

También en la farmacia comunitaria: Incertidumbre del farmacéutico y complejidad clínica

Después de 33 años de ejercicio profesional como titular de *Oficina de Farmacia* y en continua evolución hacia la práctica clínica, resulta a veces difícil establecer la frontera entre competencias y límites en un escenario en el que chocan las obligaciones con la administración sanitaria, la responsabilidad social y el deber para con el paciente. Todo esto se une a la dificultad para acceder a información objetiva precisa y suficiente, mi propia ignorancia, la burocracia y la gestión de la farmacia que supone muchas veces enfrentarme a la incertidumbre. La incertidumbre es consustancial a la vida en general y en el contexto farmacéutico ser capaz de manejarla implica percibirla, aceptarla y lograr dar una respuesta profesional que produzca para el paciente y la sociedad mayor beneficio que perjuicio.

Incertidumbre para saber si debo abordar la dispensación más allá de la entrega de un medicamento, de un acto meramente comercial o si por el contrario tengo que enmarcarlo en un ámbito profesional más allá de leerle y recordarle de nuevo la posología al paciente. Si tengo que hacer ese “algo más” necesito información. Le dedico tiempo al paciente, realizo la entrevista, observo, evalúo y tomo las decisiones oportunas. Pero, ¿cómo percibe el paciente el servicio que le estoy prestando, cree que lo estoy infravalorando, se siente incómodo? Recientemente me enteré de una frase dicha por un cliente que salía con recetas del consultorio “*y ahora voy a la farmacia y me tratan como si fuera tonta*”

Durante la entrevista: ¿estaré preguntando más de lo que debo? ¿Estaré forzando al paciente a contar algo que no quiere contar? ¿Estaré preguntando menos de lo que debo por miedo a incomodar al paciente o al familiar? ¿Irrumpo en su intimidad más allá de lo que el paciente quiere compartir conmigo y por tanto se pierde la consideración de confidencial?

La incertidumbre está presente a la hora de evaluar una interacción, sopesar los riesgos si se manifiesta en ese paciente concreto y lógicamente la actuación profesional que procede. ¿Hay riesgo?

¿Tengo suficiente información? ¿Hay insuficiencia renal u otras enfermedades que pueden influir en el riesgo de la interacción? ¿La interacción ya ha sido evaluada por el médico y asume el riesgo? ¿Informo al paciente? ¿Derivo al médico? ¿El riesgo es tan alto que procede bloquear la dispensación? También hay incertidumbre a la hora de informar sobre reacciones adversas. Cuando el paciente pregunta si el medicamento prescrito tiene efectos adversos y cuáles son y sospecho que si le informo, puedo estar favoreciendo la falta de adherencia en un medicamento realmente necesario

Incertidumbre hay cuando el paciente o un familiar quiere saber para qué sirve este medicamento y lo que tienes delante es un medicamento para la esquizofrenia, para el alzheimer o para el cáncer. ¿Estarán queriendo contrastar lo que les ha dicho el médico? ¿Estarán los familiares ocultando el problema y por eso me preguntan?

Hay incertidumbre cuando el paciente me pregunta si el medicamento prescrito sirve para algo y sé que no le sirve para nada o tiene escaso valor terapéutico o incluso puede provocar mas daño que beneficio.

También hay incertidumbre cuando estás ante una prescripción para una indicación no aceptada y como consecuencia imposible verificar dosis.

Incertidumbre cuando el paciente desconoce cuánto y durante cuánto tiempo ha de usar un medicamento. O cuando no coincide lo que dice que usa o va a usar con la prescripción. O cuando es IMPOSIBLE leer una receta escrita a mano. O cuando tienes registrado que le han suprimido un medicamento hace 2 meses y lo reinicia sin motivo aparente de causa que justifique dicho reinicio. O cuando inicia un nuevo tratamiento y desconoce qué tiene que hacer con lo que ya estaba utilizando para esa enfermedad u otras enfermedades. O cuando sabes que está ocultando al médico que ha dejado de usar un medicamento.

La incertidumbre está presente cuando solicitan para el resfriado, por su nombre y sin receta, un medicamento que contiene pseudoefedrina y desconozco si su uso puede estar contraindicado en este paciente bien porque utilice otros medicamentos con los que interaccione bien porque padece alguna enfermedad que contraindique su uso. Si no tengo esa información ¿lo dispense? Si mediante entrevista confirmo que tiene una enfermedad cardiovascular o una insuficiencia renal que puede ser grave ¿lo dispense? y si niego la dispensación y el paciente lo quiere llevar de todas formas ¿lo dispense? ¿Qué debo hacer?

Qué debo hacer con una cliente del pueblo, a tratamiento para enfermedades crónicas y compra en mi farmacia una caja de optalidón cada 2 días a pesar de ser advertida del riesgo. ¿Informo a su médico? ¿No le vendo más?

Incertidumbre ante la solicitud de un medicamento que necesita receta médica y el cliente no la trae. ¿Es lo mismo que me pidan una estatina a que me pidan un ventolin? Chocan lo legal, lo ético y lo urgente. ¿Es realmente urgente ese ventolín en ese momento?

Y luego el conflicto de intereses: cada vez que niego una dispensación de cualquier medicamento solicitado con o sin receta es un cliente perdido y con él otros 10 a los que se lo cuenta. Y eso es dinero, son ingresos para la farmacia, ingresos para pagar nóminas, para mantener unas existencias que permitan dar un buen servicio. Y para remunerar al farmacéutico titular

Y todo esto genera el lógico malestar cuando conoces los resultados de no haber dado la respuesta más adecuada a esa incertidumbre: no haber advertido de una reacción adversa o la manifestación de una interacción para que el paciente supiese lo que tenía que hacer. No haber negado esa dispensación. Haber negado la dispensación. No haber derivado al médico. Derivar al médico por una interacción que ya había contemplado. Haber alarmado al paciente o al familiar. Crear una situación de incertidumbre en el médico o en el propio paciente/familiar.

Ser motivo de desconfianza entre el paciente y el médico.

Perder el cliente y su confianza.

A más complejidad percibida más incertidumbre a dominar. Todo un reto profesional.

Teresa Eyaralar
Farmacéutica de Carbayín Alto
Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care
Red Española de Atención Primaria

■ CASO CLÍNICO

Caso clínico de seguimiento farmacoterapéutico comunitario en dolor oncológico

Luque R¹, Andrés J¹¹Farmacéuticos comunitarios en Valdepeñas (Ciudad Real)

Se trata de un caso en el que el farmacéutico acompaña al paciente a lo largo de todo su proceso oncológico, de 1 año de duración, revisando la medicación y fomentando su adherencia y uso adecuado, intentando buscar los mejores resultados posibles.

Descripción del caso:

El paciente es un hombre de 56 años de edad, con sobrepeso, hipertensión arterial (HTA), ansiedad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con la siguiente medicación: Tiotropio, Fluticasona/Salmeterol 50/500, Salbutamol (a demanda), Lorazepam y Valsartan/Hidroclorotiazida.

A continuación se describen los diferentes problemas identificados, e intervenciones farmacéuticas realizadas en colaboración con el resto del equipo sanitario, a lo largo del tiempo.

Inicialmente se detecta una falta de adherencia al tratamiento diario de la EPOC, y una sobreutilización del broncodilatador a demanda. El farmacéutico realiza intervenciones para mejorar la adherencia, así como consejo anti-tabaco, y consejo dietético para reducir el sobrepeso. Consigue mejorar la adherencia, pero a pesar de eso, identifica que el paciente necesita cada vez mayor cantidad de medicación de rescate para la EPOC, por lo que deriva el paciente al médico.

En la consulta de atención primaria se confirma el incremento de la disnea y realizan una primera derivación al servicio de cardiología donde no se detecta nada. En una segunda derivación al servicio de neumología, el paciente es diagnosticado de un cáncer de pulmón inoperable (granuloma incurable).

Se inicia quimioterapia y tratamiento con ondansetron para las náuseas y vómitos. El farmacéutico identifica una falta de efectividad de dicho medicamento y deriva el paciente al médico. Este añade dexametasona a la terapia y se consigue controlar el problema.

Se continúa el seguimiento, acompañado de educación sanitaria y fomento de la adherencia a la medicación. En un determinado momento, el farmacéutico constata, mediante el uso de la escala visual analógica (EVA), un aumento del dolor en el paciente, por lo que acude a la consulta médica, instaurándosele tratamiento analgésico con metamizol cápsulas y paracetamol.

Fecha de recepción: 1/11/14 Fecha aceptación: 30/11/14

Correspondencia: J Andrés

Correo electrónico: julioandres@redfarma.org

Luque R¹, Andrés J¹

El tratamiento analgésico resulta inefectivo, por lo que se producen derivaciones y cambios sucesivos de tratamiento (aumento a 2 cápsulas de metamizol, etoricoxib...), lográndose finalmente el control del dolor con tramadol + metamizol ampollas.

Se consiguen unos meses de estabilidad en los que está funcionando la quimioterapia (se ha conseguido reducir el tamaño del granuloma), y la terapia analgésica. Durante ese tiempo, el farmacéutico continúa ofreciendo consejo dietético, control de la presión arterial y control de la EPOC mediante el índice BODE (Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Exercise capacity index).

Tras esos meses de estabilidad, se identifica en el paciente un incremento de la disnea y el dolor, y se diagnostica metástasis ósea, por lo que se inicia tratamiento con opiáceos: fentanilo parches 25 mcg + metamizol ampollas (a demanda).

El farmacéutico identifica una falta de efectividad del tratamiento analgésico, que no controla ni el dolor de base, ni los episodios de dolor más intenso (irruptivo), que cada vez son más frecuentes, por lo que deriva el paciente al médico.

Se va aumentando la dosis de fentanilo transdérmico hasta una dosis estable, y se añade fentanilo bucal para el dolor irruptivo.

El farmacéutico proporciona las instrucciones precisas para la administración correcta de los parches y de los comprimidos bucales, que tienen cierta complejidad (no tragar, colocar en el interior de la mejilla, dejar disolver, revisar la titulación de la dosis, prevenir sobredosis y dependencia...), consiguiéndose durante un tiempo un buen control del dolor de base y de los picos de dolor irruptivo.

En la fase terminal se vuelve a producir un aumento de la disnea y el dolor, que es controlado con morfina líquida, oxicodona/naloxona, se reduce la dosis de fentanilo bucal (rotación de opioides), y se añade escitalopram y lorazepam para controlar el estado de ánimo y la ansiedad del paciente.

El farmacéutico va supervisando el efecto de cada nuevo tratamiento introducido, y los cambios de dosis, buscando conseguir el mejor resultado posible a lo largo de todo el proceso, hasta el momento de la muerte del paciente. Esta labor colaborativa fue agradecida explícitamente por el paciente, sus cuidadores, y los profesionales sanitarios.

