

PREMIOS FORO AF-FC 2015

CUARTA EDICIÓN DE LOS PREMIOS
FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA
EN FARMACIA COMUNITARIA

CASOS GANADORES Y FINALISTAS
DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
FARMACÉUTICA CONSENSUADOS
POR FORO AF



FORO DE
ATENCIÓN
FARMACÉUTICA
Farmacia Comunitaria



Este documento es una recopilación de los casos relacionados con los Servicios de Atención Farmacéutica (Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico) que mayor puntuación obtuvieron en su valoración por el jurado de la Cuarta Edición de los Premios Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, 2015.

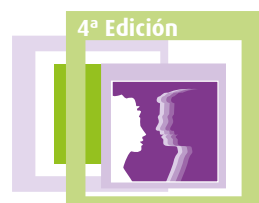
El objetivo de estos Premios es reconocer el compromiso asistencial de los farmacéuticos que ofrecen a la población Servicios Profesionales de valor añadido, especialmente a los implicados en la realización de estos servicios en su actividad cotidiana en la Farmacia Comunitaria.

Los premios se entregaron en el seno del IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, celebrado el 14-17 de octubre de 2015 en Toledo.

ÍNDICE

GANADORES 04

FINALISTAS 22



**PREMIOS FORO
AF-FC 2015**

1^{ER} PREMIO

ROBERTO VILARIÑO DE LA ROSA
A CORUÑA

Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico a un paciente con antecedentes de ictus y tromboembolismo

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Se presenta el caso de un varón pluripatológico de 72 años con los siguientes antecedentes personales (**Tabla 1**):

Tabla 1. ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE

Patología	Fecha diagnóstico
Cefalea	Años
Ictus isquémico	2002
Hipercolesterolemia	2002
Diabetes mellitus tipo 2	2002
Hipertensión arterial	2002
Artrosis de rodilla	2013
Tromboembolismo venoso	2014
Depresión	2014

El 02/12/2014 acude a la Farmacia Comunitaria para que se le mida la Presión Arterial (PA). La toma se realiza según las recomendaciones de la SEH-LELHA¹, obteniéndose los siguientes valores mostrados en la **Tabla 2**:

Tabla 2. RESULTADOS DE LA MEDIDA DE LA PA

Medida	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (ppm)
1	157	75	61
2	150	75	58
3	149	67	61

PAS: PA sistólica; PAD: PA diastólica; FC: frecuencia cardiaca.

Durante la conversación comenta que tiene mucho dolor de rodilla. Para ello toma el tratamiento prescrito por su médico, pero no nota mejoría.

La farmacia está participando en el programa conSIGUE. Teniendo en cuenta los valores de PA obtenidos y sus antecedentes, se le oferta el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Lo acepta de muy buen grado y es citado para su primera entrevista.

ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

El paciente acude a su primera entrevista el 09/12/2014 con toda su medicación, tal y como se le había indicado previamente. Los problemas de salud (PS) detectados son **(Tabla 3)**:

- 1. Cefalea:** años de evolución. En tratamiento con paracetamol 1 g (según necesidad) que controla el problema. El paciente dice tener episodios con relativa frecuencia y que le preocupa bastante por temor a padecer de nuevo un ictus.
- 2. Ictus isquémico:** sufrido en el año 2002. El paciente no presenta secuelas reseñables como consecuencia de este evento. En tratamiento con clopidogrel 75 mg (1/24 h) como prevención secundaria.
- 3. Hipercolesterolemia:** diagnosticada en el año 2002. En tratamiento con atorvastatina 40 mg (1/24 h) desde 2014. Previamente tenía prescrita otra estatina, pero no recuerda su nombre. A través del sistema de receta electrónica se accede al historial farmacoterapéutico del paciente, pero este ya solo recoge las prescripciones correspondientes a la atorvastatina.
- 4. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** diagnosticada en el año 2002. En tratamiento con antidiabéticos orales, acarbosa 100 mg (1/8 h) y gliclazida 30 mg (1/8 h).
- 5. Hipertensión arterial (HTA):** diagnosticada en el año 2002. En tratamiento con amlodipino 5 mg/valsartán 160 mg (1/24 h). Actualmente no se encuentra controlada.
- 6. Artrosis de rodilla:** diagnosticada en el año 2013. En tratamiento con etoricoxib 60 mg (1/24 h). Es el PS que más preocupa al paciente, ya que sigue teniendo mucho dolor y le provoca problemas de movilidad importantes (al finalizar la entrevista necesita ayuda para levantarse de la silla).
- 7. Tromboembolismo venoso (TEV):** accidente aislado sufrido en el año 2014 en una extremidad inferior. No requiere tratamiento en la actualidad.
- 8. Depresión:** diagnosticada en el año 2014. En tratamiento con fluoxetina 20 mg (1/24 h).

Tabla 3. ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL (09/12/2014)

Sexo: Hombre Edad: 72 años Alergias: No

PS				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
Años	Cefalea	Mucha	No	Años	Paracetamol 1 g comp.	A demanda	A demanda
Años	Gastroprotección	Poca	Sí	Años	Omeprazol 20 mg caps. duras gastroresistentes	1-0-0	1-0-0
2002	Ictus isquémico	Bastante	¿?	2002	Clopidogrel 75 mg comp. recubiertos	0-1-0	0-1-0
2002	Hipercolesterolemia	Poca	¿?	2014	Atorvastatina 40 mg comp. recubiertos	0-0-1	0-0-1
2002	DM2	Poca	¿?	2002	Acarbosa 100 mg comp.	1-1-1	1-1-1
					Gliclazida 30 mg comp. liberación prolongada	1-1-1	1-1-1
2002	HTA	Poca	No	2002	Amlodipino 5 mg comp. Valsartán 160 mg comp. recubiertos	1-0-0	1-0-0
2013	Artrosis de rodilla	Mucha	No	12/2013	Etoricoxib 60 mg comp. recubiertos	1-0-0	1-0-0
2014	Depresión	Poca	Sí	02/2014	Fluoxetina 20 mg caps. duras	1-0-0	1-0-0
2014	TEV	Poca	¿?				
Fecha	Parámetros biológicos						
12/2013	Colesterol total: 199 mg/dl HDL: 50 mg/dl LDL: 129 mg/dl Glucosa en ayunas: 115 mg/dl HbA_{1c}: 6,4 % GOT: 26 UI/l GPT: 32 UI/l						
12/2014	PAS: 157 mmHg PAD: 75 mmHg FC: 58 ppm Peso: 93 kg Altura: 1,75 m IMC: 30,37 kg/m ²						

NOTA: los análisis clínicos más recientes de los que se disponen tienen 1 año de antigüedad.

ESTUDIO DEL CASO

Tras la primera entrevista se inicia la fase de estudio. Para ello se emplean las fuentes de información citadas en el apartado “Bibliografía” y se introducen los datos obtenidos durante la entrevista en el módulo de SFT de Bot PLUS 2.0. Tras realizar el estudio completo del caso se llega a las siguientes conclusiones:

1. El PS que más preocupa al paciente es el dolor asociado a la artrosis de rodilla. Actualmente se encuentra en tratamiento con etoricoxib 60 mg (1/24 h). Este fármaco es un antiinflamatorio analgésico que inhibe selectivamente la ciclooxigenasa 2 (COX-2)². Está indicado en el tratamiento de la artrosis pero, en el caso de este paciente, se dan diferentes circunstancias que llevan a pensar que su uso no está siendo adecuado:
 - El dolor persiste, por tanto el tratamiento no está siendo efectivo. Las guías de práctica clínica (GPC) consultadas³ contemplan la posibilidad de emplear otras estrategias terapéuticas.
 - El etoricoxib se debe usar a la dosis mínima efectiva y el menor tiempo posible. Se recomienda revisar periódicamente el tratamiento, sobre todo en casos de artrosis². Este paciente lleva tomando este fármaco de manera ininterrumpida desde el año 2013.

- El paciente sufrió un ictus isquémico en el año 2002 y un TEV en el año 2014. El etoricoxib inhibe de manera selectiva la COX-2 que, entre otras funciones, interviene en la hemostasia favoreciendo la síntesis de prostaglandina I2 (PGI2). La PGI2 tiene efecto antitrombótico^{4,5} pero este se puede ver afectado por la administración del etoricoxib. Debido a ello, este fármaco está contraindicado en pacientes que hayan padecido un accidente isquémico cerebral⁶.
- PA no controlada⁷: así lo demuestran los valores de presión arterial obtenidos en la farmacia en diferentes días. El etoricoxib está contraindicado en pacientes hipertensos no controlados².

2. Posible disminución del efecto antiagregante plaquetario del clopidogrel por interacción con el omeprazol y la fluoxetina^{2,8}: el clopidogrel es un profármaco y para ejercer su acción necesita ser biotransformado por la isoenzima CYP2C19². Tanto el omeprazol como la fluoxetina son inhibidores de la CYP2C19. Debido a esto, pueden llegar a provocar una importante reducción de los niveles plasmáticos del metabolito activo del clopidogrel afectando consecuentemente a su acción a nivel plaquetario.

Dada la prioridad de los problemas de salud y de las interacciones detectadas, se decide no actuar sobre el colesterol, ya que la hipercolesterolemia no se sabe si está controlada, porque los análisis más recientes tienen un año de antigüedad y porque en el año 2014 el MAP cambió la estatina que solía tomar este paciente por la atorvastatina, pero no le realizó de nuevo el perfil lipídico para ver si la atorvastatina estaba funcionando.

EVALUACIÓN

En la evaluación se detectan los siguientes Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) y sus correspondientes Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) (**Tabla 4**):

Tabla 4. RNM Y PRM

PS implicados	RNM	PRM	Medicamentos implicados
HTA no controlada	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	Amlodipino/valsartán
Dolor no controlado	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	Etoricoxib
Riesgo de sufrir un nuevo evento tromboembólico	Riesgo RNM de ineffectividad	Interacción con fluoxetina y omeprazol	Clopidogrel
Cefalea no controlada	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	Paracetamol

La evaluación completa del estado de situación tras la fase de estudio es la siguiente (**Tabla 5**):

Tabla 5. EVALUACIÓN

PS				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
Años	Cefalea	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años	Paracetamol 1 g	Problema de salud insuficientemente tratado	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Posible gastrolesión	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años	Omeprazol 20 mg	(Interacción)	Sí	Sí	No	<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
2002	Ictus isquémico	Bastante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	2002	Clopidogrel 75 mg	Interacción con omeprazol y fluoxetina	Sí	¿?	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2002	DM2	Poca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	2002	Acarbosa 100 mg		Sí	¿?	Sí	<input type="checkbox"/> RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				2002	Gliclazida 30 mg				Sí	<input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	
2002	HTA	Poca	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2002	Amlodipino 5 mg + Valsartán 160 mg	Problema de salud insuficientemente tratado	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2013	Artrosis de rodilla	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	02/2013	Etoricoxib 60 mg	Problema de salud insuficientemente tratado	Sí	No	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2014	Depresión	Poca	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2014	Fluoxetina 20 mg	(Interacción)	Sí	Sí	No	<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
2014	Hipercolesterolemia	Poca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	2014	Atorvastatina 40 mg		Sí	¿?	Sí	<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
2014	TEV	Poca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe								

El paciente había sufrido un ictus, un TEV y presentaba varios factores de riesgo asociado al ser hipertenso, obeso, diabético, con depresión y artrosis. Hacía tiempo que no se le medían los niveles de glucosa. En visitas posteriores se miden los valores de glucosa capilar en ayunas y colesterol total (Reflotron®), y con los resultados se interviene a este nivel (**Tabla 6**):

