

Sumario

Ars Farmacéutica
Tomo 50, Suplemento 1. 2009
ISSN: 0004-2927
Simposio 2009

9º Simposio de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico
Ciudad Real (España). 4, 5, 6 de junio de 2009

PROGRAMA	04
COMITE	06
EDITORIAL	07
CONFERENCIA INAGURAL: "De la dispensación al seguimiento farmacoterapéutico"	09
MESA REDONDA: "La universidad antes los servicios de atención farmacéutica"	13
CONFERENCIA-SEMINARIO: "e-investigación: Aplicación de herramientas informáticas a la investigación en la oficina de farmacia"	15
CONFERENCIA-SEMINARIO: "Binomio farmacéutico-paciente: opinión de los implicados"	20
MESA REDONDA: "Implantación de los Servicios de Atención Farmacéutica en los distintos niveles asistenciales"	23
COMUNICACIONES AL CONGRESO	29
CASOS PRÁCTICOS DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO	54
INDICE DE COMUNICACIONES	77
INDICE DE AUTORES	79

Programa

4 de junio, jueves

- 16:00h. Recepción de los congresistas, Paraninfo Luis Arroyo, Universidad de Castilla-La Mancha.
- 16:30h. Inaguración
- 16.45h. Conferencia inaugural: “De la Dispensación al Seguimiento Farmacoterapéutico”
 - ▶ Dr. Pilar García Delgado (GIAF-UGR)
 - ▶ Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda (Farmacéutico Comunitario; GIAF-UGR)
- 18:00h. Café. Visita a la sección de Posters.
- 18:30h. Mesa Redonda 1: “La Universidad ante los Servicios de Atención Farmacéutica”
Moderadora: Dra. M^a José Faus Dáder (Responsable del GIAF- UGR)
Invitados: ▶ Dr. Miguel Ángel Collado (Vicerrector de Título y Máster de UCLM)
▶ Dr. Fernando Martínez Martínez (Responsable de GIAF-UGR)
▶ Dr. Diego Marro Ramón (Universidad de San Jorge. Zaragoza)
- 20:30h. Cocktail de Bienvenida. Museo López-Villaseñor de Ciudad Real.

5 de junio, viernes

- 09:00h. Taller Iniciación:
 - ▶ Daniel Sabater Hernández (GIAF-UGR)
 - ▶ José P. García Corpas (GIAF-UGR)
- 09:00h. Taller Avanzado:
 - ▶ Dr. Emilio García Jiménez (Responsable científico del CAF- STADA; GIAF-UGR).
 - ▶ M^a Lorena García González (GIAF-UGR).
- 09:00h. Taller Investigación en Farmacia Hospitalaria:
 - ▶ Dr. Miguel Ángel Calleja Hernández (Director Unidad del Medicamento del Hosp. Virgen de las Nieves de Granada).
 - ▶ Dra. Amparo Torres Antiñolo (GIAF-UGR).
- 11:30h. Café
- 12.00h. Continuación de los Talleres
- 14:00h. Comida de trabajo.
- 16:00h. Presentación de Comunicaciones Orales.
- 17:15h. Seminario: “e-investigación: Aplicación de herramientas informáticas para la investigación en la Oficina de farmacia”
 - ▶ Ana Ocaña Arenas (GIAF-UGR).
 - ▶ José P. García Corpas (GIAF-UGR).
- 18:30h. Café. Visita a la sección de Posters.
- 19.00h. Seminario: “Binomio Farmacéutico-Paciente: Opinión de los implicados”
 - ▶ Carla Castrillón Ocampo. Farmacéutica especialista en SFT
 - ▶ José Gil Jiménez. Paciente en SFT.
- 21.30h. Cena. Restaurante Pago del Vicario.

6 de junio, sábado

09:00h. Presentación de Comunicaciones Orales

11:30h. Café. Visita a la sección de Posters.

12:00h. Mesa Redonda: "Implantación de los Servicios de Atención Farmacéutica en los distintos niveles asistenciales".

Moderador: D. Félix García-Lozano Garzás. (Vicepresidente y Vocal de O.F. del COF Ciudad Real)

Invitados: ▶ Dr. Antonio Villafaina Barroso. (Farmacéutico de A.P en la Gerencia de área de Salud de Plasencia del Servicio Extremeño de Salud)

▶ Dra. Mercedes Campo Angora. (Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de AF. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid)

▶ Dr. Jesús Ramos Martín. (Profesor Master AF- Universidad San Pablo CEU. Farmacéutico Comunitario. Madrid)

13:30h. Clausura

14:15h. Cocktail de despedida. Paraninfo Luis Arroyo, Universidad de Castilla-La Mancha.