Pese al lamentable desenlace del caso, que era inevitable, se pueden extraer algunas conclusiones positivas, como la potencial aportación que puede hacer el farmacéutico comunitario, en colaboración con el resto del equipo asistencial, para conseguir una detección lo más precoz posible de los problemas de salud, ayudar a lograr los mejores resultados posibles de la farmacoterapia, y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

■ CASO CLÍNICO

Caso clínico de seguimiento farmacoterapéutico a paciente con dolor crónico

Autores

Malet A.

Responsable del Programa conSIGUE Implantación en la provincia de Gipuzkoa

Descripción del caso

Mujer de 68 años, acude a la farmacia a retirar su medicación: simvastatina 20mg, lorazepam 1mg, carbamazepina 400mg y nifedipino oros 60mg. Refiere un dolor facial intenso, y se le ofrece el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. La paciente acepta y se acuerda la primera entrevista para dos días más tarde.

La paciente acude a la cita con su bolsa de medicamentos. Se le pregunta sobre sus problemas de salud, y relata que padece de neuralgia del trigémino, insomnio, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. El problema de salud que más le preocupa es la neuralgia del trigémino, debido al fuerte dolor que le ocasiona. Tras obtener toda la información necesaria y realizarle la medición de la PA (PA media=120/65mmHg) se despide a la paciente hasta la cita acordada el mes próximo y se organiza la información en el estado de situación:

PROBLEMA DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Preocupa	Fecha de inicio	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM
10 meses	Neuralgia del trigémino	No	Si	10 meses	Carbamazepina 400mg	1/2-0-1/2	Si dolor insoportable					
años	Hipercolesterolemia	?	No	años	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1					
6 meses	Hipertensión arterial	Si	No	días	Nifedipino Oros 60mg	1-0-0	1/2-0-0					
años	Insomnio	Si	Si	años	Lorazepam 1mg	0-0-1	0-0-1					

Fecha de recepción: 1/11/14 Fecha de aceptación 30/11/14

Correspondencia: A Malet

Correo electrónico: amaiaalet@redfarma.org

Malet A.

Se lleva a cabo la fase de estudio de los problemas de salud y medicamentos. Se comprueba que el antiepiléptico carbamazepina está indicado para el tratamiento de la neuralgia del trigémino, siendo además un tratamiento de primera elección. Llama la atención que el paciente lo tome únicamente cuando el dolor se hace insoportable, en vez de tomarlo durante los episodios de dolor (6-12 meses) de forma continua. Respecto a la hipercolesterolemia no se tienen parámetros clínicos. Se detecta que la paciente no utiliza el nifedipino correctamente, ya que tiene prescrito un comprimido al día y toma medio, y por otro lado las formas farmacéuticas OROS no deben partirse por ser de liberación controlada. En la guía de práctica clínica sobre el insomnio se lee que el tratamiento del insomnio con benzodiazepinas no debería exceder las 4 semanas. A continuación se realiza la fase de evaluación:

PROBLEMA DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Preocupa	Fecha de inicio	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM
10 meses	Neuralgia del trigémino	No	Si	10 meses	Carbamazepina 400mg	1/2-0-1/2	Si dolor insoportable	Incumplimiento	Si	No	Si	RNM inefectividad
años	Hipercolesterolemia	?	No	años	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1		Si	?	Si	
6 meses	Hipertensión arterial	Si	No	días	Nifedipino Oros 60mg	1-0-0	1/2-0-0	Administración errónea / Incumplimiento	Si	Si?	Si	Riesgo de RNM de inefectividad
años	Insomnio	Si	Si	años	Lorazepam 1mg	0-0-1	0-0-1		Si?	Si	Si?	

Se identifica un RNM de inefectividad asociado a la carbamazepina, y la causa o PRM de la inefectividad es la falta de adherencia al medicamento. No se puede evaluar la efectividad de la simvastatina por falta de parámetros clínicos. Aunque los datos de presión arterial sugieren que el problema de salud está controlado, existen PRM de incumplimiento de la pauta y administración errónea. Por lo tanto aunque el RNM no se haya manifestado, existe un riesgo de RNM (si no se corrige el PRM, puede llegar a manifestarse el RNM). Se duda sobre la necesidad del lorazepam, ya que aunque esté prescrito por un médico, son frecuentes los casos en los que se prescriben las benzodiazepinas por un problema puntual y al no ser retiradas, se establecen como tratamiento crónico. Además es un medicamento que crea tolerancia. Se duda también de su seguridad en pacientes mayores pues puede aumentar el riesgo de caídas, aunque el lorazepam se considera relativamente seguro. Con el resultado de la evaluación, se elabora el siguiente plan de actuación:

Malet A.

A corto plazo
<ol style="list-style-type: none">1. Controlar la neuralgia del trigémino2. Mantener el control de la hipertensión arterial
A largo plazo
<ol style="list-style-type: none">3. Obtener parámetros clínicos del perfil lipídico para evaluar el control de la hipercolesterolemia y la efectividad de la estatina4. Decidir si conviene intervenir en algún momento sobre la benzodiacepina

Para poder intervenir sobre el PRM de incumplimiento de la carbamazepina, debe conocerse la causa de ese incumplimiento. La paciente relató que no utilizaba la carbamazepina porque en el prospecto leyó que era un tratamiento para la epilepsia, y como ella no era epiléptica prefirió no tomarlo porque le provocaba desconfianza, reservándolo para aquellas ocasiones en las que el dolor se le hacía insoportable. Tras proporcionarle información sobre su enfermedad y el medicamento de una forma comprensible, comenzó a tomar el tratamiento correctamente, mejorando el control del problema de salud de forma significativa.

■ CASO CLÍNICO

Experiencias negativas previas a un tratamiento farmacológico pueden influir en la adherencia terapéutica

A negative experience related to a drug and its influence on the therapeutic adherence

Verdú Calvo J¹, González Valdivieso M², Grau Martínez A³, Alonso Garre C⁴

^{1,2,3,y4} Farmacéuticos Comunitarios. Farmacia La Barbera. La Vila Joiosa (Alicante)

Introducción

La implantación de stents coronarios contempla dos posibilidades terapéuticas: una farmacológica y otra que no lo es. Dependiendo de esto se pautan los tratamientos con fármacos antiagregantes que serán acordes a las circunstancias siendo crucial en todos los casos el cumplimiento terapéutico, sobre todo en las primeras fases tras el implante. Pueden surgir problemas imprevistos que hagan tambalear el tratamiento y la adhesión al mismo por parte del paciente. La intervención desde una Unidad de Optimización de la farmacoterapia puede ser determinante en estos casos.

Descripción del caso:

AAR es un paciente que nunca había venido a la Farmacia a retirar su medicación, de eso se ocupaba su mujer. Es un varón de 62 años que estaba en tratamiento con Aliskiren (Rasilez©) por su hipertensión arterial (HTA) desde hacía dos años. En 2010 se le realizó una resección transuretral por un tumor vesical. Es un paciente cumplidor, activo, exfumador y ha gozado de una buena calidad de vida.

El 28 de Marzo de 2014 ingresa en el servicio de urgencias por un síndrome coronario. Las analíticas en el hospital revelan además la existencia de hipertrigliceridemia y dislipemia. Tras una buena evolución durante su estancia hospitalaria, suspenden Aliskiren e instauran nuevo tratamiento.

Fecha de recepción: 1/11/14 Fecha de aceptación 30/11/14

Correspondencia: M González Valdivieso
Correo electrónico: maria@farmacialabarbera.com

PACIENTE	AAR								
	ficha paciente								
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	FECHA INICIO	RESPUESTA
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		CRESTOR 20MG 28 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	02/04/14	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	02/04/14	Seguridad
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	emisión de síntomas	Inicial		PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	abr-14	
HIPERTENSION ESENCIAL,NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		BISOPROLOL EDIGEN 5MG 60 COM	1-0-0-0	02/04/14	
HIPERTENSION ESENCIAL,NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		ENALAPRIL SANDOZ 20MG 28 COM	1-0-0-0	abr-14	
ULCERA ESTOMAGO.AGUDA CON HEMORRAGIA	531.00	02/04/14	Crónico	Inicial		PANTOPRAZOL SANDOZ 20MG 28 C	1-0-0-0	abr-14	
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A	>2 años	Crónico	Estable	01/04/14	RASILEZ 300MG 28 COMPRIMIDOS	1-0-0-0	>2 años	Seguridad
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								

ESTADO	
INICIAL	metas establecidas, iniciar nueva terapia.
RESUELTO	metas logradas, terapia limitada.
ESTABLE	metas logradas, continúa la misma terapia.
MEJORÍA	progreso adecuado, continúa la misma terapia.
MEJORÍA PARCIAL	algún proceso, se requiere ajustar la terapia.
AUN SIN MEJORÍA	aún sin progreso, continúa la misma terapia.
EMPEORA	desmejoramiento de la salud, se ajusta la terapia.
FRACASO	las metas no se lograron, la terapia actual se reemplaza por una terapia diferente.

Pharmaceutical Care
Tarjeta Amarilla
Psicofármacos, recursos optimización.

figura 1: condiciones clínicas y medicación al alta

A primeros de Abril, AAR vuelve a ingresar en urgencias tras observar sangrado en heces y presentando desgarro mucoso que confirma un angioma. Tras una gastroscopia terapéutica y mejoría aparente, AAR es dado de alta, duplicándose la dosis de Inhibidor de bomba de protones (Pantoprazol)

En menos de 15 días nuestro paciente ha pasado de usar un solo medicamento a manejar 7 de manera diaria, de una monoterapia a una politerapia con potenciales problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

PACIENTE	AAR								
	ficha paciente								
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	FECHA INICIO	RESPUESTA
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		CRESTOR 20MG 28 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	02/04/14	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	02/04/14	Seguridad
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	emisión de síntomas	Inicial		PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	abr-14	
HIPERTENSION ESENCIAL,NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		BISOPROLOL EDIGEN 5MG 60 COM	1-0-0-0	02/04/14	
HIPERTENSION ESENCIAL,NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		ENALAPRIL SANDOZ 20MG 28 COM	1-0-0-0	abr-14	
ULCERA ESTOMAGO.AGUDA CON HEMORRAGIA	531.00	02/04/14	Crónico	Inicial		PANTOPRAZOL SANDOZ 40MG 28 C	1-0-0-0	abr-14	
ULCERA ESTOMAGO.AGUDA CON HEMORRAGIA	531.00	12/04/14	emisión de síntomas	Inicial		FERRO SANOL 100MG 50 CAPSULA	0-1-0-0	abr-14	
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								
#N/A	#N/A								

figura 2: condiciones clínicas y medicación 1ª recaída

El 17 de Abril (10 días después del último ingreso) AAR vuelve a urgencias por un síncope sin pérdida de conocimiento, pero con deposiciones meléicas y hemorragia digestiva alta en relación a angiomas gástricos. Al alta se le suspende el tratamiento con Clopidogrel y se mantiene un único antiagregante: el AAS (el resto de tratamiento sin cambios).

