número de valoraciones recibidas, se propuso fomentar la participación mediante sesiones formativas, diplomas de participación, etc. Sorprende la alta tasa de pacientes cumplidores, siendo conveniente revisar la administración del test de Morisky-Green y la selección de los pacientes diana. **Conclusiones:** Destaca el alto número de farmacias comprometidas, aunque es necesario fomentar su participación activa. La principal dificultad de los pacientes es el desconocimiento de los principios activos, resultando fundamental la intervención del farmacéutico en este ámbito. Es necesario reevaluar constantemente el diseño y los materiales empleados, para lograr la adecuada implementación de la campaña.

Nº 81

Análisis del gasto asociado a los tratamientos de esclerosis múltiple en España durante el periodo 2004-2012Hidalgo, Álvaro. *Seminario de Investigación en Economía y Salud. Universidad de Castilla-La Mancha. Villoro, Renata. Majadahonda.***Palabras clave:** Gasto, esclerosis, eficiencia

Objetivo: El objetivo es analizar los factores determinantes de la reciente evolución de los presupuestos destinados a las terapias modificadoras de la enfermedad (TME) destinadas a esclerosis múltiple (EM) en España durante el periodo 2004-2012. **Método:** Se analizó el gasto mensual en TME proporcionado por IMS Health para España entre 2004 y 2012 y se calculó para cada TME y línea de tratamiento: primera línea (interferón [IFN] β -1a intramuscular y subcutáneo, IFN β -1b subcutáneo y acetato de glatirámico) y segunda línea (natalizumab y fingolimod), la evolución mensual y anual de las cifras de pacientes y facturación, además del coste farmacológico por paciente y año de tratamiento. Para cada TME y línea, se analizaron la evolución anual en el periodo 2004-2012 y desde 2007 (inicio de comercialización de TME de segunda línea). **Resultados:** El gasto en TME aumentó un 147% en 2004-2012 (de 115,5 a 284,9 M€; 11,95% anual), y esta evolución puede descomponerse en: mayor número de pacientes tratados (126%; 10,70% anual) y crecimiento del coste anual por paciente (9%; 1,13% anual). Esta variable pasó de los 11.739 € en 2004 a 12.839 € en 2012. Durante 2007-2012 el gasto en TME aumentó un 73% (11,57% anual), atribuible a un 59% más de pacientes (9,73% anual) y un crecimiento del 9% (1,68%) en el coste anual por paciente. Por líneas, el coste anual por paciente en segunda línea es un 70% superior (promedio 2007-2012) al coste por paciente tratado (21.074 € frente a 12.372 €) y un 82% mayor que el coste por año de terapia en primera línea (21.074 € frente a 11.549 €). En el periodo 2007-2012 las terapias de segunda línea representan un 32% de los nuevos tratamientos, suponiendo un 48% del mayor coste farmacológico en EM. Omitiendo del análisis el año 2007 (únicamente 68 tratamientos de segunda línea y un gasto asociado de 1,44 M€), las terapias de segunda línea suponen el 38% de los nuevos tratamientos y un 55% del aumento del gasto en TME en el periodo 2008-2012. La participación de las TME de segunda línea crece entre 2004 y 2012, alcanzando en 2012 el 50% de los nuevos tratamientos y el 67% del aumento del gasto en TME. **Conclusiones:** El aumento del número de pacientes tratados con TME en España (10% anual en 2004-2012) y la incorporación y el uso creciente de nuevas terapias más costosas son factores a considerar en la gestión de los presupuestos de la farmacia hospitalaria.

Nº 82

Programa «D-VALOR, el valor de la dispensación». Resultados en la provincia de CádizFernández Jaldón, Rosario Pilar. García-Agulló Fernández, M. Dolores. Macías González, Cristina. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz.***Palabras clave:** Atención, farmacéutica, dispensación

Objetivo general: Evaluar el impacto de protocolizar y registrar la dispensación en la farmacia comunitaria. **Objetivos específicos:** Capacitar e incentivar a los farmacéuticos en la comunicación farmacéutico-paciente-equipo sanitario. Actualizar conocimientos en diferentes grupos terapéuticos. **Método:** Se trabajó con un diseño de estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de registro de datos de dispensación de medicamentos de grupos terapéuticos definidos (bifosfonatos, antiasmáticos, benzodiazepinas, estatinas, AINE) de enero a junio de 2012. Se evaluaron mediante el programa informático Microsoft® Access. Para el programa de formación se entregaron 7 módulos con contenidos teóricos, y se diseñó una hoja de registro para que los participantes la rellenaran en cada acto de dispensación. Además, en cada módulo se formularon unas preguntas específicas a los pacientes. **Resultados:** Participaron 73 farmacéuticos. Se registraron 5.013 dispensaciones, presentando una media de 69 dispensaciones por participante. La franja de población predominante corresponde a 45-65 años (42%) y a mujeres (63%), alcanzando en los bifosfonatos el 93%. Respecto al conocimiento del tratamiento, lo que más desconocen los pacientes es la duración del tratamiento. También hay porcentajes apreciables (15-20%) de desconocimiento de la forma de uso. Se ofreció información y/o educación sanitaria en un 90% de casos, un 7% de los pacientes se derivaron al médico y a un 3% de pacientes se les ofreció seguimiento farmacoterapéutico. Se analizan las respuestas a preguntas específicas a los pacientes acerca de su medicación; en este caso la muestra se reduce a una media de 1.000 pacientes: a) bifosfonatos: casi la mitad de los pacientes que toman estos medicamentos no conocen la forma de administración y un 14% no toman suplementos de calcio; b) antiasmáticos: más de un 15% reconoce no saber la técnica de uso de los inhaladores y un 40% suspende la medicación cuando desaparece la sintomatología; c) benzodiazepinas: un 20% desconoce que no puede interrumpirse bruscamente el tratamiento, un 18% no sabe que son incompatibles con alcohol y casi el 70% lleva más de tres meses de tratamiento; d) estatinas: un 12,90% de pacientes presenta problemas musculares, aunque no podemos asegurar que tengan relación con la estatina; pocos dicen tener problemas hepáticos (2,47%); f) AINE: menos del 8% tiene o ha tenido problemas gástricos y un 18% toma simultáneamente medicamentos susceptibles de interacción (antihipertensivos un 73%). **Conclusión:** El análisis de los datos pone de manifiesto el potencial de la dispensación informada para un mayor conocimiento del tratamiento por el paciente, que podría redundar en una mayor eficacia del mismo.

Nº 83

Análisis de la prescripción, en atención primaria, de medicamentos incluidos en la GuíaElizondo López de Landache, Isabel. Braceras Izaguirre, Leire. Zubizarreta Aizpurua, Alaitz. Echeto García, Ainara. Gardeazabal Romillo, María José. Betolaza San Miguel, Jon Iñaki. *Dirección de Farmacia. Gobierno Vasco.***Palabras clave:** Adhesión a la Guía, prescripción, primaria

Introducción: La Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria (AP) constituye una herramienta informativa que pretende ser un sistema de ayuda a la prescripción que facilita al médico la elección crítica de los medicamentos, al proporcionarle una información objetiva, contrastada y de fácil con-

sulta. El objetivo de este estudio fue analizar la prescripción de medicamentos incluidos en la Guía para realizar una correcta gestión y minimizar los riesgos que conlleva el uso de medicamentos no incluidos en ella. *Análisis:* Estudio observacional descriptivo transversal de la prescripción de medicamentos incluidos en la Guía de AP en el periodo 2010-2012 por médicos de familia. *Resultados:* Se analizan todas las recetas facturadas en la Comunidad Autónoma que han sido prescritas por médicos de familia. El indicador de adhesión a la Guía se define como el número de envases de medicamentos incluidos en la Guía dividido entre el número de envases de medicamentos totales. En 2010 presenta el valor de 68,7%, en 2011 de 67,93% y en 2012 de 68,29%. Si analizamos en importe, los valores son 46,77% en 2010; 42,42% en 2011 y en 2012, 39,90% (valor que se ha podido ver influenciado por la actualización de la Guía a mediados de año). *Conclusiones:* Los valores del indicador de adhesión a la Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria que presentan los médicos de familia son estables en el tiempo. Entre el 68 y el 70% de los envases prescritos pertenecen a medicamentos incluidos en la Guía. En base a estos resultados cabe decir que deben llevarse a cabo acciones de mejora en esta área, como pueden ser sesiones clínicas de utilización de medicamentos que fomenten un sistema sanitario más seguro y más eficiente.

Nº 84

Perfil de prescripción de especialistas en nefrología en pacientes ambulatorios

Braceras Izaguirre, Leire. Elizondo López de Landache, Isabel. Zubizarreta Aizpurua, Alaitz. Echeto García, Ainara. Gardeazabal Romillo, María José. Betolaza San Miguel, Jon Iñaki. *Dirección de Farmacia. Gobierno Vasco.*

Palabras clave: Nefrología, ambulatorios, prescripción

Introducción: La prescripción es un acto reflexivo que se alcanza como resultado de un complejo proceso y está influido por diversos factores. El objetivo es analizar los perfiles de prescripción de la medicación por principio activo por parte de los nefrólogos a través de receta médica, en función de los envases facturados. *Material y método:* Estudio observacional de corte transversal realizado a partir de las prescripciones médicas de pacientes ambulatorios asistidos en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a lo largo de 2012, que dieron lugar a la dispensación de medicamentos en las oficinas de farmacia. Para la extracción de datos se parte de los ficheros de facturación al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, de las recetas oficiales facturadas en las farmacias de la CAPV y prescritas por nefrólogos de la red de Osakidetza al alta o en consultas externas. *Resultados:* En 2012 los principios activos más prescritos, en número de envases, por nefrólogos son: omeprazol (inhibidor de la bomba de protones), furosemida (sulfonamida), paracetamol (analgésico) y atorvastatina (inhibidor de la hidroximetilglutaril coenzima-A reductasa). La prescripción de omeprazol y furosemida supone, para cada uno de ellos, el 15% del peso en el *ranking* de los 10 principios activos más prescritos. Sin embargo, el peso de paracetamol y atorvastatina supone, para cada uno de ellos, el 11%. Analizando los datos por importe, en el *ranking* de principios activos se encuentran los inmunosupresores: tacrolimus, ácido micofenólico, sirolimus, everolimus y ciclosporina. La suma de ellos supone el 34% del peso del *ranking* de principios activos por importe. El 51% del peso lo constituyen los fármacos para el control de la hiperpotasemia. *Conclusiones:* El perfil de prescripción de los nefrólogos no coincide con el perfil tipo de los prescriptores de atención primaria. Mientras que en la CAPV los nefrólogos presentan los inmunosupresores entre los más prescritos en importe a través de receta, los médicos de primaria, en cambio, presentan los inhaladores utilizados en enfermedades respiratorias. En base a los datos, habría que centrarse en realizar estudios de indicación-prescripción para comprobar si los medicamentos están bien prescritos por los nefrólogos.

Nº 85

El uso de ayudas al cumplimiento multicompartimentadas a escala poblacional: un estudio de factibilidad

Aguas, Yolanda. Colegio Oficial de Farmacéuticos. De Miguel, Enrique. Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC. De Miguel, Celia. Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC. Cáceres, Ana. Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC. Sanfélix, Catalina. Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC. Fernández-Llimós, Fernando. Facultad de Farmacia. Universidad de Lisboa.

Palabras clave: Ayudas al cumplimiento, adherencia, Practice-Based Research Network (PBRN)

Introducción: Las ayudas al cumplimiento multicompartimentadas (MCA) han sido postuladas para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes polimedcados. Sin embargo, su asociación con la mejora de resultados en salud de los pacientes no se ha demostrado suficientemente. Las MCA son útiles solamente para las formas farmacéuticas orales sólidas. Así, su utilidad práctica para una población extensa de la vida real tiene que ser explorada. *Objetivo:* Determinar la factibilidad de usar las MCA en una población extensa de usuarios de medicamentos. *Métodos:* Un estudio transversal fue realizado usando registros de la medicación de los pacientes existentes el 31 de diciembre de 2012 en las farmacias comunitarias pertenecientes a la Red de Investigación Basada en la Práctica (PBRN) AIPaFaC. Se excluyeron los pacientes que no visitaron la farmacia en los 60 días anteriores al análisis. La preparación de una MCA se considera «factible» si el paciente utiliza solamente formas farmacéuticas orales sólidas. La principal medida es la factibilidad de uso de una MCA para toda la medicación usada por el paciente. *Resultados:* De los 117.885 pacientes registrados en la PBRN AIPaFaC, 34.441 visitaron las farmacias en los 60 días anteriores, con una edad media de 50,0 y/o (SD= 23,1), y siendo mujeres el 58,2%. Los pacientes utilizaron 2,44 medicamentos (SD= 2,9), siendo 1,97 (SD= 2,46) formas farmacéuticas orales sólidas. Las MCA eran factibles para el 70,3% de los pacientes. Los pacientes que no podrían utilizar la MCA eran significativamente (Mann-Whitney [MW] $p < 0,001$) más viejos (pueden utilizarlas: 48,5 años; [SD= 21,8]; no pueden utilizarlas: 53,4 años [SD= 25,6]), tomaban significativamente (MW $p < 0,001$) más medicamentos (pueden: 1,5 [SD= 2,0]; no pueden: 4,7 [SD= 3,4]), significativamente usaban (MW $p < 0,001$) más formas farmacéuticas orales sólidas (pueden: 1,5 [SD= 2,0]; no pueden: 3,1 (SD= 3,0)) y usaban significativamente (ji al cuadrado $p < 0,001$) más medicamentos con margen terapéutico estrecho

(pueden: 4,8%; no pueden: 8,9%). *Conclusiones:* Aunque al parecer una mayoría de pacientes que usan medicamentos puede beneficiarse de una MCA, es en los pacientes que más necesitan una ayuda al cumplimiento en los que existe una probabilidad más baja de tener toda su medicación incluida en estos dispositivos.

Nº 86

Consumo de benzodiacepinas entre pacientes con osteoporosis

Aguas, Yolanda. *Colegio Oficial de Farmacéuticos.* **Villanueva, Amelia.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Márquez, Rafael.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Sánchez-Mohino, Pilar.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.*

Gimeno, Raquel. *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Fernández-Llimós, Fernando.** *Facultad de Farmacia. Universidad de Lisboa.*

Palabras clave: Osteoporosis, Practice-Based Research Network (PBRN)

Introducción: El aumento de la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas son característicos de la osteoporosis. Las fracturas se asocian con frecuencia a caídas, por lo que en las guías de práctica clínica se recomienda considerar los factores de riesgo de caída. Entre otros el uso de benzodiacepinas es un importante factor de riesgo de caídas en pacientes con osteoporosis. *Objetivo:* Analizar el uso de benzodiacepinas en pacientes con osteoporosis. *Métodos:* Estudio transversal de la cohorte de pacientes registrados en farmacias de la Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC a fecha 31 de diciembre de 2012. Se seleccionaron los pacientes que habían visitado las farmacias en los 60 días anteriores a la fecha. Se consideraron pacientes con problema de salud asociado: osteoporosis u osteopenia. Se analizó el consumo de benzodiacepinas (BZD) ansiolíticas o hipnóticas. *Resultados:* De los 117.885 pacientes registrados en las 24 farmacias, 34.441 habían visitado las farmacias en los últimos 60 días. La edad media era de 50,0 años (DE= 23,1) y el 58,2% eran mujeres. 2.744 pacientes (8,0%) estaban registrados con osteoporosis u osteopenia (406 hombres, prevalencia= 3,0%; 2.295 mujeres, prevalencia= 12,1%). 406 H + 2.295 M= 2.701 individuos. Hay 43 de los que no tenemos registrado el sexo. Los datos fueron calculados teniendo en cuenta estos 43 casos. 3.014 pacientes (8,8%) utilizaban benzodiacepinas ansiolíticas (N05BA) y 326 usaban BZD hipnóticas (N05CD). Un total de 3.271 pacientes usaba alguna de las dos BZD. 512 pacientes con osteoporosis u osteopenia (18,7%) utilizaban BZD ansiolíticas, y 70 (2,6%) utilizaban BZD hipnóticas. En total, 565 pacientes con osteoporosis u osteopenia (20,6%) utilizaban alguna de las BZD analizadas. La edad media de estos pacientes con alto riesgo de caídas/fracturas es de 71,2 años (DE= 10,2). *Conclusión:* Más del 20% de pacientes con osteoporosis u osteopenia utilizan alguna BZD, lo que incrementa seriamente su riesgo de caídas y, consecuentemente, de fractura. El uso de grandes bases de datos resultantes de la agregación de registros de farmacias comunitarias permite la identificación de áreas de interés prioritario para la intervención farmacéutica.

Nº 87

Suplementación con calcio y colecalciferol en pacientes con osteoporosis

Aguas, Yolanda. *Colegio Oficial de Farmacéuticos.* **Sánchez-Molina, Ana.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Torrado, María Auxiliadora.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Matos, Nerea.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Ramos, Felisa.** *Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC.* **Fernández-Llimós, Fernando.** *Facultad de Farmacia. Universidad de Lisboa.*

Palabras clave: Osteoporosis, Practice-Based Research Network (PBRN)

Introducción: Como se establece en las guías de práctica clínica, cualquiera de las opciones de actuación farmacológica para prevenir la fractura por fragilidad que se indique al paciente debe asociarse a suplementos de calcio y de vitamina D. *Objetivo:* Evaluar el uso de suplementos de calcio y colecalciferol en pacientes con osteoporosis. *Métodos:* Estudio transversal de la cohorte de pacientes registrados en farmacias de la Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC a fecha 31 de diciembre de 2012. Se seleccionaron los pacientes que habían visitado las farmacias en los 60 días anteriores a la fecha. Se consideraron pacientes con problema de salud asociado: osteoporosis u osteopenia. Se analizó la suplementación con sales de calcio y con vitamina D (colecalciferol). *Resultados:* De los 117.885 pacientes registrados en las 24 farmacias, 34.441 habían visitado las farmacias en los últimos 60 días. La edad media era de 50,0 años (DE= 23,1) y el 58,2% eran mujeres. 2.744 pacientes (8,0%) estaban registrados con osteoporosis u osteopenia (prevalencia de la enfermedad: 406 hombres, 3,0%; 2.295 mujeres, 12,1%) y 1.078 estaba tratados con antiosteoporóticos (prevalencia del tratamiento: 84 hombres, 0,6%; 974 mujeres, 5,1%). Sólo el 12,6% de los pacientes con osteoporosis u osteopenia y el 21,1% de los tratados con antiosteoporóticos utilizaban algún suplemento de calcio. Sólo el 17,9% de los pacientes con osteoporosis u osteopenia y el 35,5% de los tratados con antiosteoporóticos utilizaban algún suplemento de colecalciferol. *Conclusión:* La mayoría de los pacientes con osteoporosis, tratados o no, no están utilizando suplementos de calcio o de vitamina D, tal y como recomiendan las guías de práctica clínica. El uso de grandes bases de datos resultantes de la agregación de registros de farmacias comunitarias permite la identificación de áreas de interés prioritario para la intervención farmacéutica.