Tabla 6. RESULTADOS DE GLUCEMIA CAPILAR Y COLESTEROL TOTAL

	Fecha	mg/dl
Glucosa	12/05/2015	191
	18/05/2015	216
Colesterol total	01/09/2015	< 100

INTERVENCIÓN

En primer lugar se actúa sobre los RNM que podrían provocar un nuevo accidente vascular. Posteriormente, dada la evolución del caso, se realizan nuevas intervenciones (**Tabla 7**):

Tabla 7. INTERVENCIÓN

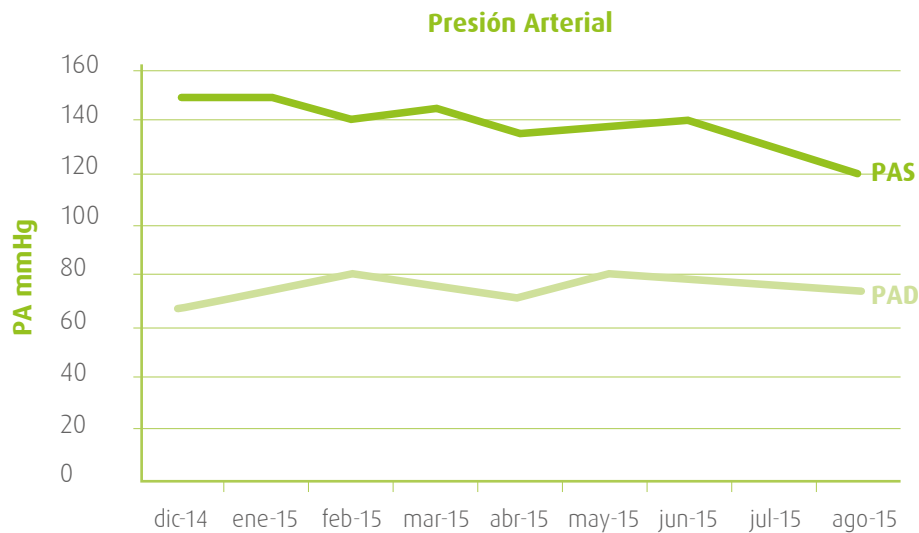
12/2014	Comunicar al Médico de Atención Primaria (MAP):
	• Contraindicación COXIB
	• Dolor persistente
	• Disminución del efecto antiagregante del clopidogrel por interacción con omeprazol y fluoxetina
	• Valores de PA obtenidos en la farmacia
	Recomendar al paciente dieta hipocalórica e hiposódica
03/2015	Comunicar a cardiología y psiquiatría el problema detectado con el clopidogrel
05/2015	Facilitar al MAP y endocrinología los valores de glucosa obtenidos
09/2015	Facilitar al MAP los valores de colesterol total obtenidos

RESULTADOS

Finalmente se obtuvieron los siguientes resultados:

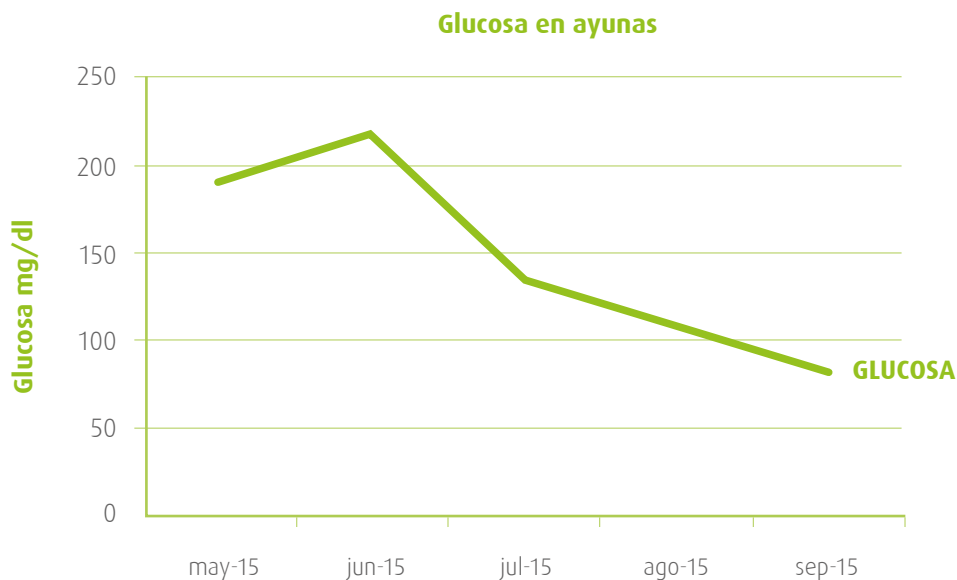
1. Suspensión del etoricoxib (MAP 01/2015).
2. Control de la Presión Arterial (PA) (**Figura 1**).

Figura 1. PRESIÓN ARTERIAL



3. Sustitución de omeprazol por pantoprazol (cardiología 03/2015).
4. Sustitución de fluoxetina por escitalopram (psiquiatría 07/03/2015).
5. Inicio de nuevo tratamiento hipoglucemiante: metformina, glimepirina e insulina detemir (endocrinología 07/2015) (**Figura 2**).

Figura 2. GLUCOSA EN AYUNAS



6. Remisión de cefaleas.

7. Reducción del IMC a 29 kg/m² pasando de obesidad grado 1 a sobrepeso.

8. Actualmente nos encontramos a la espera de saber si el MAP acepta la intervención sobre los niveles de colesterol detectados en la farmacia, ya que niveles tan bajos de colesterol total < 100 mg/dl hacían sospechar de situaciones bastante graves (neoplasias, déficits cognitivos asociados, etc.), o podría no ser nada (lo más probable), pero había que contrastarlo.

Por otro lado, de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica consultadas y las recomendaciones de ADA 2015⁹ en un diabético un LDL > 100 mg/dl se considera un importante factor de riesgo, por lo que debería reducirse su valor.

COMENTARIOS

Este caso demuestra que la intervención del farmacéutico comunitario, en colaboración con otros agentes de salud, permite la detección de PRM para así evitar o solucionar RNM. Esto genera mejores resultados en salud de los pacientes.

En el Servicio de SFT es fundamental establecer prioridades, interviniendo inicialmente sobre los PS más graves y/o que más preocupan al paciente. Las intervenciones posteriores se deben realizar en función de la evolución observada. Por ejemplo, en este caso, inicialmente parecía que el tratamiento para la PA no era efectivo. La evolución mostró que la suspensión del COXIB y la dieta permitían controlar la PA.

BIBLIOGRAFÍA

1. División Garrote JA y Grupo AMPA de la SEH-LELHA. Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015;32(1):27-39.
2. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al SFT desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
3. AAOS work group. Treatment of osteoarthritis of the knee, Evidence-based guideline. 2nd Ed. American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2013. Disponible en: <http://www.aaos.org/research/guidelines/TreatmentofOsteoarthritisoftheKneeGuideline.pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
4. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15 Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2003.
5. Catella-Lawson F, Crofford LJ. Cyclooxygenase and thrombogenicity. *The American Journal of Medicine.* 2001;110(3A):28S-32S.
6. AEMPS. Antiinflamatorios inhibidores selectivos de la COX-2 y riesgo cardiovascular: nuevas restricciones de uso. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2005/docs/NI_2005-05_antiinflamatorios_COX_2.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, *et al.* 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal.* 2013;34:2159-19. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
8. AEMPS. Interacción de clopidogrel con los inhibidores de la bomba de protones: actualización de la información y recomendaciones de uso. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2010/docs/NI_2010-04_clopidogrel.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.
9. American Diabetes Association. Glycemic targets. Sec. 6. En *Standards of Medical Care in Diabetes-2015.* *Diabetes Care.* 2015;38(Suppl.1):S33-S40. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2014/12/23/38.Supplement_1.DC1/January_Supplement_Combined_Final.6-99.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.

1^{er} ACCÉSIT

SANDRA GARCÍA JIMÉNEZ
Alcalá de Henares (Madrid)

Servicio de Dispensación

Hiponatremia inducida por carbamazepina e ibuprofeno

PERFIL DEL PACIENTE

Mujer de 45 años, con epilepsia, que presentó un foco epiléptico hace dos años sin tener ninguna crisis desde entonces. Acude a la Farmacia Comunitaria a retirar su medicación y nos comenta que toma ibuprofeno 600 mg comp. (1-1-1) para tratar la cefalea desde hace varios meses. Está preocupada porque en su última analítica tiene el sodio plasmático bajo.

Sigue tratamiento para la epilepsia con carbamazepina 200 mg. Es alérgica al látex, olivo y gramíneas, y está en tratamiento con montelukast EFG 10 mg 28 comp., budesonida/formoterol 320 microgramos/9 microgramos/dosis polvo inhalación e inmunoterapia sin ningún episodio asmático en la actualidad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

La pauta de su medicación para la epilepsia está en descenso (1-1-2), según la última revisión de su neurólogo. Conoce perfectamente la dosis y la forma de administración. Le preocupan sus cefaleas frecuentes que trata con ibuprofeno 600 mg. Conoce perfectamente la dosis y la forma de administración.

En su última analítica tiene unos niveles de natremia inferiores a 135 mmol/l. Ante este Problema de Salud (PS), abrimos un episodio de seguimiento. Para ello revisamos su tratamiento farmacológico y estudiamos si alguno de sus medicamentos puede estar relacionado con los PS de hiponatremia y cefaleas (**Tabla 1**).

Tabla 1. MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Medicamento	PS	Conocimiento del paciente	Percepción de seguridad y efectividad
Carbamazepina 200 mg comp.	Epilepsia	Correcto, conoce su posología (1-1-2)	Utilizado sin problemas de efectividad, aunque sí de seguridad
Ibuprofeno 600 mg comp.	Cefaleas	Correcto, conoce su posología (1-1-1)	Utilizado sin problemas de efectividad, aunque sí de seguridad
Montelukast 10 mg comp.	Asma	Correcto, conoce su posología (1-0-0)	Utilizado sin problemas de seguridad ni efectividad
Budesonida/formoterol fumarato dihidrato (320/9 µg) dosis polvo inhalación	Asma	Correcto, conoce su posología (1-0-1)	Utilizado sin problemas de seguridad ni efectividad

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Revisamos que la posología pautada es la correcta consultando la ficha de Bot PLUS 2.0. A continuación, estudiamos las posibles interacciones y reacciones adversas, y vemos que la carbamazepina incrementa la secreción de la hormona antidiurética (ADH) en la hipófisis, lo que conduce en algunos pacientes a hiponatremia como efecto adverso (**Tabla 2**). Su mecanismo no es bien conocido, pero parece ser el resultado de un incremento de la reabsorción de agua en el túbulo colector por un incremento en la sensibilidad a las acciones de la ADH. En nuestro caso, el uso de la carbamazepina, junto con fármacos que también pueden reducir los niveles de sodio, como los AINE, ha agravado el PS (**Tabla 3**).

Respecto a las cefaleas, estamos ante un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de ineffectividad del tratamiento con ibuprofeno, ya que no está resolviendo el PS.

Realizamos una hoja de intervención farmacéutica para que se la enseñe a su Médico de Atención Primaria (MAP) explicando los RNM encontrados y la recomendación de sustituir el ibuprofeno por paracetamol (**Tabla 4**).

