

XI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica

L Siempre que vamos a algún congreso, lo hacemos con la incertidumbre de saber si al final vamos a poder aprovechar algo de lo que hemos estado escuchando. Si además del conocimiento adquirido, de las tertulias enriquecedoras y necesarias con los compañeros, vamos a poder llegar a nuestro ámbito de trabajo y poder aplicar aquello que nos ha llamado más la atención.

En el Congreso AF de Cádiz hemos trabajado para que se cumplan las expectativas de todos, y siempre con el objetivo de que cada congresista pase unos días estupendos en Cádiz y el lunes cuando se vuelvan a su lugar de trabajo, aplique lo que más le haya interesado.

Dentro de las jornadas que vamos a disfrutar, comenzaremos el jueves con una mesa y un “Llévatelo” que se dedicaran a mejorar nuestras habilidades comunicativas, tanto a nivel de farmacéuticos que nos contarán sus experiencias en sus ámbitos asistenciales, así como un Psicólogo que nos mostrará herramientas de comunicación que podamos aplicar posteriormente.

El viernes será un día intenso, y tendremos que dosificar para poder aprovecharlo al máximo. La mañana comenzará a enseñarnos que cualquier acción que tomemos y comuniquemos a los pacientes tiene unas consecuencias, puesto que al final somos provocadores de cambios y actitudes nuevas. Nos enseñarán dos nuevas visiones de cómo evaluar a pacientes de forma integral, teniendo en cuenta no solo la visión biológica del mismo. Al final de la mañana nos proporcionarán herramientas que nos ayudarán a cambiar la profesión a través de la ayuda en lo que hacemos y los datos que obtengamos.

La tarde nos guiará hacia proyectos participativos de la farmacia, que han sido capaces de implementarse y conseguir resultados, y además demuestran nuestro quehacer diario en beneficio de los pacientes. Terminaremos este día con los premios foro AF, donde un compañer@ nos expondrá su caso ganador.

El sábado lo abriremos con las mejores comunicaciones, que serán seleccionadas y presentadas por sus autores. Aprendamos de nuestros compañeros!! Cerraremos el día de forma internacional, es necesario conocer qué se hace fuera, para ello vendrán y nos acercarán a esa farmacia dos personas que nos indicaran su esfuerzo en ambos países, Gran Bretaña y Brasil. Además en esta mesa, y a través de las farmacias centinelas de Castilla y León nos enseñarán cómo los datos nos hacen más fuertes, y mejoran las expectativas de los pacientes.

No hemos hablado de la conferencia inaugural y de clausura, estamos seguros que será una sorpresa agradable por su contenido, porque va a generar emociones y nos abrirá una puerta al futuro, desde la visión y el aprendizaje del pasado.

De todos los congresos se sacan conclusiones positivas, y estamos convencidos que en el XI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica de Cádiz nos servirá para mejorar en beneficio de la profesión y los pacientes.

Nos vemos pronto!!!

D. Alberto Virues
Presidente Comité Científico

D. Francisco José Marín
Presidente Comité Organizador

❖ CASO CLÍNICO

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia.

The pharmacotherapeutical experience: the starting point to the comprehensive management of the pharmacotherapy.

Ruiz Pinilla A.

Coordinadora de la Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de la Universidad San Jorge, Zaragoza, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

Acude a nuestra Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) una persona de 75 años porque tiene algunas dudas sobre algunos medicamentos que utiliza.

Es una persona con Diabetes tipo 2 con buen control de la enfermedad. Cumple rigurosamente con su dieta y camina entre 8 y 12 km diarios.

Para resolver las dudas que nos expone aplicamos la Gestión Integral de la Farmacoterapia para detectar, prevenir y resolver problemas de la medicación.

Esta persona esta preocupada porque considera que utiliza muchos medicamentos.

Palabras claves: *Optimización de la farmacoterapia; Gestión Integral de la Farmacoterapia; Diabetes.*

Fecha de recepción 16/06/2019 **Fecha de aceptación** 13/07/2019

Correspondencia: Amaya Ruiz

Correo electrónico: mruiz@usj.es



La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

ABSTRACT

A 75-year-old person comes to our Medication Therapy Optimization Unit (UOF for its acronym in Spanish) with doubts about some of the medication used.

This person has Type 2 Diabetes with good disease management. He/she follows strictly his/her diet and walks from 8 to 12 kilometers a day.

In order to clarify the doubts raised, we apply the Comprehensive Medication Therapy Management (GIF) in order to detect, prevent and solve medication issues.

This person is worried because he/she considers that he/she is taking too many drugs.

Key words: *Pharmacotherapy optimization; Comprehensive Medication Therapy Management; Diabetes.*

206

INTRODUCCIÓN

Es muy habitual que las personas con sobrepeso presenten desórdenes de valores de glucemia en sangre, por eso ayudar a estas personas a mejorar sus hábitos de vida es una labor importante¹.

Pero esta necesidad de mejorar los hábitos de vida no puede hacer que nos olvidemos de los medicamentos que toman, ya que, aunque el Índice de Masa Corporal (IMC) este en rango, hay que comprobar que se estén alcanzando las metas terapéuticas.

Un buen punto de partida para empezar a trabajar en mejorar la salud, es escuchar las dudas que se plantean las personas con respecto a los medicamentos que utilizan².

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 75 años. Acude a nuestra Unidad de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) porque tiene dudas con respecto a su medicación: piensa que el ácido úrico se lo podría estar aumentando el amiloride/hidroclorotiazida (HCTZ); no entiende por qué tiene anemia ya que come de forma sana; y le da la sensación de que el medicamento que toma para la diabetes no le hace ningún efecto.

Los medicamentos que utiliza para mejorar sus problemas de salud se representan en la tabla 1.

Situación Clínica	Año de inicio	Principio activo	Pauta prescrita
Hipertensión arterial (HTA)	2000	Amiloride 5mg /HCTZ 50mg	1-0-1
Dislipemia	2004	Simvastatina 10 mg	0-0-1
Hiperuricemia	2004	Alopurinol 300	0-0-1
Diabetes	2014	Metformina 850mg	1-1-1
Anemia	2012	Sulfato ferroso cianocobalamina	dos veces al año una vez al año

207

Tabla 1: Tabla de prescripciones y problemas de salud

En el 2000 le diagnosticaron dislipemia e hipertensión arterial (HTA). Tardaron 4 años en ponerle medicación para el colesterol, porque haciendo dieta y un poco de ejercicio

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

consiguió tenerlo controlado. Para la HTA utiliza desde entonces amiloride/HCTZ. Ahora su tensión arterial es de 110/ 60mmHg.