Nº 88

Campaña «Sol i Salut». Encuesta sobre hábitos y conocimientos frente al riesgo solar

Bosch, Núria. *Farmacéutica. Vocal de Dermofarmacia del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (COFB).* **Rodríguez-Caba, Cristina.** *Farmacéutica. Departamento de Formación y Desarrollo Profesional del COFB.* **Valls, Rosa Maria.** *Farmacéutica. Laboratorios Dermatológicos Avène.* **Estrada-Campmany, Maria.** *Farmacéutica. Departamento de Formación y Desarrollo Profesional del COFB.* **López, Juan Luis.** *Biólogo. Laboratorios Dermatológicos Avène.* **Lozano, Pau.** *Departamento de Formación y Desarrollo Profesional del COFB.*

Palabras clave: Sol, hábitos, educación sanitaria

Objetivos: Analizar los hábitos y conocimiento frente a la exposición solar de la población frecuentadora de la farmacia comunitaria para elaborar acertadamente una campaña de educación sanitaria ante el incremento del cáncer de piel. **Método:** 1) Encuesta en una plataforma de Internet diseñada y validada para detectar el nivel de información y las conductas. 2) Acceso al formulario desde una web activa durante 15 días. 3) Análisis realizado por respuestas válidas. **Resultados:** En la campaña participaron 101 oficinas de farmacia (provincia de Barcelona) y se encuestaron 1.542 usuarios. Perfil de los usuarios: a) Edad media: 43 años, población femenina (84%). b) Lugar de obtención de fotoprotectores: (75%) oficina de farmacia (F), (12%) hipermercado (H), (6%) perfumería y (5%) parafarmacia. c) Un 23% afirma no haberse quemado nunca; 18% (H), 24% (F). d) Un 17% indica haberse quemado más de 5 veces (22% H, 17% F). Nivel de conocimiento: a) Más del 95% conocen la relación entre exposición al sol y envejecimiento prematuro, aparición de lunares y necesidad de protección solar para niños <3 años. b) Un 49% obtiene un nivel de conocimiento ≥ 5 (sobre 10). c) Un 8% cree que usa un índice de fotoprotección (IP) no adecuado (20% H, 6% F) frente a un 77% que dice usar el adecuado (57% H, 83% F); lo desconocen un 15% (24% H, 12% F). Hábitos de prevención: a) Un 38% no se revisa los lunares en la piel (47% H, 37% F). b) De los que sí lo hacen, sólo el 23% va al dermatólogo (16% H, 24% F). c) El IP utilizado por los usuarios que adquieren el fotoprotector en farmacias es más alto (IP 50+, 35% F) respecto a los usuarios que adquieren fotoprotectores en los hipermercados, que eligen IP más bajos (IP 15-20-25, 38% H). d) El número de usuarios que se aplican correctamente los fotoprotectores es superior en la farmacia (68%) (H 35%). e) Los usuarios eligen la farmacia para comprar los fotoprotectores por confianza (53%), calidad (27%) y consejo (16%). **Conclusiones:** En la muestra analizada: 1) el grado de conocimiento de los usuarios respecto a la exposición solar es aceptable; 2) para mejorar la prevención es necesario incidir en aspectos sobre la correcta utilización de fotoprotectores y el control de la piel; 3) el farmacéutico es un profesional muy bien posicionado para incrementar el nivel de conocimiento y mejora de hábitos frente al sol en la población.

Nº 89

Explicación farmacogenética de las fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas de tacrolimus en un paciente en seguimiento farmacoterapéutico

Sáez-Benito Suescun, Ana. Aznar, Ignacio. Ribate, M. Pilar. García, Cristina Belén. Berenguer, Nuria. Sáez-Benito, Loreto. *Universidad San Jorge.*

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, farmacogenética, inmunosupresores

Varón de 41 años, trasplantado de riñón en 2008, que solicitó el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) por sufrir problemas de salud que él relacionaba con su medicación. El paciente presentaba fluctuaciones muy importantes en las concentraciones plasmáticas de tacrolimus (3 a 12 ng/mL) con pequeñas variaciones de dosis (1 y 2 mg). Tratamiento farmacológico: tacrolimus 0,5 mg (1-0-0) y 1 mg (0-0-1), sal de ácido micofenólico 360 mg (1-0-1) y prednisona 5 mg (1-0-1), omeprazol 20 mg (1-0-0) y ebastina 10 mg (1-0-0). **Objetivo:** Estudio de las fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas de tacrolimus desde una perspectiva multidisciplinar. **Método:** Un alumno de cuarto curso del Grado en Farmacia supervisado por una farmacéutica comunitaria prestó el servicio de SFT¹ al paciente en el ámbito de la oficina de farmacia. Se realizaron 3 encuentros con el paciente (entrevista, intervención, seguimiento) entre los meses de mayo y julio de 2013. Para la fase de estudio de este caso se realizó una sesión clínica en la que participó un equipo multidisciplinar compuesto por dos farmacéuticos comunitarios, un farmacéutico hospitalario y dos expertos en farmacogenética. **Resultados:** Análisis de situación: como posible causa de las fluctuaciones de los valores plasmáticos del inmunosupresor, se identificó la interacción entre omeprazol y tacrolimus por inhibición competitiva de la vía del CYP3A4². Plan de actuación: se redactó un informe en el que se detalló la interacción encontrada así como la alternativa terapéutica que no provoca tal interacción (rabeprazol). Evaluación y seguimiento: se comprobará la aceptación por parte del médico y en caso de sustitución del fármaco se comprobarán los niveles plasmáticos de tacrolimus. **Discusión:** El omeprazol se metaboliza fundamentalmente por la vía del CYP2C19, aunque también por la vía del CYP3A4. Este hecho se agravaría si el paciente fuese metabolizador lento por la vía del CYP2C19, ya que aumentarían más las fluctuaciones³. El genotipado de los genes *CYP3A4*, *CYP3A5* y *CYP2C19* de metabolización de los fármacos analizados, así como del *ABCB1*, transportador para los mismos, permitiría conocer la existencia de una inhibición competitiva⁴. **Conclusiones:** Una visión multidisciplinar en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes es útil para comprender y abordar los fallos de efectividad y/o seguridad del tratamiento.

1. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2008.
2. Zhao W, Fakhoury M, Maisin A, et al. Pharmacogenetic determinant of the drug interaction between tacrolimus and omeprazole. *Ther Drug Monit.* 2012; 34(6): 739-741.
3. Sabater J. Medicina personalizada posgenómica. Conceptos prácticos para clínicos. Elsevier, 2010.

Nº 90

Monitorización de concentraciones séricas de digoxina como herramienta para la detección de PRM prevenibles

García Jiménez, Laura. *Facultad de Farmacia de Salamanca.* Martín Suárez, Ana. *Facultad de Farmacia de Salamanca.* Valles Martín, Elena. *Facultad de Farmacia de Salamanca.* Villacañas Palomares, M. Victoria. *Hospital Universitario de Salamanca.* Calvo Hernández, M. Victoria. *Hospital Universitario de Salamanca.*

Palabras clave: Digoxina, monitorización, PRM

Objetivos: Analizar PRM asociados a digoxina en pacientes del servicio de urgencias con digoxinemias >1,3 ng/mL, y evaluar la utilidad de la monitorización para prevenirlos. **Métodos:** Revisión retrospectiva de informes de monitorización de digoxina con concentraciones >1,3 ng/mL de pa-

cientes del servicio de urgencias entre enero y noviembre de 2012. Criterios de exclusión: informes sin datos de fecha y hora de la última administración o extracción, posología, creatinina sérica (Cr), edad o peso. Cálculo del aclaramiento de creatinina (ClCr) mediante la fórmula de Cockcroft-Gault, considerando insuficiencia renal (IR) valores <45 mL/min/1,73 m². Individualización de dosis mediante ajuste bayesiano (PKS®, Pharmacokinetic System, Abbott). Margen terapéutico de digoxina considerado: 0,8-1,3 ng/mL en fibrilación auricular; 0,5-0,9 ng/mL en insuficiencia cardiaca congestiva. **Resultados:** Se revisaron informes de 83 pacientes. Población de estudio 46 pacientes (tabla 1).

PRM detectados: 1) digoxinemia $>1,3$ en pacientes mayores de 70 años: 100% de pacientes; 2) dosis $>0,125$ mg diarios de digoxina en pacientes IR: 37% de pacientes; 3) hipo o hiperpotasemia: 7% de pacientes $[K^+] <3,5$

meq/L, 9% de pacientes $[K^+] >5,3$ meq/L; 4) medicación concomitante con posible interacción (dato en 19 pacientes): 95% de 19 pacientes; aumento del riesgo de intoxicación: 89% de 19 pacientes; 6) administración de dosis mayor de la prescrita: 8% de pacientes; 7) pauta inapropiada (excluidos 9 pacientes con concentración no valorable): 100% de 37 pacientes. Recomendación: suspender el tratamiento hasta niveles terapéuticos: 38% de 37 pacientes. Recomendación de dosis menor: 62% de 37 pacientes. Riesgo de interpretación errónea de las concentraciones por muestreo inapropiado: 11% de pacientes antes de 6 h; 2% de pacientes no alcanzado el equilibrio. **Conclusiones:** A pesar de la escasa información disponible, todos los pacientes presentaban más de un PRM relacionado con un aumento del riesgo de intoxicación digitalica. Conocer la concentración de digoxina hubiera evitado un PRM al 100% de los pacientes. La individualización de la dosis hubiera evitado pautas inadecuadas en el 100% de los pacientes en los había suficiente información para realizarla. Consideramos la monitorización de digoxina una herramienta muy útil para la atención farmacéutica de pacientes ancianos en tratamiento con este fármaco.

Tabla 1. Características de la población (media \pm DE, intervalo)

Mujeres/hombres	32/14	70/30%
Edad (años)	85 \pm 6	73-96
Peso (kg)	62 \pm 11	40-90
Creatinina sérica (mg/dL)	1,52 \pm 0,91	0,64-4,41
ClCr* (mL/min/1,73 m ²)	32,3 \pm 15,4	6,9-80,0
$[K^+]$ (meq/L) (n= 34)	4,5 \pm 0,9	2,6-7,0

*Se consideró IR en el 83% de los pacientes.

Nº 91

Automedicación en alumnos de farmacia en prácticas tuteladas

Valles Martín, Elena. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca. **Martín Suárez, Ana.** Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca. **García Jiménez, Emilio.** Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Palabras clave: Automedicación, estudiantes farmacia, prácticas tuteladas

Objetivo: Determinar la prevalencia de automedicación en alumnos de 5º curso del Grado en Farmacia de la Universidad de Salamanca en prácticas tuteladas y sus condicionantes en relación con los conocimientos y hábitos sobre automedicación. **Método:** La población de estudio fueron alumnos matriculados en la asignatura obligatoria de prácticas tuteladas en el periodo febrero-julio de 2012, que acudieron a la reunión obligatoria de seguimiento y accedieron voluntariamente. Se diseñó y evaluó, en un grupo piloto, un cuestionario de 9 ítems para recoger la información sobre las variables de estudio: a) dependiente: existencia de automedicación en el último mes; b) independientes: edad, género, padre/madre o ambos profesional sanitario, tipo de medicamento más utilizado, motivo más habitual de solicitud del medicamento y fuente de información de medicamentos. Análisis estadístico (SPSS v.17.0) de las variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media), posición (percentiles) y dispersión (desviación típica); y análisis de frecuencias para las variables cualitativas. **Resultados y discusión:** Cumplimentaron la encuesta 111 alumnos (100%) de edad entre 22 y 34 años. El 69% eran mujeres y un 60% refirió no tener padre y/o madre profesional sanitario. Un 92% de los alumnos encuestados se automedicó en el último mes; esta prevalencia concuerda con estudios recientes en distintas poblaciones universitarias españolas. Los grupos terapéuticos más utilizados fueron los analgésicos y los antiinflamatorios (30%). Un 66% de los alumnos define automedicación como la toma de medicamentos sin la intervención de un profesional sanitario, un 23% señala la necesidad de la intervención del farmacéutico y un 11% la consideró como un «problema de salud». El motivo de solicitar un medicamento sin receta fue, en un 40%, por tratarse de síntomas o padecimientos frecuentes y/o la existencia de un conocimiento previo del medicamento. Entre las fuentes de información, el 57% eligió el prospecto y el 40%, webs oficiales. La totalidad de la población declaró que el medicamento solucionó su problema de salud. **Conclusiones:** Nueve de cada diez alumnos de prácticas tuteladas se automedicaron en el último mes. Parece destacable que, a pesar de los conocimientos sobre uso de medicamentos de estos alumnos y de encontrarse en contacto con la práctica profesional, algunos consideren la automedicación un «problema de salud» y la mayoría no aprecie la relevancia de la labor del farmacéutico para su práctica correcta.

Nº 92

Cumplimiento del protocolo de dispensación durante las prácticas tuteladas en la oficina de farmacia

Valles Martín, Elena. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca. **Pérez Blanco, Jonás Samuel.** Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca. **García Jiménez, Emilio.** Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. **Martín Suárez, Ana.** Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca.

Palabras clave: Dispensación, Foro de Atención Farmacéutica, protocolo

Objetivo: Describir cómo realizan el servicio de dispensación los estudiantes de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca durante su estancia en prácticas tuteladas en oficina de farmacia cuando un paciente acude solicitando un medicamento concreto sin receta, y en qué medida se

ajustan a la metodología establecida por Foro. *Método:* La población de estudio fueron los alumnos matriculados en la asignatura obligatoria de prácticas tuteladas en el periodo febrero-julio de 2012 en oficinas de farmacia. Se diseñó y evaluó, en un grupo piloto, un cuestionario con preguntas dicotómicas (Sí/No) para consultar la existencia en cada farmacia de una metodología de dispensación previamente establecida y la supervisión directa de las dispensaciones. Y 13 preguntas (escala tipo Likert de 1 a 5) para consultar la frecuencia de verificación de los indicadores establecidos por Foro para la realización sistemática de una adecuada dispensación. Se consideró una dispensación acorde a la metodología de Foro cuando la puntuación media de los indicadores fue mayor de 3. En el análisis estadístico (SPSS v.17.0) se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$ (IC=95%). Se elaboraron tablas de contingencia, utilizándose el test de la ji al cuadrado de Pearson (χ^2). Para la representación gráfica de los resultados se utilizó el programa estadístico R. *Resultados y discusión:* Participaron 72 alumnos con edades entre 22 y 34 años. El 79% declaró que las dispensaciones habían sido supervisadas por un farmacéutico. El 68% declaró la existencia de una forma de actuación previamente establecida para la dispensación. En el 58% de los casos manifestaron que realizan las dispensaciones siguiendo el procedimiento de Foro. Se observó un mayor seguimiento cuando los alumnos fueron supervisados por un farmacéutico y mejoró significativamente cuando existía en la farmacia un protocolo previo de actuación ($p = 0,005$). Los indicadores más frecuentemente verificados fueron: «¿Para quién es el medicamento?», «¿Para qué va a tomar/utilizar el medicamento?» y «¿Está tomando otros medicamentos?». Los menos verificados fueron: «¿Hasta cuándo lo va a tomar/utilizar?» y «¿Qué cantidad va a tomar/utilizar?». El 58% de los casos manifestaron que la dispensación acabó con la entrega del medicamento solicitado. *Conclusiones:* Seis de cada diez alumnos manifiestan que, en prácticas tuteladas, realizan la dispensación según el documento establecido por Foro, contribuyendo a una mejor formación del futuro profesional sanitario en la metodología de atención farmacéutica actualmente consensuada. Existe un mayor seguimiento cuando existe un protocolo previo en la farmacia.

Nº 93

¿Qué sabemos del programa de tratamiento de mantenimiento con metadona implantado en farmacias de Catalunya?