Tabla 2. SÍNTOMAS DE HIPONATREMIA

Aparato gastrointestinal: náuseas, vómitos
Sistema nervioso periférico: calambres, alteraciones visuales
Sistema nervioso central: cefalea, letargia, convulsiones, coma

Tabla 3. PRINCIPALES MEDICAMENTOS ASOCIADOS A HIPONATREMIA

Diuréticos: particularmente diuréticos tiazídicos
Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos, IRSR, IMAO
Antipsicóticos: fenotiazinas, haloperidol
Antiepilépticos: carbamazepina , oxcarbamazepina, ácido valproico
Antibióticos: ciprofloxacino, trimetoprim
Antiarrítmicos: amiodarona
Antihipertensivos: IECA, ARA, amlodipino
Antineoplásicos: vincristina, vinblastina, cisplatino, carboplatino
Otros: inhibidores de la bomba de protones, AINE , análogos de ADH, oxitocina

Tabla 4. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN E INTERVENCIÓN

Clasificación del RNM	Situación del PS	Medicamento implicado	Identificación del PRM	Acciones para corregir el problema
Inseguridad	Hiponatremia	Ibuprofeno 600 mg comp. Carbamazepina 200 mg comp.	Otros: asociación de dos fármacos que producen hiponatremia Probable efecto adverso de la carbamazepina	Derivar al MAP con IPM proponiendo sustituir ibuprofeno por paracetamol
Inefectividad	Cefaleas	Ibuprofeno 600 mg comp.	PS insuficientemente tratado	Derivar al MAP con IPM proponiendo sustituir ibuprofeno por paracetamol

RESULTADOS

En primer lugar, hemos identificado un RNM de inefectividad del ibuprofeno por lo que hemos recomendado la sustitución por paracetamol.

En segundo lugar, hemos identificado que la hiponatremia euvolémica es un RNM de inseguridad de la carbamazepina.

El MAP, tras recibir la hoja de intervención farmacéutica, acepta la sustitución del ibuprofeno por paracetamol y solicita una nueva analítica en tres meses.

Tres meses después, en un nuevo control tanto de carbamazepina como de sodio, los niveles de la primera son correctos y el sodio vuelve a estar en valores normales (135 mmol/l), desaparecen las cefaleas y el paciente nos manifiesta su agradecimiento por la intervención.

COMENTARIOS

Para realizar un correcto procedimiento del Servicio de Dispensación es imprescindible realizar las preguntas pertinentes para obtener la información necesaria, además de dar solución al problema que le preocupa al paciente. La capacidad de los Farmacéuticos Comunitarios como profesionales sanitarios se debe aprovechar en el Servicio de Dispensación para asegurar que el paciente conoce su medicamento, cómo, cuándo y durante cuánto tiempo debe tomarlo, y vigilar la aparición de posibles PRM. En el caso descrito, destacamos la importancia de la comunicación del farmacéutico con el paciente para evitar la aparición de cualquier RNM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2014. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al Servicio de Dispensación desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
2. Díaz Aguilar C.M, *et al.* Hiponatremia secundaria a oxcarbamazepina. *Semergen*. 2010;36(6):351-4.
3. Boletín de Farmacovigilancia de la Región de Murcia-Número 22, Año 2011.

2º ACCÉSIT

JOSEFA CASTRO LEIS
A CORUÑA

Servicio de Indicación Farmacéutica

Servicio de Indicación Farmacéutica a una paciente que refiere dolor de garganta y picor vaginal

PERFIL DEL PACIENTE

Mujer de 65 años y paciente habitual de la Farmacia Comunitaria. Es viuda y vive sola. No fuma, camina a diario entre 30 minutos y 1 hora, bebe mucha agua y lleva una dieta muy sana para controlar la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) que padece. Sus antecedentes personales, Problemas de Salud (PS) y los tratamientos actuales se recogen en la **Tabla 1**:

Tabla 1. ANTECEDENTES PERSONALES

PS	Medicamentos
Asma alérgica	Ebastina 20 mg comp. Beclometasona 100 mg/formoterol 6 µg dosis polvo inhalación Fluticasona 27,5 µg pulsación nebulizador nasal
Hipertensión arterial (HTA)	Telmisartán 80 mg comp.
ERGE	Omeprazol 20 mg caps. Cinitaprida 1 mg comp.
Dislipemia	Atorvastatina 20 mg comp. recubiertos

MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente acude a la Farmacia refiriendo dolor y picor de garganta que le ocasionan molestias al hablar por lo que solicita un antibiótico que “le prescribió el médico la última vez que tuvo los mismos síntomas”. También nos comenta que ha oído que los antibióticos producen hongos y esto le preocupa porque tiene bastantes molestias vaginales en este momento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y EVALUACIÓN

Le pedimos a la paciente que describa los síntomas y dice que, desde hace unos días, presenta dolor y sequedad en la garganta, no tiene fiebre y siente molestias al tragar, aunque puede hacerlo.

Para descartar que el PS de garganta se deba a un mal uso de los inhaladores se le pregunta qué es lo que hace tras utilizarlos, a lo que responde que se enjuaga la boca.

Para descartar una recaída de la ERGE se le pregunta si ha tenido acidez, vómitos o náuseas, pero responde que no.

Con esta información podemos descartar que el PS sea un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de inseguridad por los corticoides inhalados y/o una recaída de su ERGE. Se considera que no existen criterios de derivación al Médico de Atención Primaria (MAP)¹, ya que no presenta fiebre, la duración del cuadro es menor a siete días, no existe relación con su medicación habitual² y no la incapacita para realizar sus actividades.

Para terminar preguntamos sobre sus molestias vaginales y dice que siente picor y tiene flujo blanquecino, y abundante, de aparición reciente. En este caso, tampoco se cumplen los criterios de derivación a su MAP¹.

INTERVENCIÓN

Se informa a la paciente de que no debe tomar antibióticos sin que se los prescriba su MAP, ya que cuando los necesite realmente estos pueden no tener el efecto deseado o, incluso, pueden causar efectos adversos indeseados. Se explica a la paciente que, en su caso, es más adecuado que siga bebiendo abundantes líquidos, ni fríos ni calientes, que no se exponga a cambios bruscos de temperatura ni acuda a lugares con humo o polvo en el ambiente. Además puede tomar caramelos sin azúcar o comprimidos para la garganta que lleven en su composición un anestésico local o un antiséptico tópico.

En cuanto al PS de molestias vaginales se le recomienda el uso de clotrimazol² 20 mg crema vaginal, administrándola por la noche durante 3 días seguidos. El tratamiento se debe complementar con lavados vaginales, utilizando un gel íntimo formulado para calmar el picor con pH 8,5 y glicina y tener cuidado con los productos para el lavado de la ropa interior.

RESULTADOS

La paciente regresa al cabo de unos días a la Farmacia Comunitaria y nos comenta que las indicaciones que le dimos le han sido de gran utilidad. Los síntomas han remitido en los dos PS y, actualmente, se encuentra muy bien.

COMENTARIOS

Durante la realización del Servicio de Indicación Farmacéutica es muy importante efectuar las preguntas de un modo adecuado, ya que el paciente nos puede proporcionar información muy valiosa para decidir si debemos o no derivarlo al MAP.

Es muy importante explicar a los pacientes el riesgo que conlleva la automedicación, el dejarse guiar por los consejos de otros pacientes o relacionar su caso con situaciones similares anteriormente vividas, ya que el tratamiento que sirvió en una ocasión puede causar un perjuicio en otra.

En esta ocasión, hemos resuelto dos PS de la paciente evitando, seguramente, una visita al MAP y reduciendo con ello el gasto sanitario que conlleva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baos Vicente V, *et al.* Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Disponible en: <http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/Gu%C3%A1da%20de%20Protocolos.pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
2. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados y módulo de Indicación Farmacéutica.

FINALISTA

LUIS MARTÍNEZ LÓPEZ
Tiriez (ALBACETE)

Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico a un paciente pluripatológico: mejora de la adherencia, efectividad y seguridad del tratamiento farmacológico

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Durante una visita para retirar su medicación, un paciente habitual de nuestra farmacia, varón de 77 años, nos comenta que desde hace dos meses no utiliza los parches de nitroglicerina que tiene prescritos (Diafusor® 10 mg/24 h parches transdérmicos) porque asocia su uso con la aparición de una erupción cutánea en la zona de aplicación. Se le oferta la inclusión en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) que desarrollamos dentro del programa conSIGUE Implantación, promovido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, diseñado para pacientes polimedicados (más de cuatro medicamentos) y mayores de 65 años con el propósito de implantar de manera sostenible el SFT en nuestra farmacia comunitaria como modelo de servicio profesional farmacéutico.

ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Mientras el paciente firma el consentimiento informado, apreciamos un marcado temblor en su mano derecha, hasta el extremo de que le dificulta la escritura. Al preguntarle, nos comenta que lo sufre desde hace mucho tiempo, calcula que tres o cuatro años. Dice que la intensidad varía según el día y que, cuando es más intenso, le molesta bastante. Durante la fase de repaso dice que, en alguna ocasión, se siente algo ansioso y le cuesta conciliar el sueño. Entonces toma "las pastillas de dormir de su mujer" para poder descansar (lorazepam 1 mg comp.).

De la entrevista inicial se desprende que conoce toda la medicación que tiene prescrita y su posología, la asocia correctamente con los Problemas de Salud (PS) que trata y que se enumeran a continuación:

1. Angina de pecho en tratamiento con nitroglicerina 10 mg/24 horas parches transdérmicos y Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg comp. desde 2012. Le preocupa bastante, especialmente cuando aparece disnea de esfuerzo y opresión torácica.
2. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) desde hace más de 20 años, actualmente en tratamiento con vildagliptina 50 mg comp. + metformina 850 mg comp.
3. Hipertensión arterial (HTA) diagnosticada hace más de 20 años. En tratamiento con enalapril 10 mg comp., carvedilol 6,25 mg comp. y furosemida 40 mg comp.
4. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 80 mg comp. recubiertos.
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en tratamiento con bromuro de ipratropio 20 µg. Controles semestrales con neumología. Le preocupan mucho las exacerbaciones fruto de procesos catarrales.

6. Hiperuricemia tratada con alopurinol 100 mg comp.
7. Hipertrofia benigna de próstata (HBP) en tratamiento con dutasterida 0,5 mg + tamsulosina 0,4 mg caps. duras y alfuzosina 5 mg comp. liberación prolongada. Controles anuales con urología.
8. Toma omeprazol 20 mg/día comp., como tratamiento preventivo de gastrolesión por AINE.
9. Toma paracetamol 1 g polvo efervescente para tratar molestias musculares y dolores articulares propios de la edad cuando lo precisa. No lo hace de forma continuada.
 - Además, se detecta anemia en la analítica tras la primera visita. Tratada con hierro durante tres meses.
 - Otros datos y parámetros relevantes: camina habitualmente y trabaja en su huerto (2-3 días/semana). Exfumador (1 cajetilla/día hasta 1994). Antecedentes familiares de EPOC (padre). No sigue dieta específica, dice restringir sal y pan.
 - Alergia a β -lactámicos. El último episodio, en enero de 2014, motivó ingreso hospitalario en unidad de reanimación. Alergología lo atribuyó a ácido clavulánico, pero recomienda evitar todos los β -lactámicos.
 - Mide su Presión Arterial (PA), Frecuencia Cardíaca (FC) y Glucemia Basal Capilar (GB) en su domicilio y en el consultorio médico (bimensual). Aporta registros de medidas.
 - En la **Tabla 1** se resume el estado de situación inicial del paciente: PS, tratamiento y posologías.