Comités

Comité Organizador

PRESIDENTE: Julian Creis Márquez,

Félix García-Lozano Garzás,
José Pedro García Corpas
Teresa Ortiz Martín
M^a Ángeles Puebla Rodríguez
Juan Francisco Palomo Coletto
Isabel Baquerizo Alonso
Ana López-Casero Beltrán
Sagrario Pérez de Agreda Galiano
Augusto Ortega Jiménez

Comité Científico

PRESIDENTE: Fernando Martínez Martínez.

M^a Isabel Baena Parejo
Félix García-Lozano Garzás
Miguel Angel Calleja Hernández
Miguel Angel Gastelurrutia Garralda
Emilio García Jimenez
Javier Tudela Von Schmitterlöw
Daniel Sabater Hernandez
Narjis Fikri Benbrahim
Loreto Saez-Benito Suescun
M^a Lorena Gonzalez García
M^a José Faus Dáder

Editorial

S

irva esta editorial, como bienvenida, sino lo he hecho en persona, al IX SIMPODER, que este año se celebra en Ciudad Real, y que el Colegio de Farmacéuticos de Ciudad Real, que presido y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada hemos organizado conjuntamente.

Me reafirmo, bienvenidos a todos. Espero que el contenido que recogemos en estas páginas sea del mayor interés científico y profesional, para todos aquellos que diariamente estamos trabajando en el servicio asistencial al paciente.

Esta es la IX edición del Simpodader, hemos viajado por varios puntos de nuestra geografía, comenzamos en Gandía en el año 2001, continuamos en Pamplona, Zaragoza, Sevilla, Badajoz, Murcia, San Sebastián, Málaga (el año pasado) y ahora os recibimos en Ciudad Real.

Estos son unos días de encuentro, donde exponemos los resultados de los trabajos de investigación e intercambiamos experiencias sobre el desarrollo del Seguimiento Farmacoterapéutico (S.F.) en base a la metodología Dáder, en todos los ámbitos asistenciales donde trabaja un Farmacéutico (Hospital, Atención Primaria y Farmacia Comunitaria).

La Atención Farmacéutica (A.F.) nace del desarrollo profesional del Farmacéutico, y es la participación activa en la mejora de la salud del paciente mediante los servicios de dispensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico.

La dispensación es la parte esencial de nuestro ejercicio y garantiza el acceso a los medicamentos por parte del ciudadano además de corregir problemas relacionados con su uso.

El Seguimiento Farmacoterapéutico, que queda recogido en la legislación española tanto en la regulación de servicios sanitarios de 1997 como en la Ley de Garantías, es la respuesta por parte de los farmacéuticos a los problemas de morbi-mortalidad relacionada con el uso de los medicamentos (más del 35 % de las consultas a los servicios de urgencia y un 6 % de los ingresos tiene que ver con PRM) y además en una gran mayoría pueden ser evitados. Es por tanto una necesidad de nuestros sistemas de salud.

Por tanto, teniendo como eje principal el SF, y con el lema del congreso “De la dispensación al seguimiento”, proponemos un programa completo de conferencias, mesas redondas, seminarios y talleres.

El porque del lema del congreso, es porque queremos significar a lo largo de este simposium que en el acto de dispensación, existe un flujo de información Farmacéutico-Paciente y viceversa, donde con la detección de problemas relacionados con los medicamentos, nos acercamos al seguimiento en los pacientes que lo necesiten, siendo la dispensación activa una puerta de entrada al seguimiento.

Habrá como novedad un seminario denominado Binomio Farmacéutico-Paciente con la percepción y opinión de los implicados en el servicio.

Las comunicaciones orales y los pósters mostrarán la investigación que hace el farmacéutico en los distintos niveles asistenciales donde trabaja y esta implicado.

Como es habitual en este Congreso, se llevarán a cabo los talleres de nivel iniciación y avanzado en S.F., así como una novedad, un taller de investigación en Farmacia Hospitalaria, a través de la metodología Dáder, que se desarrollarán durante la mañana del Viernes.

Quiero señalar también, la importancia de la mesa redonda diseñada sobre la Universidad ante los servicios de A.F. Hemos querido celebrar este encuentro en el Paraninfo de la Universidad de Castilla-La Mancha, porque buscamos una apuesta de la Universidad con al Atención Farmacéutica. En nuestra comunidad se abrirá muy pronto una nueva facultad de farmacia y consideramos que debe integrar la A.F. y centrar una parte muy importante en este binomio Farmacéutico-Paciente.

Otra mesa versará entrono a la asistencia integral del paciente en todos los niveles (Hospitalario, Atención Primaria y Oficina de Farmacia), que nos mostrarán las experiencias y resultados sobre la implantación del Seguimiento.