Toro Blanch, Cristina. *Facultad de Farmacia. UB. Rabanal, Manel.* *Departament de Salut. Via Sosa, Maria Àngels.* *Facultad de Farmacia. UB. Gaspar Caro, M. José.* *Departament de Salut. Rams, Neus.* *Departament de Salut. March, Marian.* *Facultad de Farmacia. UB.*

Palabras clave: Metadona, farmacia, satisfacción

Objetivos: *Objetivo principal:* Conocer en profundidad el programa de tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) en las farmacias comunitarias de Catalunya y la satisfacción de los pacientes y de los farmacéuticos que participan en él. *Objetivos secundarios:* Analizar el perfil del paciente y del farmacéutico, la tipología de la farmacia y la relación con los centros prescriptores. *Material y métodos:* *Diseño:* Estudio transversal, descriptivo y multicéntrico. *Población de estudio:* Farmacéuticos responsables del programa ($n = 174$) y pacientes ($n = 1.324$). *Instrumento de medida:* Se diseñaron dos encuestas, una para farmacéuticos y otra para pacientes. *Variables:* La encuesta para farmacéuticos se estructuró en cinco dimensiones (perfil del farmacéutico, tipología de la farmacia, aspectos generales del programa, funcionamiento del programa y satisfacción). La encuesta para pacientes se estructuró en cuatro dimensiones (perfil sociodemográfico, consumo de drogas, cuestionario de satisfacción global Client Satisfaction Questionnaire-8 y satisfacción de los aspectos más relevantes del programa según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction y el United Nations Drug Control Programme). *Metodología:* Las encuestas fueron enviadas a las farmacias por correo el pasado mes de mayo. Cada farmacia recibió un sobre con una carta de presentación, las encuestas (farmacéutico y pacientes) y los sobres necesarios para ser reenviados. *Estadística:* Los datos se analizaron con el programa SPSS v.19. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% y el nivel de significación estadística para valores de $p < 0,05$. *Resultados:* Hasta el momento se han podido analizar las encuestas recibidas de 71 farmacéuticos y 52 pacientes. Respecto a los pacientes, la mayoría son hombres (82%), solteros (50%), con estudios primarios (64%), sin trabajo (47,9%) y con una edad media de $43,5 \pm 6,9$ años. Llevan una media de $3 \pm 2,9$ años en el programa y un 50% acude semanalmente a la farmacia a recoger la metadona. La puntuación media del CSQ-8 es de $26,7 \pm 5,1$ (máxima: 32). Respecto a los farmacéuticos, un 67,7% son mujeres, llevan más de diez años colaborando en el programa y atienden a una mediana de 5 pacientes por farmacia. La persona de mayor contacto del centro prescriptor es el médico (71,6%) y la relación es muy buena (50%). Los farmacéuticos están satisfechos o muy satisfechos (80,9%) y la principal limitación es el sistema de registro. *Conclusiones:* Un primer análisis de los resultados permite afirmar que la satisfacción de farmacéuticos y pacientes del programa de TMM en Catalunya es elevada.

Nº 94

Efectividad de la dispensación en el conocimiento del paciente sobre su medicación

Abaurre Labrador, Raquel. *Farmacia comunitaria. Abaurre Labrador, Cristóbal.* *Farmacia comunitaria. Romero Sánchez, Javier.* *Farmacia comunitaria. García Delgado, Pilar.* *Facultad de Farmacia. Gastelurrutia Garralda, Miguel Ángel.* *Farmacia comunitaria. Martínez Martínez, Fernando.* *Facultad de Farmacia.*

Palabras clave: Dispensación protocolizada, conocimiento, resultados negativos asociados a la medicación

Objetivos: Medir el efecto de la dispensación protocolizada y la dispensación no protocolizada sobre el CPM en las farmacias participantes. Medir el efecto de la dispensación protocolizada y la dispensación no protocolizada sobre la detección de PRM y sospechas de RNM en las farmacias participantes. *Método:* Estudio cuasiexperimental pre y postest con grupo control, realizado en farmacias comunitarias voluntarias de las provincias de Málaga y Murcia durante los meses de mayo a octubre de 2011. El estudio se realizó en aquellos pacientes (o cuidadores) que acudieron a las farmacias

incluidas en el estudio a retirar uno o varios medicamentos para uso propio, con o sin receta médica, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. *Tamaño de la muestra:* El porcentaje de pacientes sin conocimiento del medicamento se estimó en un 66%, según estudios previos (1ª fase). Se fijó un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una razón entre grupo intervención y grupo control de 1:1. Se seleccionaron 32 oficinas de farmacia (16 intervención y 16 control) y entre 20 y 21 pacientes en cada una. *Selección de la muestra:* La muestra se seleccionó en dos etapas: selección de las OF necesarias para alcanzar el tamaño muestral prefijado y selección de los pacientes que formarán la muestra entre las farmacias incluidas en la primera fase. Por muestreo aleatorio simple entre aquellas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. *Resultados:* La muestra la conformaron 339 pacientes en el grupo intervención y 342 en el control. No se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención en cuanto a características sociodemográficas, salvo para el nivel de estudios, pues se observó una mayor representación de población con estudios universitarios en el grupo intervención. La probabilidad de tener conocimiento del medicamento tras la intervención fue 2,6 veces superior en el grupo intervención frente al grupo control (IC 95%: 1,5-4,4). La probabilidad de detectar PRM fue 6 veces mayor en el grupo intervención respecto al grupo control (IC 95%: 2,18-16,75). La probabilidad de detectar sospechas de RNM fue 3,7 veces mayor en el grupo intervención respecto al grupo control (IC 95%: 1,74-7,85). *Discusión/conclusiones:* La utilización de un proceso estructurado de trabajo para el servicio de dispensación en farmacia comunitaria ha demostrado ser efectivo para aumentar el conocimiento de los pacientes acerca de sus medicamentos, así como para detectar problemas relacionados con los medicamentos y sospechas de resultados negativos asociados a la medicación.

Nº 95

Criterios de alerta para la identificación de pacientes que requieran la formulación de un medicamento individualizado

Abarca Lachen, Edgar. Sáez-Benito Suescun, Loreto. Marro Ramón, Diego. *Universidad San Jorge.*

Palabras clave: Medicamento individualizado, identificación, criterios alerta

Introducción: El medicamento individualizado es el paradigma de la atención farmacéutica, siendo aquel que se adapta a las necesidades farmacológicas y clínicas de un paciente en particular. Sin embargo, el médico carece de herramientas de decisión que le permitan conocer cuándo el medicamento individualizado es la mejor opción terapéutica, siendo evidente la necesidad de proporcionar criterios que ayuden al prescriptor. *Objetivo:* Proponer criterios de alerta para que el médico prescriptor pueda identificar las necesidades farmacoterapéuticas de aquellos pacientes que requieran la formulación de un medicamento individualizado. *Metodología:* Se utilizó la metodología cualitativa, aplicando las siguientes técnicas de obtención de información: 1) entrevista individual semiestructurada a profesionales expertos en la materia: farmacéuticos elaboradores, dermatólogos, pediatras y médicos de atención primaria (julio-agosto de 2013); 2) grupo focal de médicos de atención primaria a través del Proyecto de Divulgación de la Formulación en Centros de Salud, fase VI. Entrega de documentación: objetivos del estudio, algoritmo de decisión, fuentes de información y datos de contacto (octubre de 2013). *Resultados:* Se obtendrá un algoritmo de decisión con criterios de alerta que permitan al médico la detección de aquellas situaciones clínicas que justifiquen individualizar la farmacoterapia. *Utilidad del estudio:* La herramienta diseñada puede ser de utilidad clínica como respuesta a la gran demanda del médico prescriptor por conocer cuándo y por qué la individualización del medicamento es la mejor opción terapéutica.

Nº 96

Barreras para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la farmacia comunitaria: una revisión sistemática

Alonso-Perales, María del Mar. Lasheras, Berta. Beitia, Guadalupe. Beltrán, Idoia. Marcos, Beatriz. Núñez-Córdoba, Jorge M. *Farmacia Cristina Cabiró. Departamento de Farmacología y Toxicología. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra.*

Palabras clave: Prevención, cardiovascular

Introducción: La enfermedad cardiovascular se encuentra entre las principales causas de muerte en el mundo. La estrategia de prevención primaria que requiere la lucha contra esta enfermedad puede fortalecerse con la importante función que desempeñan los farmacéuticos comunitarios en la prestación de servicios de promoción de la salud y de las condiciones potencialmente ideales que reúnen las oficinas de farmacia para llevar a cabo este tipo de servicios. Sin embargo, algunos estudios han revelado ciertas barreras específicas para desarrollar una adecuada prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la farmacia comunitaria. *Objetivo:* Identificar y sintetizar las barreras más importantes para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la farmacia comunitaria. *Métodos:* Se realizó una revisión sistemática de la literatura en PubMed por un periodo de 15 años (desde el 1 de abril de 1998 hasta el 1 de abril de 2013), se contactó con expertos en el tema y se realizaron búsquedas manuales de la bibliografía. Se incluyeron artículos revisados por pares, escritos en inglés, que estudiaran mediante un análisis transversal o encuesta la percepción sobre las barreras a las actividades de prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la farmacia comunitaria. Dos revisores extrajeron de manera independiente las características y los datos de cada estudio. *Resultados:* Se identificaron 19 estudios que satisficieron los criterios de inclusión. Los principales obstáculos a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la oficina de farmacia incluyen factores relacionados con el farmacéutico, factores relacionados con el lugar físico para el desarrollo de estas actividades, factores económicos y factores relacionados con el paciente. *Conclusiones:* Esta revisión proporciona información basada en pruebas sobre los obstáculos para desarrollar actividades de prevención primaria de la salud cardiovascular en la farmacia comunitaria. Este conocimiento es útil para desarrollar estrategias que ayuden a mejorar la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en la farmacia comunitaria.

Nº 97

Implicación del farmacéutico comunitario en la seguridad del paciente

Monteagudo, Imanol. Redondo, Ana. Rojo, María. Gredilla, Teresa. Sáenz de Santamaría, Miriam. González, Amaia. Monteagudo, Marta. Sáenz de Ugarte, Ismene. Martínez, Marisa. Martínez, Javier. *Grupo de Seguridad del Paciente. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Álava.*

Palabras clave: Seguridad, paciente, errores

Objetivos: Difundir las actividades desarrolladas por el Grupo de Seguridad del Paciente (SP) del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Álava (COFA) durante el último año. *Material y métodos:* Este grupo de trabajo fue impulsado por el COFA ante la preocupación de los profesionales sanitarios por la seguridad y para prevenir daños en los pacientes atendidos por el sistema sanitario. Está formado por farmacéuticos comunitarios que se reúnen periódicamente para: 1) sensibilizar al colectivo de farmacéuticos sobre la SP, identificando áreas de mejora en el ejercicio profesional; 2) motivar y apoyar a las farmacias comunitarias para que implementen mejoras en la SP; 3) crear herramientas útiles para la farmacia, por ejemplo procedimientos (PNT), y uso de la web colegial para notificar eventos adversos como los errores de medicación (EM) y los problemas de seguridad; 4) colaborar con otros profesionales sanitarios en la mejora de la SP. *Resultados:* El Grupo ha elaborado los siguientes materiales: PNT de recepción, almacenamiento y dispensación segura de medicamentos con el objetivo de minimizar los errores y evitar que afecten al paciente; fichas de medicamentos potencialmente peligrosos; aplicación informática de registro de errores de medicación (EM); documento de la mejora de la SP en la prescripción por principio activo; dpticos de difusión del programa de farmacovigilancia (tarjeta amarilla); espacio específico en la web colegial sobre SP. Además, ha fomentado la formación y la participación en programas de atención farmacéutica (D-Valor). *Conclusiones:* El Grupo de Seguridad del Paciente del COFA ha realizado diversas acciones para la mejora de los procesos cotidianos de la farmacia comunitaria. La SP es un área de trabajo en la que el farmacéutico debe tomar parte activa por su accesibilidad, su contacto directo con el paciente y su relación con otros agentes sanitarios. El farmacéutico, con su actuación profesional, puede gestionar y disminuir los EM mejorando la información recibida por el paciente sobre el uso de los medicamentos.

Nº 98

Diseño, desarrollo y evaluación de un taller de información de medicamentos al paciente

Vilarrasa, Laia. *Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universitat de Barcelona.* Rubio, Anna. *Centre Integral de Salut Cotxeres.* Modamio, Pilar. *Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universitat de Barcelona.* Segú, Josep Lluís. *Consorci de Salut i Social de Catalunya.* Lastra, Cecilia F. *Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universitat de Barcelona.* Mariño, Eduardo L. *Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Universitat de Barcelona.*

Palabras clave: Información de medicamentos, taller, paciente

Objetivos: Diseño, puesta en práctica y evaluación de un taller sobre medicamentos para promover la salud entre sus asistentes en la vertiente de uso racional y seguro de los medicamentos y productos sanitarios y, consecuentemente, ofrecerles la posibilidad de tener un mejor control de su salud. *Método:* El taller se ha realizado, desde un centro de atención primaria (CAP) urbano (población asignada de 24.000 personas; 25% mayores de 64 años), en un centro de día. Se ha coordinado por una farmacéutica de atención primaria (FAP) y una estudiante de 5º curso del Grado en Farmacia (EF) y ha constado de 8 sesiones de una hora de duración, realizadas con una frecuencia quincenal (enero-mayo de 2013). Las temáticas tratadas han sido, entre otras, información sobre medicamentos, acondicionamiento, formas farmacéuticas y vías de administración, interacciones, botiquín y SIGRE. Se han utilizado diapositivas y ejercicios prácticos para acentuar la importancia de utilizar adecuadamente los medicamentos y productos sanitarios y se han resuelto cuestiones sobre aspectos farmacéuticos, ofreciendo la presencia de la FAP como vínculo entre los asistentes y otros profesionales sanitarios. *Resultados:* Los participantes del taller han sido mayoritariamente mujeres y la edad media de los asistentes ha sido 68 años. Se han resuelto 136 cuestiones planteadas tanto por los asistentes como por las coordinadoras y se estableció un vínculo entre un asistente y el personal de enfermería del CAP. El 100% de los participantes aseguran que el taller les ha permitido resolver dudas y situaciones hipotéticas sobre medicamentos y productos sanitarios, concienciarse de la importancia de hacer un uso adecuado y seguro de los medicamentos y de preguntar aspectos sobre medicamentos al farmacéutico. De igual forma, los asistentes consideran que el taller les permitirá mejorar el control de su salud, que un centro de día es el lugar más apropiado para realizar un proyecto de estas características y que el número de 8 sesiones es suficiente para alcanzar los objetivos propuestos. *Discusión/conclusiones:* El taller se valoró positivamente, considerándose útil como fuente de información de calidad sobre aspectos farmacéuticos y para enfatizar la importancia de usar adecuadamente los medicamentos y productos sanitarios, con lo que esto conlleva. La cooperación entre la EF y la FAP y su trato cercano con los asistentes permitió la adaptación y participación activa de éstos en las sesiones. La relación entre la FAP y los profesionales sanitarios del CAP ha posibilitado la asistencia global e integrada de los participantes.

Nº 99

Proyecto «Vacunas, salud para los que más quieres» de divulgación de la vacunación en Sevilla y provincia

Cáceres Fernández-Bolaños, Rosario. *Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.* Salamanca de la Cueva, Ignacio. *IHP. Martín Quintero, Alfonso. IHP.* Díaz Carmona, Teresa. *Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.* Romero Barrero, María. *Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.* Martín Corona, Lourdes. *Colegio de Farmacéuticos de Sevilla.*

Palabras clave: Vacunas, vacunación, cobertura

Objetivo: Las actuales corrientes «antivacunas» han propiciado un descenso en las coberturas vacunales, creando bolsas de susceptibles que pueden desencadenar brotes e incluso epidemias de enfermedades que estaban controladas. Nuestro objetivo general es formar a los farmacéuticos para que puedan asesorar a la población sobre el valor de las vacunas. **Objetivo específico:** El farmacéutico asesorará especialmente a padres con hijos menores de edad y a mujeres en edad fértil. Posteriormente se llevará a cabo el proyecto en médicos y enfermeros para atender a las necesidades del paciente desde todos los ámbitos sanitarios de forma homogénea y veraz. **Material y método:** El equipo está formado por: Alfonso Martín Quintero, enfermero en el IHP; Ignacio Salamanca de la Cueva, médico en el IHP, y Rosario Cáceres Fernández-Bolaños, farmacéutica del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla. Todos son expertos en vacunas por la Universidad Complutense de Madrid. Formación: «Curso de actualización de conocimientos en vacunas para farmacéuticos comunitarios» de 10 horas de duración y 1,21 créditos, donde se profundizó en el conocimiento sobre vacunas en adultos y niños, vacunas antialérgicas, dispensación y vacunación en el viajero. Campaña «Vacunas, salud para los que más quieres»: entrega de pósters y de dípticos informativos para la población. Intervenciones: 1) Intervención activa: aplicando el protocolo de intervención diseñado para padres y mujeres en edad fértil; se aplicará la tabla de intervención en cada caso. 2) Intervención pasiva: entrega de dípticos y emisión del vídeo alusivo; divulgación en los distintos medios de comunicación de televisión, radio y prensa escrita. Actualmente se está preparando el proyecto en los otros dos sectores que cierran el círculo: enfermeros y médicos. **Resultados:** Se llevan a cabo cuatro ediciones del curso, entre el 2 de marzo y el 24 de mayo. En cada edición participaron 30 farmacéuticos. Los alumnos calificaron la formación con un 8,55 sobre 10. La campaña tuvo una gran repercusión mediática. Se repartieron 5.000 dípticos a la población. **Conclusión:** Se ha formado a los farmacéuticos que, junto con médicos y enfermeros, formarán un equipo multidisciplinar y cerrarán el círculo sanitario en torno al paciente, eliminando falsos mitos y asesorando a la población en el valor de las vacunas, el avance sanitario más importante de la historia después del agua potable.

Nº 100

Programa de mejora de la adherencia terapéutica en el paciente polimedcado (proyecto ADCOM). Pilotaje y fase I en la provincia de Zamora. Resultados preliminares

Prieto Corpas, Juan. Martín Ballesteros, Beatriz. COF Zamora.