Verdú Calvo J¹, González Valdivieso M², Grau Martínez A³, Alonso Garre C⁴

PACIENTE	AAR								
	Condición Patológica	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLÓGIA	FECHA INICIO	RESPUESTA
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		CRESTOR 20MG 28 COMPRIMIDOS	0-0-0-1	02/04/14	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	Crónico	Inicial		ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	02/04/14	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0	02/04/14	emisión de síntoma	Inicial	17/04/14	PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS R	0-1-0-0	abr-14	Seguridad
HIPERTENSION ESENCIAL.NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		BISOPROLOL EDIGEN 5MG 60 COM	1-0-0-0	02/04/14	
HIPERTENSION ESENCIAL.NEOM	401.9	>2 años	Crónico	Estable		ENALAPRIL SANDOZ 20MG 28 COM	1-0-0-0	abr-14	
ULCERA ESTOMAGO.AGUDA CON HEMORRAGIA	531.00	02/04/14	Crónico	Inicial		PANTOPRAZOL SANDOZ 40MG 28 C	1-0-0-0	abr-14	
ULCERA ESTOMAGO.AGUDA CON HEMORRAGIA	531.00	12/04/14	emisión de síntoma	Inicial		FERRO SANOL 100MG 50 CAPSULA	0-1-0-0	abr-14	
#N/A									
#N/A									
#N/A									
#N/A									
#N/A									
#N/A									
#N/A									

figura 3: condiciones clínicas y medicación tras 2º reingreso

Resolución del caso:

Aunque los avances médicos ofrecen la esperanza de aportar beneficios a los pacientes, también tienen el potencial de hacer daño si no se utilizan adecuadamente.

Nuestro paciente refiere que en el pasado padeció un episodio de hemorragia gástrica debido a un antigripal que contenía aspirina®, y es por eso por lo que muestra cierto temor y rechazo a tomar ácido acetil salicílico (AAS), además piensa que es la causa principal de su primera recaída tras el infarto.

Como describen los protocolos para el tratamiento tras un implante de stent farmacológico³ se debe instaurar una terapia con doble antiagregación, con clopidogrel¹ y AAS² a dosis bajas, además del tratamiento con los demás fármacos. Aunque esta combinación aumenta el riesgo de sangrado, El balance riesgo/beneficio es positivo al disminuir la morbi-mortalidad, por lo que se recomienda a todos los pacientes.

Los Stent farmacoactivos van impregnados con antimitóticos y aumentan el riesgo de trombosis debido a un proceso de reendotelización. Es por eso por lo que existe reticencia a usar monoterapia, incluso en pacientes con mayor riesgo de sangrado como en este caso. El utilizar monoterapia con antiagregantes como alternativa no se contempla hasta pasados al menos 6 meses con doble antiagregación.

Nos encontrábamos con:

1. Problema de seguridad, por el AAS ya que en principio no era un fármaco bien tolerado a pesar de tomar pantoprazol a dosis altas.
2. Problema de necesidad de un doble efecto antiagregante.
3. Problema de adherencia por la desconfianza a tomarlo debido a las malas experiencias que le ocurrieron en el pasado.

Conclusión:

Ante decisiones farmacológicas complejas y necesarias, es el cardiólogo el que debe tomar la decisión de las alternativas terapéuticas, como sucede en este caso y decidir o no, recomendar la monoterapia con clopidogrel, teniendo en cuenta el riesgo añadido, ya que, como se ha explicado, los stents antimitóticos son altamente trombolíticos.

Los farmacéuticos debemos ser conscientes de que ante casos tan complicados, somos los sanitarios más cercanos y accesibles y aunque no esté en nuestras manos la decisión clínica definitiva, nuestros esfuerzos deben ir encamina-

Verdú Calvo J¹, González Valdivieso M², Grau Martínez A³, Alonso Garre C⁴

dos a ofrecer todo nuestro apoyo a los pacientes y sus familias, centrándonos en lo que más les preocupa y prevenir acontecimientos adversos relacionados con la medicación.

Desde la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia, se estableció un programa de seguimiento, tranquilizando a la familia y estableciendo las pautas necesarias para que, tanto el paciente, como su entorno más cercano, pudieran adquirir habilidades para reconocer de forma temprana una posible hemorragia futura. Además un control y seguimiento de sus factores de riesgo cardiovascular para prevenir y evitar cualquier otro problema que se asociara con la toma de sus medicamentos.

Como profesionales sanitarios nos queda un largo camino por recorrer para el desarrollo de habilidades que nos permitan entender y reconocer estas experiencias que en muchos casos nos podrán ayudar a prevenir y resolver los problemas relacionados con los medicamentos de nuestros pacientes.

Agradecimientos al Dr. Benito García Díaz. Jefe de Servicio de Farmacia Hospital Severo Ochoa de Madrid, por sus aportaciones tan valiosas para el seguimiento de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica Plavix:
2. http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000174/WC500042189.pdf
3. Ficha técnica Adiro 100mg:
http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/62825/FT_62825.pdf
4. Wijns W et al. Guía de práctica clínica sobre revascularización miocárdica. Rev Esp Cardiol. 2010;63(12):1485.e1-e76
5. [Collet J-P, Silvain J, Barthélémy O, Rangé G, Cayla G, Van Belle E, Cuisset T, Elhadad S, Schiele F, Lhoest N, Ohlmann P, Carrié D, Rousseau H, Aubry P, Monségu J, Sabouret P, O'Connor SA, Abtan J, Kerneis M, Saint-Etienne C, Beygui F, Vicaute E, Montalescot G, for the ARCTIC Investigators.](#) Dual-antiplatelet treatment beyond 1 year after drug-eluting stent implantation (ARCTIC-Interruption): a randomised trial The Lancet (Lancet) 1 de noviembre 2014 Volumen 384 n° 9954 página(s) 1577-85

■ CASO CLÍNICO

Caso clínico de seguimiento farmacoterapéutico: Interacción entre cilostazol y simvastatina

Luque R¹, Andrés J¹

Farmacéuticos comunitarios en Valdepeñas (Ciudad Real)

Descripción del caso

Se trata de un hombre de 69 años de edad, que nunca había ido al médico, y no tomaba ningún medicamento.

En abril de 2013, en una medición rutinaria en la farmacia, se determina un valor de 168/111 mmHg (88 ppm), y en una segunda medición tras 5 minutos, 146/99 mmHg (81 ppm).

Ante esa situación, se cita al paciente a los 2 días, obteniéndose los siguientes valores: 151/98 mmHg (77 ppm), y 149/89 mmHg (83 ppm). Se decide derivar el paciente al médico, y se empiezan a trabajar las medidas no farmacológicas, porque es un paciente con sobrepeso (IMC = 29,3 Kg/m²), tiene una vida muy sedentaria, es exfumador, tiene una dieta poco adecuada, y toma sal.

El paciente acude al médico y vuelve a la farmacia con una prescripción de enalapril 20 mg. También le han citado para analítica y electrocardiograma.

A la semana se le cita en la farmacia para control de la presión arterial, y se obtienen los siguientes valores: 144/82 mmHg (78 ppm), y 149/83 (71 ppm).

El paciente acude al médico para ver los resultados de las pruebas efectuadas. Presenta una hipercolesterolemia, y el resto de la analítica es normal, así como el electrocardiograma. El médico prescribe simvastatina 20 mg y ácido acetilsalicílico 100 mg.

En la farmacia se le ofrece participar en el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y el paciente acepta. Se insiste en la importancia de las medidas no farmacológicas (consejo dietético y recomendación de ejercicio físico), y la adherencia al tratamiento prescrito.

En la visita a la farmacia en mayo de 2013 se obtienen cifras normales de presión arterial, y el paciente informa que ha comenzado a caminar algo más, y está siguiendo la dieta hipocalórica e hiposódica recomendada.

En la siguiente entrevista en la farmacia, en junio de 2013, siguen controlados los valores de presión arterial. El IMC no se ha modificado sustancialmente, pero el paciente comenta que cada vez puede caminar más tiempo. Por otro lado, el paciente tiene dolor en las piernas, para lo que se le recomiendan masajes con gel frío para piernas cansadas, y gelocatil® 650 mg para controlar el dolor.

En la visita de seguimiento farmacoterapéutico de julio de 2013, las cifras de presión arterial permanecen en valores

Fecha de recepción: 3/11/14 Fecha de aceptación 12/12/14**Correspondencia: J Andrés****Correo electrónico: julioandres@redfarma.org**

Luque R1, Andrés J1

normales. El paciente manifiesta que el dolor de piernas no cede, que no le permite caminar correctamente y que tiene que detenerse muy a menudo. Por ello el farmacéutico decide derivar al médico.

El médico de atención primaria prescribe diosmina 500 mg y tramadol/paracetamol 37,5/325 mg.

En septiembre de 2013, en la farmacia se controlan de nuevo las cifras tensionales, que continúan dentro de la normalidad, pero el paciente no ha mejorado del dolor de piernas, por lo que se le deriva de nuevo al médico.

El médico de atención primaria deriva al paciente a la consulta de cirugía vascular, donde es atendido el paciente en diciembre de 2013, y es diagnosticado de enfermedad arterial periférica. Se le retira la medicación anterior (diosmina y tramadol/paracetamol), y se le prescribe cilostazol 100 mg.

En la farmacia se cita al paciente a su próxima cita de seguimiento farmacoterapéutico en enero de 2014. En dicha visita, el paciente manifiesta encontrarse mejor en general, y que su percepción de salud general ha ido mejorando desde que se encuentra en seguimiento en la farmacia, y se inició su tratamiento farmacológico y recomendaciones dietéticas (ha bajado 6 Kg y sigue dieta hiposódica). Por otro lado, con respecto al dolor de piernas, refiere que “tiene hormigueos y calambres que antes no tenía”.

Se estudia la medicación y se observa una posible interacción entre cilostazol y simvastatina, ya que cilostazol puede inhibir el metabolismo de algunas estatinas (atorvastatina, lovastatina y simvastatina) a nivel del sustrato CYP3A4, con el consiguiente incremento del riesgo de toxicidad muscular. Pravastatina podría ser una alternativa segura, pues no es metabolizada por el citocromo CYP3A4.

El farmacéutico deriva el paciente al médico, informándole de la situación. El médico acepta la intervención farmacéutica y cambia simvastatina por pravastatina 20 mg. A partir de ese momento el paciente mejora de los dolores y las parestesias que tenía en las piernas.

Bibliografía

1. Catálogo de medicamentos 2014. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014

■ CASO CLÍNICO

Broncoconstricción como consecuencia de una interacción entre un antagonista adrenérgico no cardioselectivo y un broncodilatador beta-adrenérgico: estudio de un caso.

Izquierdo FJ¹, Suárez B²

¹ Farmacéutico Comunitario en Socuéllamos (Ciudad Real)

² Formadora Colegial del Programa conSIGUE. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real

Descripción del caso

Paciente de 78 años, varón, que acude al servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico de nuestra farmacia, refiriendo una sensación de ahogo desde hace un tiempo, que le imposibilita el desarrollo de las actividades cotidianas.