En 2004, con un análisis rutinario de la empresa le detectaron alta la glucosa en sangre (129 mg/dL) e hiperuricemia (10.2 mg/dL). Le prescribieron simvastatina 20mg, alopurinol 300 y un régimen de comidas y ejercicio, con lo que consiguió mantener en rango la glucosa, el colesterol y el ácido úrico.

En el 2012 empezó con metformina 850mg 1-0-1 después de un resultado de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 6.7%. Con los siguientes análisis le dieron bajos los valores de hierro, prescribiéndole sulfato ferroso seco 247,25mg y cianocobalamina en ampollas.

En el 2014 con valores más bajos de glucosa (121 mg/dL) y una HbA1c de 7% le pautaron metformina 1-1-1. Como el colesterol estaba en 204 mg/dL habla con el médico y le baja la dosis a simvastatina a 10 mg.

En esta primera visita comenta que tiene una diarrea moderada, desde hace algún tiempo, sin dolor de estómago ni limitante en su vida.

Su IMC es 24.53 Kg/m². Camina entre 8 y 12 km cada día. Cuida mucho su alimentación y es muy metódico y disciplinado. No fuma ni toma café.

Duerme bien de 23.30h a 7:00h. Sobre las 5 se levanta al baño. No se vacuna de la gripe.

Nos facilita los resultados de su última analítica de hace 6 meses. (Tabla 2).

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

Parámetro	inicial	A los 4 meses del cambio de tratamiento	Normalidad
Glucosa	121 mg/dL	97 mg/dL	80-130 mg/dL
HbA1c	6,3 %	6,1%	<7%
Vit B12	174 pg/mL	191 pg/mL	180-914 pg/mL
Hierro	62 µg/dL	89 µg/dL	70-180 µg/dL
Col	204 mg/dL	162 mg/dL	120-220 mg/dL
LDL	123 mg/dL	95mg/dL	<100 mg/dL
TA	110/60 mmHg	130/80 mmHg	140-90 mmHg
Ac Úrico	8.80 mg/dL	4,20 mg/dL	3,5-7,2 mg/dL
GRF-MRDR-4-IDMS	91,71nL/min*1,73m	95.05nL/min*1,73m	>100 nL/min*1,73m

Tabla 2: Resultados de analíticas del 10/04/2014 y del 29/09/2015**EVALUACIÓN**

Aplicando la Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF) trabajamos para optimizar el tratamiento de una persona con dudas sobre su medicación y distintos factores de riesgo cardiovascular: DM2, HTA, dislipemia, y edad.

Diabetes

El objetivo de control en Diabetes tipo 2 de la glucemia basal y preprandrial está entre 80-130 mg/dL y una hemoglobina glicosilada inferior a 7%.¹

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

Cuida mucho su alimentación y hace mucho ejercicio diario. También utiliza metformina, pero considera que no “le hace nada”, porque si deja el ejercicio y no controla la alimentación la glucemia le aumenta. Su hemoglobina glicosilada (6.3%), y su glucosa en sangre (118 mg/dL) están dentro del rango.

El tratamiento antidiabético está siendo efectivo. Podemos sospechar de la seguridad de la metformina por su posible disminución de la absorción de vitamina B₁₂ y la diarrea³.

Convendría que se cuidaran los pies y se revisara la vista una vez al año para prevenir retinopatía diabética.

Hipertensión Arterial

El objetivo terapéutico para la presión arterial es mantenerla por debajo de 140/90 mmHg¹

Tras años tomando amilorida/hidroclorotiazida 5/50, si bien es verdad que este medicamento consigue bajar su tensión arterial (110/60 mmHg), se sospecha un posible problema de seguridad del diurético tiazídico. El tratamiento con tiazidas pueden producir hiperuricemia, puede alterar la tolerancia a la glucosa, por tanto, se puede requerir un ajuste de la dosis de los fármacos antidiabéticos, y se pueden asociar aumentos en los niveles de colesterol y triglicéridos⁴.

Hipercolesterolemia

El objetivo es LDL por debajo de 100 mg/dL por su condición de diabético e hipertenso¹. La simvastatina no está siendo efectiva porque su LDL es de 123 mg/dL

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

Hiperuricemia

Presenta un valor de ácido úrico de 8,8 mg/dL. El objetivo es < 7,2 mg/dL. El uso continuado de hidroclorotiazida podría estar causando hiperuricemia⁴.

Anemia

El hierro en suero (62 µg/dL), la saturación de transferrina (16.53 %), y la vit B12 (174 pg/ml) están bajos. La metformina podría estar relacionada con la anemia³.

Una vez al año le recetan cianocobalamina en ampollas vía oral y dos veces al año toma Sulfato ferroso 1-0-1 con zumo de pomelo. El pomelo puede aumentar significativamente los niveles plasmáticos de simvastatina cuya metabolización intestinal está mediada por la isoenzima CYP3A4.

PLAN DE ACTUACIÓN

Se proponen las siguientes intervenciones explicándole los motivos que se han tenido en cuenta para decidir las.

- Cambiar ameloridae/HCTZ por un IECA. Las tiazidas pudieran estar aumentando los niveles de Ácido Úrico, la tolerancia a la glucosa y los niveles de colesterol. Se propone cambiar a un IECA por su demostrado efecto sobre la disminución del riesgo de progresión de nefropatía.
- Posibilidad de cambio de ADO, o disminución de dosis de metformina. Con esta medida buscamos mejorar los valores de vitamina B₁₂.
- Aumento de dosis de simvastatina para alcanzar los objetivos terapéuticos.
- Para aumentar la ingesta de Vitamina C, tomar naranja o kiwi.
- Realizar una analítica en 3 o 4 meses.
- Vacunarse cada año de la gripe por su condición de hipertenso y diabético¹.

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO



Zaragoza a.....

Estimado Doctor/a:

Su paciente Don xxxxxx acudió a nuestra Unidad de Optimización de la Farmacoterapia de la Universidad San Jorge para prestarle un servicio de atención farmacéutica personalizado con la finalidad de resolverle dudas, detectar problemas relacionados con los fármacos, obtener la máxima efectividad de los tratamientos minimizando sus riesgos, para contribuir, de esta manera, a la racionalización del uso de los medicamentos y mejorar la calidad de vida.

Como usted sabe su paciente está en tratamiento con amilodaron/hidroclorotiazida 5/50 desde hace 14 años. Aunque el medicamento está siendo eficaz con la tensión arterial, (110/60 mmHg) se sospecha de un posible problema de seguridad, ya que los diuréticos tiazídicos pueden aumentar los niveles de Ac. Úrico en sangre y aumentar la intolerancia a la glucosa y por tanto aumentar la glucemia. Valorar la posibilidad de cambiar el diurético por un IECA aprovechando su demostrado efecto favorable sobre la progresión de la nefropatía.