Palabras clave: Polimedcados, ADCOM, Zamora

Introducción: El incumplimiento es un problema de salud pública por magnitud y consecuencias, clínicas, sociales y económicas. En 2010 la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León comenzaron a incorporar oficinas de farmacia al proyecto. En Zamora se inició un pilotaje en noviembre de 2011 en dos zonas básicas de salud (ZBS). En junio de 2012 en otras 5 ZBS (fase 1). **Objetivos:** 1) Mejorar la adherencia y conocimiento del tratamiento farmacológico. 2) Mejorar la colaboración interprofesional sanitaria. 3) Contribuir a racionalizar el uso de los medicamentos. 4) Maximizar la seguridad y efectividad de los tratamientos. 5) Prevenir y resolver resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM) con la detección y análisis de problemas relacionados con el medicamento (PRM). 6) Mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Material:** Hoja de medicación. Sobre con material para la oficina de farmacia. Programa Bot PLUS. Carteles y folletos de información para el paciente. **Métodos:** El paciente polimedcado no adherente (Morisky-Green) es detectado en consulta médica; tras revisar los tratamientos activos con el DUE, se le entrega la hoja de medicación para, en la oficina de farmacia, identificar incidencias, adherir pictogramas, fijar fecha para seguimiento, etc. El farmacéutico registra los datos en Bot PLUS. Hay una exportación trimestral para el tratamiento estadístico. **Resultados:** Participan 7 ZBS (46 farmacias) y 32 pacientes en seguimiento en sólo siete farmacias. En el 99,55% de los casos es el paciente quien acude a recoger la medicación. De las 223 dispensaciones, el 70,85% corresponde a mujeres. La edad de los pacientes en el 70,40% de los casos corresponde a mayores de 70 años, y el 29,60% están entre 30 y 69 años. Registramos 32 incidencias, y tras la intervención mejoran el 96,87% de los casos. El principal problema relacionado con la medicación (PRM) fue «Medicamento no necesario» (n= 17). Los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) fueron «Una inefectividad cuantitativa» (n= 11) y «Una necesidad de medicamento (problema de salud no tratado)» (n= 11). **Conclusiones:** La OF es el establecimiento sanitario más próximo y frecuentado por los usuarios, y el farmacéutico es el experto en el medicamento; es indudable que su contribución para reforzar la adherencia al tratamiento del paciente es de inestimable valor. Después del tiempo que llevamos con el programa decidimos no seguir su extensión, puesto que, con estos resultados, la no derivación de pacientes a las farmacias es un factor limitante en su avance.

Nº 101

Taller «Seguimiento farmacoterapéutico, ¿por dónde empiezo?». Una apuesta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz por impulsar la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias gaditanas

Marín Magán, Francisco José. Virués Ávila, Alberto. Fernández Jaldón, Rosario Pilar. Macías González, Cristina. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz.

Palabras clave: Taller, seguimiento, farmacoterapéutico

Objetivos: Adquirir los conocimientos y habilidades básicos para realizar seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en el ámbito de la oficina de farmacia. Analizar los elementos limitadores y facilitadores que tienen los farmacéuticos de oficina de farmacia para hacer SFT. **Método:** Los talleres son limitados a 12 alumnos. El profesorado está formado por tres farmacéuticos de la Comisión de Atención Farmacéutica del COF de Cádiz, expertos en atención farmacéutica por la Universidad de Granada. Se desarrollan en tres sesiones presenciales. En las dos primeras, celebradas en días consecutivos, se imparten los conocimientos básicos para realizar el SFT. Primera sesión: se realiza una entrevista real a un paciente (se graba con fines

formativos para utilizarla en la siguiente sesión). Después se elabora el estado de situación de este caso, participando todo el grupo. Segunda sesión: se realiza la fase de estudio, dividiéndose los alumnos en pequeños grupos por las patologías a estudiar. Tercera sesión: se desarrolla tres semanas después, para que el farmacéutico disponga del tiempo necesario para captar y hacer SFT a un paciente. Cada alumno hace una exposición de su caso de SFT. Para analizar y reforzar la motivación de los alumnos para hacer SFT se utilizó el modelo PRECEDE, adaptado por J.L. Bimbela, respondiendo de forma anónima a unas preguntas antes, durante y al finalizar la realización del taller. *Resultados:* Hasta la fecha se han impartido tres talleres (Cádiz, Jerez y Algeciras), participando un total de 33 farmacéuticos, ya que, de los 36 inscritos, 3 no lo finalizaron. Evaluación de los alumnos (cuestionario al inicio y al finalizar la actividad): el cuestionario se realizó en los grupos de Jerez y Algeciras. Nota media inicial: 5,6. Nota media final: 7,4. Resolución de casos de pacientes por los alumnos: RNM detectados: 76; número de intervenciones realizadas: 82; RNM resueltos: 56. Evaluación del taller (duración, recursos materiales utilizados): nota media 9,31. Evaluación del profesorado: nota media 9,77. *Conclusiones:* Los alumnos van descubriendo, con ayuda de los profesores, el SFT y los aspectos positivos que aporta; lo que al principio les parece inabordable, al final del taller son capaces de realizarlo. La dinámica participativa hace que el aprendizaje del alumno sea por descubrimiento. Cada alumno captó un paciente, al que le hizo SFT. Se discutieron en sesión clínica todos los casos de los pacientes captados, y el beneficio clínico obtenido nos hace pensar en nuevas estrategias para el formato futuro de esta actividad formativa.

Nº 102

Estudio del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz «Dispensación de medicamentos inhalados y manejo de inhaladores por el paciente»

Virués Ávila, Alberto. Marín Magán, Francisco José. Fernández Jaldón, Rosario Pilar. Vallejo Pérez de la Blanca, Francisco. Macías González, Cristina. *Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cádiz.*

Palabras clave: Dispensación, dispositivos, inhalatorios

Objetivos: Optimizar el uso de los dispositivos inhalatorios (DI) por los pacientes. Identificar durante la dispensación carencias, dificultades y errores en la técnica de uso de los diferentes DI. Detectar la existencia de DI no acordes con la capacidad inspiratoria del paciente. *Método:* La inscripción en el proyecto es por farmacéutico. Cada farmacéutico debe registrar al menos 10 dispensaciones. Los farmacéuticos participantes reciben formación (taller) sobre fisiopatología del aparato respiratorio y sobre las técnicas de utilización de los DI. Se les explica el proyecto, la técnica de medida del flujo inspiratorio mediante inspirómetro (In-Check DIAL) y cómo hacer el registro de datos. La muestra está formada por pacientes que acuden a la farmacia solicitando la dispensación de medicamentos inhalados. Se les explica su participación en el proyecto. Se realiza una recogida de datos mediante cuestionario. Se mide, mediante inspirómetro, la adecuación del DI con la capacidad inhalatoria del paciente. Se comprueba que el paciente realiza una técnica inhalatoria adecuada. En caso contrario, se le instruye para la correcta utilización. Los casos de derivación al médico se realizan mediante informe (hoja de interconsulta). *Resultados:* Se inscriben 36 farmacéuticos (titulares y adjuntos). Finalmente participan 26, de 20 farmacias, registrándose datos de 277 dispensaciones de medicamentos inhalados. El 93,5% de los pacientes conoce su enfermedad, siendo mayoritaria el asma (44,8%). La mayoría sabe para qué lo toma (92,8%) y cuándo tomarlo (91,7%). Esto contrasta con el porcentaje de los que saben cómo usar el DI (63,5%). De los casos que no conocen cómo usar el medicamento, el 89,9% se resuelve con la actuación del farmacéutico, y sólo el 10,1% es derivado al médico. El flujo inspiratorio del paciente se corresponde con su inhalador en la mayoría de los casos (74,7%), y no se corresponde en el 16,6% de los casos. El farmacéutico dispensa en un 96,8% y sólo deriva al médico en un 5,4% del total de los casos. *Conclusiones:* Más de la tercera parte de los pacientes no conocen la técnica de inhalación, lo que pone de manifiesto la dificultad de uso de estos medicamentos. La medida del flujo inspiratorio ha sido una herramienta útil para detectar un número importante de pacientes con un DI no acorde con su capacidad inspiratoria. La actuación del farmacéutico en la dispensación de medicamentos inhalados es muy importante para su correcto uso y pone de manifiesto la importancia sanitaria y económica que tiene dentro del sistema sanitario.

Nº 103

Colaboración multidisciplinar en el abordaje del paciente con osteoporosis. Resultados del servicio de dispensación de bisfosfonatos de la 9ª acción del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica

Peña, Carmen. Aliaga, Ana. Megía, Carmen. Martín, Laura. Varas, Raquel. Recio, Carmen. *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.*

Palabras clave: Servicio de dispensación, bisfosfonatos, colaboración multidisciplinar

Introducción: La práctica de la colaboración interprofesional promovida por la FIP es una constante del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica (AF). La 9ª acción se centró en el paciente con osteoporosis y se trabajó con asociaciones implicadas: contra la osteoporosis, para el estudio de la menopausia, la Fundación Hispana de la Osteoporosis y el Grupo de estudio e investigación de Osteoporosis. Se consensuaron criterios de derivación, medidas de prevención y de educación sanitaria. La osteoporosis es considerada «la epidemia silenciosa del siglo XXI». La intervención del farmacéutico desde el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria (FC) es una garantía esencial para optimizar el conocimiento del paciente sobre el proceso de uso del medicamento, minimizando los problemas derivados del uso y los resultados negativos. *Objetivos:* Protocolizar la dispensación de bisfosfonatos adaptando el procedimiento del servicio de Foro AF-FC. *Material y métodos:* Se desarrolló entre marzo y julio de 2012. Se entregó al farmacéutico material formativo y un protocolo para aplicar el servicio, solicitando el envío de 5 casos registrados en Bot PLUS. El registro de la información obtenida en el diálogo farmacéutico-solicitante del bisfosfonato incluye: sexo, edad, relación con el paciente, tipo de tratamiento, cono-

cimiento del proceso de uso, percepción de efectividad y seguridad, etc. El farmacéutico registró, exportó y envió los casos a través de la plataforma de formación online www.portalfarma.com. **Resultados:** 2.900 farmacéuticos inscritos de toda España. 1.300 participaron activamente enviando casos con 6.496 dispensaciones y 13.646 medicamentos. Los resultados obtenidos fueron: a) de los solicitantes de bisfosfonatos, mayoritariamente son mujeres (90%), de entre 30 y 69 años (59%), y son el propio paciente (91%); b) de los medicamentos dispensados, el 75% pertenecen al grupo M05B (62% son bisfosfonatos); c) el 14% eran tratamientos de inicio y los pacientes decían desconocer algún concepto del proceso de uso: para qué es (5%), cómo (35%), cuánto (27%) y durante cuánto tiempo (37%); d) de los tratamientos crónicos (86%), el paciente refería una buena percepción de la seguridad y efectividad (96%); e) los principios activos más prescritos fueron ácido alendrónico (32%), ácido risedrónico (22,6%) y ácido ibandrónico (20%); f) mayoritariamente, la actuación registrada del farmacéutico fue informar sobre el medicamento (85%) y facilitar educación sanitaria (9%). **Conclusiones:** La colaboración multidisciplinar es esencial para mejorar el resultado de los tratamientos. El farmacéutico, protocolizando su actuación desde el servicio de dispensación, consigue informar sobre aspectos del uso del bisfosfonato (85%) y educar (9%) al paciente.

Nº 104

Colaboración entre la administración sanitaria vasca y los colegios oficiales de farmacéuticos para el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de éstos a través de las oficinas de farmacia

Braceras Izaguirre, Leire. Elizondo López de Landache, Isabel. Zubizarreta Aizpurua, Alaitz. Gardeazabal Romillo, María José. Betolaza San Miguel, Jon Iñaki. Dirección de Farmacia. Gobierno Vasco.

Palabras clave: Farmacias, convenios, opiáceos

Introducción: Los programas de utilización de metadona en España como substitutivo opiáceo se introdujeron en los años 70. En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en 1995 se firmó un acuerdo de colaboración entre la administración sanitaria y los colegios oficiales de farmacéuticos. El objetivo es la valoración del programa de mantenimiento con metadona en las oficinas de farmacia en 2010 y 2011. **Métodos:** Análisis descriptivo de los registros cumplimentados en las farmacias que consignan la dosis y pautas, así como la firma del paciente y del farmacéutico dispensador del periodo 2010-2011 recogidos por la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco. **Resultados:** Las farmacias participantes en el programa de opiáceos fueron 288 en 2010 y 295 al año siguiente (un 36% de las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma). En 2010 y 2011 el número de usuarios es similar (1.296 y 1.287, respectivamente), así como el número de tratamientos totales (15.556 en 2010 y 15.443 en 2011). Por territorio histórico, se aprecia un incremento de usuarios en Álava (del 3%) y en Gipuzkoa (del 6%), mientras que en Bizkaia disminuye un 4%. El importe destinado a este convenio se mantiene constante: en 2010 se destinaron 0,87 M€ y en 2011, 0,88 M€. **Conclusiones:** Este convenio retribuido está dirigido a mejorar el acceso, la efectividad, la seguridad y la eficiencia en el uso de metadona, integrando los procesos de cuidados y dispensación y la colaboración entre los profesionales sanitarios con los propios pacientes.

Nº 105

Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto (PDPCCR) en las farmacias de la provincia de Girona

Brunso, Josep. Cabarrocas, Silvia. Participantes en el Programa. Oficinas de farmacia. Colegio de Farmacéuticos de Girona.

Palabras clave: Cribado, cáncer, colon

Objetivos: Promover y facilitar el acceso de la población diana al test de cribado de cáncer de colon y recto, con el fin de conseguir una participación mínima del 40% de la población diana. Poner de manifiesto la labor del farmacéutico comunitario en el desarrollo de programas de detección precoz. A largo plazo, conseguir una reducción en la incidencia y la mortalidad por cáncer de colon rectal (CCR) mediante la detección y el tratamiento de los adenomas colorrectales y del cáncer en fases iniciales. **Método:** La oficina técnica del programa, en colaboración con el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y las oficinas de farmacia de Girona, realiza el envío de cartas personalizadas (CIP, código de identificación personal) y dípticos informativos, invitando a la población diana (mujeres y hombres entre 50 y 69 años, residentes en las áreas básicas de salud [ABS] de la comarca del Baix Empordà) a participar en el programa de cribado de cáncer de colon y recto. Despliegue secuencial (enero de 2013-diciembre de 2014) en las ABS de Torroella de Montgrí, la Bisbal, Palafrugell, Sant Feliu de Guíxols y Palamós, con una duración de 3 o 4 meses, respectivamente, según la magnitud de la población diana en cada ABS. Prueba de cribado: test de detección inmunológica cuantitativa de sangre oculta en heces (PDSOF), de periodicidad bianual. Las OF participantes reciben la solicitud de la población, informan del desarrollo del programa, de los criterios de exclusión, del procedimiento de recogida de muestra y entregan el kit para la recogida. Hecho el muestreo, el usuario lleva la muestra a la farmacia, que se encarga de su custodia hasta su traslado al laboratorio de análisis (sistema de mensajería gestionado por el COF de Girona). Comunicación de resultados: 1) negativo: información por correo ordinario; nueva convocatoria al PDPCCR a los dos años (si edad <70 años); 2) positivo: derivación a la unidad de endoscopia; contacto telefónico con el interesado, citándolo para realizar una colonoscopia: a) colonoscopia normal: nueva invitación al PDPCCR a los 10 años; b) sospecha de CCR: derivación al médico (especialista o atención primaria). **Resultados provisionales:** Torroella de Montgrí: población diana 3.436, participantes 1.604, PDSOF negativa 1.512, PDSOF positiva 92; participación: 46%. Bisbal d'Empordà: datos provisionales. Cierre a 31/07/2013. **Conclusiones:** La labor de asesoramiento profesional del farmacéutico influye positivamente en la mejora de la participación de la población en programas de cribado poblacional. Su formación y accesibilidad se traducen en una tarea de elevado valor asistencial.

Nº 106

Implantación del programa de acreditación en la elaboración de sistemas personalizados de dosificación del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Alonso Gallego, Eva. Barea Ledesma, Juan Luis. Marín Magán, Francisco José. Peinado Martínez, Francisco. Vaquero Prada, Juan Pedro. Virués Ávila, Alberto. Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Palabras clave: SPD, acreditación, servicio

Objetivos: Este programa tiene como objetivo formar y acreditar, de manera específica y uniforme, a los farmacéuticos y oficinas de farmacia (OF) de Andalucía en la elaboración de sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) conforme a los criterios y garantías de calidad y seguridad establecidos en el Procedimiento Normalizado de Trabajo elaborado por el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF) y aprobados por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en abril de 2013. **Método:** Se diseñó un modelo de curso formativo presencial, consistente en una sesión teórica y una sesión práctica, de dos horas de duración cada una. Dichas sesiones fueron llevadas a cabo por los respectivos colegios profesionales provinciales, utilizando como herramienta de formación común el protocolo de elaboración de SPD aprobado. **Resultados:** Desde junio de 2012 a junio de 2013 se realizaron un total de 48 cursos formativos sobre la elaboración de SPD en nuestra Comunidad Autónoma, que obtuvieron, en términos de acreditación, los resultados por provincias que se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Desarrollo del programa de acreditación en SPD llevado a cabo por el CACOF desde junio de 2012 a junio de 2013

Colegios Oficiales de Farmacéuticos Andaluces	Número de cursos formativos impartidos	Número de farmacéuticos acreditados	Número de OF acreditadas	Porcentaje de OF acreditadas
Almería	6	322	185	65,37
Cádiz	7	401	151	32,68
Córdoba	3	170	98	25,13
Granada	7	384	118	23,41
Huelva	4	213	168	73,36
Jaén	2	146	83	28,42
Málaga	6	445	189	30,78
Sevilla	13	793	419	52,38
Andalucía	48	2.874	1.411	39,48

Conclusiones: El CACOF ha sentado, con los respectivos colegios profesionales provinciales, las bases a través de las cuales se prestará el servicio de elaboración de SPD en las farmacias andaluzas. Dichas bases contemplan un PNT normalizado común para todas las OF, con las máximas garantías de calidad y seguridad. Esta iniciativa representa la primera experiencia autonómica en nuestro país con un sistema de formación y acreditación colectiva para todas las farmacias, coordinado por los propios colegios profesionales. Ante los resultados obtenidos en Andalucía en términos de acreditación en la elaboración de SPD, se ha puesto de manifiesto el interés por parte de los farmacéuticos de llevar a cabo actividades que permitan un desarrollo profesional, así como una contribución a la mejora de la salud de los ciudadanos.