Portanto es una oportunidad de debate y encuentro en Ciudad Real de Farmacéuticos de toda España, con una apuesta clara del Colegio de Farmacéuticos por esta forma de actuación profesional.

Quiero también aprovechar para instaros a disfrutar de vuestra estancia en nuestra tierra, que conozcáis La Mancha y que quedéis impregnados de ella para volver a vivirla y sentirla en cualquier otro momento.

Un afectuoso saludo

Julian Creis Márquez

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real

Presidente del Comité Organizador del Simpodader 09.

Conferencia Inaugural

De la dispensación al Seguimiento Farmacoterapéutico

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia, Dra. Pilar García-Delgado
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

La ATENCIÓN FARMACÉUTICA consiste en una práctica profesional mediante la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. De una manera más concreta, Foro de Atención Farmacéutica, en adelante, FORO, la ha definido como la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. (FORO, 2008)

En el entorno en el que se produce esta presentación, el SIMPODADER, es importante subrayar una palabra de esta definición: la palabra cooperación (“cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios”). Cooperar, según el DRAE significa “obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin”.

En este SIMPODADER se trata de cooperar: Dos farmacéuticos cooperamos en esta conferencia inaugural; más adelante tendrá lugar otra presentación en la que hablarán una farmacéutica y un paciente, también juntos, para contarnos su experiencia con el servicio de seguimiento, que no es otra cosa que una cooperación entre un profesional sanitario, el farmacéutico, y un paciente, con el fin de conseguir los mejores resultados de la utilización de sus medicamentos; ... y en esta misma presentación vamos a tratar, en cierta forma de cooperación, de la interrelación entre dos servicios: la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico. De ahí su título, de la Dispensación al Seguimiento Farmacoterapéutico.

Dispensación.

La Dispensación es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente. (FORO, 2008)

Los objetivos de este servicio son los siguientes:

- a) Entrega del medicamento y/o producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente, garantizando el acceso al mismo.
- b) Garantizar que el paciente posee la información mínima necesaria que le ayude a optimizar el uso de los medicamentos. Es decir, que el paciente conozca el “proceso de uso del medicamento” y que esté dispuesto a asumirlo.
- c) Proteger al paciente frente a la aparición de RNM (detectar y corregir causas prevenibles, es decir, situaciones de riesgo de RNM). También, y sólo en aquellos casos en que sea posible, identificar RNM y tratar de solucionarlos.

Es decir, la dispensación es un servicio farmacéutico orientado fundamentalmente a mejorar el proceso de uso de los medicamentos, lo que no impide que, en ciertos casos, se identifiquen algunos resultados no esperados sobre los que habrá que intervenir.

Hay dos tipos de dispensación, claramente diferenciados, con sus procedimientos independientes que no es necesario describir ahora. Se trata de la primera dispensación, o inicios de tratamiento, y de las dispensaciones repetidas o dispensaciones de continuación de tratamiento. (García Delgado, 2009)

En cualquier caso, durante el proceso de dispensación se pueden identificar situaciones en que es prudente detener el proceso y proceder a un análisis, tanto de los medicamentos involucrados en la dispensación, como de otros que esté utilizando el paciente, así como de los problemas de salud que éste padezca. A estas situaciones identificadas por el farmacéutico que supongan la paralización del proceso de dispensación se ha venido a denominar incidencia. Esta situaciones, aparte de la identificación de una contraindicación clara, pueden consistir o bien en la sospecha o detección de un PRM (riesgo de padecer un RNM) o bien en la identificación de un RNM. FORO define la incidencia como “cualquier circunstancia relacionada con la farmacoterapia que, en el transcurso del procedimiento establecido para la dispensación, no concuerda con una situación esperada o aceptada, e interrumpe el procedimiento obligando a evaluarlo en un episodio de seguimiento. (FORO, 2008) (Fig.1)

Episodio de Seguimiento

El episodio de seguimiento consiste básicamente en utilizar las herramientas del seguimiento farmacoterapéutico, concretamente la elaboración de un estado de situación, para tratar de prevenir o resolver un RNM concreto. (Gastelurrutia, 2004) FORO lo define como el estudio puntual de una incidencia de dispensación en la que utilizando la metodología propia del seguimiento farmacoterapéutico se trata de identificar el PRM (la causa y, por tanto, el riesgo de que aparezca un RNM) o el RNM. (FORO, 2008)

El farmacéutico ante una incidencia, es decir, ante una sospecha de la existencia de un riesgo de aparición de un