Tabla 1. ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL; RESUMEN (FECHA: JUNIO 2014)

Sexo: varón Edad: 77 años IMC: 33,5 (158 cm; 83,6 kg) Alergias: β -lactámicos Embarazo: No procede

PS				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
2012	Angina	Mucho	Sí	2012	AAS 100 mg comp.	0-1-0	0-1-0
				2012	Nitroglicerina 10 mg/24 h parches transdérmicos	1-0-0	Incumple
< 1994	DM2	Poco	No	2011	Vildagliptina 50 mg comp. recubiertos + metformina 850 mg comp. recubiertos	1-0-1	1-0-1
< 1994	HTA	Nada	Sí	2000	Enalapril 10 mg comp.	1-0-1	1-0-1
				2000	Carvedilol 6,25 mg comp.	0-1-0	0-1-0
				2000	Furosemida 40 mg comp.	Si precisa	Si precisa
< 1994	Dislipemia	Nada	No	2005	Atorvastatina 80 mg comp. recubiertos	0-0-1	0-0-1
< 1994	EPOC	Mucho	Sí	2013	Bromuro ipratropio 20 mg solución para inhalación	1-1-1	1-1-1
2000	Hiperuricemia	No	Sí	2000	Alopurinol 100 mg comp.	0-0-1	0-0-1
2008	HBP	No	Sí	2014	Dutasterida 0,5 mg + Tamsulosina 0,4 mg caps. duras	1-0-0	1-0-0
				2008	Alfuzosina 5 mg comp. liberación prolongada	0-1-0	0-1-0
2012	Dolor articular	Nada	Sí	2012	Paracetamol 1 g polvo efervescente	Si precisa	Si precisa
2012	Riesgo gastrolesión	Nada	Sí	2012	Omeprazol 20 mg comp.	1-0-0	1-0-0
2013	Ansiedad	Poco		2013	Lorazepam 1 mg comp.	No	0-0-1
2012	Temblor manos	Bastante	No				

Parámetros biológicos**PA (mmHg) y FC (lpm):**

Abril 2014: 111/64, 66. Junio 2014: 110/65, 66. Julio 2014: 129/66, 54. Agosto 2014: 133/77, 62. Octubre 2014: 137/83, 72. Enero 2015: 140/70, 60. Marzo 2015: 105/54, 64. Mayo 2015: 135/83, 54. Julio 2015: 122/62, 59.

Glucosa Basal (GB) (mg/dl):

Abril 2014: 140. Junio 2014: 136. Julio 2014: 123. Agosto 2014: 160. Octubre 2014: 135. Enero 2015: 130. Marzo 2015: 117. Mayo 2015: 126. Julio 2015: 124.

Bioquímica general (10/07/2014):Glucosa: 123 mg/dl. Ácido úrico: 4.1 mg/dl. Colesterol: 143 mg/dl. Triglicéridos: 96 mg/dl. C-HDL: 46 mg/dl. C-LDL: 78 mg/dl. Hierro: 29 μ g/dl.**Hematimetría:**Eritrocitos: $4,16 \times 10^6$ /ml. Hemoglobina: 11,2 g/dl. Plaquetas: 226×10^3 /ml. Leucocitos: $6,11 \times 10^3$ /ml.

ESTUDIO DEL CASO

Tras la entrevista inicial estudiamos los PS y la medicación prescrita. Completamos el análisis con una revisión bibliográfica de los aspectos más relevantes del caso. Como herramienta complementaria, registramos los datos disponibles en Bot PLUS 2.0¹ y cruzamos toda la información obtenida.

1. El paciente incumple su tratamiento antianginoso con Diafusor® 10 mg/24 h parches transdérmicos. A pesar de que los nitratos orgánicos pueden emplearse de manera continua o intermitente en el tratamiento de la angina estable, la decisión de modificar la pauta posológica corresponde al médico. Las reacciones de hipersensibilidad figuran entre las reacciones adversas descritas para Diafusor® 10 mg/24 h parches transdérmicos. Su frecuencia no puede ser estimada con los datos disponibles aunque se trata de una reacción muy poco frecuente. En los estudios de irritación dérmica se observó que ninguno de los materiales de Diafusor® 10 mg/24 h parches transdérmicos eran irritantes cutáneos primarios. Se encontró que el propio Diafusor® 10 mg/24 h parches transdérmicos no era irritante, mientras que los polímeros de su formulación no eran irritantes o lo eran ligeramente. Estos datos permiten sugerir que Diafusor® posee un bajo potencial de irritación cutánea en su utilización clínica¹. Las probabilidades de irritación se minimizan observando las instrucciones para su correcta aplicación: cualquier zona de la piel puede ser adecuada para la aplicación siempre que esté intacta, excepto la parte distal de las extremidades. La zona recomendada es el tórax o la cara externa del brazo. Las zonas de aplicación deben rotarse diariamente y rasurarse, si fuese necesario.
2. Los datos aportados por el paciente (medidas en consultorio médico y en su domicilio) revelan niveles de GB por encima del límite superior del objetivo terapéutico de control glucémico. Existen discrepancias sobre los puntos de corte de control propuestos por distintas sociedades científicas (ADA, SED)^{2,3}, aunque se otorga tanta importancia al control glucémico como al de las cifras de presión arterial, perfil lipídico y al abandono del hábito tabáquico y coinciden en que los objetivos terapéuticos deben individualizarse en función del caso. Nuestro paciente presenta varios factores de riesgo cardiovascular asociados: dislipemia, HTA, cardiopatía isquémica y obesidad. A excepción del exceso de peso, todos están correctamente controlados con su tratamiento actual. La edad, superior a 70 años, es el principal factor que afecta de manera desfavorable al cociente riesgo/beneficio del control estricto de la DM2 en nuestro caso. El objetivo principal en el anciano debe ser evitar la sintomatología hiperglucémica y las descompensaciones metabólicas agudas, evitando el sobretratamiento por el riesgo de hipoglucemias graves que puede comportar. En general, se recomiendan cambios dietéticos y técnicas de autocontrol encaminados a evitar descompensaciones graves, incidiendo en aspectos como la actuación ante la hipoglucemia o el cuidado de los pies.
3. El temblor es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. Puede tener orígenes muy diversos. Su clasificación es compleja y se realiza en función del tipo, frecuencia, amplitud y síntomas asociados. Como primera aproximación en nuestro análisis podemos reducir la casuística a que el trastorno del movimiento tenga su origen en un PS no tratado o sea un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Nuestro paciente presenta un temblor de acción, aparece con la actividad muscular voluntaria, e intencional específico de una tarea, sujetar un objeto. Ambas características son compatibles con el temblor inducido por xenobióticos⁴. No se han realizado ensayos clínicos terapéuticos con Eucreas®, pero se ha demostrado su bioequivalencia con la administración concomitante de vildagliptina y metformina. Entre las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente 100 mg de vildagliptina en terapia *add-on* con metformina comparadas con placebo más metformina en ensayos doble ciego, figura la aparición de temblor como reacción adversa frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$, entre 1 y 10 % de tratamientos)¹. La revisión de nuestros archivos de notas del Servicio de SFT de los

últimos años (datos propios) revela que el paciente comenzó a ser tratado con Eucreas® en octubre de 2011, lo que constituye una evidencia de que el inicio del tratamiento con vildagliptina y la aparición de los síntomas pueden coincidir en el tiempo y que podríamos estar ante un RNM de inseguridad.

4. Alfuzosina es un α -bloqueante empleado en el tratamiento de la HBP cuyo mecanismo de acción consiste en el bloqueo de adrenoreceptores α_1 . Duodart® es un tratamiento de combinación de principios activos con mecanismos de acción complementarios, dutasterida y tamsulosina, que se ha mostrado más efectivo en el control de los síntomas que cada componente por separado. Dutasterida pertenece al grupo de los inhibidores de la 5 α -reductasa. Tiene actividad sobre sus isoenzimas I y II inhibiendo así la producción de dihidrotestosterona, principal andrógeno responsable del crecimiento prostático. Tamsulosina es un antagonista de adrenoreceptores α_{1A} , subtipo mayoritario a nivel prostático⁵. El paciente, por tanto, está siendo tratado con un inhibidor de la 5 α -reductasa y con dos α -bloqueantes. Aunque en los ensayos clínicos no se han detectado interacciones entre alfuzosina y tamsulosina, la asociación de Duodart® con otros α -bloqueantes está expresamente desaconsejada.
5. El paciente no tiene prescrito lorazepam ni diagnosticados ninguno de los PS para los que está indicado. Aun así, se automedica cuando siente ansiedad o para conciliar el sueño.
6. Una analítica efectuada al paciente algunos días después de la entrevista inicial reveló la existencia de anemia ferropénica. Se trató, con éxito, con hierro durante tres meses. Aunque en principio fue tenido en consideración, el Médico de Atención Primaria (MAP) nos informó a lo largo del seguimiento de que nuevos valores analíticos descartan la relación entre estos síntomas y un eventual RNM de inseguridad de AAS y/o carvedilol¹.

EVALUACIÓN Y ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

En la **Tabla 2** se relaciona la evaluación realizada y cuyos principales aspectos destacamos a continuación:

El paciente fue seleccionado para su inclusión en el Servicio de SFT al detectar un RNM de ineffectividad en el tratamiento de la angina de pecho con nitroglicerina. El Problema Relacionado con el Medicamento (PRM) era el incumplimiento.

Los niveles elevados de GB se atribuyen a un RNM de ineffectividad en el tratamiento antidiabético. En principio, el PRM se identifica como PS insuficientemente tratado. Consideramos el temblor como un riesgo de RNM de inseguridad asociado a vildagliptina, PRM: posibilidad de efectos adversos. Detectamos un RNM de no necesidad en el tratamiento de la HBP. PRM: duplicidad por empleo de dos α -bloqueantes: alfuzosina y tamsulosina.

La automedicación con lorazepam es un RNM de no necesidad. PRM: medicamento no necesario.

Tabla 2. EVALUACIÓN

PS				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
2012	Angina	Mucho	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2012	AAS 100 mg comp.	Incumplimiento	Sí	No	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				2012	Nitroglicerina 10 mg/24 h parches transdérmicos				Sí	<input type="checkbox"/> No RNM	
< 1994	DM2	Poco	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2011	Vildagliptina 50 mg comp. recubiertos	PS insuficientemente tratado	Sí	No	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
				2011	Metformina 850 mg comp. recubiertos	Posibilidad efectos adversos			Sí	<input type="checkbox"/> No RNM	
< 1994	HTA	Nada	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2000	Enalapril 10 mg comp.		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				2000	Carvedilol 6,25 mg comp.				Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	
				2000	Furosemida 40 mg comp.				Sí		
< 1994	Dislipemia	Nada	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2005	Atorvastatina 80 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
< 1994	EPOC	Bastante	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2013	Ipratropio, Br. 20 mg solución inhalación		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2000	Hiperuricemia	No	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2000	Alopurinol 100 mg comp.		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

Tabla 2. EVALUACIÓN (Continuación)

PS				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
2008	HBP	No	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2008	Alfuzosina 5 mg comp. liberación retardada	Duplicidad	Sí	Sí	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input checked="" type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				2014	Dutasterida 0,5 mg/ Tamsulosina 0,4 mg caps. duras				Sí	<input type="checkbox"/> No RNM	
2012	Dolor articular	Nada	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2012	Paracetamol 1 g polvo efervescente		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2012	Riesgo gastrolesión	Nada	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2012	Omeprazol 20 mg caps. duras		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2013	Ansiedad	Poco	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2013	Lorazepam 1 mg comp.	Medicamento no necesario	No			<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input checked="" type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2012	Temblor de manos	Bastante									

INTERVENCIÓN

Aunque algunas de las intervenciones relacionadas (números 1 y 5) ya se habían llevado a cabo previamente con el paciente, la estrategia íntegra (Tabla 3) se comenta y se discute personalmente con su MAP durante reuniones concertadas a tal efecto. Las intervenciones que aparecen tabuladas son las que, a nuestro juicio, tienen una prioridad alta. La tabla no incluye las entradas relativas a intervenciones de prioridad media/baja, ni las orientadas a la prevención y detección de otros PRM que pudieran aparecer durante el seguimiento.