Nº 107

Trabajo multidisciplinar en el programa de detección precoz del cáncer de colon y recto. Resultados de la primera ronda

Rodríguez Caba, Cristina. Departament de Formació i Projectes. Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona (COFB). Barau Germès, Mercè. Vocal de la Junta de Govern. COFB. Guayta-Escolies, Rafel. Departament de Projectes i Recerca. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. Estrada-Campmany, Maria. Departament de Formació i Projectes. COFB. Lozano Peruchet, Pau. Departament de Formació i Projectes. COFB. Departament de Projectes i Recerca. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. Grup Procolon. Hospital Clínic. Hospital del Mar. COFB.

Palabras clave: Cribado, farmacia, cáncer

Introducción: En Catalunya, anualmente 4.000 personas son diagnosticadas de cáncer colorrectal (CCR), constituyendo la primera causa de muerte por cáncer. Su cribado en población de riesgo medio se demuestra eficaz en la reducción de su incidencia y mortalidad. La limitación más importante del cribado poblacional es la participación, influyendo el modelo organizativo del programa y el tipo de prueba empleado. Las farmacias, por su formación, rol profesional y accesibilidad, pueden ser un recurso valioso. Sobre esta premisa y a fin de lograr un aumento de cobertura, se incorpora al farmacéutico comunitario en el plan funcional de un programa de cribado de CCR. **Objetivo:** Aumentar la accesibilidad al cribado a fin de obtener una participación del 30% en la primera ronda y aumentarla hasta un 50% en rondas bienales sucesivas. **Material y métodos:** Población diana: ciudadanos entre 50 y 69 años de las áreas básicas de salud (ABS) de la ciudad de Barcelona Esquerra y Litoral-Mar. Prueba de cribado: detección de sangre oculta en heces (PDSOF) mediante método inmunológico cuantitativo. Prueba confirmatoria: colonoscopia, positividad >100 ng Hb/mL buffer.

El farmacéutico es el primer profesional con quien contacta el usuario, le proporciona información y motivación, y le dispensa y recoge el test. La formación de las farmacias se realiza conjuntamente entre el COFB, el Hospital Clínic y el Hospital del Mar. El Hospital Clínic analiza las muestras y envía los resultados. *Resultados:* En primera ronda: población con criterios de inclusión en 35 ABS, en las que hay 561 oficinas de farmacia; 462 participan (71,66%). De la población invitada a participar (197.836 personas) realizaron la prueba 79.915 personas, alcanzando el 43,5% de participación. Se encontraron 4.973 pruebas positivas (6,2%). En las pruebas confirmatorias realizadas (colonoscopias) se hallaron 722 adenomas de bajo riesgo (9%), 1.704 adenomas de alto riesgo (21,3%) y 267 cánceres invasivos (3,3%). La media total de usuarios que ha atendido cada farmacia es de 190 (intervalo: 100-629). *Conclusiones:* El modelo multidisciplinar que supone la integración de la oficina de farmacia en programas preventivos dentro del sistema de salud aproxima el programa de cribado a la población, repercutiendo en una mayor participación (13,5% más de lo previsto y muy por encima de otros programas realizados en el territorio). Los modelos organizativos basados en la cogestión amplifican, refuerzan y cohesionan el mensaje de salud y la llamada a la participación, demostrándose la oficina de farmacia como una pieza eficiente en programas de prevención y detección precoz.

Nº 108

Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con síndrome X frágil

Sáez-Benito Suescun, Ana. Aznar, Ignacio. Berenguer, Nuria. García, Cristina Belén. Ribate, M. Pilar. Sáez-Benito, Loreto. *Universidad San Jorge.*

Palabras clave: Seguimiento farmacoterapéutico, síndrome X frágil

Introducción: El síndrome X frágil (SXF) es una enfermedad rara de origen genético que afecta a uno de cada 4.000 habitantes¹. El paciente con SXF se caracteriza por presentar una gran variabilidad de síntomas, entre los que destaca el retraso mental. El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) tiene un beneficio potencial importante para estos pacientes y sus cuidadores. *Objetivo:* Describir la provisión del servicio de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diagnosticados de síndrome X frágil en una oficina de farmacia de Zaragoza. *Método:* Se puso en marcha un programa de SFT² para pacientes diagnosticados de SXF y/o sus cuidadores. El servicio fue ofertado mediante una charla en la sede de la asociación de pacientes con SXF. Un alumno de cuarto curso del Grado en Farmacia, supervisado por una farmacéutica comunitaria, prestó el SFT en una oficina de farmacia durante los meses de febrero a junio de 2013. Se realizaron 3 encuentros con cada paciente (entrevista, intervención, seguimiento). *Resultados:* Un total de 6 pacientes aceptaron la oferta del SFT. La entrevista fue realizada con los cuidadores y en 2 casos estuvo presente el paciente. Se identificaron un total de 6 resultados clínicos negativos asociados a la farmacoterapia (RNM) y 2 riesgos de RNM. Uno de los aspectos clínicamente más relevantes fue la identificación de medicamentos que pueden desencadenar episodios de ansiedad en estos pacientes. En todos los casos, se entregó un informe al paciente explicando los resultados del estudio de su farmacoterapia. En el congreso se describirán el grado de aceptación por parte del médico y los pacientes así como el resultado de las intervenciones. *Discusión:* El grado de retraso mental tuvo una gran influencia a la hora de entrevistar y acordar un plan de actuación. La intervención con estos pacientes debe estar muy preparada y adaptada para facilitar la comprensión por parte de éstos. *Conclusiones:* El SFT a pacientes con SXF ha permitido mejorar su farmacoterapia, disminuyendo los RNM. La prestación del servicio de SFT a esta población presenta, como principales características, la importancia de la participación del cuidador y las dificultades para que el paciente comprenda y acepte la intervención. El principal aspecto prevenible es la sustitución de medicamentos que desencadenan la ansiedad en estos pacientes.

1. Federación Española de Asociaciones de Síndrome X Frágil [acceso 27 de agosto de 2012]. Disponible en: www.xfragil.org
2. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2008.

Nº 109

Evolución del proceso de implementación de la cartera de servicios profesionales en farmacia comunitaria en Catalunya

Guayta-Escolies, Rafael. *Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya.* Rius, Pilar. *Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya.* Gascón, Pilar. *Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya.* Prat, Alba. *Servei Català de la Salut.* Gilibert, Antoni. *Servei Català de la Salut.*

Palabras clave: Cartera de servicios, detección, cribado

Introducción: El «Pla de Govern 2011-2014» define 10 ámbitos en materia de salud en Catalunya donde destacan la sostenibilidad del modelo sanitario, la mejora de la eficiencia, la propuesta de un modelo adaptado a las nuevas necesidades, un enfoque esencialmente preventivo y comunitario, el reconocimiento del «partenariado» privado y la marca Q de calidad como referente de excelencia. En uno de sus epígrafes, el «Pla de Salut 2011-2015» define como objetivo operativo la implementación de una cartera de servicios en las farmacias comunitarias. Los acuerdos suscritos en el Convenio de 26 de julio de 2010, sobre aprobación, implementación y gestión de la cartera de servicios, y en el de 26 de marzo de 2012, sobre su diseño y gestión, definen la creación de una comisión mixta de seguimiento y de una oficina técnica encargada del diseño, análisis, planificación, implementación, gestión y evaluación de la misma. *Objetivo:* Evaluar los resultados en idoneidad y efectividad de los servicios actualmente concertados con el Servei Català de la Salut tras dos años de implementación. *Material y métodos:* Estudios descriptivos, prospectivos, de enfoque pragmático sobre validez externa de pruebas de cribado oportunista y poblacional. Detección precoz de infección por VIH mediante test rápido de 4ª generación. Detección precoz de obstrucción al flujo aéreo con espirómetro ambulatorio. Detección de sangre oculta en heces mediante test inmunológico. *Resultados:* Programa de detección precoz de cáncer colorrectal: número de farmacias comunitarias participantes 398; participación de la población en la prime-

ra ronda 42,6%; tasa de TSOH +6,3%; tasa de adenomas de bajo riesgo 8,2/1.000; tasa de adenomas de alto riesgo 17,1/1.000; tasa de cánceres invasivos 4,4/1.000. *Programa de detección precoz de obstrucción crónica al flujo aéreo*: número de farmacias participantes 100; número de espirometrías ambulatorias realizadas 2.295; pacientes identificados como de alto riesgo 1.456; limitación al flujo aéreo 282 (19,8%). *Programa de cribado oportunista de la infección por VIH-sida*: número de farmacias participantes 47; número de pruebas realizadas 6.853; motivo de la solicitud: relación heterosexual (66,9%) no protegida (90,2%); tasa de reactividad 9,8/1.000. *Conclusiones*: La implementación de los servicios profesionales en Catalunya está consolidándose. Su retribución económica en el sistema público se halla definida por concertación. Los diferentes programas implementados actualmente han demostrado su suficiencia, idoneidad y efectividad. Actualmente dichos servicios han sido solicitados por empresas de aseguramiento sanitario libre y por proveedores asistenciales privados que prestan provisión pública.

Nº 110

La educación farmacéutica: un aprendizaje de experiencia social centrado en la actividad física

Via Sosa, María Àngels. Canal, Marta. Artigas, Laia. Sagre, Patricia. March Pujol, Marian. *Facultad de Farmacia. UB.*

Palabras clave: Educación farmacéutica, actividad física, sociedad

Objetivos: Diseñar y realizar sesiones de educación farmacéutica al ciudadano en el marco de la asignatura de prácticas tuteladas del Grado de Farmacia de la Universidad de Barcelona. Aportar información a adolescentes sobre la prevención del riesgo cardiometabólico mediante la práctica de actividad física. *Material y métodos:* 1) Selección de los centros escolares. 2) Búsqueda bibliográfica. 3) Redacción, bajo la supervisión de los profesores, de la sesión educativa. 4) Presentación en PowerPoint. 5) Vídeo educativo exponiendo ejemplos de consulta farmacéutica relacionada con la práctica de actividad física. 6) Tríptico informativo de la sesión entregado a cada uno de los participantes. 7) Juego educativo con preguntas para evaluar los conocimientos adquiridos. 8) Encuesta al final de la sesión para valorar la satisfacción. *Resultados:* Se impartieron un total de 6 sesiones en distintos centros de educación secundaria del Barcelonés Norte y Maresme (Barcelona). En total asistieron más de 150 alumnos de entre 13 y 19 años. Cada una de las sesiones tuvo una duración de una hora, que se repartió en 20 minutos de exposición y el resto destinado a la proyección del vídeo, la resolución de dudas y la realización de los juegos. Los alumnos tuvieron una actitud muy participativa, realizando numerosas preguntas relacionadas con el tema expuesto. Los participantes pudieron evaluar la cantidad de actividad física que realizaban habitualmente y si la ingesta diaria cubría sus necesidades calóricas según la actividad que realizaban. Para ayudar a la planificación regular de la práctica de actividad física se les proporcionó una agenda. Tras la evaluación de las encuestas realizadas al final de la sesión se observó el interés de los asistentes en relación con la sesión y el deseo de planificar nuevas sesiones formativas sobre otros temas de interés (drogas, alimentación, etc.). *Conclusiones:* Se ha comprobado la importancia de realizar una adecuada educación sobre el valor de la práctica de actividad física como herramienta de prevención de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas entre los jóvenes, siendo la escuela un entorno muy accesible a esta formación en la que el farmacéutico puede colaborar de forma muy activa.

Nº 111

Guía de acreditación de las unidades de optimización de la farmacoterapia (UOF). Definiciones

Machuca González, Manuel. Ruiz Bueno, Concha. González Valdivieso, María. Alonso Garre, Carlos. *SEDOF.*

Palabras clave: UOF, optimización farmacoterapia, definiciones

Introducción: La necesidad detectada en los años ochenta-noventa del siglo pasado respecto a los pacientes crónicos polimedificados y sus problemas para alcanzar metas terapéuticas deseadas fue el punto de partida para la aparición de una práctica asistencial que pudiera resolver este problema. Esta guía pretende normalizar y facilitar esta tarea a cualquier profesional sanitario que quiera dedicarse a esta práctica. *Objetivo:* Establecer una terminología común para los profesionales de esta práctica asistencial y definir con claridad, exactitud y precisión su significado. *Método:* Los términos se han definido sistemáticamente desde la experiencia de la práctica y conocimiento adquiridos con el tiempo. *Resultados/definiciones:* «Optimización de la farmacoterapia»: proceso normalizado que busca satisfacer todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, tratando de asegurar que cada medicamento que precise se utilice de la forma más adecuada para alcanzar el objetivo terapéutico previsto, sin producir efectos no deseados. «Farmacoterapeuta»: profesional de la salud que ejerce la optimización de la farmacoterapia. «Necesidades farmacoterapéuticas»: son aquellos problemas de salud para los que la mejor opción, en el momento de la evaluación, es tratarlos con medicamentos. Por tanto, no todos los problemas de salud requieren medicación como tratamiento, pero sí todas las necesidades farmacoterapéuticas. «Medicamento»: es aquella sustancia de la que se espera un efecto terapéutico por parte de algún profesional de la salud o por el paciente. Se incluye lo que legalmente se reconoce como tal, y todo aquello de lo que alguien incluido en el proceso asistencial espere un efecto positivo para la salud. No importa si los medicamentos son de prescripción o no, de medicina alternativa o tradicional, vitaminas o suplementos nutricionales, o cualquier sustancia a la que el paciente le atribuya propiedades curativas. «Problema farmacoterapéutico»: es un resultado en salud que se pretende prevenir, evitar o minimizar; la identificación y valoración de un profesional y una propuesta concreta de resolución. «Efecto no deseado»: problema farmacoterapéutico que cualquier agente de salud implicado en el proceso asistencial, incluido el paciente, percibe como contrario a sus expectativas; puede darse una controversia entre el juicio del farmacoterapeuta y el del paciente. «Experiencia farmacoterapéutica»: es el conjunto de percepciones, conocimientos, creencias, expectativas, aspiraciones y temores del paciente en relación con sus problemas de salud y medicamentos, que condiciona su actitud ante ellos. *Discusión:* Se abre la posibilidad de añadir más términos para describir esta actividad y adecuar el papel, habilidades y actitudes de estos nuevos profesionales.

N° 112

Guía de acreditación de las unidades de optimización de la farmacoterapia (UOF). Elementos estructurales

Machuca González, Manuel. Ruiz Bueno, Concha. González Valdivieso, María. Alonso Garre, Carlos. SEDOF.

Palabras clave: UOF, optimización farmacoterapia, estructura

Introducción: La necesidad detectada en los años ochenta-noventa del siglo pasado respecto a los pacientes crónicos polimedicados y sus problemas para alcanzar las metas terapéuticas deseadas fue el punto de partida para la aparición de una práctica asistencial que pudiera resolver este problema. Esta guía pretende normalizar y facilitar la realización de esta práctica, definiendo las necesidades estructurales que conlleva. *Objetivos:* Describir las características estructurales, tanto de espacio físico, de instrumental, de documentación y de dispositivos de diagnóstico, que debe tener una unidad de optimización de la farmacoterapia (UOF), de manera que quede garantizada la confidencialidad y se favorezca una relación terapéutica fluida en todo el proceso de optimización de la farmacoterapia. *Método:* Las descripciones están basadas en unidades experimentales que funcionan de manera eficaz y óptima desde hace muchos años. *Resultados:* a) Espacio físico. Las UOF deben insertarse en un establecimiento sanitario legalmente autorizado para poder incluir este tipo de actividades asistenciales. Asimismo, deben gozar de un espacio privado e independiente de atención al paciente, que garantice la confidencialidad. Ha de procurarse la comodidad de los profesionales y los pacientes. En el caso de que las UOF sean también *unidades docentes*, deberán considerarse necesidades tales como una sala de reuniones para sesiones clínicas y de formación, que disponga de servicios audiovisuales y acceso a Internet. b) Instrumental y dispositivos de diagnóstico. Dependerá del lugar en el que esté integrada la UOF. Como norma general, debería disponerse de aquello cuya utilización en ese momento supusiese una mejora en el proceso general de atención al paciente. En cualquier caso, la utilización de este tipo de instrumental nunca debe realizarse con fines de diagnóstico médico, sino con los propios de esta práctica asistencial. El instrumental utilizado debe estar clínicamente validado y calibrado. c) Documentación. La UOF debe disponer de un sistema de documentación apropiado y un registro de información de cada paciente, que debe protegerse de acuerdo a la legislación. La documentación debe garantizar la trazabilidad del proceso asistencial, a fin de que éste pueda acreditarse en cualquier momento y someterse a un proceso de mejora continua. En cada etapa del procedimiento asistencial se describirán los datos mínimos necesarios. *Discusión/conclusiones:* Una estructura bien definida, con profesionales acreditados, con un espacio acorde y las metas claramente establecidas, con un servicio atendido adecuadamente, ayudará a que el ejercicio de la optimización farmacoterapéutica sea una práctica necesaria, segura y eficaz.

N° 113

Guía de acreditación de las unidades de optimización de la farmacoterapia (UOF). Procedimiento asistencial

Machuca González, Manuel. Ruiz Bueno, Concha. González Valdivieso, María. Alonso Garre, Carlos. SEDOF.