RNM o ante la posibilidad de identificar un RNM, elaborará un estado de situación en que al menos incluirá el medicamento a dispensar junto a otros que puedan estar interviniendo, así como los problemas de salud relacionados. Una vez analizado el estado de situación, lo que puede llevar tiempo ya que puede ser necesaria una fase de estudio así como una de evaluación de los riesgos de RNM, el farmacéutico tomará la decisión que entienda más adecuada para la resolución de la incidencia, intervención que puede ir desde la entrega del medicamento solicitado, hasta la no dispensación. Otras posibles intervenciones son la remisión del paciente al médico o la oferta del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. La realización de episodios de seguimiento como consecuencia de la identificación de incidencias en la dispensación puede ser el primer paso para que un farmacéutico realice un estado de situación y se comience a familiarizar con las herramientas del seguimiento. En este sentido es fácil adivinar que la realización de varios episodios de seguimiento a un mismo paciente, siempre que estos se registren adecuadamente, puede ser una forma de iniciación al seguimiento de manera que varios episodios de seguimiento sucesivo conduzcan a considerar a un paciente en seguimiento, como se muestra en la figura 2.

Seguimiento Farmacoterapéutico

El Seguimiento farmacoterapéutico se define como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con

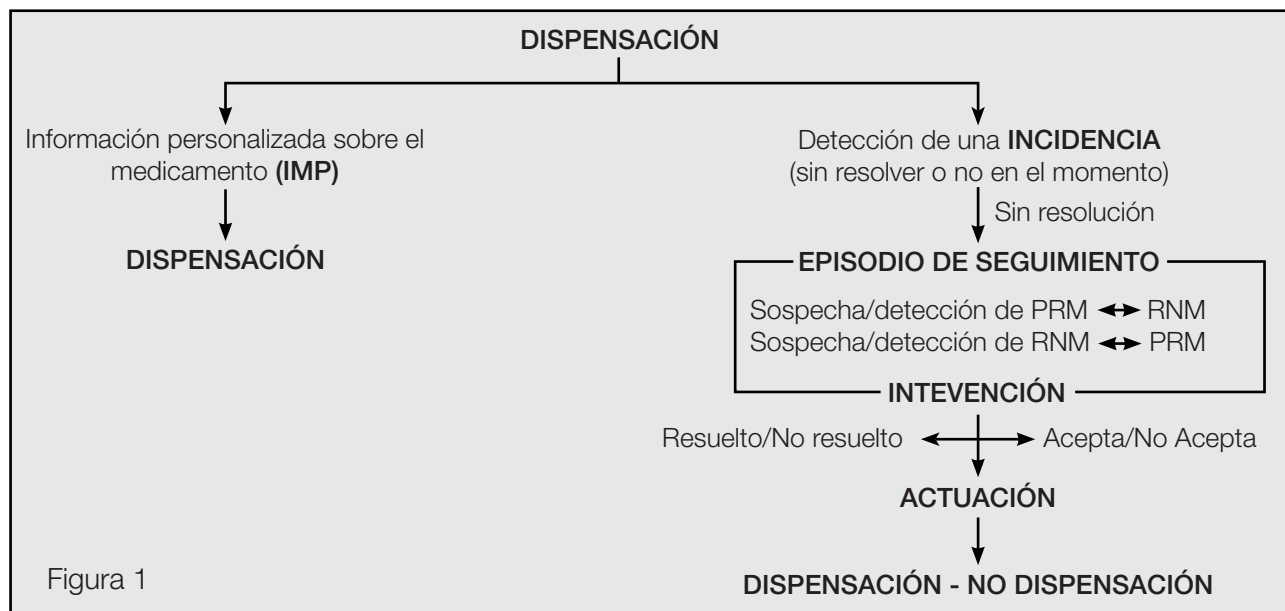


Figura 1

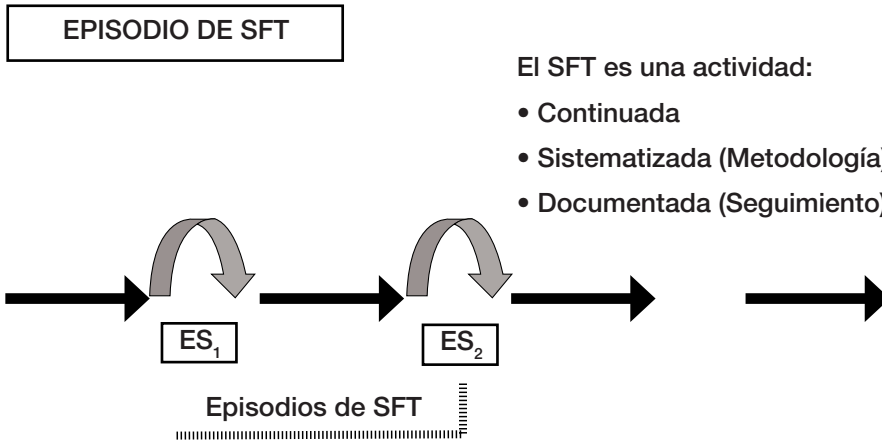


Figura 2.