Si con esta media disminuye la glucemia se podría ajustar la dosis de metformina, o valorar el cambio de hipoglucemiante, por un posible efecto de la metformina sobre la vit B12 y el hierro.

Con un valor de LDL de 123 mg/dL la dosis de simvastatina (10mg/24h), no está siendo eficaz para conseguir los valores de LDL 100mg/dL para pacientes con hiperlipidemia y diabetes, sugerimos aumentar la dosis.

Atentamente

Figura 1: Carta al médico con propuesta de modificaciones

Es importante que las intervenciones se consensuen porque como farmacéutico nos responsabilizamos con las personas en mejorar su salud² y las personas van a tener que hacer cambios, con los que tienen que estar de acuerdo.

En este caso, le escribimos al médico una carta proponiéndole las modificaciones en el tratamiento (Figura 1).

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

RESULTADOS

El médico de atención primaria modifica el tratamiento de la siguiente manera:

- Cambia diuréticos por enalapril 20 mg (1-0-0)
- Aumenta dosis de simvastatina a 20 mg (0-0-1)
- Cambia metformina 1-1-1 por metformina/vildagliptina 850/50 (1-0-1)

Asegura que se vacunará de la gripe en la campaña de final de año.

La diarrea ha cesado.

A los cuatro meses del cambio de tratamiento, se realiza analítica. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

CONCLUSIONES

Aplicar la Gestión Integral de la Farmacoterapia mejora los resultados en la salud de las personas, mejora la percepción de control sobre su salud y aumenta la satisfacción con su tratamiento.

La necesidad de mejorar los resultados de los medicamentos que nos expresó esta persona, fueron resueltos con un cambio en el tratamiento propuesto por el farmacéutico, consensado con el paciente, y realizado por el médico.

Cuando integramos la experiencia farmacoterapéutica de las personas que utilizan medicamentos, con un análisis para detectar, prevenir, y resolver problemas farmacoterapéuticos, somos capaces de mejorar sus resultados en salud.

La experiencia farmacoterapéutica: punto de partida para la gestión integral de la farmacoterapia

Ruiz Pinilla A.

❖ CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisterra.com. Atención Primaria en la red. Guías Clínicas. Diabetes Melitus tipo 2. (Consultado abril 2019). Disponible en:
<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/>
2. Ramalho de Oliveira, D. Atencáo Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. Sao paulo: RCN editora; 2011
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Ficha técnica Metformina 850mg (Consulta mayo 2019). Disponible en URL:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68167/FT_68167.html.pdf
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Ficha técnica Amiloride 5 mg/ Hidroclorotiazida 50 mg. (Consulta mayo 2019). Disponible en URL:
https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/53265/FT_53265.html
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Ficha técnica Tardyferon 80mg. (Consulta mayo 2019). Disponible en URL: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/52994/FT_52994.html

❖ CASO CLÍNICO

Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Non-adherence to treatment in a female patient with asthma and negative result associated to medication.

Mateos Grande L¹, Suárez Luque B².

¹Farmacéutica Titular. Farmacia Mateos Grande (Tomelloso), Ciudad Real, España

²Formadora Colegial, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

215

Los pacientes con enfermedades crónicas que acuden diariamente a la farmacia son, en muchas ocasiones, pacientes cuyo conocimiento de la enfermedad o la importancia del uso correcto de su farmacoterapia no es la adecuada, lo que se traduce en que los pacientes no van a ser adherentes a su tratamiento con las consecuencias que ocasiona, sobre todo para su salud, también para su calidad de vida lo que se conllevará indudablemente en un mayor gasto sanitario a corto, medio o largo plazo.

AdhenciaMED es un programa de investigación en el que se ha medido la importancia del servicio de adherencia desde el punto de vista clínico, humanístico y económico.

Palabras claves: *Adherencia no intencionada; reacción adversa; intervención.*

Fecha de recepción 22/07/2019 **Fecha de aceptación** 10/08/2019

Correspondencia: Blanca Suárez

Correo electrónico: blancasuarezcofcr@redfarma.org



Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Mateos Grande L, Suárez Luque B.

❖ CASO CLÍNICO

ABSTRACT

The patients with chronic diseases that come to the pharmacy daily are, in many cases, patients whose knowledge of the disease or the importance of the correct usage of the pharmacotherapy is not the correct one. This situation is translated in the fact that patients will not have adherence to their treatments with all the consequences that this entailed especially for their health but also for their quality of life. Besides, this means an increase in health expenditure in the short, medium and longer term.

AdhrenciaMED is a research program in which the importance of the adherence service has been measured from a clinical, humanistic and economic point of view.

Key words: *Unintentional adherence; adverse reaction; intervention.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

216

Paciente habitual de la farmacia incluida en junio de 2018 en el Programa AdhrenciaMED¹ Implantación. La paciente fue informada del protocolo del estudio aceptando participar tras firmar del consentimiento informado.

En dicho protocolo se recogían los datos de visitas mensuales, que eran registradas en un cuaderno electrónico de recogida de datos, desarrollado específicamente tanto para la prestación del servicio de adherencia terapéutica como para el proyecto de investigación (e-CRD AdhrenciaMED):

1. La farmacoterapia: pauta, dosis, duración del tratamiento.
2. Los Problemas de Salud del paciente.
3. La evaluación de la técnica de inhalación
4. La medida de la adherencia al tratamiento (Test de Morisky Green-Levine)

Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Mateos Grande L, Suárez Luque B.

❖ CASO CLÍNICO

5. Cuestionario de control de la enfermedad (ACQ asma), el registro de la calidad de vida (Escala Visual Analógica y EuroQol-5D5L)
6. Las Intervenciones sobre la falta de adherencia con intervenciones breves complejas.
7. La frecuentación a distintos niveles del sistema de Salud, ingresos y hospitalizaciones.