El paciente tiene los siguientes problemas de salud:

Hipertensión Arterial diagnosticada hace varios años y que se encuentra controlada.

Asma bronquial, diagnosticado hace varios años que no se encuentra controlado desde hace un mes y que preocupa mucho al paciente. Manifiesta que en atención primaria le habían prescrito antibióticos, para tratar una posible infección de vías aéreas y que había estado cumpliendo la posología indicada por su médico, pero no había supuesto mejora en su estado de salud.

Cardiopatía isquémica diagnosticada hace varios años y que se encuentra controlada.

Hipercolesterolemia tratada farmacológicamente. Se desconoce si se encuentra controlada.

El paciente se encuentra en tratamiento con:

Eplenorona 50mg 30 comprimidos. (1-0-0). Desde 2012.

Doxazosina neo 4mg 28 comprimidos (1/2 cada 2 días). Desde hace 8 meses.

Ramipril 10mg 28 comprimidos (1/2-0-1/2). Desde hace >2 años.

Atenolol 50mg 60 comprimidos (1-0-1). Desde hace >2 años

Pantoprazol 20mg 28 comprimidos (1-0-0). Desde hace >5 años.

Formoterol/Beclometasona Nexthaler 6/100mcg/dosis 120 dosis. Desde hace 1 mes.

Mometasona Furoato Twisthaler 400mcg/dosis 60 dosis. Desde hace 1 mes.

Acetilcisteína 600mg 20 comprimidos (1-0-0). Desde hace >1 año.

Ácido acetil salicílico 150mg 28 cápsulas de liberación prolongada (0-1-0). Desde hace >5 años.

Trimetazidina 20mg 60 comprimidos (1-0-1). Desde hace >2 años.

Fecha de recepción: 12/11/14 Fecha de aceptación 13/12/14

Correspondencia: Francisco J. Izquierdo Barba
Correo electrónico: fj.izquierdobarba@gmail.com

Izquierdo FJ¹, Suárez B²

Rosuvastatina 20mg 28 comprimidos (0-0-1). Desde hace >2 años.

Cítocolina 100mg/ml solución (1-0-0). Desde hace >2 años.

Lorazepam 1mg 28 comprimidos (0-0-1). Desde >5 años

El paciente conoce y cumple con su medicación (figura 1)

Fase de estudio:

Detectamos una administración errónea de la Doxazosina neo 4mg; debido a la forma farmacéutica, consideramos que ésta puede ocasionar un problema de salud adicional al paciente, ya que estos comprimidos al tratarse de una forma de liberación prolongada no deben manipularse.

Además consideramos que la administración conjunta de eplerenona y ramipril puede dar lugar a una acumulación orgánica de potasio, pudiendo conducir a efectos tóxicos. Por lo que recomendamos realizar un seguimiento analítico al paciente.

Estudiando su medicación observamos que entre las posibles causas de la sensación de ahogo referida por el paciente podría ser la interacción entre Atenolol 50 mg, y el formoterol. Los fármacos antagonistas adrenérgicos no cardioselectivos pueden dar lugar a broncoconstricción y pueden oponerse por tanto a los efectos de los broncodilatadores beta-adrenérgicos. El riesgo con antagonistas cardioselectivos es mucho menor, pero no puede descartarse.

Según esto, esta interacción (PRM) podría ser la causa del problema de salud del paciente, tratándose de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM)

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	HTA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	651235	ELECOR 50mg	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN, ADMINISTRACIÓN ERRÓNEA	S	S	?	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	AÑOS	801324	CARDURAN NEO 4mg	1/2 /2da	1/2 /2da					<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	934570	ACOVIL 10mg	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2					<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
			AÑOS	723973	TENORMIN 50mg	1-0-1	1-0-1					<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	PROTECCIÓN ESTOMAGO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	662311	PANTOPRAZOL 20mg	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	ASMA BRONQUIAL	<input checked="" type="checkbox"/> No	1MES	694324	FOSTER NEXHALER 100/6	1-0-1	1-0-1	INTERACCIÓN	S	N	?	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	1MES	751271	ASMANEX TWISHALER 400	0-1-0	0-1-0					<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	656304	ACETILCISTEINA 600mg	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
												<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	CARDIOPATÍA ISQUEMICA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	694315	TROMALYT 150mg	0-1-0	0-1-0		S	?	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	AÑOS	973057	TRIMETAZIDINA 20mg	1-0-1	1-0-1					<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
												<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	661873	CRESTOR 20mg	0-0-1	0-0-1		S	?	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
												<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad

Izquierdo FJ¹, Suárez B²

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	RIEGO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	826008	SOMAZINA SOL	1-0-0	1-0-0		§		§	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	INSOMNIO	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	660265	LORAZEPAM 1mg	0-0-1	0-0-1		§		§	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
1MES	SENSACION DE AHOGO	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

figura 1

Intervención y resolución del caso

Se decidió intervenir por vía escrita, a través del paciente, con el médico.

Acceptada la intervención por parte del médico, decide suprimir las especialidades:

- Formoterol/Beclometasona Nexthaler 6/100mcg/dosis 120 dosis.
- Mometasona Furoato Twisthaler 400mcg/dosis 60 dosis.

Para controlar el asma bronquial prescribe la especialidad:

- Aclilinio,Bromuro Genuair 322mcg/dosis 60 dosis (1-0-1)

Además el médico cambia la dosificación de la Doxazosina Neo 4mg a 1 cada 3 días. (figura 2)

Así pues explicamos al paciente el manejo del nuevo dispositivo Genuair y lo mantenemos en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Pasadas unas semanas el paciente acude a recoger su medicación habitual y manifiesta no tener ya problemas para respirar, por lo que damos el RNM (sensación de ahogo) por resuelto. (figura 3)

Broncostricción como consecuencia de una interacción entre un antagonista adrenérgico no cardioselectivo y un broncodilatador beta-adrenérgico: estudio de un caso.

Izquierdo FJ¹, Suárez B²

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	HTA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	651235	ELECOR 50mg	1-0-0	1-0-0	INTERACCIÓN	S	S	?	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	AÑOS	801324	CARDURAN NEO 4mg	1/3día	1/3día					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	934570	ACOVIL 10mg	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2					<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inefectividad
			SAÑOS	723973	TENORMIN 50mg	1-0-1	1-0-1					<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	PROTECCIÓN ESTOMAGO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	662311	PANTOPRAZOL 20mg	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/> No	1MES	693582	BRETARIS GENUAIR 322	1-0-1	1-0-1		S	?	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	AÑOS	656304	ACTILCISTEINA 600mg	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	CARDIOPATIA ISQUEMICA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	694315	TROMALYT 150mg	0-1-0	0-1-0		S	?	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	AÑOS	973057	TRIMETAZIDINA 20mg	1-0-1	1-0-1					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	661873	CRESTOR 20mg	0-0-1	0-0-1		S	?	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	RIEGO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	826008	SOMAZINA SOL	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	INSOMNIO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	660265	LORAZEPAM 1mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad
												<input type="checkbox"/> Inseguridad	<input type="checkbox"/> Inseguridad

figura 2

Broncoconstricción como consecuencia de una interacción entre un antagonista adrenérgico no cardioselectivo y un broncodilatador beta-adrenérgico: estudio de un caso.

Izquierdo FJ¹, Suárez B²

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	HTA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	651235	ELECOR 50mg	1-0-0	1-0-0	INTERACCIONES	S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	AÑOS	801324	CARDURAN NEO 4mg	1/3día	1/3día					<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	AÑOS	934570	ACOVIL 10mg	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2					<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
			AÑOS	723973	TENORMIN 50mg	1-0-1	1-0-1					<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	PROTECCIÓN ESTOMAGO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	662311	PANTOPRAZOL 20mg	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
												<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/> No	1MES	693582	BRETARIS GENUAIR 322	1-0-1	1-0-1		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	AÑOS	656304	ACETILCISTEINA 600mg	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	CARDIOPATIA ISQUEMICA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	694315	TROMALYT 150mg	0-1-0	0-1-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	AÑOS	973057	TRIMETAZIDINA 20mg	1-0-1	1-0-1					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	HIPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	661873	CRESTOR 20mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
AÑOS	RIEGO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	826008	SOMAZINA SOL	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	INSOMNIO	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	660265	LORAZEPAM 1mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
■	■	<input type="checkbox"/> No							■	■	■	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad

figura 3

(*Caso procedente del Programa conSIGUE IMPLANTACIÓN, servicio de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes mayores polimedicados, impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, con la colaboración de Laboratorios Cinfa)

Bibliografía:

1. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2013
2. Catálogo de medicamentos 2014. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014

■ CASO CLÍNICO

Caso clínico de seguimiento farmacoterapéutico: Detección de pérdida de peso en paciente tratado con gliptinas

Luque R¹, Andrés J¹

Farmacéuticos comunitarios en Valdepeñas (Ciudad Real)

Descripción del caso

Se trata de un hombre de 63 años de edad, con hipertensión arterial, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia y NORMOPESO.

Utiliza la siguiente medicación para sus problemas de salud: Enalapril 10 mg, metformina 850 mg, simvastatina 10 mg, y ácido acetilsalicílico 100 mg.

En enero de 2014, le añaden un nuevo antidiabético, sitagliptina 50 mg, para mejorar el control metabólico y bajar la hemoglobina glicosilada.

En la farmacia se le ofrece participar en el servicio de seguimiento farmacoterapéutico para intentar alcanzar los mejores resultados posibles de la medicación.

En la visita a la farmacia de febrero de 2014 se controla el peso del paciente, y se observa una bajada de peso, a pesar de continuar con los mismos hábitos alimentarios.

En marzo de 2014 se vuelve a identificar una nueva pérdida de peso, por lo que se decide derivar al médico de atención primaria, ya que la pérdida de peso está descrita como una reacción adversa (poco frecuente) de la sitagliptina. El médico decide cambiar sitagliptina 50 mg por vildagliptina 50 mg.

En la farmacia se le ofrece continuar con el seguimiento farmacoterapéutico y el control de peso mensual.

En abril de 2014 se observa que el paciente ha vuelto a perder peso, aunque menos cantidad que con sitagliptina.

En mayo de 2014 también vuelve a perder una pequeña cantidad de peso, por lo que se deriva al médico de atención primaria.

El médico retira el medicamento al paciente, volviendo a la medicación inicial, en la que sólo utilizaba metformina, aumentando la dosis de ésta, obteniéndose a partir de ahí un control metabólico adecuado, y una estabilización del peso del paciente, en las visitas de seguimiento posteriores.