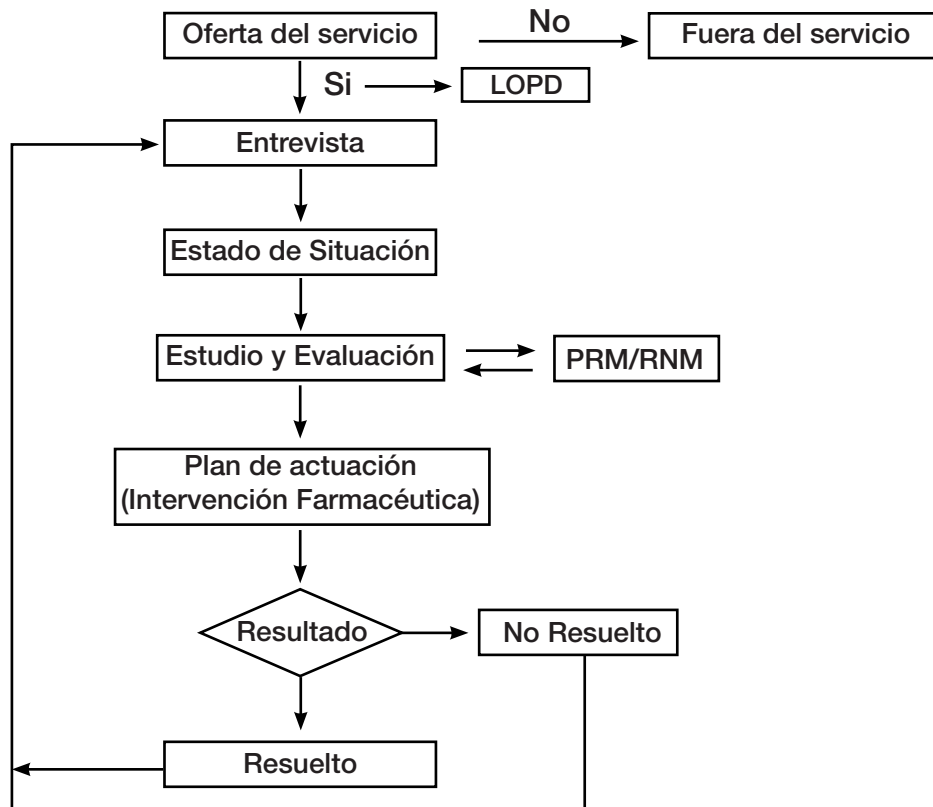
los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. (FORO, 2008).

servicio más novedoso de los integrados bajo la definición de la Atención Farmacéutica, hasta el punto que se entiende como una verdadera innovación (Fig. 3)

Es un hecho aceptado actualmente que el seguimiento es el

El seguimiento es un servicio cíclico, sistematizado,

Figura 3



documentado pero, sobre todo, continuado en el tiempo. Requiere utilizar además de técnicas y habilidades de comunicación, búsquedas bibliográficas, etc., la herramienta que mejor lo define, el estado de situación.

El estado de situación es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Se trata de una herramienta que permite analizar una “foto del paciente” a una fecha concreta. (DADER, 2007)

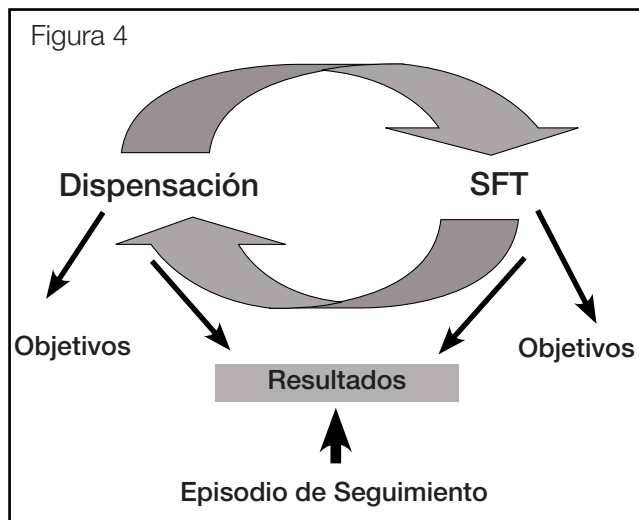
Los farmacéuticos que se especializan en la práctica de este servicio adquieren tal destreza en comunicación, identificación de problemas y RNM, evaluación de riesgos de RNM, además del conocimiento profundo de la farmacoterapia y de sus pacientes, que cuando realizan la dispensación de medicamentos, saben muy bien distinguir lo importante de lo accesorio.