En este caso se trata de una paciente de 45 años habitual de la farmacia, diagnosticada de asma desde hace más de 5 años, sin ninguna patología más, y que tampoco refiere hábitos tóxicos. El tratamiento prescrito para el asma consta de:

- Ebastina 20 mg (1comp /24 horas)
- Montelukast 10 mg (0-0-1)
- Beclometasona/ Formoterol 100/6 mcg (2-0-2)
- Terbutalina 500 mcg inhalada (a demanda)

217

En la primera visita se pudo comprobar que la paciente era no adherente no intencionada² utilizando Test de Morisky Green-Levine³ ya que olvidaba tomar la medicación de manera puntual, se trataba de olvidos no motivados. Se repasó mediante la utilización de placebos la técnica de inhalación y pudimos comprobar que realizaba correctamente cada uno de los pasos. También obtuvo una puntuación $\leq 0,75$ en el cuestionario de control de asma⁴ (ACQ), por lo que tenía un control adecuado del asma. Pero si manifestaba que en ocasiones se fatigaba. La paciente señaló un valor de 80 (siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor estado de salud) en el registro de la calidad de vida (Escala Visual Analógica y EuroQol-5D5L).

Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Mateos Grande L, Suárez Luque B.

❖ CASO CLÍNICO

La paciente manifestó que desde que inició el tratamiento con Beclometasona/Formoterol 100/6 mcg había desarrollado una candidiasis oral. Inicialmente, en el proceso del servicio de dispensación, se había indicado a la paciente que debía lavarse los dientes después de la inhalación o realizar la inhalación antes de las comidas. A pesar de esto, la paciente había desarrollado la candidiasis oral⁵ para la que le habían prescrito Nistatina 100.000 UI/ml solución oral (5-0-5) después de cada inhalación. Siendo una barrera en la adherencia al tratamiento por el efecto adverso desarrollado.

Así mismo la paciente comentó que notaba que se quedaba afónica puntualmente desde que inició el tratamiento con Beclometasona/Formoterol. Siendo este también una reacción adversa descrita en la ficha técnica del medicamento como frecuente (1/100 y < 1/10) con este grupo de principios activos.

218

A pesar de la reacción adversa manifestada y de la posible relación con la afonía del tratamiento la paciente olvidaba las tomas de medicación de manera no intencionada, por lo que era importante solventar el resultado negativo asociado a la medicación (RNM) detectado para evitar que abandonase de manera intencionada su tratamiento para el asma.

INTERVENCIÓN

Se consensuó con ella intervenir con su médico especialista en neumología, que aceptó cambiar el tratamiento a Fluticasona/Formoterol 125/5 mg con cámara espaciadora. Además, se realizó educación sanitaria sobre su enfermedad, el objetivo de su terapia inhalada, y la importancia de no olvidar ninguna de las dosis para evitar

Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Mateos Grande L, Suárez Luque B.

❖ CASO CLÍNICO

el progreso de la enfermedad y la aparición de comorbilidades. También se trató de disminuir la preocupación de la paciente sobre la posibilidad de aparición de nuevas reacciones adversas.

RESULTADOS

En la siguiente visita se comprobó que la candidiasis oral había remitido y se encontraba mucho mejor. Así mismo la afonía había mejorado.

Se repasó la técnica de inhalación, y comprobamos que la paciente olvidaba limpiar la cámara de inhalación. También, se pudo comprobar que la paciente ya no olvidaba tomar el tratamiento prescrito.

Tras un año en el programa la paciente es adherente, no ha vuelto a tener candidiasis oral y ha mejorado en 15 puntos la en la escala EVA para medir calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La paciente señaló inicialmente un valor de 80 incrementándose a 95 en las siguientes visitas.

219

COMENTARIOS

La implantación de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA), como es el servicio de Adherencia terapéutica demuestra en casos como este que intervenciones basadas en el aumento del conocimiento de los pacientes de la medicación, la importancia de explicarle al paciente en qué consiste su enfermedad para hacerle partícipe de ésta y de su control, es el primer paso en la adherencia del paciente. Si a esto le sumamos el uso correcto de los inhaladores, como puede ser este caso, y una detección temprana de los posibles resultados negativos asociados a la medicación (RNM), conseguimos una mejora en la adherencia del paciente y un

Falta de Adherencia al tratamiento en paciente asmática con resultado negativo asociado a la medicación.

Mateos Grande L, Suárez Luque B.

❖ CASO CLÍNICO

incremento en la calidad de vida de éste. Se trata de un servicio que ha demostrado tanto en esta paciente obteniendo al final del estudio una mejora en la calidad de vida medida en la escala visual analógica (EVA) de 15 puntos, pasando de 80 a 95. Así como la desaparición de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados en el servicio: la afonía, la sensación de fatiga.

Cuando integramos la experiencia farmacoterapéutica de las personas que utilizan medicamentos, con un análisis para detectar, prevenir, y resolver problemas farmacoterapéuticos, somos capaces de mejorar sus resultados en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Diseño, evaluación del impacto e implantación de un Servicio de Adherencia Terapéutica desde el ámbito de la Farmacia Comunitaria. Madrid : Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, 2019.
2. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012; 73(5):691–705
3. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care*. 1986; 24: 67-74.
4. Alonso J. Evaluación de las versiones simplificadas del Cuestionario de Control del Asma. *Med Clin*. 2008; 131:326-32.
5. López-Viña A. Efectos secundarios de los corticoides inhalados y medidas para minimizarlos. *Monogr Arch Bronconeumol*. 2014; 1(4):153-160.

❖ CASO CLÍNICO

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Optimization of the pharmacotherapy in a patient with non-controlled severe asthma and therapeutic non-compliance.

Pereira Céspedes A¹, Valenciano Fernández S².

¹Docente Departamento de Atención Farmacéutica y Farmacia Clínica Facultad de Farmacia Universidad de Costa Rica. Investigador Instituto de Investigaciones Farmacéuticas (INIFAR). Farmacéutico Centro Nacional de Información de Medicamentos (CIMED). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

²Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

221

RESUMEN

Como parte del curso de Atención Farmacéutica II de la Licenciatura en Farmacia de la Universidad de Costa Rica los estudiantes, bajo la supervisión de profesores de la cátedra, ofertan el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes crónicos polimedicados que lo requieran. Se presenta un caso de una paciente femenina de 50 años con asma bronquial severa no controlada con polimedicación. Se le brinda el servicio de SFT, se identifican resultados negativos asociados a la medicación (RNM) manifestados y potenciales, se realizan intervenciones farmacéuticas que permiten un control del asma evaluado con Asthma Control Test (ACT) de 23 y un valor de pico flujo de 420L/ min luego de la intervención.

Palabras claves: *Seguimiento farmacoterapéutico; asma bronquial; polimedicación.*

Fecha de recepción 29/07/2019 **Fecha de aceptación** 09/08/2019

Correspondencia: Alfonso Pereira

Correo electrónico: alfonsopereirac@yahoo.com



Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

ABSTRACT

The students of the Degree in Pharmacy from the University of Costa Rica took part in a course called Pharmaceutical Care II part. As a section of this course and under the supervision of their professors, the students offered a service of pharmacotherapeutic follow-up to polymedicated chronic patients who require it. A case of a 50 years old female patient was presented. She suffered uncontrolled severe bronchial asthma with polymedication. The pharmacotherapeutic follow-up service was given to the patient. Negative results associated to the medication were identified as manifested or potential. Thus, pharmaceutical interventions were performed and allowed to control a health problem as it was shown by an ACT punctuation of 23 and a peak flow value of 420 L/min after the intervention.