Palabras clave: UOF, optimización farmacoterapia, estándares

Introducción: La necesidad detectada en los años ochenta-noventa del siglo pasado respecto a los pacientes crónicos polimedicados y sus problemas para alcanzar las metas terapéuticas deseadas fue el punto de partida para la aparición de una práctica asistencial que pudiera resolver este problema. Esta guía pretende normalizar y facilitar esta tarea a cualquier profesional sanitario que quiera dedicarse a ello. *Objetivo:* Enumerar y desarrollar estándares que definan la optimización de la farmacoterapia, tanto desde el modo de ejercer la práctica, como desde el comportamiento del farmacoterapeuta con la comunidad, profesionales de la salud y pacientes. *Método:* Revisión bibliográfica y búsqueda de elementos que definan los estándares profesionales. Se adaptaron giros idiomáticos y usos por variaciones en el sistema asistencial. *Resultados:* Se definen dos grupos: 1) Estándares de práctica para profesionales: a) Documentar información específica del paciente. b) Recopilar información, para utilizarla en el proceso de toma de decisiones. c) Evaluación de necesidades farmacoterapéuticas: analizar datos para determinar si las necesidades farmacoterapéuticas del paciente están adecuadamente satisfechas, considerando deseos y preferencias del paciente. d) Identificación de problemas farmacoterapéuticos: analizar la información obtenida para determinar si existe algún problema farmacoterapéutico. e) Definición de los objetivos terapéuticos: identificar objetivos terapéuticos adaptados al paciente. f) Documentación de las intervenciones: diseñar un plan de cuidados incluyendo intervenciones para alcanzar metas terapéuticas; prevenir y resolver problemas farmacoterapéuticos. g) Establecer una agenda para evaluaciones de seguimiento: desarrollar una agenda de seguimiento para evaluar la efectividad y seguridad de la medicación. h) Evaluación de seguimiento: evaluar objetivos alcanzados y determinar el progreso realizado. Identificar nuevos problemas farmacoterapéuticos. 2) Estándares de profesionales que ejercen la práctica: a) Calidad de la asistencia: evaluar la práctica en relación con estándares, legislación y normas reguladoras. b) Ética: las decisiones y actuaciones se realizan de forma ética. c) Solidaridad profesional: contribuir al desarrollo profesional de otros compañeros. d) Cooperación: con el paciente, con los familiares y con otros profesionales de la salud. e) Formación continuada. f) Investigación: utilizar de forma rutinaria hallazgos de la investigación en la práctica diaria, y colaborar en investigaciones. g) Asignación de recursos: factores relativos a la efectividad, seguridad y costes. *Conclusiones:* Es necesario controlar los resultados de los medicamentos. Este vacío asistencial es el que viene a resolver la optimización de la farmacoterapia, por la que un profesional experto en medicamentos identifica todas las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y, con una gestión integral, identifica, previene e interviene para resolver todos los problemas detectados.

F. Otros trabajos, que comprendería los trabajos que no puedan incluirse en ninguno de los anteriores

Nº 114

Indicación de prescripción de benzodiazepinas en ancianos y caídas

Calvo, Begoña. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. **Martínez-Cengotitabengoa, Mónica.** Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago-CIBERSAM-UNED. **Dueña, Marisol.** Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago. **Berruete, Blanca.** Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago. **Álvarez, Mar.** Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago. **Besga, Ariadna.** Hospital Universitario de Álava. Sede Santiago-CIBERSAM-Universidad del País Vasco.

Palabras clave: Indicación, benzodiazepinas, ancianos

Introducción/objetivos: Las benzodiazepinas (BZD) constituyen el eje central de la terapia hipnótico-sedante y suponen uno de los fármacos más prescritos a los ancianos. Numerosos estudios han asociado el uso de BZD en ancianos a un aumento del riesgo de caídas. Los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del proceso de envejecimiento hacen a los ancianos especialmente vulnerables a los efectos secundarios de estos medicamentos, requiriéndose normalmente un ajuste de dosis. La vida media en sangre de cada BZD marca su uso en ancianos, siendo preferible utilizar aquellas de vida media corta. *Objetivos del estudio:* Analizar la adecuación de la prescripción de BZD a la ficha técnica y en concreto a la dosis definida diaria (DDD) en una muestra de ancianos que han sufrido una caída. Evaluar el tipo de BZD utilizada en función de su vida media. *Pacientes y metodología:* Estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se evalúan las prescripciones de benzodiazepinas en una muestra de 440 pacientes mayores de 65 años que acuden al servicio de urgencias por haber sufrido una caída. *Resultados:* De los 440 pacientes mayores de 65 años que acudieron al servicio de urgencias por haber sufrido una caída, 140 tomaban alguna BZD. 103 pacientes (73,6%) tomaban BZD de acción ultracorta o corta, mientras que 37 pacientes (26,4%) tomaban BZD de acción intermedia o larga. A un 39,3% (55 pacientes) de la muestra se le había prescrito una dosis de la BZD por encima de la DDD recomendada para población anciana, e incluso un 8,6% de ellos recibían una dosis por encima de la DDD para adultos menores de 65 años. En 57 de los pacientes (40,7%) la indicación por la que se había pautado estaba acorde con la indicación autorizada para ese medicamento, mientras que en 25 casos la indicación no era la adecuada (en 58 casos la indicación no estaba recogida en la historia clínica). *Discusión:* Un 26,4% de los ancianos que habían sufrido una caída tomaban BZD de acción intermedia o larga, estando desaconsejado su uso en esta población por su mayor tasa de efectos secundarios, entre ellos un aumento del riesgo de caídas. En un 39,3% de los pacientes la dosis utilizada estaba por encima de la dosis recomendada para ancianos. *Conclusión:* Se necesita una mayor precaución en la utilización de BZD en ancianos, valorando cada caso particular de acuerdo con las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Nº 115

Estudio comparativo del impacto económico en la salud de dos Comunidades Autónomas, Madrid y Andalucía, en los últimos años

Quesada Bueno, Manuel. **Martín Antoniano, Isabel Adoración.** **García Jiménez, Emilio.** CEU San Pablo.

Palabras clave: Impacto, economía, salud

Introducción: Desde el año 2006, la crisis económica y las decisiones políticas para abordarla están teniendo un impacto socioeconómico en la población y en su salud, en especial las enfermedades mentales, que son patologías de gran prevalencia y generan un elevado impacto social y económico de por sí. *Hipótesis:* La situación económica que ha estado atravesando España en los últimos años desde el 2006 ha podido provocar cambios demográficos sanitarios importantes. *Objetivos:* Caracterizar y comparar la demografía poblacional y su crecimiento natural, la población activa, la tasa de paro, el Producto Interior Bruto y la tasa de suicidio y mortalidad, a escala nacional, en las Comunidades Autónomas de Madrid y Andalucía en los últimos 7 años. *Población y metodología:* Se ha realizado un estudio ecológico observacional descriptivo poblacional a través de una recogida de datos de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística, entre los años 2006 y 2012. *Resultados y discusión:* Los índices de Sundberg y Fritz nos marcan una población regresiva y envejecida, respectivamente, más marcada en la población andaluza. En datos provisionales de 2013 presenta un crecimiento poblacional negativo. Las tasas de paro siguen patrones similares, produciéndose un mayor aumento en el periodo 2008-2009 por la declaración económica que se produce en el país. Esta crisis ha dañado en mayor medida a la Comunidad andaluza. Los PIB per cápita fueron en Madrid el doble que en Andalucía. Se observa una correlación directa entre el aumento de paro observado y el aumento de suicidios registrados en las poblaciones estudiadas para ese periodo, siendo mayores en Andalucía, así como la existencia de un mayor índice de suicidios en hombres que en mujeres y en especial en Andalucía. *Conclusiones:* En 2013 se registran tasas de crecimiento negativas por primera vez en la historia (inmigración), siendo la más acusada la Nacional (-0,44%), seguida de la andaluza (-0,34%) y, en tercer lugar, la de la Comunidad de Madrid (-0,16%). La tasa de paro fue superior en las mujeres que en los hombres, a excepción de 2012 en la Comunidad de Madrid, donde llegó a invertirse. En el año 2008 hubo una disminución del PIB general que afectó a todos y en especial a Andalucía. Las tasas de suicidio fueron mayores en Andalucía, y mayores en los hombres que en las mujeres. Del 2008 y 2011 Andalucía tuvo la mayor razón por sexo de suicidios: 4 veces hombre frente a la mujer.

Nº 116

Seguimiento de pacientes con sistemas personalizados de dosificación: evaluación de la prestación del servicio SPD en farmacias de Barcelona

Barau Germès, Mercè. Rodríguez-Caba, Cristina. Gascón Lecha, M. Pilar. Estrada-Campmany, Maria. Lozano Peruchet, Pau. *Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.*

Palabras clave: SPD, seguimiento, evaluación

Introducción: La utilización de herramientas como son los sistemas personalizados de dosificación para mejorar la adherencia en el paciente crónico consolida, frecuentemente, la coordinación multidisciplinar. El programa de seguimiento farmacoterapéutico con sistemas personalizados de dosificación se inició en Barcelona en 2001. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona editó entonces un protocolo que fue actualizado en 2007. La voluntad de la concertación del servicio requería la homogeneización de procedimientos para incorporar la prestación de los SPD en programas de atención a la cronicidad. En diciembre de 2012 se consensó una guía de seguimiento farmacoterapéutico con sistemas personalizados de dosificación con el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya y el Departament de Salut, que unifica la prestación del servicio. Con la nueva guía se inició un proceso de actualización de conocimientos a todos los farmacéuticos formados con anterioridad en SPD por el COFB. *Objetivos:* Conocer el grado de implantación de la prestación del servicio SPD en las farmacias adscritas al programa. Evaluar las variables de proceso relacionadas con la coordinación multidisciplinar para protocolizar la atención al paciente crónico. *Método:* Encuesta en plataforma virtual integrada en el curso de formación de la actualización de la guía de seguimiento farmacoterapéutico con sistemas personalizados de dosificación dirigida a las 1.294 farmacias adheridas al programa SPD del COFB (enero de 2013). Encuesta activa de complementación obligatoria: junio-diciembre de 2013. Variables de proceso, incluidas en el formulario, relacionadas con: a) tipo de pacientes: residencia, criterios de inclusión/exclusión; b) tratamiento farmacológico; c) coordinación multidisciplinar; d) recursos materiales y humanos; e) costes directos del programa. *Resultados:* Se presentarán los resultados preliminares procedentes del análisis de las respuestas de las primeras encuestas completadas por las farmacias (N estimada= 579 encuestas, 25% del total) en septiembre de 2013. Número total (acumulado y actual) de pacientes atendidos. Recursos destinados al programa: tiempo (visita inicial, seguimiento y elaboración del blíster). Flujos de derivación de pacientes. Comunicación entre farmacéutico y resto de profesionales de salud. Grado de registro de los ítems descritos en el protocolo (datos sobre salud, medicación, problemas relacionados con la medicación, comunicaciones interprofesionales). Tratamiento: número de medicamentos; patologías. Limitaciones económicas: retribución real/retribución estimada. *Conclusiones:* Los resultados preliminares obtenidos permitirán conocer todos los aspectos relacionados con el programa de seguimiento farmacoterapéutico con SPD para permitir protocolizar la cogestión interdisciplinar y coordinación en los programas de atención a la cronicidad.

Nº 117

Estudios académicos y otros que ratifican la formación complementaria de los técnicos en farmacia y parafarmacia para ejercer las funciones de apoyo en atención farmacéutica

Cebrián Sierra, José Juan. Guillem Hernández, Enriqueta. *APTAF.*

Palabras clave: Estudios reglados, formación continuada, apoyo atención farmacéutica

Justificación: Desde siempre los titulares de oficina de farmacia –formadores y mecenas en todos los casos– se han rodeado de personal altamente competente. Las nuevas generaciones cumplen los mismos requisitos, avalándoles su amplia formación académica. Según la normativa legal (Real Decreto 1689/2007 de 14 de diciembre. Artículo 5, apartados b, f, j, l, n, ñ, q, t, u), el técnico en farmacia y parafarmacia ha recibido dicha formación y superado los exámenes oficiales; sus estudios reglados son los exigidos, por lo que está plenamente capacitado para ejercer las funciones de apoyo al farmacéutico en la atención farmacéutica (AF), sabiendo en todos los casos hasta dónde puede ejercerlas y remitiendo, cuando dé lugar, al titular o los farmacéuticos adjuntos para que éstos ejecuten sus competencias. *Objetivo:* Demostrar la sinergia de nuestra base académica sanitaria y/o de otro tipo que, junto con nuestra titulación oficial, ponemos a disposición del titular de la OF en la que ejercemos nuestra profesión y/o prestamos nuestros servicios para participar de forma activa en el apoyo de la AF. *Método:* Nos basamos en el estudio de los currículos de nuestros asociados y otros a través de bolsas de trabajo, que han contribuido en una encuesta y toma de datos realizada durante los meses de mayo de 2012 a mayo de 2013. Ficha con los siguientes apartados: nombre; año de nacimiento; categoría profesional oficial; estudios profesionales (académicos o no); otros estudios (académicos o no); idiomas; especialidades; comentarios. *Resultado:* De la totalidad de los estudiados, el 18,18% son Licenciados Universitarios en Ciencias de la Salud (CS), el 3,4% son Diplomados Universitarios en CS, y a su vez, poseen la titulación oficial el 55,68% de técnicos en farmacia y parafarmacia o su equivalente profesional; el 3,40% son Diplomados por el CGCOF y el resto aún sin formación oficial (estudian la Licenciatura de Farmacia o son licenciados en otras áreas no CS). *Conclusiones:* Cada vez son más las bases académicas que corroboran nuestra capacidad para el total desempeño de nuestras funciones; en algunos casos la suma total de horas académicas lectivas realizadas tras dos e incluso tres titulaciones de Formación Profesional de grado medio y/o superior (sanitario o no) son equivalentes a las realizadas en una diplomatura e inclusive en una licenciatura. En casos determinados de titulaciones europeas equivalentes de TF, existe el doctorado. (Referente Europeo: CINE 3 [Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 3].)

Nº 118

Advertencias ineludibles para impedir la devolución de medicamentos o productos alterables en la oficina de farmacia

Cebrián Sierra, José Juan. Abad Soler, Jesús. Martínez Molina, José Miguel. Torres García, Manuel. APTAF.

Palabras clave: Responsable, legislación, indevolutivos

Justificación: El farmacéutico titular es el principal responsable legal que garantiza en todo momento las perfectas condiciones de conservación de los medicamentos para su custodia, correcto almacenamiento y dispensación junto a otros productos alterables –especialmente sanitarios–, ya sea por temperatura, grado de humedad, exposiciones a la luz, etc. La responsabilidad se hace extensiva al resto de profesionales que ejercen en la OF (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178, de 27 de julio de 2006). *Objetivo:* Evitar en todos los casos aceptar devoluciones de medicamentos y otros. Advertir por todos los medios posibles dicha exigencia legal. *Método:* Repaso histórico de dolos detectados tras el intento de devoluciones. *Resultado:* Conformidad con los requisitos comunicados a los clientes-pacientes en todo momento. De forma totalmente anecdótica, algún disconforme. *Discusión:* Ejercer de forma responsable y sin excepciones la legislación refuerza la confianza de los mismos interesados que en su momento pretendieron la devolución; éstos regresan siempre que precisan nuevos tratamientos. Debe aparecer el aviso en el ticket que de forma obligatoria debe entregar el dispensador en cada una de las dispensaciones, a la vez que de forma oral se les recuerda a los pacientes-clientes (especialmente en los productos que requieren condiciones especiales para su conservación) que en ningún caso se aceptará la devolución. En caso de ofrecer bolsas isotérmicas, también puede aparecer impresa en ellas cualquier inscripción al respecto, como: «Este/estos medicamento/s es/son especialmente sensible/s a los cambios de temperatura y otros factores, lo cual lo/s hace indevolutivo/s. Cuide al máximo su correcto transporte. Consúltenos cualquier duda antes de abandonar la oficina de farmacia».

Nº 119

Implementación de barreras físicas y/u otros elementos que cubran la necesidad de total privacidad en los mostradores de las oficinas de farmacia

Cebrián Sierra, José Juan. APTAF.

Palabras clave: Dividir, mostradores, intimidad

Justificación: El principal inconveniente –que debería ser todo lo contrario– de la atención en la oficina de farmacia (OF) es la suma facilidad con la que cualquier persona puede acceder de forma instantánea, no sólo a la dispensación de medicamentos por parte de profesionales totalmente capacitados para ello, sino a cualquier otra consulta sobre problemas de salud, o simplemente atender a todas y cada una de dichas consultas con total privacidad. El mostrador es el punto de contacto entre informador e informado, por lo que debe de atenerse a requisitos que, aunque obviados por la legislación, no pueden ser ignorados por el sentido de profesionalidad de que siempre hace gala la profesión. *Objetivo:* Dividir los mostradores con pantallas que inviten a la intimidad tanto por tamaño como opacidad, en caso de que no sean individuales y con cierto trecho entre ellos. Pegar en el suelo una línea bien visible que lo advierta y que delimite a su vez cierta distancia de la persona que se está atendiendo. *Método:* Repaso histórico de situaciones poco afortunadas que se han podido vivir y que han demostrado que la proximidad de terceros, a sabiendas o no, ha invadido la intimidad, algo que en ningún caso debería de haberse dado. *Discusión:* Planteado para su estudio y puesta en marcha por los titulares de la OF y/o aquellos que al realizar reformas tengan en cuenta esta necesidad. Sería impensable que cualquier médico atendiera a sus pacientes con la puerta de la consulta abierta o que ésta fuera inexistente.

Nº 120

Un festival de cortos en polimedición y salud como herramienta docente y comunitaria

Villafaina Barroso, Antonio. Gavilán Moral, Enrique. Gómez Santana, Mayka. Sánchez Montero, Belén. Bravo Cañadas, Cristina. Salgado Pacheco, Julián. SES.