Bibliografía

1. Catálogo de medicamentos 2014. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014

Fecha de recepción: 3/11/14 Fecha de aceptación 12/12/14**Correspondencia: J Andrés****Correo electrónico: julioandres@redfarma.org**

■ CASO CLÍNICO

Paciente con Antiepilepticos: Lamotrigina

Pérez Benajas M A

Farmacéutica comunitaria en Vila-real

Presentación inicial del caso

El Paciente JV QS, acude a nuestra consulta de NUTRI FARMACIA debido a que le han detectado en las últimas analíticas niveles elevados de colesterol y ácido úrico. Y le han dado tratamiento para ello al mismo tiempo que una dieta que no comprende.

Es un paciente obeso, IMC 36,4, pero esto le preocupa menos, ya que viene tomándose LAMOTRIGINA durante 6 años, debido a unas crisis epilépticas y ya le han dicho que este medicamento hace engordar.

Le sorprende sobre todo que le hayan hecho dos analíticas con tres días de diferencia y que los valores salgan tan diferentes de ácido úrico, colesterol y GPT

ESTADO DE SITUACION del PACIENTE

Tabla resumen									
Sexo: varón		Edad: 45			IMC: 36,4		Alergias: No conocidas		
Embarazo:									
Problemas de Salud		Medicamentos							
Inicio	PS	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	SOSPECHA
	Epilepsia (*)	2007	Lamotrigina 100	1-0-1	1-0-1			xxx	¿Causa obesidad? ¿Causa dolor articular?
	Acido urico. Artritis gotosa (*)	2014	Indometacina	25-25-25	agudo				
		2014	Alopurinol 300	0-0-1	0-0-1	xx			¿Son ciertos los valores de ácido úrico?
	Colesterol (*)	2014	Simvastatina 20	0-0-1	0-0-1				
	Dolor articular diseminado	2014	Ibuprofeno 600		A demanda hasta 5-6 al día				¿Es el ibuprofeno un problema de salud?
Parámetros biológicos GPT, URICO, COLESTEROL elevados									
Observaciones / Descripción:									

(*) Diagnóstico médico documentado.

Fecha de recepción: 25/11/14 Fecha de aceptación 15/12/14

Correspondencia: M A Pérez Benajas

Correo electrónico: consultas@farmaciasantaisabel.com

Pérez Benajas M A

ESTUDIO DEL CASO

- ¿PUEDE LA LAMOTRIGINA ENGORDAR?
No se refiere esta reacción en su prospecto/fichas técnicas. Tampoco que un enfermo en tratamiento con Lamotrigina NO PUEDA PERDER PESO.
- ¿SON LOS DOLORES ARTRITIS GOTOSA REALMENTE?
Puede ser una reacción adversa de la LAMOTRIGINA que en un 1-10% de los casos provoca ARTRALGIAS DIFUMINADAS.
- ¿Por qué HAY VARIACIONES HASTA DE UN 20% EN LAS DOS ANALITICAS LLEVADAS A CABO CON TRES DIAS DE DIFERENCIA?
El paciente dice que estuvo tomando IBUPROFENO para los dolores de articulaciones a altas dosis (5x600 mg) al día, justo antes del primer análisis.
Después lo dejo de tomar porque eran las fiestas del pueblo y pensaba salir y beber alcohol.
El ibuprofeno como todos los AINES puede variar parámetros analíticos. Puede ser esta la causa.

Primera analítica. Lunes	Toma de aines IBUPROFENO(600 mg 5 o 6 veces al día)	Segunda analítica. Viernes	HIPOTESIS. inductivas, no analíticas	¿Por que? RAZONAMIENTO ANALITICO	PRUEBAS DE CONFIRMACION
GPT: 25 U/L COLESTEROL: 245 mg/dl ACIDO URICO: 7 mg/dl		GPT: 54 U/L COLESTEROL: 289 mg/dl ACIDO URICO: 9,2 mg/dl	El máximo de dosis indicada para adultos es 2400 mg diarios. El paciente se estaba tomando 3600 mg diarios como media esa semana. La sobredosis de ibuprofeno es la causante de la desviación de los valores analíticos	El ibuprofeno a altas dosis puede afectar al funcionamiento renal y hepática. Puede ocasionar niveles elevados de transaminasas y alteraciones en la excreción renal.	No hay pruebas de confirmación

PRIMERA VISITA . PLAN DE CUIDADOS INICIAL

1. DIETA HIPOCALORICA BAJA EN PURINAS.
2. ANALISIS A LOS 5 DIAS.
3. CONTACTO CON EL MEDICO NEUROLOGO MEDIANTE CARTA DONDE SE LE EXPLICA (visita a los 15 días)

Pérez Benajas M A

Problema relacionado con la seguridad del tratamiento:

- a. Posible RAM: LAMOTRIGINA CON ARTRALGIAS DIFUMINADAS.
- b. La necesidad de perder peso y el ajuste progresivo de la dosis de Lamotrigina, con el fin de disminuir la posible reacción adversa
- c. La oferta de trabajar con el paciente el asesoramiento dietético para bajar sus niveles de colesterol y ácido úrico y, al mismo tiempo disminuir peso.

SEGUNDA VISITA. PROPUESTA DE INTERVENCION RECHAZADA.

Después de la visita con la neuróloga.

1. El neurólogo aumenta la dosis de lamotrigina. Debido al aumento de peso del paciente la monitorización de los niveles sanguíneos de lamotrigina son bajos y aumenta la dosis oral a 125-0-125, en concordancia con el peso actual y el volumen de distribución.
2. La neuróloga le dice al paciente que sería muy conveniente perder peso.
3. El paciente no acepta las intervenciones. No quiere perder peso y duda de la dieta baja en purinas. Dice que se tomara menos ibuprofeno. Pero le es difícil comer de otra forma debido a que sus padres tienen una casa de campo con animales que les suministra la despensa familiar y además trabaja a turnos y tiene que comer bocadillos y a deshoras.

BIBLIOGRAFIA

1. Aemps. Ficha técnica lamotrigina, Disponible en http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/69072/P_69072.pdf
2. Aemps. Ficha técnica ibuprofeno. Disponible en http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/66375/FT_66375.pdf
3. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana 5 edición. Elsevier, Madrid, 2008.

■ CASO CLÍNICO

Dolor no controlado en paciente polimedificada: interacciones y duplicidades

Delgado A¹, Suárez B²

¹Farmacéutico Comunitario en Membrilla (Ciudad Real)

² Formadora Colegial del Programa conSIGUE. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real

Descripción del caso

Mujer de 75 años, viuda, acude a la farmacia y, durante el Servicio de dispensación se detecta un problema de salud no controlado. Se le oferta el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, por tratarse de una paciente polimedificada y con un perfil idóneo para su inclusión en el programa conSIGUE Implantación que se viene realizando en la farmacia.

El problema de salud no controlado consiste en un dolor intenso, descrito como "fatal" debido a un pinzamiento que se irradia hacia la pierna, y le preocupa mucho.

En marzo de 2014, la paciente fue sometida a una intervención quirúrgica por caída, en la que se le colocó una prótesis de cadera, a raíz de la cual mantiene parestesias en la pierna izquierda y dolor en la misma rodilla.

Además, la paciente está diagnosticada de artrosis en la columna vertebral desde hace bastante tiempo. Esta situación hace que mantenga un estado de ansiedad importante con episodios de llanto frecuentes. Aunque camina con ayuda de muletas y procura hacerlo a diario, también practica bicicleta estática para mantener una movilidad óptima.

Durante la primera entrevista el 28/05/2014 se comprueban los tratamientos y problemas de salud que se recogen en el estado de situación inicial. La evaluación de la información referida por la paciente en la primera entrevista respecto a los tratamientos y problemas de salud se relaciona en la figura 1.

Fecha de recepción: 30/11/14 Fecha de aceptación 10/12/14

Correspondencia: B Suárez

Correo electrónico: consiguecofcr@redfarma.org

Delgado A¹, Suárez B²

ESTADO DE SITUACIÓN

FECHA: 28/05/2014

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN								
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM			
2011	Dolor óseo	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2011	656255	Paracetamol 1 g sobres	1-1-1	1-1-1	P de salud insuficient tratado	s	n	s	s	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
			2013	662221	Diclofenaco gel		Demanda						Demanda	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
			2014	935080	Metamizol 575 mg	1-1-1	1-1-1						<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2009	Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2009	809558	Lorazepam 1 mg comp	0-1-0-0	0-1-0-0	Otros problemas que afectan tto.	s	¿?	s	s	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
			2009	951962	Paroxetina 20 mg	0-1-0-0	0-1-0-0						<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
							<input type="checkbox"/> No RNM						<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad	
2013	Artrosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Sabe	2013	660438	Ac. alendrónico/colecalcifer	Semanal	Semanal	Otros problemas que afectan tto.2003	s	¿?	s	s	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
							<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM						<input type="checkbox"/> Necesidad		
							<input type="checkbox"/> No RNM						<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad	
2003	Ictus HTA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2003	841056	Ac. acetilsalicílico 300 mg	1-0-1	1-0-0		s	s	s	s	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
			2003	876433	Pentoxifilina 400 mg	1-0-1	1-0-1						<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
			2003	847863	Manidipino 10 mg comp	1-0-0	1-0-0						<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2004	Insomnio	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2004	828806	Zolpidem 10 mg	0-0-1	0-0-1		s	s	s	N	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
							<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM						<input type="checkbox"/> Necesidad		
							<input type="checkbox"/> No RNM						<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad	

figura 1: Estado de situación inicial de la paciente

Evolución y resolución del caso

Se detectó que la falta de efectividad de la estrategia farmacológica para el dolor óseo (Figura 1) provocaba que la paciente tuviera un estado anímico de decaimiento, ya que le imposibilitaba salir y hacer una vida activa. Se intervino sobre la paciente ofreciéndole la posibilidad de utilizar una ayuda técnica que pudiera mejorar su movilidad.

Además, se detectó un riesgo de resultado negativo asociado a la medicación (rRMN) de inseguridad por la dosis prescrita excesiva (Problema Relacionado con el uso del Medicamento: PRM) derivado del Zolpidem 10 mg (Figura 1).

En la siguiente visita de Seguimiento (18/06/2014), se detectó que el médico había modificado el tratamiento para el dolor óseo, incorporando un nuevo medicamento: diclofenaco 50mg. Tras realizar la fase de estudio, se comprobó que existía una alta probabilidad de aparición de efectos adversos (PRM) con el consiguiente rRNM de incremento de los valores de presión arterial (PA) de la paciente por interacción del diclofenaco con el Manidipino 10mg.

Durante la siguiente visita (01/08/2014), la paciente refirió que el médico le había retirado el diclofenaco 50mg en comprimidos, por lo que el rRNM de elevación de los valores de PA había desaparecido.

Delgado A¹, Suárez B²

Por otra parte, se comprobó que la paciente había acudido a Urgencias donde se le había pautado Paracetamol 1 g en comprimidos. Por tanto, se detectó que, existía una duplicidad (PRM) entre la medicación prescrita de base y la pautada en urgencias, con un rRMN de inseguridad por la duplicidad y posible sobredosis. Se intervino sobre la paciente y se constató que no había aportado al servicio de urgencias la medicación activa por lo que se había producido dicha situación. La paciente dejó de tomar el paracetamol en comprimidos y se le comunicó al médico de atención primaria de la paciente.