Key words: *Pharmacotherapeutic follow-up; bronchial asthma; polymedication.*

222

PRESENTACIÓN DEL CASO

Los estudiantes del curso de Atención Farmacéutica II de la Licenciatura en Farmacia de la Universidad de Costa Rica, bajo la supervisión de sus profesores, ofertan el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes crónicos polimedcados que lo requieran.

Se presenta el caso de una mujer de 50 años con asma bronquial severa no controlada, rinitis alérgica, pólipos nasales e hipertensión arterial. Antecedentes de neumonía. Se vacunó contra la influenza y el neumococo hace 3 años.

Presenta un índice de masa corporal de 26,97 kg/m² (talla 1,51 m y peso 61,5 Kg) y un valor de presión arterial promedio menor de 140/90 mmHg. A la espera de parámetros recientes de glucemia y colesterol para evaluación de riesgo cardiovascular.

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

Se oferta el servicio de SFT debido a que presenta una gran cantidad de crisis asmáticas al año (1 al mes) y no se encuentra conforme con su tratamiento.

Al respecto, comenta que *el salbutamol no le hace efecto y por eso se automedica teofilina 150 mg tabletas en caso de crisis y Betametasona dipropionato/betametasona fosfato 2mg/ 2mL ampollas (cada 6 meses)*. Además, refiere que *no se toma el omeprazol todos los días debido investigó que tiene la creencia que está asociado a demencia* (no se encontró evidencia al respecto). Menciona que *se le olvida utilizar el espaciador durante la administración de dipropionato de beclometasona*

Asimismo, evita productos que desencadenan sus crisis de asma (cloro, jabones, desinfectantes, perfumes, entre otros).

La tabla 1 resume los principales problemas de salud y medicamentos prescritos en la paciente.

223

La paciente refiere que realiza ejercicio todos los días y tiene una alimentación balanceada.

Previo a las intervenciones farmacéuticas: se le aplicó el cuestionario ACT (*Asthma Control Test*)¹ de cinco preguntas relacionadas a la frecuencia de los síntomas de asma y uso de medicación de rescate que la paciente ha necesitado en las 4 semanas previas. Se evidenció un resultado de 12 que representa un asma no controlada, con puntuaciones que pueden oscilar desde 5 (peor control) a 25 (control total).

Además, el test de Adherencia de *Morisky-Green-Levine* la cataloga como no adherente. Del estado de situación se observa que no es adherente a los siguientes medicamentos: dipropionato de beclometasona, omeprazol, loratadina y

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

mometasona; debido principalmente a un desconocimiento de su medicación y administración errónea de inhaladores orales.

La paciente refiere que durante este año, en dos ocasiones, ha acudido al médico por motivo de una crisis de asma y le ha prescrito dexametasona 8 mg intravenoso.

Además, refiere que fue hospitalizada en una ocasión por este motivo.

Problemas de salud (PS)				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupa	Controlado	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta usada
2013	Asma Bronquial	Bastante	No	2013	Dipropionato de beclometasona 100 UG/dosis	4-4-4	4-0-4
				2016	Fumarato de formoterol 12 mcg	1-0-1	1-0-1
				2016	Bromuro de ipatropio 0,02 mcg	3-3-3	3-3-3
				2013	Salbutamol 0,1 mg/dosis	1 inhalación prn	1 Cada 3 h. en crisis
				2013	Montelukast 10 mg	0-0-1	0-0-1
2010	Pólipos nasales	Poco	No	2010	Mometasona 0,05%	2 pufs en cada fosa nasal 1 vez /día	A demanda
2016	Broncoconstricción mediada vagalmente	Poco	No	2016	Omeprazol 20 mg	1-0-0	0-0-0
2012	Rinitis alérgica	Poco	No	2012	Loratadina 10 mg	1-0-0	1-0-0 Días alternos
2010	Sobrepeso	Poco	No				
2013	Hipertensión arterial	Poco	Sí	2013	Amlodipino 5mg	1-0-0	1-0-0

224

Tabla 1: Problemas de salud y medicamentos

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

EVALUACIÓN

Se detectan los siguientes RNM manifestados y potenciales:

Asma no controlado: Inefectividad cuantitativa debido a: problemas de adherencia (dipropionato de beclometasona, loratadina, omeprazol), desconocimiento del asma y medicación, errores de administración de los inhaladores, incluyendo descuidos en el empleo del espaciador.

Broncoconstricción mediada vagalmente: problema de salud no tratado debido al incumplimiento del omeprazol, ya que previene la broncoconstricción mediada vagalmente por la producción del ácido estomacal y por ende favorece el control del asma.

Rinitis alérgica no controlada: Inefectividad cuantitativa debido al incumplimiento de la loratadina debido al desconocimiento de la medicación y la rinitis.

Pólipos nasales no controlados: inefectividad cuantitativa debido al incumplimiento de la loratadina y mometasona por un desconocimiento de la medicación y normas correctas de administración.

Sequedad de la boca al realizar ejercicio: inseguridad no cuantitativa debido a la interacción de loratadina con bromuro de ipratropio, lo que ocasiona un aumento de los efectos anticolinérgicos de la loratadina, principalmente.

Sobrepeso no controlado: Inseguridad no cuantitativa por una alta dosis de medicamentos corticoesteroides que aumentan el apetito, producen retención de líquidos y aumento de peso.

Riesgo de candidiasis orofaríngea y faringitis. Existe un RNM potencial de inseguridad no cuantitativa del uso de dipropionato de beclometasona y salbutamol (probabilidad de este efecto adverso)

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

Riesgo de infecciones del tracto respiratorio superior. Existe un RNM potencial de inseguridad no cuantitativa de montelukast y salbutamol (probabilidad de este efecto adverso).