Palabras clave: Polimedición, cine, salud

Introducción: El teatro y el cine pueden modificar significativamente las opiniones y ayudar a ponerse en el lugar de otro y a entender situaciones difíciles de explicar sólo con palabras. Existe evidencia que demuestra que es posible educar y sensibilizar al público en temas complicados y controvertidos. El cine ha contribuido a originar formas de pensar sobre los sanitarios, la importancia del apoyo familiar y del rol social, entre otros. La producción cinematográfica es una herramienta fecunda para estimular un interés crítico por el pasado y el presente de la actividad médica. *Objetivos:* Educar, alertar y sensibilizar a la población sobre el problema de la polimedición o el uso inadecuado de medicamentos o la medicalización de la vida que se está produciendo en nuestra sociedad. Favorecer la participación comunitaria y la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes a través del cine. Fomentar el pensamiento crítico de los pacientes y profesionales hacia el problema de la medicalización de la vida, la polimedición o el uso inadecuado de medicamentos. Fomentar el trabajo en equipo entre profesionales sanitarios, educativos y sociales. *Metodología:* Desde el Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud se convocó el I Festival de Cortos «Polimedición y salud». El jurado lo compusieron 10 personalidades del ámbito nacional e internacional. La evaluación de los trabajos presentados se realizó teniendo en cuenta aspectos como el contenido temático, la adecuación en la transmisión del mensaje, la originalidad, el impacto en la transmisión del mensaje y la calidad técnica. El premio del público se decidió en un 40% mediante la audiencia que tuvieron los cortos en el mes de abril de 2013 y en un 60% mediante las

votaciones que se realizaron, previo registro, en la plataforma alojada en polimedicado.com. La financiación íntegra del festival corrió a cuenta del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud. *Resultados:* Se presentaron 59 cortos enviados desde 4 países (España, Rusia, Chile y Brasil). Desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 15 de junio de 2013 el canal obtuvo 35.357 reproducciones, lo que representa más de 92.000 minutos (más de 64 días) de reproducción, con una duración media de las reproducciones de 2:36 minutos. *Conclusiones:* El uso de esta metodología para abordar problemas complejos como la polimedición, el uso inadecuado de medicamentos y la medicalización de la vida se demuestra eficaz para el fomento de la participación comunitaria, del trabajo en equipo y del pensamiento crítico entre profesionales sanitarios y pacientes.

Nº 121

Diferencias entre el bupropión usado en la cesación tabáquica y el utilizado en la depresión. ¿Tiene acción, aunque no indicación, en la cesación tabáquica el usado como antidepresivo?

Hernández Tomás, Luis. *Farmacia Ortopedia Hernández*. García Fuentes, Raquel. *Farmacia San Mateo de Gallego*. Higuera Aranda, M. Isabel. *COF de Zaragoza*.

Palabras clave: Bupropión, indicación, cesación

Introducción: En España hay dos presentaciones de bupropión con 150 mg de principio activo y distinta forma farmacéutica e indicación; uno de liberación controlada, Bupropión SR, indicado en la cesación tabáquica, y otro de liberación modificada, Bupropión XR, indicado como antidepresivo. *Desarrollo:* La mayor concentración de bupropión absorbido se produce en el estómago. El bupropión es metabolizado en el hígado, dando lugar al hidroxibupropión. Sin pasar por las enzimas hepáticas sufre descarboxilación y da lugar a eritrohidroxibupropión y treohidroxibupropión. Todos estos metabolitos tienen actividad antidepresiva, siendo su acción en la cesación tabáquica muy discutible. Bupropión SR lleva una cubierta que libera lentamente el fármaco, y ese recubrimiento lleva un polietilenglicol de peso molecular 400 entre sus excipientes; para evitar la descarboxilación del bupropión lleva un estabilizante, clorhidrato de cisteína, en el núcleo del comprimido. Bupropión XR lleva una cubierta que libera más lentamente el principio activo; para ello, el recubrimiento lleva un polietilenglicol de peso molecular 1.450; no evita la descarboxilación del bupropión al no llevar estabilizante; hay una segunda cubierta con un polietilenglicol 1.450 y Eudragit®, soluble a pH 5,5, que impide la absorción del fármaco en el estómago, por lo que pasa a producirse en el intestino. Esta cubierta no está en el comprimido comercializado en Estados Unidos. La concentración de bupropión en plasma será muy inferior a la necesaria para la actividad en la cesación tabáquica; la actividad antidepresiva se deberá mayoritariamente a los metabolitos que no tienen actividad en la cesación tabáquica. *Conclusiones:* La guía americana para el tratamiento del tabaquismo enumera una serie de principios activos de primera línea entre los que está Bupropión SR; no introduce el XR –que sería el equivalente en España al de liberación modificada– en ninguna presentación (150 mg, 300 mg). Bupropión SR, de liberación controlada, es un comprimido con un núcleo que presenta entre sus excipientes clorhidrato de cisteína, estabilizante de bupropión, y utiliza para formar la cubierta un polietilenglicol de peso molecular 400; su indicación es para la cesación tabáquica. Bupropión XR, de liberación modificada, carece de estabilizante y presenta dos cubiertas con polietilenglicol de peso molecular 1.450; esto produce una concentración baja de bupropión en plasma y se busca la transformación del fármaco en metabolitos que tienen acción antidepresiva y no acción para la cesación tabáquica. Estas modificaciones llevan a diferenciar las indicaciones: el comprimido de liberación controlada Bupropión SR tiene acción en la cesación tabáquica; el comprimido de liberación modificada posee acción antidepresiva, siendo su actividad para la cesación tabáquica dependiente del nivel de motivación del individuo para dejar de fumar.

Nº 122

Sativex®. Un avance hacia la mejora de la movilidad en la espasticidad debida a la esclerosis múltiple

Ortiz Tobaruela, María Angustias. *Hospital. Molina Ortiz*, Rebeca. *Hospital. Molina Úbeda*, Juan José. *Farmacia. Gómez Romero*, Lourdes. *Hospital. Huerta Caballo*, Ana. *Farmacia*.

Palabras clave: Espasticidad, endocannabinoides, Sativex®

Introducción: La espasticidad es resultado directo de la pérdida de mielina y la degradación de las fibras nerviosas. La espasticidad en pacientes con EM es frecuente (más del 80% la sufren en algún momento de la enfermedad), lo que repercute en su vida cotidiana y requiere en muchos casos la ayuda de un cuidador. Con su calidad de vida alterada, 1/3 de pacientes deben modificar o abandonar sus actividades cotidianas. Sativex® es el primero de una nueva clase de moduladores del sistema endocannabinoide que puede ser administrado en spray por vía oral. *Objetivo:* Observar la respuesta de los pacientes tratados con Sativex® ante la espasticidad en EM y determinar el número de pulverizaciones y distribuir las de forma uniforme a lo largo del día, calculando la dosis más adecuada a cada paciente. *Método y resultados:* Explicamos cómo deben pulverizarlo; debajo de la lengua o hacia la cara interna de la mejilla, variando continuamente el lugar de aplicación. Al abrir el vial efectuar 2 o 3 pulverizaciones sobre un pañuelo de papel en posición vertical hasta la pulverización fina. Deben transcurrir 15 minutos entre cada pulverización. La dosis tarde/noche, entre las 16 horas y la hora de acostarse. *Conservación:* en nevera en el estuche, una vez abierto (6 semanas fuera), siempre que la temperatura no supere los 25°C; anotar la fecha de apertura. *Uso con o sin alimentos,* si se olvida una dosis aplicar lo antes posible. No aplicar 2 dosis a la vez para compensar. Se parte de 8 pacientes que vienen a consulta y que comienzan tratamiento. Cada uno de ellos necesita un número diferente de pulverizaciones para el alivio de su espasticidad con menos efectos secundarios; les preguntamos y sacamos un promedio de 8 pulverizaciones/día con una dosis máxima de 12/día. Con el tiempo la dosis puede ajustarse, optimizando el control de los síntomas. Tardamos entre 1 y 2 semanas en alcanzar la dosis óptima. *Conclusiones:* Bien tolerado, baja incidencia de efectos adversos: somnolencia o mareos iniciales de carácter leve o moderado, pasajeros y minimizados ajus-

tando las dosis. No observamos síndrome de abstinencia en caso de retirada del fármaco o salto de dosis. En dosis habituales los niveles de THC son 60 veces inferiores a los alcanzados con el cannabis fumado. Sativex® mejora significativamente los espasmos, la disfunción vesical y las interrupciones del sueño.

Nº 123

Primer fármaco oral para el tratamiento de la esclerosis múltiple: fingolimod

Molina Ortiz, Rebeca. Hospital. Gómez Romero, Lourdes. Hospital. Ortiz Tobaruela, María Angustias. Hospital. Molina Úbeda, Juan José. Farmacia. Gómez Moreno, Isabel. Hospital. Bravo Delgado, Nieves. Hospital.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, fingolimod

Introducción: Fingolimod, análogo estructural de esfingosina, es el primer fármaco oral aprobado para el tratamiento de formas muy activas de esclerosis múltiple (EM). Es fosforilado por la ShpK2, generando fingolimod fosfato, un metabolito activo que es capaz de interactuar con los receptores S1P presentes en la superficie de los linfocitos. Su acción es reversible en dos semanas. Sin señales de los receptores S1P, las células T CD4 y CD8 y las células B son incapaces de abandonar los ganglios linfáticos (impide que progrese la inflamación). Así, fingolimod induce una importante linfopenia en sangre periférica sin deteriorar la activación de la células T de memoria (no parece desencadenar una inmunosupresión general). **Indicaciones:** Fingolimod (Gylenia®) está indicado como terapia modificadora de la enfermedad en pacientes adultos que presentan formas de EM que cursan con brotes. Fingolimod se administra por vía oral cada 24 horas, en una dosis de 0,5 mg. Monoterapia como tratamiento modificador del curso de la enfermedad en EM remitente-recurrente muy activa para: pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta; pacientes con EM remitente-recurrente grave de evolución rápida. **Contraindicaciones:** Síndrome de inmunodeficiencia conocida. Procesos malignos activos conocidos, excepto para pacientes con carcinoma cutáneo de células basales. Infecciones activas graves, infecciones activas crónicas (hepatitis, tuberculosis). Pacientes con riesgo elevado de infecciones oportunistas, incluyendo pacientes inmunocomprometidos (incluyendo aquellos que actualmente reciben tratamiento inmunosupresor o aquellos que están inmunocomprometidos por tratamientos previos). Alteración hepática grave (Child-Pugh clase C). Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **Requisitos:** recuento sanguíneo completo (CSC) (dentro de un periodo de 6 meses) normal; descartar infección activa grave; anticuerpos para el virus varicela zóster (VVZ): si son negativos vacunar y esperar un mes. **Efectos adversos:** bradicardia, infecciones, edema macular, hepatopatía, teratogenicidad. **Datos de eficacia:** disminuye los brotes un 52% comparado con el IFN β -1a IM a un año; reducción de la actividad inflamatoria; disminuye el riesgo de la progresión confirmada a 3 meses en un 30%; disminuye la atrofia cerebral un 40% comparado con el IFN β -1a IM a un año. **Conclusión:** Es el primer fármaco oral en EM.

Nº 124

Fármacos para el control de los síntomas en agonía y sedación

Fernández Blanco, Luis. Hospital. Molina Ortiz, Rebeca. Farmacia. Gómez Romero, Lourdes. Hospital. Molina Úbeda, Juan José. Farmacia. Ortiz Tobaruela, María Angustias. Hospital. Lacasa García, Pilar. Hospital.

Palabras clave: Agonía, sedación

«Agonía»: Estado que precede a la muerte, caracterizado por gran inestabilidad, que puede abarcar los 2-3 últimos días de vida, aunque en ocasiones puede alargarse. Ante esta variabilidad es necesario evaluar diariamente al paciente y realizar las modificaciones terapéuticas necesarias. El control de los síntomas suele ser una continuación de lo que se ha venido realizando previamente, pero también pueden aparecer nuevas dolencias que debemos conocer para poder tratar correctamente. **Síntomas:** cuidados de la piel, cuidados de la boca, dolor, disnea, estertores, agitación, *delirium*, fiebre, alimentación, hidratación. **Fármacos:** 1) En las fases avanzadas es posible que el enfermo no tolere la vía oral, por lo que en este caso la puerta de administración más utilizada, por su seguridad y fácil manejo, incluso en el domicilio, es la vía subcutánea, a través de una aguja tipo palomilla de 23-27 G, fijándola con un apósito adhesivo transparente, insertada con un ángulo de 45° en el tejido celular subcutáneo preferentemente de la región anterior del tórax, en la zona infraclavicular. Otras localizaciones posibles son: deltoidea, pared abdominal y cara anterior del muslo. 2) Los fármacos más utilizados, así como los síntomas que pretenden controlar, son: a) Midazolam: cuidado de la piel, disnea, estertores, agitación. Por vía oral (v.o.) en dosis de 7,5 mg, y como tiene una vida media corta se puede pautar cada 4-6 horas; por vía subcutánea (s.c.) se administra 1,5 mg/5 min hasta conseguir la sedación deseada. Se obtiene diluyendo una ampolla de 15 mg/3 mL en 7 cc de SSF, con lo que 1 mL contendrá 1,5 mg. b) Morfina: se suele utilizar para controlar el dolor, la disnea y los estertores. Si se estaba utilizando la vía transdérmica con fentanilo para el dolor, pasar a v.o. o s.c. con cálculo de dosis equipotentes. Inicial: bolos de 5-10 mg/4 h s.c., o por v.o. a 10-30 mg/4 h. c) Haloperidol como fármaco de elección en agitación y *delirium*. Dosis: 2,5-5 mg/8-12 h v.o. o s.c. En caso de necesidad puede iniciarse con 2,5 mg s.c. cada 30 minutos (máximo 3 veces). d) Levomepromazina: como segunda elección si no se controlan los síntomas con haloperidol. Por v.o. podemos empezar en dosis de 25 mg/12 h e ir subiendo hasta un máximo de 100 mg/8 h; por vía s.c., en bolos de 12,5-25 mg hasta un máximo de 25 mg/6 h. e) Paracetamol 0,5-1 g/6-8 h y quetorolaco 10 mg/8 h s.c. para el control de la fiebre. f) Butilbromuro de hioscina para el control de los estertores. Dosis de 20-40 mg/8-6 h.

Nº 125

Recomendaciones de la guía europea para el síndrome de piernas inquietas

Molina Ortiz, Rebeca. Hospital. Gómez Romero, Lourdes. Hospital. Gómez Moreno, Isabel. Hospital. Fernández Bravo, Luis. Hospital. Ortiz Tobaruela, María Angustias. Hospital. Molina Úbeda, Juan José. Farmacia.

Palabras clave: Síndrome piernas inquietas

Introducción: El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico crónico caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverse cuando se está descansando. Es uno de los trastornos neurológicos más comunes, con una prevalencia del 5-10%. Está infradiagnosticado, con sólo un 6,2-9,4% de los afectados. Tiene etiología desconocida. Diferenciamos SPI idiopático y SPI secundario. La prevalencia del SPI idiopático entre familiares de primer grado de pacientes con SPI es 3-5 veces mayor que en personas sin SPI (sugiere la existencia de un componente genético). El SPI secundario se asocia a bajos niveles de hierro o anemia, alteraciones metabólicas u hormonales, polineuropatías periféricas, enfermedades neurológicas o inducido por fármacos. Características clínicas: 1) Existe una urgencia para mover las piernas, normalmente acompañada o causada por sensaciones desagradables en ellas. 2) Comienza o se agrava durante los periodos de descanso o inactividad, como sentarse o tumbarse. 3) Desaparece con el movimiento, como andar o estirarse, por lo menos mientras la actividad continúa. 4) Las urgencias o sensaciones desagradables son peores por la tarde o por la noche, o incluso sólo aparecen por la tarde o por la noche. **Objetivo:** Revisión de la guía europea para el manejo y tratamiento del síndrome de piernas inquietas. Actualización basada en la evidencia. **Conclusión:** Los agonistas dopaminérgicos no ergóticos son útiles en el tratamiento del SPI, con un nivel de evidencia a corto y largo plazo tipo I. Aunque los tres principales tienen recomendación para corto plazo, sólo la rotigotina la mantiene para largo plazo. El riesgo de los agonistas dopaminérgicos no ergóticos, y en mayor medida de los ergóticos y de la levodopa, es el fenómeno de la aumentación, que consiste en empeoramiento de los síntomas y aumento de la gravedad del SPI tras un tiempo de tratamiento. Es la mayor complicación del tratamiento dopaminérgico en el SPI. El tratamiento consiste en retirar/lavar el tratamiento actual e instaurar lentamente el nuevo tratamiento. Si la aumentación se produce con L-dopa: cambio a AD, si es necesario en dosis pequeñas repartidas a lo largo del día/noche. Si se produce con un AD, cambiar a otro. Si aparece aumentación tras el cambio de AD, cambiar a anti-convulsivantes u opiáceos (no hay estudios que lo avalen).

Nº 126

Tratamiento farmacológico de las dislipemias

Bravo Delgado, Nieves. Hospital. Molina Garrido, María José. Hospital. Gómez Romero, Lourdes. Hospital. Molina Ortiz, Rebeca. Hospital. Molina Úbeda, Juan José. Farmacia. Huerta Caballo, Ana. Farmacia.

Palabras clave: Dislipemias, estatinas

Recientemente se ha publicado la guía para el manejo de las dislipemias de la European Society of Cardiology (ESC) conjuntamente con la European Atherosclerosis Society (EAS). La elevación del colesterol total y el c-LDL es la dislipemia más importante a efectos pronósticos. Una reducción absoluta del c-LDL por debajo de 70 mg/dL proporciona el mejor beneficio en prevención de la enfermedad cardiovascular en pacientes de muy alto riesgo. Se establecen objetivos de c-LDL <100 mg/dL en pacientes de riesgo alto y <115 mg/dL en riesgo moderado (tabla 1).

Esta reducción puede lograrse con monoterapia (estatinas). Existen 7 estatinas comercializadas en nuestro país: lovastatina, pravastatina, fluvastatina, simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina y pitavastatina. Todas ellas difieren en su potencia hipocolesterolemiantes y sus características farmacocinéticas. La magnitud de la reducción del c-LDL depende del tipo y dosis de la estatina empleada (tabla 2). La eficacia hipolipemiente es dosisdependiente, de modo que duplicar la dosis se acompaña de reducciones adicionales en el c-LDL de un 6-7%.