Debido a la falta de efectividad de la estrategia farmacológica para el dolor óseo, el médico de atención primaria pautó Targin® 5/2.5 mg en pauta ascendente. Durante la fase de estudio se detectó la necesidad de monitorizar a la paciente debido a la posibilidad de aparición de síndrome serotoninérgico por una interacción (PRM) entre la paroxetina 20 mg y el Targin® 5mg/2,5 mg. El día 26/11/2014, durante otra visita programada se constató que la paciente había aceptado la intervención de ayuda técnica propuesta en el mes 1, de manera que su estado anímico mejoró considerablemente, comenzó a salir y a hacer más vida social, lo que ha contribuido a la mejora de su percepción de su calidad de vida. Se detectó también que la paciente había abandonado el tratamiento con Targin® 20/10 mg, que había ido aumentando gradualmente, ya que había percibido los efectos adversos descritos anteriormente.

En la figura 2, se pueden apreciar en el estado de situación final de la paciente los cambios de tratamientos, los PRM y RNM detectados y resueltos.

ESTADO DE SITUACIÓN

FECHA: 26/11/2014

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACION						
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM		
2011	Dolor óseo	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2011	656255	Paracetamol 1 g sobres	1-1-1	1-1-1	Probabilidad de efectos adversos.	S	N	N	S	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
			2014	935080	Metamizol 575 mg	1-1-1	1-1-1					S	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
			2014	654763	Oxicodona 20mg	Ascenden	0-0-0					N	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad
			2014	654763	Naloxona 10mg	Ascenden	0-0-0					S	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2009	Ansiedad	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2009	809558	Lorazepam 1 mg comp	0-1-0-0	0-1-0-0		s	s	s	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
			2009	951962	Paroxetina 20 mg	0-1-0-0	0-1-0-0					S	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad
													<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2013	Artrosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Sabe	2013	660438	Ac. alendrónico/colecalcifer	Semanal	Semanal	Otros problemas que afectan tto.	s	¿?	s	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
													<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
													<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad
2003	Ictus HTA	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2003	841056	Ac. acetilsalicílico 300 mg	1-0-1	1-0-0		s	s	s	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
			2003	876433	Pentoxifilina 400 mg	1-0-1	1-0-1					S	<input type="checkbox"/> Necesidad	<input type="checkbox"/> Inefectividad
			2003	847863	Manidipino 10 mg comp	1-0-0	1-0-0					S	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
													<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2004	Insomnio	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe	2004	828806	Zolpidem 10 mg	0-0-1	0-0-1	Dosis pauta o duración no adecuada	s	s	N	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
													<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
													<input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad

Figura 2: Estado de situación final de la paciente

Delgado A¹, Suárez B²

La intervención del farmacéutico consistió en contactar directamente con el Médico de Atención Primaria para comentarle:

- Que la paciente había abandonado el tratamiento de Targin® 20/10 mg por la aparición de efectos adversos tales como mareo, confusión y desorientación.
- La mejora en la calidad de vida percibida por la paciente desde que comenzó a utilizar la ayuda técnica recomendada.

A raíz de ahí, la paciente fue citada por su Médico de Atención Primaria para reevaluar el tratamiento analgésico y la desaparición de los efectos adversos.

Conclusiones

El Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, así como un abordaje integral del paciente de manera interdisciplinar, ha evitado en el caso de esta paciente dos posibles reacciones adversas de índole grave relacionadas con la duplicidad del paracetamol y la interacción entre la paroxetina y la oxicodona (Targin®).

(* Caso procedente del Programa conSIGUE IMPLANTACIÓN, servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores polimedicados, impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, con la colaboración de laboratorios Cinfa)

Bibliografía

1. Centro de información de medicamentos online AEMPS-CIMA. Ficha técnica y base de datos de alertas. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2014/docs/NI-MUH_FV_05-2014-zolpidem.pdf. [Último acceso Octubre 2014]
2. BotPlus 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegio de Farmacéuticos. Julio 2014
3. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica. Barcelona: Pharma Editores; 2008
4. Flórez J. Farmacología Humana. Barcelona: Masson; 2008

■ CASO CLÍNICO

Intervención sobre Incumplimiento y conciliación de paciente polimeditado

González GF¹, Suárez B²

¹ Farmacéutico Comunitario en Cabezarados (Ciudad Real)

² Formadora Colegial del Programa conSIGUE. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real

Descripción del caso

Paciente de 80 años usuaria de la Farmacia, que acude en Julio de 2014 a retirar su medicación, y durante el proceso del Servicio de Dispensación manifiesta preocupación por edema en miembros inferiores, sangrado gingival e Hipertensión Arterial (HTA). Tras hablar con la paciente sobre sus antecedentes se le ofrece el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y acepta. Una vez firmado el consentimiento informado se concertó una cita para una primera entrevista en la que se constata que:

- La paciente ha sido intervenida para la colocación de un stent hace 6 meses. Facilita el informe de alta y seguimiento por parte del Servicio de Cardiología.
- Nos facilita bolsa de medicamentos en la que se encuentran tanto la medicación previa como la posterior a la intervención.
- No conoce y no cumple la mayoría de la medicación.
- Utiliza pautas posológicas distintas a las prescritas, dado que utiliza las posteriores y las previas a la intervención quirúrgica.

Problemas de Salud:

- Enfermedad Coronaria desde Enero de 2014
- Fibrilación auricular paroxística diagnosticada en Enero de 2014
- HTA, Problema de Salud diagnosticado hace más de 5 años
- Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticada hace más de 5 años

Fecha de recepción: 5/12/14 Fecha de aceptación 15/12/14

Correspondencia: Germán F. González Moles

Correo electrónico: ggonzalezmoles@gmail.com

Tratamiento prescrito a fecha de Enero 2014:

Ácido acetil salicílico 100 mg 30 comprimidos. Pauta: 0-1-0
Atorvastatina 80 mg 28 comprimidos. Pauta: 0-0-1
Acenocumarol 4 mg 20 comprimidos. Según Pauta
Carvedilol 6,25 mg 28 comprimidos. Pauta 1-0-1
Amiodarona 200 mg 30 comprimidos. Pauta: 0-1-0 días alternos
Clopidogrel 75 mg 28 comprimidos. Pauta: 0-1-0
Furosemida 40 mg 30 comprimidos. Pauta 1-0-0
Amlodipino 5 mg 30 comprimidos. Pauta 0-0-1
Ramipril 5 mg 28 comprimidos Pauta 1-0-0
Insulina glargina 100U/ml 5 plumas precargadas 10ml. Pauta: 15 UI
Pantoprazol 20 mg 28 comprimidos. Pauta: 1-0-0

Tratamiento prescrito en Mayo 2014 (revisión Consulta Cardiología)

El Cardiólogo retira la triple anticoagulación por los sangrados gingivales, y mantiene el resto de la medicación igual:

Ácido acetil salicílico 100 mg 30 comprimidos. Pauta: 0-1-0
Atorvastatina 80 mg 28 comprimidos. Pauta: 0-0-1
Acenocumarol 4 mg 20 comprimidos. Según Pauta
Amiodarona 200 mg 30 comprimidos. 0-1-0 días alternos
Furosemida 40 mg 30 comprimidos. Pauta 1-0-0
Amlodipino 5 mg 30 comprimidos. Pauta 0-0-1
Ramipril 5 mg 28 comprimidos Pauta 1-0-0
Insulina glargina 100U/ml 5 plumas precargadas 10ml. Pauta: 15 UI
Pantoprazol 20 mg 28 comprimidos. Pauta: 1-0-0
Carvedilol 6,25 mg 28 comprimidos. Pauta 1-0-1

Medicación usada por la paciente:

Ácido acetil salicílico 100 mg 30 comprimidos. Pauta: 1-0-0
Atorvastatina 80 mg 28 comprimidos. Pauta: 0-0-1
Acenocumarol 4 mg 20 comprimidos. Según Pauta
Amiodarona 200 mg 30 comprimidos. 0-1-0 diario
Clopidogrel 75 mg 28 comprimidos. Pauta: 0-1-0
Furosemida 40 mg 30 comprimidos. Pauta 1-0-0
Amlodipino 5 mg 30 comprimidos. Pauta 1-0-0

González GF¹, Suárez B²

Ramipril 5 mg 28 comprimidos Pauta 1-0-0
Insulina glargina 100U/ml 5 plumas precargadas 10ml. Pauta: 8 UI
Pantoprazol 20 mg 28 comprimidos. Pauta: 1-0-0
Carvedilol 6,25 mg 28 comprimidos. Pauta 1-0-0
Atenolol 50mg 30 comprimidos (No Pautado)
Sitagliptina/Metformina 50/ 1000 mg 56 comprimidos (No Pautado)
Clopidogrel 75mg. Pauta 0-1-0 28 comprimidos (Retirado)

Durante la primera entrevista realizada el 11/07/2014, se comprueba que la paciente está muy preocupada por:

- Edema en los miembros inferiores.
- HTA que no tiene controlada.
- Sangrado gingival.
- Aparición de hematomas espontáneos.
- Niveles de Glucemia elevados (obtenidos por técnica capilar seca domiciliaria).

Parámetros aportados

INR (International Normalized Ratio):

- 22/04/14: 3
- 23/05/14: 3.4
- 04/06/14: 2,5
- 03/07/14: 3,6

Presión Arterial sistólica/ diastólica (medidas en la Farmacia con tensiómetro digital Omron MX4)

- 10/06/2014: 175/95mmHg.
- 27/06/2014: 165/95mmHg.
- 01/07/2014: 170/90mmHg.

En la figura siguiente, se puede apreciar el estado de situación a fecha del 11/07/2014

ESTADO DE SITUACIÓN

FECHA: 11/07/2014

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN						
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM		
01/14	Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> No	01/14	681342	Ácido acetil salicílico	0-1-0	1-0-0	Administración errónea	S	S	N	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí		688771	Atorvastatina 80mg	0-0-1	0-0-1				S	<input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	
01/14	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> No	01/14	654179	Acenocumarol 4 mg	SP	SP	Dosis, pauta o duración no adecuada. Medicamento no necesario	S	S	S	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí		725101	Amiodarona 200mg	Días	0-1-0				N	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe		673254	Clopidogrel 75mg		0-1-0				N	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	
AÑOS	Hipertensión Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> No	01/14	716084	Atenolol 50mg	0-0-0	A	Medicamento no necesario.	S	S	N	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input type="checkbox"/> Sí		651585	Carvedilol 6.25 mg	1-0-1	1-0-0				S	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe		610885	Furosemida 40mg	1-0-0	1-0-0				S	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	
				656225	Amlodipino 5 mg	0-0-1	1-0-0				S	<input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad		
				664871	Ramipril 5mg	1-0-0	1-0-0				S			
AÑOS	DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	665872	Metformina 1000mg	0-0-0	0-1-0	Incumplimiento. Dosis pauta o duración no adecuada	S	N	N	<input checked="" type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí		665872	Sitagliptina 50mg	0-0-0	0-1-0				N	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe		656076	Insulina glargina	8U	16U					<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	
AÑOS	Prevención Gastrolesión	<input type="checkbox"/> No		673231	Pantoprazol 20mg	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad	
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí										<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe										<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inefectividad	

Figura 1. Estado de situación inicial de la paciente.