Tabla 3. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ACTUACIÓN

PS/PRM detectado	Intervención	Medicamento implicado	Objetivo de la intervención	Propuesta a paciente y/o MAP
Angina/ incumplimiento	1	Nitroglicerina 10 mg/24 h parches transdérmicos	Conseguir adherencia al tratamiento antianginoso	Retomar pauta posológica de inmediato Facilitar instrucciones de uso correcto Informar al MAP si reaparece reacción cutánea
DM2/ PS insuficiente- mente tratado	2	Metformina 850 mg comp.+ vildagliptina 50 mg comp.	Control de los valores de GB según niveles en guías terapéuticas	Recomendamos medidas higiénico dietéticas, hábitos de vida saludables y pérdida de peso Control de niveles de GB capilar
DM2/ posibilidad efectos adversos	3	Vildagliptina 50 mg comp.	Valoración del temblor como reacción adversa a antidiabético	Investigar el origen del temblor
HBP/duplicidad	4	Alfuzosina 5 mg comp. libera- ción prolongada	Eliminación de una prescripción no necesaria	Se propone la retirada del medicamento
Ansiedad/ medicamento no necesario	5	Lorazepam 1 mg comp.	Evitar automedicación	Recomendamos hábitos higiénicos del sueño Poner síntomas en conocimiento del MAP Valoración de síntomas por el MAP

RESULTADOS

El resultado de las intervenciones realizadas se resume en la **Tabla 4**. Todas fueron aceptadas y cuatro de los cinco PRM identificados, han sido resueltos. La intervención número 3 sigue actualmente su curso.

Tabla 4. DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES

Intervención	PS	Medicamento/PRM	Resultado de la intervención	Situación en la actualidad (agosto 2015)
1	Angina	Diafusor®/ incumplimiento	El paciente retoma la pauta posológica adecuada MAP respalda la intervención	Paciente adherente al tratamiento La reacción cutánea no ha reaparecido
2	DM2	Eucreas®/PS insuficiente- mente tratado	MAP apoya la adopción de medidas dietéticas como pri- mer paso	El paciente ha reducido su peso en 7 kg Niveles de GB en el entorno de 125 mg/dl
3	DM2	Vildagliptina/posibilidad efectos adversos	Paciente derivado a geriatría y reumatología para valoración	El estudio del caso sigue su curso
4	HBP	Alfuzosina/duplicidad	MAP retira alfuzosina del tratamiento habitual	HBP en tratamiento con Duodart®
5	Ansiedad	Lorazepam/medicamen- to no necesario	Tras diagnosticar ansiedad el MAP prescribe lorazepam 1 mg	El paciente toma ansiolíticos bajo control médico

COMENTARIOS

La implantación del Servicio de SFT en nuestra farmacia se ha revelado como una potente herramienta para mejorar la efectividad y seguridad de los tratamientos y para alcanzar y mantener los objetivos terapéuticos fijados.

El Servicio de SFT es una práctica muy distinta a la entendida como labor habitual del farmacéutico comunitario: se trata de una oportunidad única de desarrollo profesional que nos ofrece la responsabilidad y la posibilidad de intervenir directamente en el proceso asistencial.

Dicha intervención farmacéutica, apoyada en una eficiente y fluida interrelación y comunicación profesional médico-farmacéutico, es un valor añadido de nuestro Sistema Sanitario que redundará en el beneficio del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al SFT desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
2. Standards of Medical Care in Diabetes 2014. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2015;38 (Suppl 1): S1-S93.1. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org>. Último acceso: noviembre de 2015.
3. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo II. Sociedad Española de Diabetes. *Av Diabetol*.2010;26:331-8. Disponible en <http://www.sediabetes.org>. Último acceso: noviembre de 2015.
4. Ferreiro Gómez M. Guía clínica del Temblor. *Fisterra.com*: Atención primaria en la red. Último acceso: noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/temblor/>.
5. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, *et al*. Guía clínica sobre el tratamiento conservador de los síntomas de las vías urinarias inferiores, SVUI, masculinos no neurógenos. *European Association of Urology* 2010. Disponible en <http://www.uroweb.com>. Último acceso: noviembre de 2015.

FINALISTA

JOSEFA CASTRO LEIS
A CORUÑA

Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico a un paciente tras sufrir un infarto agudo de miocardio

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 69 años de edad que, tras acudir a Urgencias con molestias epigástricas y una Presión Arterial Sistólica (PAS) de 220 mmHg (medida domiciliaria), se le diagnostica una cardiopatía isquémica. Lo derivan inmediatamente a la Sala de Hemodinámica y, tras realizarle una angiografía coronaria, le implantan dos *stents* farmacoactivos.

Tras el alta hospitalaria, acude a la farmacia a recoger su medicación. Anteriormente no tenía prescrito ningún tipo de tratamiento farmacológico y su nueva situación le genera una gran inquietud y preocupación. Por ello, y como parte del Programa conSIGUE, se le oferta el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). El paciente acepta y se le cita para su primera entrevista el 10 de octubre de 2014.

Entre sus antecedentes personales solo cabe destacar que en el año 2013 es intervenido quirúrgicamente para una resección total de próstata con resultado satisfactorio.

ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

Durante la primera entrevista nos damos cuenta de que el paciente es exfumador (desde hace aproximadamente 11 años), adherente a sus tratamientos y que conoce para qué sirven y cómo se usan los medicamentos que le han prescrito. Se encuentra muy angustiado porque presenta el mismo cuadro de molestias gástricas con el que debutó su cardiopatía. Incluso comenta que la sintomatología se ha agravado, ya que no solo padece dolor epigástrico, también pirosis, náuseas y vómitos. Esta situación le impide realizar sus actividades cotidianas y afecta mucho a su calidad de vida actual.

Comprobamos que su Presión Arterial (PA) no está controlada, presentando subidas repentinas a lo largo del día, sobre todo después de las comidas. Esto es especialmente preocupante, ya que hace muy poco que ha sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM). Sus niveles de colesterol son ligeramente altos. El médico, consciente de esta situación, le ha dicho que modere su dieta antes de aumentar la dosis de estatina prescrita.

El paciente refiere padecer rubor facial de reciente instauración que es especialmente pronunciado por las mañanas y por las noches.

El estado de situación lo reflejamos en la **Tabla 1**.

Tabla 1. ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL; RESUMEN (FECHA: 10/10/2014)

Sexo: Varón **Edad:** 69 **IMC:** 26,8 **Alergias:** No

PS			Medicamentos				
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
09/14	Prevención 2 ^a línea IAM	Mucha	Sí	09/14	Clopidogrel 75 mg comp. recubiertos	1-0-0	1-0-0
				09/14	AAS 125 mg comp.	0-1-0	0-1-0
				09/14	Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublinguales	A demanda	A demanda
09/14	Hipercolesterolemia	Normal	No	09/14	Atorvastatina 10 mg comp. recubiertos	0-0-1	0-0-1
09/14	HTA	Mucha	No	09/14	Enalapril 10 mg comp.	1-0-1	1-0-1
				09/14	Enalapril 5 mg comp.	1-0-1	1-0-1
				09/14	Amlodipino 5 mg comp.	1-0-1	1-0-1
09/14	Prevención gastrolesión	Mucha	No	09/14	Pantoprazol 20 mg comp. gastrorresistentes	1-0-1	1-0-1
09/14	Dispepsia	Mucha	No	09/14	Almagato 1,5 g suspensión oral sobres	1-1-1	1-1-1
				09/14	Cinitaprida 1 mg comp.	0-1-1	0-1-1
09/14	Rubor facial mañana y noche						
Fecha	Parámetros biológicos						
08/10/2014	PA: 145/100 mmHg FC: 60 ppm						
10/10/2014	PA: 151/100 mmHg Colesterol total: 184 mg/dl. HDL: 47 mg/dl. LDL: 116 mg/dl						

Con toda la información recabada, decidimos que lo más importante para el paciente en este momento es aliviar sus molestias gástricas y controlar la PA. Inicialmente intervendremos sobre estos dos Problemas de Salud (PS) no controlados.

ESTUDIO DEL CASO

Se revisan todos los PS y la medicación prescrita. Se introducen los datos en SFT del modulo de Servicios de AF de BOT PLUS 2.0³ para confirmar que no ha quedado sin valorar nada relevante y para completar la información más importante. A continuación, aportamos un resumen de la información utilizada para la resolución del caso.

1. Prevención secundaria tras infarto agudo de miocardio (IAM)

Las guías de práctica clínica (GPC)^{1,2} consultadas recomiendan que, tras padecer un IAM con posterior implantación de *stents*, es importante instaurar las siguientes medidas farmacológicas para evitar un nuevo evento isquémico (prevención secundaria):

- **Inhibidor del Enzima Convertidor de Angiotensina (IECA):** además de controlar la PA, este tipo de fármacos han demostrado ser útiles en estos pacientes por sus propiedades como antiateroescleróticos. El paciente se encuentra en tratamiento con **enalapril**³. En caso de que la PA no se pueda controlar con el uso exclusivo de un IECA, las GPC recomiendan añadir otro agente antihipertensivo como, por ejemplo, un bloqueante de los canales de calcio. Esto es exactamente lo que ocurre en este caso, ya que, además de enalapril, el paciente tiene prescrito **amlodipino**³.
- **Terapia antiagregante plaquetaria dual:** se recomienda el uso de **clopidogrel**³ y **Ácido Acetilsalicílico**³ (AAS), a bajas dosis durante 12 meses tras la implantación del *stent*. A partir de este momento se debería suspender el clopidogrel y continuar el AAS de manera indefinida.
- **Tratamiento hipolipemiente:** se recomienda el uso de estatinas de potencia media/alta para prevenir la formación de placas de ateroma. En este caso se prescribe una estatina de potencia alta a baja dosis: **atorvastatina**³ 10 mg.

El uso de **nitratos**³ queda reservado a momentos puntuales donde el paciente note posibles síntomas de naturaleza isquémica.

También es necesario que se lleve a cabo una **prevención secundaria no farmacológica**¹ como es controlar el exceso de peso, seguir una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico a diario (caminar al menos 30 minutos a buen ritmo).

2. Dispepsia

Según la American Gastroenterological Association⁴, la dispepsia se define como “dolor abdominal superior y torácico, incomodidad, pirosis, náuseas, vómitos y otros síntomas referidos al tracto digestivo bajo, como los producidos por el síndrome de intestino irritable”.