Tabla 1. Objetivos de control del c-LDL según la guía EAS/ESC

Tipo de paciente	Objetivo	Recomendación
Riesgo muy elevado	<70 mg/dL	IA
Riesgo elevado	<100 mg/dL	IIa (A)
Riesgo moderado	<115 mg/dL	IIc (C)

Tabla 2. Eficacia hipolipemiente de las estatinas en función de la dosis

Atorvastat	Fluvastat	Lovastat	Pitavastat	Pravastat	Rosuvastat	Simvastat	% ↓ c-LDL
–	40 mg	20 mg	1 mg	20 mg	–	10 mg	30%
10 mg	80 mg	40 mg	2 mg	40 mg	–	20 mg	38%
20 mg	–	80 mg	4 mg	80 mg	5 mg	40 mg	41%
40 mg	–	–	–	–	10 mg	80 mg	47%
80 mg	–	–	–	–	20 mg	–	55%
–	–	–	–	–	40 mg	–	63%

La guía ESC/EAS propone una estrategia práctica para alcanzar el objetivo de c-LDL mediante una tabla que muestra las potencias de las diferentes estatinas (tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de reducción del c-LDL necesario para alcanzar los objetivos

c-LDL inicial (mg/dL)	-70 mg/dL	-100 mg/dL	-115 mg/dL
>240	>70	>60	>55
200-240	65-70	50-60	40-55
170-200	60-65	40-50	30-45
150-170	55-60	35-40	25-30
130-150	45-55	25-35	10-25
110-130	45-55	25-35	10-25
90-110	22-35	<10	
70-90	<22		

En conclusión, una vez determinada la distancia desde un objetivo dado, se puede determinar la respuesta promedio a una estatina y los fármacos que pueden ayudar a alcanzar el objetivo identificado.

Nº 127

Efectos de la implantación de un sistema robotizado de dispensación en los resultados de las actividades asistenciales y los procesos internos de una farmacia comunitaria

Barris Blundell, Damià. Navarro Visa, Elena. *Farmacia Zarzuelo.*

Palabras clave: Farmacia comunitaria, robotización, sistemas automáticos

Introducción: El objetivo es analizar los efectos de la implantación de un sistema automatizado de dispensación (Rowa Vmax Negro Single) en las actividades asistenciales y los procesos internos. **Métodos:** Estudio observacional llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Málaga. Antes de la implantación del sistema automatizado de dispensación se han registrado unos indicadores relacionados con los procesos asistenciales e internos, cuyos resultados se han comparado con los obtenidos después de dos años de la puesta en marcha del robot de dispensación: notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM); número de historias farmacoterapéuticas, resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados, derivaciones documentadas al médico, errores de dispensación; tiempo empleado en la recepción de pedidos; número de personas dedicadas a la recepción diaria; falta de existencias; número de productos dispensados caducados. **Resultados:** La media de RAM notificadas en 2011 y 2012 después de la implantación ha sido de 25, lo que supone un incremento del 37,4% respecto a la media anual de notificaciones efectuadas desde 2001 (18,2 RAM/año); en 2011 y 2012 se abrieron una media de 33 historias farmacoterapéuticas, lo que supone un descenso de un 14,5% respecto a la media desde 2008 (38,6 historias/año); la detección de RNM se ha incrementado un 30,7% y se registraron una media de 22 derivaciones al médico, lo que supone un descenso del 44,4% respecto a la media desde 2006 (39,6 derivaciones/año). La media de errores de dispensación desde el año 2002 hasta la puesta en marcha del robot es del 0,057%, mientras que la media en 2011 y 2012 es del 0,00083%, lo que supone una reducción del 98,6%. Se ha conseguido un 59,5% de reducción en el tiempo dedicado a la recepción de pedidos diarios, y de una media de 2,6 personas dedicadas a esta tarea se ha pasado a 1. Se ha alcanzado una reducción del 25,6% en el porcentaje de falta de existencias y del 70,4% en el número de productos dispensados caducados. **Conclusiones:** El sistema de dispensación robotizado reduce significativamente los indicadores relacionados con los procesos internos y los errores de dispensación y mejora el número de notificaciones de sospechas de RAM y el número de RNM detectados. Aunque la implantación de este sistema automatizado permite dedicar más tiempo a la atención al paciente, no se está plasmando en un incremento del número de historias farmacoterapéuticas abiertas y de derivaciones documentadas al médico.

Nº 128

Remuneración por objetivos en el desarrollo de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria

Barris Blundell, Damià. Navarro Visa, Elena. *Farmacia Zarzuelo.*

Palabras clave: Remuneración, incentivos, servicios cognitivos

Introducción: El objetivo principal de este estudio es analizar los resultados alcanzados con la implantación de un sistema de remuneración por objetivos en el desempeño de actividades asistenciales en los años 2009, 2010, 2011 y 2012. **Métodos:** Estudio observacional llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) con los datos registrados desde el año 2009 hasta el 2012. Las principales características del sistema de remuneración son: a) Los objetivos son grupales. Cada miembro contribuye a la consecución de las metas trazadas. b) Cada actividad cuantificada tiene una ponderación. c) Existe un tercer tramo de premio para el caso de que un farmacéutico sobrepase los objetivos fijados (premio trimestral individual económico). d) Algunas de las actividades remuneradas son: número de historias abiertas, número de PRM/RNM detectados, número de tarjetas amarillas notificadas, número de informes de detección de hipertensos, número de derivaciones documentadas al médico, número de interven-

ciones farmacéuticas, etc. e) El premio anual económico por alcanzar la totalidad de los objetivos marcados ha sido de 3.960 euros (2009), 4.400 euros (2010), 3.600 euros (2011) y 2.050 euros (2012) más 36 días libres por año y farmacéutico. *Resultados:* El equipo ha conseguido en el año 2009 un 54,5% de los objetivos totales anuales, un 39,8% en el 2010, un 49,4% en el 2011 y un 34,4% en el 2012. *Conclusiones:* Teniendo en cuenta la evolución de los principales indicadores relacionados con el desempeño de las actividades asistenciales (historias farmacoterapéuticas abiertas, PRM/RNM detectados, derivaciones documentadas al médico, sospechas de reacciones adversas al medicamento) se podría afirmar que nuestro sistema de objetivos consigue ofrecer una cierta continuidad en el desempeño de labores asistenciales. La tendencia de los objetivos que se establecen mensualmente se mueve alrededor de abrir, por ejemplo, una historia farmacoterapéutica por farmacéutico. A pesar de tratarse de actividades totalmente remuneradas, el equipo se está mostrando poco ambicioso en la consecución de los objetivos. Este hecho queda reflejado, por ejemplo, en la evolución del número de historias abiertas por farmacéutico y año: 7,8 (2009), 10,8 (2010), 6,4 (2011) y 6,8 (2012). Será necesaria una nueva revisión del planteamiento de los objetivos e incentivos.

Nº 129

Formulación magistral en una farmacia comunitaria. ¿Es rentable?

Sánchez Gómez, Rocío. Navarro Visa, Elena. *Farmacia Zarzuelo.*

Palabras clave: Formulación magistral, farmacia comunitaria

Objetivos: Analizar si la elaboración de FM es económicamente rentable en una farmacia comunitaria. *Método:* Estudio observacional prospectivo realizado en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) donde se recogieron datos de las FM realizadas desde enero hasta diciembre de 2012. *Resultados:* En el periodo de estudio se realizaron 172 FM; la vía de administración más prescrita fue la vía tópica, con un 88%. La facturación obtenida en el periodo estudiado fue de 2.303,04 euros (una media de 13,38 euros por fórmula tanto financiada por la Seguridad Social como receta privada); a este importe habría que restarle 647,23 euros de gastos anuales en adquisición de materias primas. En cuanto al tiempo total empleado en la realización de las FM, éste fue de 2.400 minutos (media de 22,64 minutos por FM). Esto supone un coste de 664 euros, obtenido a partir de un coste laboral de 16,60 euros/h/farmacéutico. *Conclusiones:* La inversión que se necesita tanto en la instalación del local como en el utillaje, así como el tiempo de dedicación en la elaboración y documentación necesaria para prestar este servicio son mayores que el beneficio que aporta. Pero a pesar de ello debemos tener en cuenta que a través de la FM podemos acceder a pacientes con patologías cuyo tratamiento no es totalmente abordado por la industria por la falta de rentabilidad.

Nº 130

Prevalencia de recomendación nutricional y derivación a atención primaria en personas con sobrepeso y obesidad que acuden a la Farmacia Peñil

Peñil Peñil, Felipe Alfonso. *Oficina de farmacia.*

Palabras clave: Sobrepeso, obesidad, recomendaciones nutricionales

Objetivos: El sobrepeso y la obesidad tienen importantes consecuencias clínicas en las personas que las padecen. El objetivo de este protocolo es conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de la comunidad que acuden a la Farmacia Peñil, y su relación con alteraciones en la glucemia, el colesterol y la hipertensión arterial. *Metodología:* Previa firma de consentimiento informado y rectificación de datos personales de LOPD, se incluyeron pacientes adultos (>18 y <65 años) y se procedió a registrar datos sociodemográficos, peso y talla, tensión arterial (TA), glucemia (GLU) y colesterol (COL). Las determinaciones analíticas se realizaron mediante el método Rapid Control®, y para la determinación de TA se utilizó el dispositivo Tensoval®. El IMC se obtuvo autocalculado y el peso ideal se estimó mediante la fórmula de Robinson. Según el IMC y los resultados analíticos, se clasificó a los pacientes en normopesos, pacientes con sobrepeso y obesos, con o sin alteraciones analíticas asociadas. Se elaboraron recomendaciones de hábitos de vida saludables (nutrición y ejercicio físico) específicos para las siguientes condiciones: sobrepeso, obesidad, COL elevado, GLU elevada y TA elevada. *Resultados:* Se incluyeron 20 personas (70% mujeres) con una edad media de 54,8 años (DE ±12,5). Tan sólo un 10% se encontraban normopesos. El 90% restante presentó sobrepeso (55%) u obesidad (35%) en diversos grados. En pacientes con sobrepeso y sin contraindicaciones, se recomendó la pérdida de peso mediante un programa estructurado (Optiprogram®). En caso de presentar contraindicaciones, se entregaron recomendaciones de hábitos alimentarios saludables y ejercicio físico y se sugirió la visita a atención primaria. En pacientes obesos se sugirió la visita a atención primaria con los resultados obtenidos, y se entregaron recomendaciones generales para la pérdida de peso. El 40% de los pacientes presentó cifras de TA elevadas y el 87,5% de los mismos tenía indicado tratamiento farmacológico previo. Un 10% refirió diabetes mellitus conocida y no tratada, y el 60% dislipemia conocida (el 33,33% en tratamiento farmacológico). El 33,33% de las personas con sobrepeso u obesidad solicitaron su ingreso en un programa estructurado de pérdida de peso. Todos los pacientes están a la espera del seguimiento. *Conclusiones:* La prevalencia de sobrepeso y obesidad en personas de la comunidad que acuden a nuestra oficina de farmacia es muy elevada. Es necesario realizar protocolos de actuación que integren a atención primaria para dar solución a los problemas de salud vinculados al exceso de peso en estas personas.

Nº 131

Bot PLUS 2.0. Nueva herramienta para el ejercicio profesional y soporte para la aplicación de los servicios asistencialesPeña, Carmen. Aliaga, Ana. Amaro, Luis. Recio, Carmen. Motero, María. Blanes, Antonio. *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.***Palabras clave:** Bot PLUS, herramienta, servicios asistenciales

Objetivos: Bot PLUS se elabora por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) para la consulta de información homogénea, codificada y actualizada sobre la totalidad de los medicamentos y productos de salud autorizados en España, con información sobre enfermedades o interacciones y un módulo de servicios de atención farmacéutica que ofrece la posibilidad de efectuar dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, mejorando la capacidad asistencial del farmacéutico. Bot PLUS, desde hace 30 años, es la principal fuente de información acerca del medicamento y su entorno para los profesionales farmacéuticos en España. Por ello, es un objetivo fundamental del CGCOF mantener una constante evolución capaz de responder a las necesidades crecientes del profesional farmacéutico. **Método:** Durante los años 2011 y 2012 se ha abordado desde el CGCOF una importante evolución de Bot PLUS, con el desarrollo de una nueva infraestructura tecnológica y la inclusión de nuevas funcionalidades y contenidos que respondan a las demandas asistenciales de la oficina de farmacia. Esta evolución se ha realizado mediante un importante desarrollo informático, que ha permitido implantar un amplio paquete de mejoras tanto en el módulo de información de medicamentos y productos sanitarios como en los servicios de atención farmacéutica. **Resultados:** Bot PLUS 2.0, el resultado de esta evolución, distribuido durante el mes de abril de 2013, se constituye en una aplicación adaptada a las nuevas necesidades del profesional, que presenta las siguientes características destacadas: compatibilidad con los diferentes entornos informáticos actuales; mejora del diseño que equipara Bot PLUS 2.0 y Bot PLUS Web; actualización de la información mejorada, tanto en datos como en software; capacidad de uso en dispositivos móviles; mejoras en navegabilidad, búsquedas y generación de informes; ampliación en la codificación de información, con registros de cambios de nombre, código nacional o precios previstos de medicamentos; nuevas advertencias en la dispensación, con inclusión de un sistema propio de pictogramas; mejora del diseño, funcionamiento y herramientas de ayuda en los servicios de atención farmacéutica. **Discusión/conclusiones:** La evolución de Bot PLUS 2.0 mejora la información ofrecida al farmacéutico sobre los medicamentos y productos de salud, con nuevos contenidos más y mejor estructurados y actualizados. Por tanto, permite seguir avanzando tanto en la labor de divulgación de la información sanitaria como en la capacidad de ofrecer herramientas para llevar a cabo los servicios asistenciales, objetivos del CGCOF.

Nº 132

Evolución de las prescripciones de medicamentos utilizados para el tratamiento de la osteoporosisElizondo López de Landache, Isabel. Braceras Izaguirre, Leire. Gardeazabal Romillo, María José. Ruiz Vaquero, Eudurne. López Ayarzagüena, Garbiñe. Betolaza San Miguel, Jon Iñaki. *Dirección de Farmacia. Gobierno Vasco.***Palabras clave:** Osteoporosis, prescripción

Objetivo: Análisis descriptivo de la prescripción de medicamentos utilizados para el tratamiento de la osteoporosis (bisfosfonatos, calcitoninas, ranelato de estroncio, hormona paratiroidea y teriparatida, raloxifeno) en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) desde 2009 hasta 2011, a través del número de recetas facturadas a cargo del SNS, no teniéndose en cuenta las prescripciones realizadas por facultativos de asistencia privada. **Resultados:** El número de envases de los medicamentos analizados y facturados de 2009 a 2011 ha experimentado una disminución del 4,23%, y en importe del 10,27%; en 2009 el coste farmacológico de la osteoporosis en la CAPV supuso 29,8 M€ y en 2011, 26,8 M€. En 2011 el 92,71% de las prescripciones provenían de médicos de atención primaria, seguidos de geriatras y traumatólogos. En ese periodo el 79,65% de los medicamentos consumidos eran bisfosfonatos (risedronico 25,54%, ibandronico 20,41%, alendronico 17,98%). **Discusión:** Se observa una facturación decreciente de recetas, pudiendo atribuirlo a un mejor control de los tratamientos y a las revisiones de prescripciones por la nueva herramienta de prescripción electrónica. En base a estos datos descriptivos es conveniente abordar con mayor detalle la necesidad o no de los tratamientos instaurados, para lograr un control de la enfermedad, un buen uso de los medicamentos y un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Nº 133

A importância do farmacêutico nos diferentes espaços de saúde/laser para a atenção farmacêuticaPonte, Bruno. *Consultório próprio.***Palavras chave:** Atenção farmacêutica, seguimento terapêutico

Introdução: O conceito de atenção farmacêutica em Portugal é ainda muito pouco desenvolvido, está carente de ser explorado e é de uma importância e necessidade extrema. É exigido cada vez mais ao farmacêutico um papel mais clínico, mais presente no seguimento terapêutico, no circuito do medicamento (interações, duplicação de doses, problemas relacionados com medicamentos, entre outros), que exerça um seguimento farmacoterapêutico dos seus utentes, não os «abandone» depois destes saírem das suas farmácias ou hospitais. **Objetivos:** Nesse sentido, e sendo esse o objetivo do meu estudo –avaliar a importância, o impacto e a necessidade do farmacêutico e da atenção farmacêutica nos diferentes espaços de saúde e laser– procurei desenvolver a atenção farmacêutica em diferentes espaços de saúde, como hospitais, clínicas, lares e ambulatório/domicílio (um farmacêutico realiza a atenção farmacêutica ao domicílio, distribuição e preparação da medicação). **Método:** A metodologia utilizada é o método de Dáder, critérios de Beers, critérios START/STOPP e um questionário para avaliação da composição corporal (avaliação da condição física, fatores de risco

cardiovascular, composição corporal). *Resultados*: Embora o estudo ainda esteja em decurso, em hospitais, mais de 78% tomam mais de 6 medicamentos por dia; destes, mais de metade já tiveram problemas de adesão à terapêutica; 38% destes tiveram necessidade de um novo plano terapêutico. Nas clínicas, 64% dos utentes tomam mais de 6 medicamentos diários, com elevada percentagem de incumprimento terapêutico. No ambulatório existe um enorme desconhecimento e abandono terapêutico e com a atenção farmacêutica, existe um melhor controlo e conhecimento da terapêutica. *Discussão/conclusão*: É notório a importância do farmacêutico nos diferentes espaços de saúde e laser. É enorme o desconhecimento terapêutico por parte dos utentes e consequentemente o não cumprimento da terapêutica. A implementação da atenção farmacêutica nestes espaços veio trazer um melhor conhecimento da terapêutica e da doença aos utentes, um auxílio importante aos restantes profissionais de saúde, uma leve economia de custos para o utente e instituição. Foi demonstrado também que a atenção farmacêutica ao domicílio é muito vantajosa para o seguimento e controlo terapêutico dos utentes.