Por todo ello, el paso a la mejora y optimización del servicio de dispensación es relativamente sencillo para los farmacéuticos del seguimiento.

Resumen

Tanto la dispensación como el seguimiento farmacoterapéutico son dos servicios fundamentales si se pretende dar contenido real a la filosofía de la Atención Farmacéutica que no es otra que atender las necesidades de los pacientes en relación a sus medicamentos. Cada uno de estos servicios tiene sus objetivos específicos y su metodología y procedimientos para alcanzarlos.

Es posible pasar de la dispensación a la práctica del



seguimiento. Para ello es importante que ante cualquier incidencia detectada en el proceso de dispensación, se utilicen las herramientas del seguimiento, básicamente el estado de situación. (Fig 4.)

Por otra parte resulta fácil a los farmacéuticos que realizan el seguimiento en su práctica cotidiana realizar la dispensación de acuerdo con los procedimientos de Foro de Atención Farmacéutica ya que están muy habituados a evaluar las necesidades de los pacientes en el uso de los medicamentos.

Es por tanto tarea de todos tratar de desarrollar la dispensación de acuerdo con sus procedimientos así como el seguimiento de acuerdo con la metodología Dáder. Los pacientes nos lo agradecerán.

Mesa Redonda

La Universidad ante los Servicios de Atención Farmacéutica.

Diseño de un nuevo grado en farmacia partiendo de cero: enfoque al paciente y atención farmacéutica

Dr. Diego Marro Ramón.

Profesor y Director, Grado en Farmacia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Campus Universitario de Villanueva de Gállego (Zaragoza).

Toda profesión sanitaria (medicina, enfermería, odontología, etc) comparte una filosofía profesional específica, comúnmente entendida por todos sus miembros, y coherente con su misión profesional y con el enfoque curricular predominante en sus respectivos estudios universitarios.

En el caso de la farmacia, la atención farmacéutica se está convirtiendo en el nuevo paradigma asistencial a nivel mundial¹.

En este contexto, y en aplicación de los nuevos requisitos europeos y españoles exigibles a las titulaciones universitarias conducentes al ejercicio de la profesión de farmacéutico^{2,3}, cuando la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Jorge, comenzó el diseño de su nuevo grado en farmacia, lo hizo sobre la premisa de que la atención farmacéutica no debe ser una asignatura aislada ni una especialización, sino la misión profesional generalista de los futuros farmacéuticos asistenciales y, por tanto, debe constituir el enfoque predominante del programa.

La atención farmacéutica como enfoque del nuevo grado en farmacia se concreta en los siguientes aspectos:

1. La atención farmacéutica como materia básica:

- Atención Farmacéutica I (primer curso, semestral) – Filosofía asistencial, proceso de atención al paciente, gestión del servicio (documentación de actividades,

evaluación, calidad, habilidades de comunicación con el paciente).

- Atención Farmacéutica II (tercer curso, semestral) – Trabajo con pacientes reales y farmacoterapia centrada en el paciente.
- Atención Farmacéutica III (cuarto curso, semestral) – Trabajo con pacientes reales y farmacoterapia centrada en el paciente.
- Prácticas tuteladas (quinto curso, semestral)

2. La atención farmacéutica como enfoque del currículum:

- Reuniones entre todos los profesores (crear la “cultura”)
- Intercambio de estudiantes con otras universidades (“itinerarios formativos”)

3. Propiciar la implantación de la atención farmacéutica en la práctica:

- Investigación aplicada
- Colaboración con administraciones y asociaciones profesionales
- Implicación del profesional en la docencia (creación de Unidades Docentes Acreditadas con responsabilidad docente en el grado, prácticas, máster y doctorado).

Diseñar un grado partiendo de cero constituye una oportunidad única –y una gran responsabilidad– de implantar unos estudios universitarios adaptados a las necesidades formativas de las próximas generaciones de profesionales.

El nuevo grado en farmacia de la Universidad San Jorge comenzó a impartirse en septiembre de 2008, con los alumnos de primero de farmacia.

Bibliografía

1. Developing pharmacy practice: A focus on patient care.

Handbook, 2006 Edition. WHO / FIP

2. DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales

3. ORDEN CIN/2137/2008 (Julio 2008)

La Atención Farmacéutica en la adaptación de los planes de estudio al Espacio Europeo de Educación Superior.

Dr. Fernando Martínez Martínez.