INTERVENCIÓN

Se plantea el plan de actuación siguiente en la paciente:

1. Se ofreció a la paciente **educación sanitaria** en relación a sus problemas de salud, medicación, riesgos de automedicación y medidas de control². Se educó sobre técnica correcta de administración de inhaladores y el uso del espaciador. Se facilitó información sobre la loratadina y el omeprazol. Asimismo, sobre el manejo adecuado de crisis de asma, según valores de pico flujo.
2. Se le proporcionó a la paciente un **medidor pico flujo** y se le facilitó información de cómo funciona. Se elaboró un plan de acción individualizado según la Fundación Americana de Alergia y Asma³⁻⁵. El plan de acción corresponde a:
 - **Medicación de mantenimiento:** dipropionato de beclometasona 100 UG/dosis (4-4-4), fumarato de formoterol 12 mcg (1-0-1), bromuro de ipratropio 0.02mg/dosis (3-3-3) y montelukast 10 mg (0-0-1)
 - **Asma con ejercicio:** salbutamol 0.1 mg/dosis 1 inhalación 15 minutos antes del ejercicio.
 - **Medicamentos de rescate:** salbutamol 0.1 mg/dosis 1-2 inhalaciones cada 4-6 horas, bromuro de ipratropio 0.02mg/dosis 7 inhalaciones cada 20 minutos por 3 horas y dipropionato de beclometasona 100 UG/dosis (6-6-6)

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

3. Se realizó un **horario de medicación** acorde a las actividades básicas de la vida diaria de la paciente que facilitara el cumplimiento de la terapia.
4. **Diario de control de asma.** Se recomendó para fomentar el cumplimiento de los medicamentos y tener un mayor control del asma
5. **Vacunación anual** contra la influenza para prevenir infecciones.
6. Se le facilitó información sobre el **control de la sequedad de la boca** y evaluación del riesgo cardiovascular de la paciente.

RESULTADOS

Las intervenciones farmacéuticas permitieron un buen control del asma, con un puntaje del cuestionario ACT de 23 (cambio de una puntuación de 12 a 23) luego de 4 semanas.

La paciente refiere que *“esta súper controlada”* y que *“está volviendo a ser la misma de antes”*. Indica que la diferencia ha sido muy notoria gracias al plan de acción implementado.

No presenta más la sequedad de la boca y que mejoró los tiempos al correr. Ha bajado 5 kg recientemente, hace ejercicio diariamente y posee una alimentación saludable. Es probable que le sea difícil bajar de peso por el alto consumo de corticoesteroides, debido a que estos aumentan el apetito, retienen líquidos y aumentan el peso. A pesar de ello, es posible observar un resultado positivo en el control del peso. A la espera de otros parámetros clínicos para la evaluación del riesgo cardiovascular.

Desde que dejó la teofilina se siente menos cansada y que esto ha sido un cambio radical para ella.

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

La paciente refiere que ha estado utilizando el medidor de pico flujo obteniendo mediciones de 420 L/min en su mayoría (normal: 448 L/min) y que el horario de medicación le permite mejorar el cumplimiento de la terapia.

El test de Adherencia de Morisky-Green-Levine la cataloga como adherente, ya que aumentó el cumplimiento del omeprazol, la loratadina y la mometasona.

CONCLUSIÓN

Se evidenció que el SFT en la paciente es esencial para un buen control de la enfermedad y el cumplimiento de la medicación. A su vez, se logra el empoderamiento de la persona para la mejora síntomas y se abre la puerta a la implantación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica. Test ACT: Test control del asma (mayors de 12 años) [Internet]. España; sin año [citado 2019 agosto 06] Disponible en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/2A1_ACTasmacontroltest.pdf
2. Caja Costarricense del Seguro Social. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento del asma bronquial en la edad adulta y adulta mayor en el primer nivel de atención. CCSS: San José. 2006
3. Asthma and Allergy Foundation of America. Asthma Action Plan [Internet]. United States; 2018 [citado 2019 marzo 26] Disponible en: <https://www.aafa.org/asthma-treatment-action-plan/>
4. Miquel-Gomara Perecelló J, Román Rodríguez M. Medidor de Peak flow: técnica de manejo y utilidad de Atención Primaria. Medifarm. 2002; 12(3).

Optimización de la farmacoterapia en paciente con asma severa no controlada e incumplimiento terapéutico.

Pereira Céspedes A, Valenciano Fernández S.

❖ CASO CLÍNICO

5. Up to date. Peak expiratory flow monitoring in asthma: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Topic 568 Version 17. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2019 junio 17]. Disponible en:
https://www-uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/peak-expiratory-flow-monitoringinasthma?search=Peak%20expiratory%20flow%20monitoring%20in%20asthma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H406739940.

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

María González Valdivieso

Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España, Farmacéutica Comunitaria, Farmacia la Barbera, La Vila Joiosa, Alicante. España.

Cómo citar esta revisión: González Valdivieso M. Atención Farmacéutica en la bibliografía nacional e internacional. Pharm Care Esp. 2019; 21(4):230-241.

What types of recommendations do pharmacists make, do GPs action them and do they reduce complexity? Findings from the 3D Study.

SAPC ASM [Internet]. 2019; [Citado julio de 2019]. Disponible en: <https://sapc.ac.uk/conference/2019/abstract/what-types-of-recommendations-do-pharmacists-make-do-gps-action-them-and-do>.

Aunque es tendencia en el Reino Unido que los farmacéuticos formen parte de los equipos de atención primaria, existe una evidencia reducida sobre cuál es la mejor manera de utilizar sus competencias.

Este *subestudio* del Estudio 3D, un ensayo controlado aleatorizado en personas con un promedio de edad de 71 años y con multimorbilidad (definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo), en el que se revisaban de manera remota los registros del médico de familia, y se proponían hasta cuatro recomendaciones para que el médico lo discutiera con su paciente, exploraba las razones por las que la intervención no tuvo efecto en el número de medicamentos prescritos y examinaba el impacto de dichas intervenciones en la complejidad del régimen farmacoterapéutico.

En concreto, los objetivos eran: (i) clasificar los tipos de recomendaciones hechas por los farmacéuticos y los motivos de dichas recomendaciones; (ii) examinar qué

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

proporción de recomendaciones fueron aplicadas por los médicos de familia y (iii) evaluar si la complejidad del régimen farmacoterapéutico se redujo tras la intervención en comparación con la atención habitual.

De los pacientes participantes en el estudio, sólo un 75% tuvieron una revisión farmacéutica y de éstos, un 20% no recibió ninguna recomendación farmacéutica.

Según los resultados del estudio, una gran proporción de las recomendaciones de los farmacéuticos fueron vagas o indirectas, mientras que las intervenciones más comunes fueron detener / reducir un medicamento, intercambio terapéutico o "revisar" un medicamento.

De las recomendaciones que aconsejaban cambios en las prescripciones, más de la mitad no fueron consideradas por los médicos de familia.