El paciente presenta estos síntomas y para ello tiene prescritos los siguientes medicamentos:

- **Almagato**³: antiácido no absorbible indicado en el tratamiento de la dispepsia. Los antiácidos modifican la absorción de numerosos medicamentos, por lo que debería distanciarse su administración de la de cualquier otro fármaco.
- **Cinitaprida**³: procinético indicado en el tratamiento de dispepsia de tipo leve-moderada. Reduce la probabilidad de reflujo y acelera el vaciado gástrico.
- **Pantoprazol**^{3,5}: se emplea para prevenir una posible lesión gástrica por el uso de clopidogrel y AAS.

EVALUACIÓN Y ESTADO DE SITUACION FINAL

Con la información obtenida evaluamos los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) detectados, así como los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) correspondientes:

Tabla 2. PRM Y RNM

Medicamento implicado	RNM	PRM	Observaciones
Atorvastatina 10 mg comp. recubiertos	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	No alcanza objetivo LDL ² ni HDL
Enalapril 10 y 5 mg comp.	RNM de ineffectividad	Interacción	Almagato podría disminuir la absorción del enalapril si se toman a la vez Si se distancian las tomas no se produce la disminución de la absorción ²
Amlodipino 5 mg comp.	RNM de inseguridad	Probabilidad de efectos adversos	Rubor facial ³
Pantoprazol 20 mg comp. gastrorresistentes	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	Paciente sintomático
Almagato 1.5 mg suspensión oral sobres			
Cinitaprida 1 mg comp.	RNM de ineffectividad	PS insuficientemente tratado	Paciente sintomático

Tabla 3. EVALUACIÓN EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINAL I

PS				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
09/2014	Prevención 2ª ^{aria} IAM	Mucha	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Clopidogrel 75 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				09/2014	AAS 125 mg comp.				Sí		
				09/2014	Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublinguales				Sí		
09/2014	Hipocolesterolemia	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	9/2014	Atorvastatina 10 mg comp. recubiertos	PS insuficientemente tratado	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
09/2014	HTA	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Enalapril 5 mg comp.	Interacción (enalapril+almagato) prob. efectos adversos (amlodipino)	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
				09/2014	Enalapril 10 mg comp.				Sí		
				09/2014	Amlodipino 5 mg comp.				No		
09/2014	Prevención gastrolesión	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Pantoprazol 20 mg comp. gastrorresistentes	PS insuficientemente tratado	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
09/2014	Dispepsia	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Almagato 1,5 g suspension oral sobres	PS insuficientemente tratado	Sí	No	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				09/2014	Cinitaprida 1 mg comp.				Sí		
09/2014	Rubor facial mañana y noche										

INTERVENCIÓN

Decidimos intervenir inicialmente sobre la PA no controlada y la dispepsia, ya que son los PS que más preocupan al paciente:

- La toma simultánea de enalapril y almagato disminuiría la absorción del antihipertensivo. Se propone separar la ingesta de ambos medicamentos al menos dos horas³. Se informa (telefónicamente) al cardiólogo de esta situación.
- Se comunica (telefónicamente) al Médico de Atención Primaria (MAP) la posibilidad de que el amlodipino cause rubor facial.
- Se sugiere al MAP (telefónicamente) que realice un test de aliento para la detección de *H. pylori*⁴.

RESULTADOS

Se obtienen los siguientes resultados:

- El cardiólogo acepta la separación de las tomas. Posteriormente el MAP reduce la dosis diaria de almagato (0-1-0). Los picos de PA dejaron de presentarse.
- El MAP actuó suspendiendo el enalapril (5/10 mg) y sustituyendo la prescripción de amlodipino por olmesartán 40 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg comp. recubiertos. Esto reguló finalmente la PA e hizo desaparecer el rubor facial.
- El test de aliento fue positivo para *H. pylori*. Se prescribió terapia de erradicación y la dispepsia desapareció. El paciente solo necesita pantoprazol como protector gástrico.
- La dieta y el ejercicio, junto con la estatina, lograron controlar los niveles de colesterol.

Tabla 4. EVALUACIÓN EN EL ESTADO DE LA SITUACIÓN FINAL II

PS				Tratamientos		Evaluación (02/12/2014)					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
09/2014	Prevención 2 ^a ª IAM	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Clopidogrel 75 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				09/2014	AAS 125 mg comp.				Sí		
				09/2014	Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublinguales				Sí		
09/2014	Hipecolesterolemia	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Atorvastatina 10 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
09/2014	HTA	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	11/2014	Olmesartán 40 mg/HCTZ 12,5 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
09/2014	Prevención gastrolesión	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Pantoprazol 20 mg comp. gastroresistentes		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

COMENTARIOS

En este caso, el MAP había prescrito el almagato (no incluido en la oferta del SNS) y no lo incorporó al historial farmacoterapéutico. Como consecuencia, el cardiólogo desconocía que el paciente lo estaba tomando y, por tanto, que podría afectar a su PA.

Esto demuestra que la integración del Farmacéutico Comunitario al proceso asistencial del paciente es importante, ya que permitió detectar un problema que de otro modo habría pasado desapercibido. El farmacéutico, durante el Servicio de Dispensación, vio los medicamentos prescritos por especialistas, MAP y los obtenidos sin receta médica y se lo comunicó al cardiólogo que pudo actuar solucionando así el PS.

BIBLIOGRAFÍA

1. NICE. MI-secondary prevention. National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg172/resources/guidance-mi-secondary-prevention-pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
2. AHA/ACCF. Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease. 2011 Update. JACC. 2011;58(23):2432-46. Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1147807>. Último acceso: septiembre de 2015.
3. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al SFT desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
4. AGA. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. Gastroenterology 2005;129:1753-5.
5. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el empleo de IBP en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Empleo de inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Guía Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de Trabajo del Sector Zaragoza I Salud, 2013. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fcoss_completa.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.

FINALISTA

NEREA QUEIRO CANDAL
MARÍA MONTSERRAT LAGE PIÑÓN
A CORUÑA

Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Seguimiento Farmacoterapéutico como herramienta para mejorar la adherencia

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 73 años de edad, pluripatológico y con los siguientes antecedentes personales:

Tabla 1. ANTECEDENTES PERSONALES

PS	Fecha diagnóstico
Asma	Años
Angina estable	2010
Hipertensión arterial	2010
Hipercolesterolemia	2011
Hiperuricemia	2014
Cáncer de próstata	2014
Dolor de rodillas	2014

El 26/02/2015 acude a la farmacia a retirar su medicación habitual. En el Servicio de Dispensación detectamos que el paciente no es adherente y que usa incorrectamente su medicación. Se le toma la Presión Arterial (PA) obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 2. RESULTADOS DE LA PA

Medida	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	FC (lpm)
1	171	82	60
2	167	83	59
3	164	82	58

Comenta que tiene dolor de rodillas y que sufre crisis asmáticas con relativa frecuencia. Dado que la farmacia está participando actualmente en el programa conSIGUE, se oferta el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). El paciente acepta y se acuerda una fecha para la primera entrevista.

ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

El paciente acude a su primera entrevista el 02/03/2015 con toda su medicación, tal y como se le había indicado previamente. Los problemas de salud (PS):

- **Asma:** diagnosticada hace años. Actualmente en tratamiento con doble terapia inhalada: formoterol 6 µg/beclometasona 100 µg e ipratropio 20 µg. Olvida usar los inhaladores con mucha frecuencia y cuando los emplea no sigue la pauta prescrita. Tras pedirle que use uno de los dispositivos para comprobar la técnica empleada, descubrimos que lo hace de manera incorrecta, con la boca abierta y el inhalador a una distancia de varios centímetros. Nos dice que no le hacen efecto y que ha tenido que acudir en varias ocasiones a Urgencias aquejado de crisis asmáticas. Afirma no realizar enjuagues bucales tras el uso de los dispositivos.
- **Angina estable:** diagnosticada hace 5 años. En tratamiento con Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg y nitroglicerina 1 mg a demanda. Esta última solo la ha empleado en dos ocasiones.
- **Hipertensión arterial (HTA):** diagnosticada hace 5 años. En tratamiento con enalapril 10 mg y nebivolol 5 mg. Muchas veces se olvida de tomarlos.
- **Hipercolesterolemia:** diagnosticada hace 4 años. En tratamiento con atorvastatina 20 mg. La pauta prescrita es 0-0-1 y la usada es 1-0-1. El paciente se muestra convencido de que lo está tomando bien. Refiere calambres y dolor en las pantorrillas que podrían estar relacionados con una dosis demasiado alta de la estatina prescrita. Comenta que en los últimos análisis de colesterol los niveles eran normales.
- **Hiperuricemia:** diagnosticada en septiembre de 2014. En tratamiento profiláctico con colchicina 1 mg. El paciente dice haber tomado la primera caja prescrita y después decidió suspender el tratamiento. El dolor se manifiesta en una rodilla.
- **Dolor de rodillas:** desde hace aproximadamente 6 meses. Preocupa mucho al paciente.
- **Cáncer de próstata:** diagnosticado en noviembre de 2014. En tratamiento con triptorelina 22,5 mg y bicalutamida 50 mg. De este último fármaco tomó la primera caja prescrita y después suspendió el tratamiento por entender que no tenía que seguir con el mismo. Al paciente le costó asumir la enfermedad y le preocupa bastante. Está a la espera de los resultados de las últimas pruebas que le han realizado para conocer el estado de su enfermedad (gammagrafía ósea y tomografía axial computerizada [TAC]).

Preguntado por sus hábitos alimenticios afirma que lleva una dieta rica en grasas, proteínas animales e hipersódica. Muestra poca adherencia al tratamiento pero suele recoger su medicación.

El estado de situación es el siguiente **(Tabla 3)**:

Tabla 3. ESTADO DE SITUACIÓN; RESUMEN (02/03/2015)

Sexo: Varón Edad: 73 Alergias: No

PS				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
Años	Asma	Bastante	No	03/11	Formoterol 6 µg/ beclometasona 100 µg /pulsación solución para inhalación	2-0-2	0-0-3 (a veces)
					Ipratropio 20 µg/ pulsación solución para inhalación	3-3-3	1-1-0 (a veces)
5 años	Angina estable	Bastante	Sí	10/10	AAS 100 mg comp.	0-1-0	0-1-0
					Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublingual	A demanda	A demanda
5 años	HTA	Poca	No	07/10	Enalapril 10 mg comp.	1-0-0	1-0-0 (a veces)
					Nebivolol 5 mg comp.	0,5-0-0	0,5-0-0 (a veces)
4 años	Hipercolesterolemia	Poca	Sí	09/11	Atorvastatina 20 mg comp. recubiertos	0-0-1	1-0-1
2014	Hiperuricemia	Poca	No	09/14	Colchicina 1 mg comp.	0-1-0	0-0-0
2014	Cáncer de próstata	Mucha	No se sabe	11/14	Bicalutamida 50 mg comp. recubiertos	1-0-0	0-0-0
					Triptorelina 22,5 mg suspensión inyectable	1/6 meses	1/6 meses
2014	Dolor de rodillas	Mucha	No				
2014	Dolor muscular	Normal	No				
Fecha	Parámetros biológicos						
02/03/2015	PA sistólica: 171 mmHg. PA diastólica: 79 mmHg. Frecuencia cardiaca: 60 ppm						

ESTUDIO DEL CASO

Después de realizar la entrevista, iniciamos la fase de estudio empleando las fuentes de información citadas como bibliografía e introduciendo los datos obtenidos en el SFT del modulo de AF de Bot PLUS 2.0¹. Tras finalizar, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. El PS que más preocupa al paciente es el dolor de rodillas. Es posible que parte de esta artralgia esté relacionada con la gota² que padece y que, en su caso, se manifiesta fundamentalmente en esta articulación. Debido al tipo de trabajo desarrollado por el paciente (labrador), también podría padecer un cierto grado de artrosis³.