Fase de estudio y evaluación

A continuación, se enumeran los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), y resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados:

1. PRM: Medicamento no necesario (retirado), probabilidad de efectos adversos del Clopidogrel 75 mg 28 comprimidos. La aparición de hematomas espontáneos corresponden a un RNM de no necesidad
2. PRM: Dosis/Pauta incorrecta del Amlodipino 5mg. La aparición de edemas en miembros inferiores corresponden a un RNM de Inseguridad (no cuantitativa).
3. PRM: Medicamento no necesario, probabilidad de efectos adversos y riesgo de hipoglucemia de la estrategia terapéutica Sitagliptina/Metformina 50/ 1000 mg (No Pautado). Existe un riesgo de RNM (rRNM) de Inseguridad por la posibilidad de aparición de hipoglucemias.
4. PRM: Pauta/Dosis incorrecta, Interacción y Probabilidad de Efectos Adversos de la Amiodarona 200 mg. Existe un rRNM de inseguridad (cuantitativa) por acumulo de dosis y el riesgo de interacción con el acenocumarol 4mg, con la posible potenciación del efecto anticoagulante.
5. PRM: Dosis/Pauta incorrecta con respecto al ácido acetilsalicílico, administrado en desayuno cuando la pauta es en comida.
6. PRM: Problema de salud insuficientemente tratado, Incumplimiento a la Insulina Glargina. La aparición de hiperglucemia corresponde a un RNM de inefectividad (cuantitativa) del tratamiento.
7. PRM: Incumplimiento al Carvedilol 6,25 mg. (Pauta prescrita 1-0-1/ Pauta tomada: 1-0-0). La HTA no controlada corresponde a un RNM de inefectividad (cuantitativa) del tratamiento.

Intervención y plan de actuación

Se intervino de forma escalonada y en colaboración con el Médico de Atención Primaria (MAP).

Intervenciones con la paciente:

- Incidir sobre la adecuación y cumplimiento de la pauta de Amlodipino 5mg 30 comprimidos y educación en medidas farmacológicas. Julio 2014
- Incidir sobre la adecuación y cumplimiento de la pauta utilizada de Carvedilol 6,25 mg 30 comprimidos y educación en medidas farmacológicas. Julio 2014
- Insistir en la No necesidad de la toma de Clopidogrel 75 mg 28 comprimidos. y Sitagliptina/Metformina 50/1000 mg 56 comprimidos (No Pautado). Julio 2014
- Se consensuó con ella la intervención con el médico en entrevista presencial. Julio 2014
- Se hizo Educación para la Salud en medidas no farmacológicas para un mejor control de la diabetes.

Resultado de las Intervenciones con la paciente:

- La paciente cambió la administración de Amlodipino 5mg y Carvedilol 6,25 mg a las prescritas por el médico de Atención Especializada, con lo que los valores de Presión Arterial se normalizaron.
- La paciente comenzó a tomar Amiodarona 200mg en días alternos.
- La paciente comenzó a tomar Ácido acetilsalicílico 100mg a la hora de comer, tal y como estaba pautado.
- La paciente siguió tomando Clopidogrel 75 mg por cuestiones personales, hasta que en Agosto de 2014 presentó un evento al aparecer un hematoma espontáneo (RNM de inseguridad no cuantitativa) en el empeine del pie que necesitó la administración de picosulfato sódico tópico.
- La paciente dejó de tomar el Atenolol 50mg 30 comprimidos, eliminando el medicamento no necesario.

Intervenciones con el MAP:

- Se le informó de los problemas de salud relacionados con la medicación detectados.
- Se le informó de la falta de adherencia al tratamiento antidiabético, y la necesidad del ajuste de dosis.
- Se aportó el informe de cardiología en el que se pedía la optimización de los controles de INR, para poder controlar el riesgo de RNM de Inseguridad derivado de la interacción de la amiodarona 200mg con el acenocumarol 4mg.

El MAP aceptó las intervenciones, y se consensuó con él las intervenciones con la paciente, así como un seguimiento de los valores de presión arterial, glucemia e INR hasta alcanzar los objetivos establecidos para la paciente.

González GF¹, Suárez B²

Durante el mes de Julio de 2014 se constató la ineffectividad del tratamiento antidiabético de la paciente por niveles de glucemia elevados (RNM), que tras efectuar aumentos de dosis ascendentes (de 2 en 2 unidades) produjeron una hipoglucemia (RNM de Inseguridad) referida por la paciente, relacionada con automedicación del antidiabético oral Metformina/Sitagliptina 50/1000mg 56 comprimidos sin pauta ordenada. Por lo que el MAP instauró el tratamiento antidiabético oral con la misma composición, con distinto nombre comercial, con una pauta posológica establecida.

El MAP derivó la paciente al Servicio de Enfermería para optimizar los controles de INR lo que conllevó que se le hicieran quincenalmente y se ha alcanzado el objetivo establecido por el cardiólogo de mantener a la paciente en valores de INR comprendidos entre 2-2,5.

En la figura siguiente, se puede apreciar el estado de situación a fecha del 02/12/2014

Código Farmacia: __

Código Farmacéutico/a: __

Código Paciente: __

ESTADO DE SITUACIÓN

FECHA: 02/12/2014

PROBLEMA DE SALUD			MEDICAMENTOS					EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Fecha de inicio	Código Nacional	Principio activo y dosis por toma	Pauta prescrita	Pauta utilizada	PRM	N	E	S	RNM	
01/14	Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> No	01/14	681342	Ácido acetil salicílico	0-1-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	01/14	688771	Atorvastatina 80mg	0-0-1	0-0-1					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe					<input checked="" type="checkbox"/> No RNM					<input type="checkbox"/> Inefectividad	
01/14	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> No	01/14	654179	Acenocumarol 4 mg	SP	SP		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input type="checkbox"/> Sí	01/14	725101	Amiodarona 200mg	Días	0-1-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> No Sabe					<input checked="" type="checkbox"/> No RNM					<input type="checkbox"/> Inefectividad	
AÑOS	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> No	01/14	651585	Carvedilol 6.25 mg	1-0-1	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	01/14	610885	Furosemida 40mg	1-0-0	1-0-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	01/14	656225	Amlodipino 5 mg	0-0-1	1-0-0					<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
			01/14	664871	Ramipril 5mg	1-0-0	1-0-0					<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
AÑOS	DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> No	AÑOS	665872	Metformina 1000mg	0-1-0	0-1-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	01/14	665872	Sitagliptina 50mg	0-1-0	0-1-0					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> Necesidad
		<input type="checkbox"/> No Sabe	01/14	656076	Insulina glargina	16U	16U					<input type="checkbox"/> Inefectividad	<input type="checkbox"/> Inseguridad
							<input checked="" type="checkbox"/> No RNM					<input type="checkbox"/> Inseguridad	
AÑOS	Prevención Gastrol	<input type="checkbox"/> No		673231	Pantoprazol 20mg	1-0-0	1-0-0		S	S	S	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad
		<input checked="" type="checkbox"/> Sí					<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM					<input type="checkbox"/> Necesidad	
		<input type="checkbox"/> No Sabe					<input checked="" type="checkbox"/> No RNM					<input type="checkbox"/> Inefectividad	

Figura 2. Estado de situación final de la paciente.

González GF¹, Suárez B²

La paciente ha alcanzado los objetivos de control en cuanto a Presión Arterial (PA), INR y glucemia. En revisión en el Servicio de Cardiología se le ha mantenido el tratamiento establecido en Mayo de 2014 y la paciente permanece en el Servicio de SFT de la farmacia comunitaria.

- Se comprobó mediante analítica que:
 - Los niveles de electrolitos: Sodio, Potasio, Magnesio, Calcio y Fósforo estaban dentro de los valores normales de referencia.
 - La TSH se encontraba dentro de los valores normales de referencia.
 - Triglicéridos, ácido úrico, urea, y creatinina estaban en rangos de normalidad.

Conclusiones

El servicio de SFT en la farmacia comunitaria y la colaboración entre los distintos profesionales sanitarios han conseguido la desaparición de distintos PRM, como son la alta posibilidad de aparición de efectos adversos derivada de la toma del medicamento no necesario en el caso Clopidogrel 75 mg y, por tanto también el RNM de inseguridad (no cuantitativa). La aparición y frecuencia de los edemas en los miembros inferiores también disminuyó al utilizar la pauta correcta del medicamento. El RNM de inseguridad derivado de la toma aleatoria del antidiabético oral desapareció al instaurarle una pauta establecida y controlar las unidades de insulina que se administraba la paciente. Tras la analítica se pudo comprobar que la utilización de la dosis pautada de Amiodarona 200mg podría haber evitado el efecto adverso de acumulación de esta y que los niveles de INR estaban dentro de los óptimos establecidos por el cardiólogo (2-2.5). También se pudo ver que los valores de PA de la paciente se habían normalizado al empezar a cumplir con la medicación prescrita y habiendo abandonado aquella no necesaria, así como una mejora en el control de los demás problemas de salud de la paciente.

(* Caso procedente del Programa conSIGUE IMPLANTACIÓN, servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores polimeditados, impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, con la colaboración de laboratorios Cinfa)

Bibliografía:

1. Centro de información de Medicamentos online AEMPS-CIMA. Disponible en <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verPresentaciones&codigo=48048>. Último acceso Agosto 2014.
2. BotPlus 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegio de Farmacéuticos. Julio 2014.
3. Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, Saveliera I, Atar D, Hohnloser SH et al. Actualización detallada de las guías de la ESC para el manejo de la fibrilación auricular de 2012. Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):54.e1-e24. DOI: 10.1016/j.recesp.2012.11.001

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pedro del Río Pérez

Farmacéutico Comunitario de León. Coautor de «Averroes. Manual de terapia en Atención Primaria». Coautor de «Iatrikon. Manual de Terapéutica para Médicos de AP». Autor de «Fitoguía. Terapia con Plantas Medicinales». Colaborador de «Medimecum».

Utilization of Pharmacist Responders as a Component of a Multidisciplinary Sepsis Bundle

Jeremy D. Flynn, Kevin W. McConeghy, Alexander H. Flannery, Melissa Nestor, Pam Branson, and Kevin W. Hatton
Ann Pharmacother September 2014 48: 1145-1151, first published on June 5, 2014 doi:10.1177/1060028014538773
<http://aop.sagepub.com/content/48/9/1145.abstract>

En la actualidad, la sepsis y el shock séptico continúan siendo una carga importante para el sistema de salud estadounidense. Recientemente se ha implementado un sistema de respuesta multidisciplinaria (Coordinated Response to Sepsis, CaRTS) que incluye un consultor farmacéutico para tratar con mayor rapidez a los pacientes con sospecha de sepsis.