Estos resultados explicarían por qué la intervención *del 3D* no tuvo efecto en el número de medicamentos prescritos y si que mejoraría el manejo de la medicación.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**It's time to use pharmacists' skills properly.**

Duckett DS

Australian Pharmacist [Internet]. 2019; [Citado agosto 2019]. Disponible en:
<https://www.australianpharmacist.com.au/time-use-pharmacists-skills-properly/>

Los autores de este artículo plantean la infrautilización de los farmacéuticos de Australia y de cómo se podrían aprovechar las habilidades de estos profesionales como expertos en medicamentos para mejorar los resultados de la atención sanitaria.

Los farmacéuticos, a pesar de ser expertos altamente capacitados en medicamentos, profesionales en los que se puede confiar y muy accesibles, tienen un papel mucho más limitado en Australia que en muchos países.

Cada vez existen más pruebas sobre los beneficios de permitir que los farmacéuticos se sitúen junto a los médicos para gestionar la medicación de pacientes con enfermedades crónicas, además, farmacéuticos y médicos parecen estar a favor de un enfoque más colaborativo para el manejo de estas enfermedades.

Algunos estudios han constatado que los farmacéuticos pueden proporcionar continuidad a las prescripciones de manera segura a personas con afecciones simples y estables, y trabajar con médicos de familia para ayudar a los pacientes a controlar sus condiciones crónicas de salud.

Los autores de este artículo se plantean todos estos posibles roles que mejorarían la capacidad del sistema de salud australiano para brindar una atención más eficiente y de calidad, al reducir la presión en la atención primaria, optimizar el acceso de las personas y hacerlo más sostenible.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Continuación de tratamiento

Ampliar el papel de los farmacéuticos no significa necesariamente reemplazar a los médicos de familia, ya que el rol del farmacéutico en atención primaria solo debe realizarse en colaboración con el médico, pero dentro del contexto de un acuerdo de prescripción estructurado, los farmacéuticos deberían poder dar continuidad a los medicamentos en pacientes crónicos, siempre que paciente y médico estén de acuerdo y la condición médica siga estable.

Para los autores de este artículo, después de que un médico de cabecera haya realizado un diagnóstico y prescrito un plan de tratamiento se podría compartir el registro del paciente (siempre con su consentimiento) con el farmacéutico, con estos registros compartidos se podría confirmar la medicación y darle continuidad hasta un máximo de 18 meses, dependiendo de la patología.

Mayor participación en la atención de personas con afecciones crónicas.

233

El manejo de la atención crónica es una parte importante y creciente de la carga de trabajo en atención primaria donde más de la mitad de las visitas al médico de cabecera llevan involucradas al menos una afección crónica. Estas visitas se ven desaprovechadas por el complejo manejo de la farmacoterapia; según estos autores una gran cantidad de investigaciones sugieren que las afecciones crónicas se manejan mejor en equipos de atención médica coordinados.

En Australia algunas farmacias ya ofrecen atención parcial de enfermedades crónicas (como deshabituación tabáquica y control del peso) como parte de su práctica habitual, pero la colaboración se haría de manera más efectiva si la atención fuera más amplia e integrada formalmente en el manejo y control de enfermedades apoyando a la atención primaria, donde los farmacéuticos deberían ocupar un papel más relevante en este manejo, para ello este artículo propone que:

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Revisen la medicación de los pacientes, verifiquen interacciones, reacciones adversas y aseguren que los pacientes entiendan los medicamentos que están tomando.
- Ajusten dosis e interrumpan o modifiquen la farmacoterapia.
- Ayuden a tratar afecciones agudas en pacientes crónicos, evitando interacciones con sus tratamientos crónicos.
- Proporcionen a los pacientes medidas o servicios para adecuar la adherencia, como los Sistemas Personalizados de Dosificación.
- Comuniquen a los médicos de familia o a otros profesionales de la salud cualquier información relevante sobre el plan de atención del paciente.
- Den continuidad a tratamientos, como se mencionó anteriormente.
- Aseguren que los medicamentos se usen de manera adecuada y segura, y se prevenga cualquier posible problema farmacoterapéutico.

The development of a role description and competency map for pharmacists in an interprofessional care setting.

Benson H, Lucas C, Benrimoj SI, Williams KA.
Int J Clin Pharm. 2019; 41(2):391-407

Cada día se incorporan más farmacéuticos en los equipos de atención primaria (AP) y hasta la fecha se han publicado pocos estudios que describan las competencias y que establezcan las necesidades educativas para ello. Además los farmacéuticos en el ámbito de la AP, deben realizar una amplia gama de actividades profesionales que pueden requerir capacitación para obtener las competencias necesarias para desempeñar estos roles.

La implementación de una educación fundamentada en competencias basadas en la evidencia se ha propuesto como un medio para preparar a los profesionales de la salud y establecer los requisitos para el desarrollo de sus atribuciones. El diseño de un currículo basado en estas competencias requiere de varios pasos, que incluyen la identificación de dichas competencias, los requisitos profesionales para el rol propuesto y por último la definición de los resultados del aprendizaje para asociarlo con las competencias identificadas.

Los autores de este estudio entienden que una descripción completa de los roles desarrollados a partir de la revisión de la literatura, permitiría definir el alcance de la práctica del farmacéutico en el ámbito de la AP. Además la descripción de roles y el mapeo de competencias para los farmacéuticos facilitará el uso del alcance definido de la práctica y las competencias requeridas para que puedan ser incorporadas por aquellos que desarrollan intervenciones y diseñan las capacitaciones de estos farmacéuticos.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Por tanto, el objetivo de esta revisión fue el de analizar la literatura disponible, identificar las actividades de los farmacéuticos en AP general, desarrollar una descripción completa de roles y un mapa de competencias. La búsqueda de la revisión bibliográfica sistemática se centró en los estudios que investigaban los roles realizados por los farmacéuticos para su análisis cualitativo. La revisión narrativa examinaría la creciente evidencia internacional que relaciona a los farmacéuticos en la AP con la descripción completa de los roles y las competencias requeridas para trabajar e integrarse con los con equipos de medicina de familia.

Esta revisión narrativa ha sido, según sus autores, una de las primeras en evaluar la literatura internacional para proporcionar una descripción completa de las funciones de los farmacéuticos en AP, ya que ha considerado artículos de varios países y diferentes contextos, y por tanto, la descripción del rol de farmacéutico es potencialmente generalizable para su uso internacional. Además, el uso del marco de competencias global de la FIP para mapeo de las atribuciones debería permitir a los países usar este mapa de competencias de manera individualizada y aplicarlo a su contexto local.

De los 5370 artículos potenciales, sólo 34 artículos fueron los que se que se incluyeron para el análisis, identificándose siete subcategorías para el rol de farmacéutico de AP y 48 roles individuales.