Director de la Cátedra Sandoz-Universidad de Docencia e Investigación en Atención Farmacéutica.

La necesidad de formación en Atención Farmacéutica es un hecho contrastado entre los farmacéuticos. Esta falta de formación ha provocado cierta inseguridad a la hora de abordar conjuntamente con los pacientes situaciones que requieren de un mayor grado de responsabilidad lo cual ha ocasionado, conjuntamente con otros factores, que la implantación de la Atención Farmacéutica en la práctica diaria esté avanzando de una forma lenta lo que en algunos casos se traduce en decepción y dudas acerca de la capacidad de los farmacéuticos para abordar los nuevos desafíos que se plantean.

La Universidad consciente de esta demanda formativa puesta de manifiesto y reclamada, no sólo por los profesionales, sino también por la mayoría de las asociaciones y sociedades científicas farmacéuticas, ha tratado de responder en los últimos años tanto a nivel nacional como internacional, en principio desarrollando programas de postgrado y doctorado y posteriormente incorporando materias en la malla curricular de carácter optativo o de libre configuración para la continuación y en base a las recomendaciones de la Asociación Europea de Facultades de Farmacia (EAFP), la Conferencia Iberoamericana de Facultades de Farmacia (COIFFA), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Farmacia y la Federación Nacional Farmacéutica, incorporar en el denominado Libro

Blanco de la Licenciatura de Farmacia la propuesta de que la Atención Farmacéutica se pueda incluir como materia troncal u obligatoria en la reforma actual de los planes de estudio al denominado proceso de Bolonia, es decir, al Espacio Europeo de Educación Superior. En este sentido, la orden CIN/2137/2008 de 3 de julio de 2008 por la que se establece los requisitos para la verificación de los Títulos Universitarios Oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Farmacéutico, recoge dentro de sus objetivos, las competencias que los estudiantes deben de adquirir incluidas las relacionadas con la Atención Farmacéutica.

La totalidad de las Comunidades Autónomas de España en sus acuerdos de mínimos para el título de Farmacia, teniendo en cuenta la Directiva 2005/36/CEE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, han contemplado esta materia como necesaria para la formación del futuro farmacéutico.

Sin embargo, una vez más no todas las Facultades de Farmacia incorporaran estas enseñanzas como asignatura, algunas argumentando que sus contenidos están repartidos por otras materias existentes, perdiéndose la posibilidad de que alguna vez alcance cuerpo de doctrina y pueda ser una auténtica materia eje de la formación práctica en farmacia asistencial como ocurre en otros países avanzados con la Pharmacy Practice.

Conferencia-Seminario

e-Investigación: "Aplicación de herramientas informáticas para la investigación en oficina de farmacia"

José P. García Corpas,
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Ana Ocaña Arenas
Farmacéutica del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Granada
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Dra. María José Faus Dáder.
Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Antes del año 2007, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) mantenía 3 páginas web que mostraban distinta información de diferentes aspectos del grupo, sin embargo, a veces esta información se solapaba o era insuficiente.

Por entonces, el GIAF-UGR estaba implicado, entre otras cosas, en varios proyectos multicéntricos. Diariamente llegaban fax o correos postales con información procedente de farmacéuticos que realizaban trabajo de campo, con el fin de que dichos datos fueran incluidos en las bases de datos correspondientes. Una de las fuentes del error sistemático puede ser la continua manipulación de datos por diferentes investigadores¹ sin contar claro está, con el esfuerzo económico y de personal que esta forma de trabajar requiere, ya que después de la recepción había que dedicar tiempo y trabajo a introducir dichos datos en el ordenador para su posterior análisis estadístico. Esto llevó a una pregunta: ¿por qué no puede cada investigador introducir en la base de datos aquellos datos que recoge sin que haya intermediarios?

Por otro lado, cuando se revisaban trabajos del Máster propio del GIAF-UGR, trabajos destinados al periodo de investigación tutelada, posters de congresos, etc, que realizaban farmacéuticos en su oficina de farmacia, solía aparecer en las conclusiones frases del estilo "...con una muestra más grande quizás..." o "el pequeño tamaño de muestra impidió...". Este problema llevó a otra pregunta: ¿por qué tiene que trabajar un farmacéutico de forma aislada en su oficina de farmacia, renunciando así a tamaños de muestra suficientes para lograr responder a sus objetivos?

Así pues, en el año 2007 se decidió unificar toda la información del GIAF-UGR en un portal que, no sólo fuese una ventana de información para el resto de los farmacéuticos, sino que también fuese una herramienta útil para los propósitos del grupo en el campo de la docencia y de la investigación.