2. El paciente desconoce los medicamentos que tiene prescritos, lo que hace que su adherencia a los mismos sea muy pobre. Esto podría estar provocando:

- Falta de control del asma⁴ a esto también estaría contribuyendo la mala técnica de inhalación mostrada por el paciente.
- Falta de control de la PA⁵.
- Hiperuricemia y, consecuentemente, dolor en las rodillas.

En cuanto al incumplimiento en su tratamiento para el cáncer de próstata es difícil evaluar el impacto que esto pueda haber tenido sobre la enfermedad.

3. Existe riesgo de gastrolesión por la toma diaria de AAS sin protección gástrica⁶.

4. Los hábitos alimenticios del paciente podrían estar agravando algunos de sus PS como, por ejemplo, la HTA, la hipercolesterolemia y la gota.

EVALUACIÓN Y ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Tras la fase de estudio se evalúa el caso, encontrándose los siguientes Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) con sus correspondientes Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM):

Tabla 4. RNM Y PRM

PS	RNM	PRM	Observaciones
Asma	RNM de ineffectividad	Incumplimiento Mala técnica de inhalación	Crisis asmáticas
Angina estable	Riesgo de RNM de inseguridad	Probabilidad efectos adversos	Posible gastrolesión por AAS
HTA	RNM de ineffectividad	Incumplimiento	HTA no controlada
Hipercolesterolemia	Riesgo de RNM de inseguridad	Probabilidad efectos adversos	Dolor muscular
Hiperuricemia	RNM de ineffectividad	Incumplimiento	Dolor rodillas
Cáncer de próstata	Riesgo de RNM de ineffectividad	Incumplimiento	Sin resultados últimas pruebas

Tabla 5. ADHERENCIA

PS				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
Años	Asma	Bastante	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	03/2011	Formoterol 6 µg/ beclometasona 100 µg/pulsación solución para inhalación	Incumplimiento Otros: mal uso inhaladores	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				03/2011	Ipratropio 20 µg/pulsación solución para inhalación				Sí		
5 años	Angina estable	Bastante	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	10/2010	AAS 100 mg comp.	Probabilidad efectos adversos (gastrolesión AAS)	Sí	Sí	No	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
				10/2010	Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublingual				Sí		
5 años	HTA	Poca	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	07/2010	Enalapril 10 mg comp	Incumplimiento	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				07/2010	Nebivolol 5 mg comp.				Sí		
4 años	Hipercolesterolemia	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2011	Atorvastatina 20 mg comp. recubiertos	Probabilidad efectos adversos (dolor muscular)	Sí	Sí	No	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
2014	Hiperuricemia	Poca	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Colchicina 1 mg comp.	Incumplimiento	Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2014	Cáncer de próstata	Mucha	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	11/2014	Bicalutamida 50 mg comp. recubiertos	Incumplimiento	Sí	¿?	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				11/2014	Triptorelina 22,5 mg suspensión inyectable				Sí		
2014	"Dolor de rodillas"	Mucha	<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

INTERVENCIÓN

En función de la evaluación se desarrolla el siguiente plan de actuación:

Tabla 6. PLAN DE ACTUACIÓN

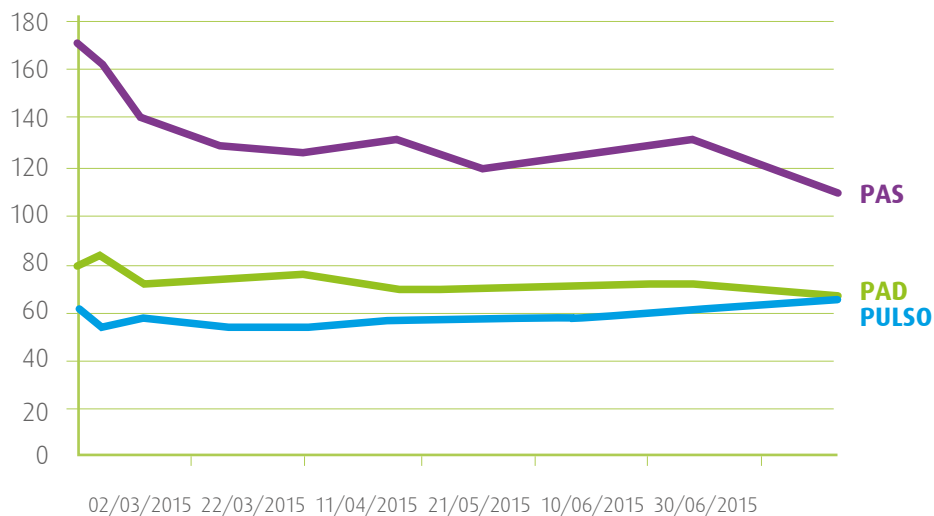
PS	Prioridad	Intervención
Asma	Muy alta	Aumentar la adherencia ⁷ Educar en medidas no farmacológicas (uso de inhaladores)
HTA	Muy alta	Aumentar la adherencia ⁷ Educar en medidas no farmacológicas ⁸ (dieta)
Hiperuricemia	Muy alta	Aumentar la adherencia ⁷ Educar en medidas no farmacológicas ⁸ (dieta)
Hipercolesterolemia	Muy alta	Corregir la pauta usada para que coincida con la prescrita ⁷ Informar al médico para que valore el efecto de volver a la pauta prescrita inicialmente
Cáncer de próstata	Muy alta	Aumentar la adherencia ⁷ Informar al médico del incumplimiento
Angina estable	Muy alta	Informar al médico del uso de AAS sin gastroprotección

RESULTADOS

Actualmente, el paciente es adherente y cumple con las pautas prescritas. Las intervenciones realizadas han obtenido los siguientes resultados:

- Control del asma.
- Control de la PA.

Figura 1. SEGUIMIENTO DE LA PA



- Mejora de los niveles de ácido úrico, pero la artralgia continúa.
- Desaparición del dolor muscular.
- Según la última revisión, el cáncer está estabilizado.
- En mayo, se informa al médico de que el dolor de rodillas continúa. La posterior prescripción de paracetamol 1 g y capsaicina 0,075 % crema acaba por controlarlo.
- El riesgo de gastrolesión continúa, ya que no se ha prescrito un protector a pesar de que en este caso está indicado según las guías de práctica clínica.

Tabla 7. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

PS				Tratamientos		Evaluación 30/06/2015					
Fecha de inicio	PS	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
Años	Asma	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	03/2011	Formoterol 6 µg/ beclometasona 100 µg/pulsación solución para inhalación		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				03/2011	Ipratropio 20 µg/ pulsación solución para inhalación				Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
5 años	Angina estable	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	10/2010	AAS 100 mg comp.	Probabili- dad efectos adversos (gastrole- sión AAS)	Sí	Sí	No	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
				10/2010	Nitroglicerina 1 mg comp. recubiertos sublingual				Sí	<input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
5 años	HTA	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	07/2010	Enalapril 10 mg comp.		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				07/2010	Nebivolol 5 mg comp.				Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
4 años	Hipercoles- terolemia	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2011	Atorvastatina 20 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2014	Hiperurice- mia	Poca	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Colchicina 1 mg comp.		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
2014	Cáncer de próstata	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	09/2014	Bicalutamida 50 mg comp. recubiertos		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				09/2014	Triptorelina 22,5 mg suspen- sion inyectable				Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad
2014	"Dolor de rodillas"	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	06/2015	Paracetamol 1 g polvo efervescente		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
				06/2015	Capsaicina 0,075 % crema				Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> Inseguridad

COMENTARIOS

El procedimiento del Servicio de Dispensación implantado en nuestra farmacia ha permitido identificar a un paciente con graves problemas de adherencia. Su posterior derivación al Servicio de SFT permitió detectar PRM y solucionar un buen número de los RNM que estaban provocando.

Los resultados obtenidos demuestran que ambas actuaciones profesionales son imprescindibles, generando mejores resultados en salud de los pacientes y disminuyendo el número de visitas innecesarias a los diferentes niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario (primaria, hospital, Urgencias, etc.).

Como consecuencia de este caso, hemos desarrollado un protocolo de mejora a la adherencia que actualmente se encuentra en fase de implantación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2015. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al SFT desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.
2. Grupo GuipClinGot. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la gota. Sociedad Española de Reumatología, 2012. Disponible en: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Guias_Paciente/GuipClinGot.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.
3. AAOS work group. Treatment of osteoarthritis of the knee, Evidence-based guideline. 2nd edition. American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2013. Disponible en: <http://www.aaos.org/research/guidelines/TreatmentofOsteoarthritisoftheKneeGuideline.pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
4. Grupo de trabajo de la guía GEMA 4.0. Guía Española para el Manejo del Asma; 2014. Disponible en: <http://www.gemasma.com/>. Último acceso: septiembre de 2015.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, *et al.* ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2013;34:2159-219. Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>. Último acceso: septiembre de 2015.
6. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el empleo de IBP en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Empleo de inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. GuíaSalud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de Trabajo del Sector Zaragoza I Salud, 2013. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fcoss_completa.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.
7. Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005;29(2):40-8. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf. Último acceso: septiembre de 2015.
8. Fistera. Base de datos de Conocimiento Sanitario. Dispensable en: <http://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/dietas/>. Último acceso: septiembre de 2015.

FINALISTA

BELÉN SABIO SÁNCHEZ
LUIS JUAN HERNÁNDEZ RANGEL
MÁLAGA

Servicio de Dispensación

Detección de reacción adversa a losartan, episodio de seguimiento y notificación a farmacovigilancia

PERFIL DEL PACIENTE

Se presenta el caso de una mujer de 58 años que, al acudir a la farmacia a retirar su medicación nos informa de que presenta náuseas, vómitos y una tos seca muy molesta desde hace bastante tiempo, que limita bastante su vida diaria.

La derivamos a la Zona de Atención Personalizada (ZAP) para revisar su tratamiento farmacológico y ver si alguno de sus medicamentos está relacionado con los problemas de salud descritos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y EVALUACIÓN

Actualmente, los tratamientos que está tomando la paciente son los siguientes:

Tabla 1. EVALUACIÓN

Medicamento	Problema de salud	Conocimiento del paciente	Percepción de seguridad y efectividad
Omeprazol 40 mg caps. gastroresistentes	Protección gástrica	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Montelukast 10 mg comp. recubiertos	Asma	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Symbicort® 160/4,5 mcg µg/polvo para inhalación	Asma	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Butosol® 200 mcg 100 µg/50 µg/pulsación suspensión para	Asma	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Budesonida nasal 64 mcg µg suspensión para pulverización nasal	Rinitis alérgica	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Ebastina 10 mg comp. recubiertos	Alergia	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Adiro® 300 mg comp. gastroresistentes	Prevención cardiovascular	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace años, sin problemas de seguridad
Losartán 100 mg comp. recubiertos	Hipertensión arterial	Conoce su posología y para qué es	Prescrito desde hace 9 años, sospecha de estar relacionado con los efectos adversos descritos anteriormente

Tras la consulta bibliográfica de los medicamentos utilizados, observamos que es común la aparición de trastornos digestivos (náuseas y vómitos) y algunos casos de tos seca, todos ellos relacionados con el uso de losartán.