Las siete subcategorías incluyeron el *medication management*, con funciones ampliamente reconocidas como conciliación y revisión de medicamentos, detección y resolución de problemas relacionados con la farmacoterapia y procedimientos para las barreras de adherencia a la medicación. Aunque todas estas funciones están dentro del alcance habitual de la práctica farmacéutica, algunos países requieren capacitación adicional para la revisión de la farmacoterapia.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Otras subcategorías fueron los exámenes y cribados, manejo de enfermedades crónicas, información y educación sobre medicamentos y colaboración, auditorías y control de calidad en investigación.

La realización de exámenes a pacientes, incluyendo pruebas físicas, puede requerir formación y/o capacitación adicional, sin embargo, algunas actividades como pruebas de glucosa o presión sanguínea se encuentran dentro del alcance habitual de las actividades proporcionadas por los farmacéuticos.

Por lo que se refiere a la actividad de manejo de las enfermedades crónicas más comunes, el seguimiento de protocolos establecidos permite a los farmacéuticos ajustar dosis, iniciar o suspender medicamentos. El desempeño de esta función requeriría que los farmacéuticos que trabajan en este nivel asistencial tuviesen un nivel avanzado de comprensión del estado de la enfermedad en cuestión y habilidades clínicas avanzadas, o que hayan recibido una capacitación adicional.

237

También se requeriría esta capacitación adicional para obtener nivel avanzado en habilidades de comunicación y poder proporcionar de manera competente información sobre medicamentos y educación, tanto a médicos de familia como a otros profesionales sanitarios.

Para aquellos farmacéuticos que prestan servicios de auditoría y control de calidad también se exigiría una elevada capacidad de comunicación y colaboración para trabajar como parte de un equipo interprofesional.

Por último, las competencias relacionadas con la formulación, la dispensación y el reenvasado de medicamentos no se consideraron relevantes para el farmacéutico en este ámbito asistencial.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los autores de este estudio concluyen que esta revisión de la literatura ha dado como resultado el desarrollo de una descripción completa de las funciones de los farmacéuticos dentro de la atención primaria y cuyos roles utilizarían para desarrollar un mapa de competencia global. Este mapa de competencias podría usarse para diseñar un plan de estudios de capacitación basado en estas competencias, que garantizaría que los farmacéuticos del futuro tengan el conocimiento y las habilidades para implementar las mejores prácticas asistenciales.

Aunque estos mismos autores también señalan que se requieren estudios adicionales para establecer las necesidades educativas de los farmacéuticos, se puede diseñar un programa educativo basado en la evidencia para permitir a los farmacéuticos desarrollar las habilidades y los conocimientos necesarios para desempeñar el papel de farmacéutico de medicina general.

Deprescribing: a tool for cost reduction and improved outcomes?

Marsha K. Millonig, MBA, BPharm

Clinical Drug Information [Internet]. [Citado Julio de 2019]. Disponible en:

<https://www.wolterskluwer CDI.com/blog/deprescribing-tool-cost-reduction-and-improved-outcomes/>

La deprescripción es un proceso planificado con el objetivo de reducir o discontinuar los medicamentos que dejan de ser beneficiosos o pueden estar causando daño a las personas que los toman. La finalidad de la deprescripción es pues, reducir la carga o el daño de los medicamentos al tiempo que se mejora la calidad de vida.

La práctica de la deprescripción a menudo se dirige a pacientes con múltiples enfermedades crónicas y que en su mayoría son ancianos que tienen una esperanza de vida limitada, ya que en estas situaciones los medicamentos pueden contribuir a aumentar el riesgo de eventos adversos, por lo que las personas se verán beneficiadas con la reducción de su farmacoterapia.

Sin embargo, este proceso puede resultar complicado no sólo a nivel clínico, sino también por las propias políticas sanitarias. Incluso el proceso de deprescripción se ha llegado a describir como: "nadar contra la corriente de las expectativas del paciente, la cultura médica de la prescripción y las propias organizaciones".

Numerosos estudios han constatado que la reducción del número de medicamentos durante el proceso de deprescripción no produce cambios significativos en los resultados de salud, incluso revisiones sistemáticas demuestran que la deprescripción de una amplia gama de medicamentos, incluidos diuréticos, medicamentos para la presión arterial, antidepresivos, benzodiazepinas y nitratos, rara vez producía algún efecto adverso.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Beneficios potenciales de la desprescripción

Un estudio reciente realizado en pacientes con cáncer demostró que la falta de desprescripciones podría perjudicar la calidad de vida a cambio de proporcionar beneficios clínicos cuestionables y mostró que una quinta parte de los costes totales de los medicamentos recetados fueron medicamentos preventivos, proporción que sólo disminuía ligeramente a medida que se acercaba la muerte.

El siguiente algoritmo de desprescripción , disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778763/figure/pone.0149984.g001/> .se ha validado y probado en dos ensayos aleatorizados controlados y propone a los médicos que consideren:

1. Si el medicamento es inapropiado.
2. Si los efectos adversos o las interacciones superan el efecto sintomático o los posibles beneficios futuros.
3. Si se toma para el alivio de los síntomas, pero los síntomas se han estabilizado.
4. Si está destinado a prevenir eventos futuros serios, pero la esperanza de vida limitada puede atenuar el beneficio potencial.

Si la respuesta a cualquiera de las cuatro preguntas es sí, entonces se debe considerar la desprescripción del medicamento.

El proceso es notablemente similar al proceso asistencial del Comprehensive medication management (CMM) que traduciremos como Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF), un proceso de atención al paciente para brindarle un manejo integral de sus medicamentos y donde se analiza la indicación, la efectividad, la seguridad y finalmente la adherencia .

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El equipo de GIF señala en esta guía que: "La integración de los servicios clínicos enfocados a optimizar el uso de los medicamentos en la atención al paciente puede ayudar a los proveedores de atención primaria, especialistas y otros miembros del equipo de atención médica a cumplir los objetivos cuádruples de mejorar la salud de la población, aumentar la satisfacción del paciente, reducir los costos de atención médica y abordar la satisfacción del proveedor. La GIF se postula como prometedora dentro de una estrategia clave para alcanzar estos objetivos".

Si bien la realización de la GIF para pacientes puede proporcionar beneficios clave, la forma en que se realiza en el entorno de la farmacia comunitaria puede variar según la configuración de las diferentes infraestructuras y las funciones de los equipos. Los profesionales de primera línea deberían tener acceso a información rápida, confiable y basada en la evidencia para poder contribuir de manera más frecuente en el proceso de desprescripción.