Este estudio tenía como objetivo evaluar el tiempo de respuesta en administrar el antibiótico adecuado en los pacientes que participan en la intervención CaRTS en comparación con los controles históricos.

En los pacientes incluidos en el grupo CaRTS se dispuso de una orden electrónica programada, así como la activación de un equipo multidisciplinar de personal de la farmacia y enfermería para coordinar la reanimación y la administración de medicamentos. El grupo CaRTS se comparó con los controles históricos. El resultado primario del estudio fue la proporción de pacientes con la administración de antibióticos apropiados a partir de una hora del diagnóstico de sepsis. Los resultados secundarios incluyeron mantener la presión arterial media (MAP) ≥ 65 mm Hg y la presión venosa central (CVP), de 8 a 12 mm Hg en las 6 horas siguientes.

Se incluyeron en el estudio CaRTS a 49 pacientes y 59 pacientes se incluyeron en el grupo control.

Los pacientes incluidos en el grupo CaRTS tenían una probabilidad 20 veces mayor de que les administraran antibióticos en menos de 1 hora en comparación con los controles (odds ratio [OR] 22,4, 95% intervalo de confianza [IC] del 7,5-69) y eran más propensos a tener una CVP ≥ 8 mmHg a las 6 horas (OR 2,4, IC 95% 1,0-5,6) en comparación con los controles. Los pacientes del grupo CaRTS lograron aumentos estadísticamente no significativos en la MAP ≥ 65 mmHg (OR 2,2, IC 95% 0,7-7,7).

De este estudio concluyen que la utilización de un equipo multidisciplinar en el tratamiento de la sepsis que incluye un consultor farmacéutico, mejoró la proporción de pacientes que recibieron antibióticos apropiados dentro de 1 hora desde el diagnóstico de sepsis en comparación con los controles históricos. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Emergency Contraception Counseling in a Retail Pharmacy Setting: A Pilot Study

Denise Ragland, Nalin Payakachat, and Rachel A. Stafford
J Pharm Pract published 15 January 2014, 10.1177/0897190013516507
<http://jpp.sagepub.com/content/early/2014/01/13/0897190013516507.abstract?papetoc>

El tratamiento para la anticoncepción de emergencia (AE) sin receta ya está disponible para su compra sin restricciones de edad. Esta es una gran oportunidad que tienen los farmacéuticos para proporcionar asesoramiento asegurando así que las usuarias utilicen la AE correctamente.

Este estudio piloto exploró el impacto que tiene el asesoramiento por parte de estudiantes de farmacia sobre el conocimiento de las clientas de la AE en un entorno de farmacias pequeñas (no cadenas de farmacias) y la satisfacción de las usuarias sobre este asesoramiento.

Este estudio se realizó en junio y julio de 2012 en dos farmacias pequeñas. Las participantes completaron un cuestionario previo de 12 preguntas que mide el conocimiento básico de la AE antes de una sesión de educación de 5 a 10 minutos, seguido por el mismo post-test de 12 preguntas. También se llevó a cabo un seguimiento por teléfono entre 1 y 3 meses después de la sesión.

En el estudio participaron ochenta y siete mujeres con una edad media de 30,2 (desviación estándar = 7,2) años. La puntuación media post-test fue significativamente mayor que la puntuación pre-test ($11,5 \pm 1,0$ vs $8,5 \pm 2,5$; $p < 0,001$). La puntuación media de seguimiento ($9,9 \pm 1,1$) fue significativamente mayor que la puntuación pre-test ($P = 0,014$), lo que indica que las usuarias retuvieron conocimiento. Los participantes indicaron estar muy satisfechas con la sesión de asesoramiento y muy de acuerdo que la asesoría podría ayudarles a utilizar correctamente AE.

El asesoramiento impartido por estudiantes de farmacia sobre la AE proporcionó un mayor conocimiento sobre la AE a las participantes tanto inmediatos como a largo plazo. Este estudio sugiere que el consejo en AE es factible y muy valorada por las clientas. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Outcomes Assessment of a Pharmacist-Directed Seamless Care Program in an Ambulatory Oncology Clinic

Scott J. Edwards, Rick Abbott, Jonathan Edwards, Michael LeBlanc, George Dranitsaris, Jennifer Donnan, Kara Laing, Maria A. Whelan, and Neil J. MacKinnon
J Pharm Pract 2014;27 46-52
<http://jpp.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/1/46>

El objetivo principal del estudio fue mejorar la calidad de vida y también mejorar los estándares de atención en pacientes con cáncer.

El servicio de farmacia del Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation, llevó a cabo un estudio de control aleatorio que mide los resultados clínicos y humanísticos de un programa de cuidado dirigido por farmacéuticos en una clínica de oncología ambulatoria.

Este artículo se centra en el grupo de intervención, en particular en la identificación de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y en la utilización de servicios de atención médica, así como en medir la satisfacción de 3 tipos de profesionales de la salud (enfermeros, médicos y farmacéuticos de hospital) con los servicios prestados por este programa de cuidado dirigido por farmacéuticos.

En general, el farmacéutico identificó una media de 3,7 PRM por paciente. El PRM que con más frecuencia se notificó fue el caso de pacientes que no recibían o tomaban tratamiento farmacológico para el cual hay una indicación establecida.

El farmacéutico identificó más PRM en pacientes que reciben tratamiento adyuvante en comparación con los que recibieron tratamiento paliativo.

En promedio, los médicos de familia, enfermeros y los farmacéuticos de hospital estaban satisfechos con las intervenciones, indicando que estaban de acuerdo con la información recopilada y distribuida por los farmacéuticos que participaron en el estudio.

Este servicio farmacéutico dirigido en una clínica de oncología ambulatoria tiene un impacto significativo en los resultados y los procesos de cuidado a los pacientes.

La presencia de estos farmacéuticos puede ayudar a identificar y resolver problemas relacionados con medicamentos que experimentan los pacientes en una consulta de oncología, asegurando que estos pacientes están recibiendo el alto nivel de atención sanitaria. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Patient characteristics among users of analgesic over-the-counter aspirin in a Danish pharmacy setting

Anton Pottegård, Ann-Katrine Kviesgaard, Ulrik Hesse, Søren Ilsøe Moreno & Jane Møller Hansen
International Journal of Clinical Pharmacy August 2014, Volume 36, Issue 4, pp 693-696
http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-014-9968-z?wt_mc=alerts.TOCjournals

El uso de medicamentos sin receta con dosis elevadas de ácido acetilsalicílico (AAS) es un factor de riesgo de sufrir sangrado gástrico. Sin embargo, se necesita un conocimiento más detallado de las características de los usuarios de este tipo de medicamentos con AAS.

El objetivo de este estudio fue caracterizar a los usuarios de medicamentos sin receta con dosis elevadas de AAS en el entorno de la farmacia comunitaria danesa.

El estudio se basó en una entrevista entre los usuarios de medicamentos sin receta con altas dosis de AAS. Se preguntó sobre:

- (1) Características demográficas.
- (2) Uso de patrones.
- (3) El conocimiento de los eventos adversos de estos medicamentos por parte de los pacientes.
- (4) Factores de riesgo de sufrir sangrado gástrico.
- (5) Razones para escoger un medicamento con AAS.
- (6) Si su médico de cabecera le informó sobre el uso de altas dosis de AAS.

Se completaron 117 entrevistas. El 19% y el 37% utilizan dosis altas de AAS a diario o semanalmente, respectivamente. El 68% usaba dosis elevadas de AAS por ser más eficaz que otros analgésicos según su impresión. El 47% tenía uno o más factores de riesgo para sufrir una hemorragia digestiva, los factores más frecuente fueron una edad superior a 60 años (32%) y antecedentes de úlcera péptica (9%). Los eventos adversos más conocidos por parte de los usuarios fueron dolor abdominal (32%) y úlcera péptica (26%). La fuente más común de información era amigos y familiares (32%).

El estudio concluye que una gran proporción de usuarios de altas dosis de AAS tienen factores de riesgo de sufrir sangrado gástrico.

Los profesionales de la salud deben dar más información sobre los eventos adversos potenciales de los medicamentos. ●

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Impact of Pharmacists' Interventions and Simvastatin Dose Restrictions

Bethany R. Shoulders, Andrea S. Franks, Patrick B. Barlow, Juli D. Williams, and Michelle Z. Farland
Ann Pharmacother January 2014 vol. 48 no. 1 5461
<http://aop.sagepub.com/content/48/1/54?etoc>

En junio de 2011, la FDA de Estados Unidos notificó sus preocupaciones acerca de la seguridad con respecto a la miopatía relacionada con estatinas y recomendó más restricciones en la dosis de simvastatina. Estas restricciones reducen la dosis máxima acorde a las características específicas de los pacientes, sobre todo asociada a ciertos medicamentos.

El propósito de este estudio fue comparar la eficacia de 2 intervenciones educativas dirigidas por farmacéuticos sobre el uso apropiado de simvastatina en el ámbito de la atención primaria.

Este análisis de cohorte retrospectivo se realizó en 2 clínicas de centros médicos académicos. Los pacientes a los que se les prescribió simvastatina antes del 8 de junio de 2011 requirieron ajuste de dosis, en base a cambios en el etiquetado, se evaluaron para la inclusión del estudio. Las intervenciones de los farmacéuticos incluyen: 30 minutos de sesión didáctica con los prescriptores o recomendaciones específicas para los pacientes que se comunicaban con el médico durante la visita de seguimiento del paciente. Los resultados primarios fueron el número de pacientes con prescripción de dosis de simvastatina recomendados por la FDA después de la intervención del farmacéutico y el impacto de la intervención sobre las lipoproteínas de baja densidad (LDL).

La revisión de las historias clínicas identificó a 1173 pacientes a los que se les prescribió simvastatina previa al 8 de junio de 2011. A 126 pacientes se clasificaron para la inclusión en el estudio. Después de controlar las características basales, la probabilidad de que a los pacientes se le recetase una dosis adecuada post-intervención, aumentó si los pacientes estaban en el grupo de recomendaciones específicas (odds ratio [OR] = 10,59; IC del 95% = 3,43 a 32,69; $P < 0,0001$). El cambio LDL se produjo a un ritmo similar entre los grupos de intervención ($P = 0,652$).

Después de que la FDA indicase cambios en el etiquetado de medicamentos con simvastatina, las recomendaciones específicas para cada paciente realizadas por farmacéuticos se correlacionaban con una mayor probabilidad de dosificación apropiada de simvastatina en comparación con una educación didáctica de una sola sesión. Las recomendaciones específicas al paciente afectan positivamente a los hábitos de prescripción y la toma de medidas para mejorar la seguridad del paciente. ●