INTERVENCIÓN

Se detecta un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de inseguridad no cuantitativa, cuya causa es un Problema Relacionado con el Medicamento (PRM).

Explicamos a la paciente los resultados encontrados y acordamos con ella redactar un informe con la hoja de derivación al médico de la farmacia (**Figura 1**) para comunicarle a su Médico de Atención Primaria (MAP) la sospecha de reacciones adversas relacionadas con losartán.

Tabla 2. INTERVENCIÓN

Clasificación del RNM	Situación del PS	Medicamento implicado	Identificación del PRM	¿Qué se pretende hacer para resolver el problema?
Inseguridad no cuantitativa	Tos seca, náuseas y vómitos	Losartán 100 mg	Aparición de efectos adversos (tos seca, náuseas y vómitos)	Intervenir sobre la estrategia farmacológica (proponer la sustitución de losartán)

Figura 1. PRIMER INFORME DE DERIVACIÓN AL MÉDICO

FARMACIA BARRAL

DEL FARMACÉUTICO/A: _____ NOMBRE PACIENTE: _____
 A: _____ Nº SS: _____

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

Estimada Dra.:

Remitimos a su paciente, porque tras acudir a la farmacia para comentarnos que tiene una tos seca muy molesta desde hace bastante tiempo, le preguntamos por su tratamiento farmacológico habitual y nos dice que está en tratamiento con Losartán 100 mg/día.

Tras consulta bibliográfica hemos podido observar que se han descrito algunos casos de tos seca con la administración de este medicamento.

Rogamos valore la terapia antihipertensiva. Agradeciéndole de antemano su atención, reciba un cordial saludo

En Cón a 11 de Junio de 2015
 Firma

Observaciones al Farmacéutico/a:

En Cón a _____ de _____ de _____
 Firma

0009

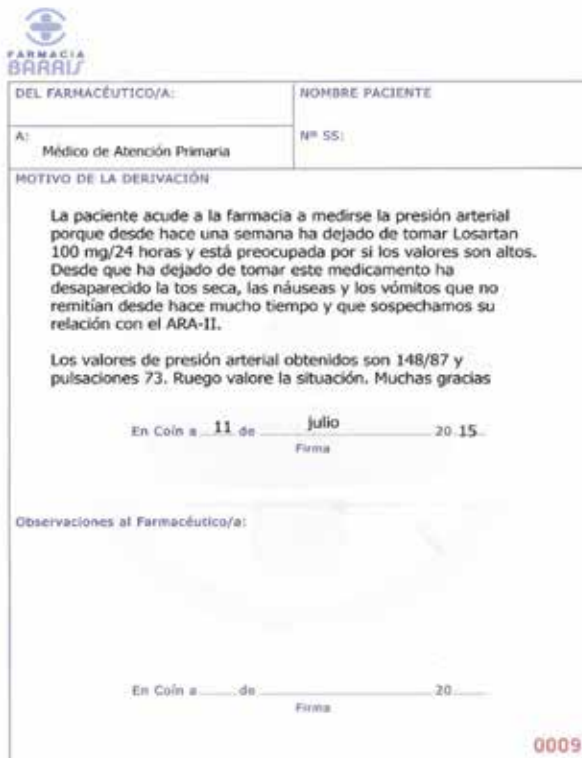
Tras recibir el médico el informe, nos contesta que la paciente está diagnosticada de síndrome tusígeno crónico desde 2013 y cuadro de Esofagitis por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), esofagitis moderada y gastritis, así como asma, provocando todo ello tos (**Figura 2**).

Figura 2. INFORME DE DERIVACIÓN RECIBIDO CON LAS OBSERVACIONES DEL MÉDICO

FARMACIA BARRAL	
DEL FARMACÉUTICO/A:	NOMBRE PACIENTE
A:	Nº SS:
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	
<p>Estimada Dra.</p> <p>Remitimos a su paciente, porque tras acudir a la farmacia para comentarnos que tiene una tos seca muy molesta desde hace bastante tiempo, le preguntamos por su tratamiento farmacológico habitual y nos dice que está en tratamiento con Losartan 100 mg/día.</p> <p>Tras consulta bibliográfica hemos podido observar que se han descrito algunos casos de tos seca con la administración de este medicamento.</p> <p>Rogamos valore la terapia antihipertensiva. Agradeciéndole de antemano su atención, reciba un cordial saludo</p> <p>En Coín a <u>11</u> de <u>Junio</u> 20<u>15</u></p> <p style="text-align: center;">Firma</p>	
Observaciones al Farmacéutico/a:	
<p>Paciente diagnosticado de síndrome tusígeno crónico desde 2013 y cuadro de ERGE, esofagitis moderada y gastritis así como asma, todos ellos provocan tos. Gracias</p> <p>En Coín a <u>12</u> de <u>Junio</u> 20<u>15</u></p> <p style="text-align: center;">Firma</p>	
0009	

La paciente vuelve al cabo de unos días a la farmacia a medirse la Presión Arterial (PA), porque desde hace una semana ha dejado de tomar losartán 100 mg (1-0-0) y está preocupada por si los valores son altos. Nos comenta que desde que dejó de tomar el medicamento han desaparecido tanto la tos como las náuseas y vómitos que no remitían desde hace mucho tiempo. Los valores de PA obtenidos fueron 147/87 mmHg y 73 lpm. Volvemos a enviar una hoja de derivación al médico de la farmacia para que su MAP valore la situación (**Figura 3**).

Figura 3. SEGUNDA HOJA DE DERIVACIÓN ENVIADA



FARMACIA
BARRAJ

DEL FARMACÉUTICO/A:	NOMBRE PACIENTE
A: Médico de Atención Primaria	Nº SS:

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

La paciente acude a la farmacia a medirse la presión arterial porque desde hace una semana ha dejado de tomar Losartan 100 mg/24 horas y está preocupada por si los valores son altos. Desde que ha dejado de tomar este medicamento ha desaparecido la tos seca, las náuseas y los vómitos que no remitían desde hace mucho tiempo y que sospechamos su relación con el ARA-II.

Los valores de presión arterial obtenidos son 148/87 y pulsaciones 73. Ruego valore la situación. Muchas gracias

En Coín a 11 de julio 2015
Firma

Observaciones al Farmacéutico/a:

En Coín a ____ de ____ 20__
Firma

0009

RESULTADOS

Tras enviarle la segunda hoja de derivación de la farmacia, el MAP decide cambiarle la terapia antihipertensiva, prescribiendo, en lugar de losartán, doxazosina neo 4 mg (1-0-0).

Tras 20 días tomando doxazosina volvió a la farmacia para controlarse la PA. Los valores obtenidos fueron 136/84 mmHg y 78 lpm. Nos comenta que está totalmente recuperada.

Este hecho nos ayuda a confirmar nuestra sospecha de reacción adversa por losartan, procediendo a redactar una tarjeta amarilla para su notificación al Centro Andaluz de Farmacovigilancia (Figura 4).

Figura 4. SOSPECHA DE RAM NOTIFICADA

CONFIDENCIAL
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. No debe notificarse todas las reacciones, si éstas son de carácter leve, transitorio o si el paciente y su familia conocen a los médicos que lo atienden. 2. Notificar en la primera farmacia de dispensación que contenga más información de la reacción, o bien por correo electrónico a: ram@servicio.gub.uy

3. Notificar de los medicamentos experimentales, a ser posible, más allá de una notificación formal, por correo electrónico, exclusión de la notificación formal, en los siguientes casos: 4. No debe notificarse los medicamentos que se encuentran en fase de desarrollo, a ser posible, más allá de una notificación formal, en los siguientes casos: 5. No debe notificarse los medicamentos que se encuentran en fase de desarrollo, a ser posible, más allá de una notificación formal, en los siguientes casos: 6. No debe notificarse los medicamentos que se encuentran en fase de desarrollo, a ser posible, más allá de una notificación formal, en los siguientes casos:

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Sexo: Hombre Mujer Edad: **59** años Peso (Kg.): _____

Con la finalidad de saber si se ha recibido alguna reacción, por favor, indique el número del paciente (si aplica): _____

FÁRMACO (S)* (Indicar el nombre comercial) <small>(Incluir dosis)</small>	Dosis diaria y vía de administración	Fechas		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
Losartan KRKA	100 mg/oral	2006	07/07/2015	HTA
Pepticum	40 mg/oral	2011		ERGE
Adiro	300 mg/oral	2011		Prevención cardiovascular
Budesonida aldo union	128/nasal	2010		Rinitis alérgica
Ebastina Aristo	10 mg/oral	2010		Rinitis alérgica
Montelukast Rambaxy	10 mg/oral	2010		Asma

* Para los recuentos, indique número de tableta.

REACCIONES (Indicar lugar de la reacción o hospitalización) (No incluir lugar de la reacción o la hospitalización de la farmacia dispensadora)	Fechas		Evolución (Si no mejoró, especificar: secuelas, etc.)
	Comienzo	Final	
Tos seca	2007	08/07/2015	Recuperada
Náuseas y vómitos	02/03/2015	08/07/2015	Recuperada

OBSERVACIONES ADICIONALES
La paciente deja de tomar Losartan 100 mg y su médico sustituye el antihipertensivo por Doxazosina 4 mg. La tos seca desaparece al igual que las náuseas y vómitos.

Nombre: _____ Cédula: _____

Profesión, especialidad: _____

Dirección, teléfono: _____

Subscripción: _____

Lugar: _____ Fecha: **19 / 7 / 2015**

Por favor, entregue con una copia a la farmacia más cercana:

NUMEROS LA FRASEJA ENCOLOMADA Y CEBRE

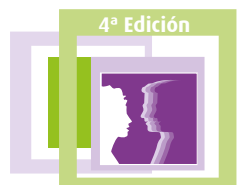
COMENTARIOS

Las principales conclusiones de esta intervención farmacéutica en el Servicio de Dispensación son:

- La dispensación debe ser abordada de una forma activa y atenta a los problemas que manifiestan los pacientes con el objetivo de colaborar con el paciente en la resolución de posibles PRM.
- La farmacia debe disponer de un espacio físico adecuado para ofrecer otros Servicios, como el de Seguimiento Farmacoterapéutico.
- No solo es importante disponer de esta ZAP, también es necesario disponer de herramientas para facilitar la colaboración con el equipo multidisciplinar, como lo demuestra la hoja de derivación al médico propia de nuestra farmacia.
- Esta intervención en la dispensación ha permitido un Episodio sencillo de Seguimiento y una notificación de sospecha de RAM mediante tarjeta amarilla. Esta actividad de farmacovigilancia puede ser entendida como un servicio cognitivo orientado a los resultados de la farmacoterapia.
- El medicamento implicado es un antagonista de los receptores AT1 de angiotensina II y que suele ser una buena alternativa a los inhibidores de la angiotensina-convertasa (IECA) cuando estos presentan tos seca como efecto adverso, por ello nos ha sorprendido la tos seca causada por losartan.
- El trabajo en equipo ha sido importante. El seguimiento del paciente ha sido realizado por dos farmacéuticos del equipo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ficha técnica medicamentos que aparecen en el caso (AGEMED).
- Bot PLUS 2.0. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2014. Fichas técnicas de los medicamentos citados. Acceso al Servicio de Dispensación desde el Módulo de Servicios de Atención Farmacéutica.



PREMIOS FORO AF-FC 2015

Con la colaboración de:



**FORO DE
ATENCIÓN
FARMACÉUTICA**
Farmacia Comunitaria