Así pues, se diseñó www.atencionfarmaceutica-ugr.es con 3 secciones que se han ido incorporando poco a poco y que desde un punto de vista cronológico son:

- atencionfarmaceutica-ugr.es: parte destinada al público interesado en la Atención Farmacéutica y que muestra

información de la identidad del GIAF-UGR y de las actividades que realiza día a día.

- e-investigación: destinada solamente a profesionales sanitarios que estén investigando con el GIAF-UGR.
- e-formación: campus virtual dirigido a facilitar las actividades docentes del GIAF-UGR.

Por entonces esta herramienta era algo muy novedoso. Hoy en día ya existen muchos estudios en distintos campos de la investigación en salud que lo utilizan², sin embargo, en el ámbito de la farmacia asistencial sigue siendo una herramienta muy innovadora que puede ayudar muchísimo a la investigación.

e-Investigación

Desde un punto de vista técnico se podría decir que e-investigación es un Sistema de Gestión de Contenidos (Content Management System, CMS), es decir, un sistema de software para ordenador que permite organizar y facilitar la creación de documentos y otros contenidos de un modo cooperativo. En este caso se trata de un CMS orientado a la presentación de información relativa a proyectos de investigación. Actualmente está enfocado principalmente a facilitar la recopilación de información on-line relativa a proyectos de investigación coordinados por el GIAF-UGR, pero sus posibilidades como gestor de contenidos son enormes, pudiendo llegar a convertirse en un auténtico punto de referencia para los investigadores que participen en proyectos de investigación.

Mediante un navegador web es capaz de publicar fácilmente artículos o noticias, gestionar páginas de personal, listados de trabajo, imágenes de productos, y crear una cantidad ilimitada de secciones o páginas de contenido. Además es posible ampliarlo/complementarlo con multitud de extensiones disponibles: agendas, generadores de formularios dinámicos, directorios de empresas u organizaciones, gestores de documentos, software de foros y chats, calendarios, Software para Blogs, herramientas de Registro de Datos, etc...

En el portal de e-investigación el protocolo https sería especialmente indicado para cifrar la información introducida por los investigadores, relativa a los proyectos de investigación en los que participan. Información esta, especialmente sensible ya que puede corresponder a información personal de pacientes objeto de estudio como parte de un proyecto de investigación y que, por tanto, debe estar especialmente protegida para asegurar la privacidad de estos. También

se podría utilizar para proteger el contenido de los foros, mensajes intercambiados entre investigadores, etc...

Desde un punto de vista práctico, y quizás mucho más interesante para los investigadores, e-investigación es un sitio de reunión on-line para los participantes de un proyecto donde pueden intercambiarse artículos de interés para la investigación, se puede revisar y discutir cualquier tema que sea relevante para la investigación y por supuesto, pueden insertar los datos obtenidos en el trabajo de campo desde cualquier sitio del mundo y a cualquier hora. Quizás esta sea una de las grandes ventajas que ofrece ya pueden realizarse estudios multicéntricos en cualquier parte del globo sin necesidad de restricciones horarias y por supuesto, con un número de pacientes tan grande como sea necesario.

Por otra parte permite la obtención de la base de datos en formato de Access, Excel o SPSS en cualquier momento, lo que permite a los investigadores la obtención de resultados preliminares cuando haga falta.

Está abierto a cualquier tipo de investigación ya que lo que lo principal que necesita es una definición clara de las variables que se desea medir para una adecuada creación de la base de datos y una adecuada limitación inserción de datos "incoherentes". Esto lleva consigo la necesidad de una puesta a punto de la herramienta para no desperdiciar posteriormente datos reales, es decir, es importante realizar un pilotaje. Esto no tiene por qué ser un inconveniente ya que numerosas proyectos de investigación acaban siendo un desastre por el simple hecho de no realizar un pilotaje, y a la envergadura que se pretende trabajar con esta herramienta, el pilotaje se convierte más en una obligación que una simple prueba del sistema.

A parte de las numerosas ventajas que tiene, lleva algunos inconvenientes asociados a su naturaleza técnica. Una de ellas podría ser la interrupción de introducción de datos por la caída de servidor, pero siempre se puede saber cuál es el último dato que ha introducido un investigador para la reanudación de la tarea una vez instaurado el sistema.

e-investigación además funciona con Hypertext Transfer Protocol Secure (Protocolo seguro de transferencia de hipertexto), más conocido por sus siglas HTTPS que es un protocolo de red basado en el protocolo HTTP, destinado a la transferencia segura de datos de hipertexto, es decir, es la versión segura de HTTP.

Este sistema utiliza un cifrado basado en las Secure Socket

Layers (SSL) para crear un canal cifrado (cuyo nivel de cifrado depende del servidor remoto y del navegador utilizado por el cliente) más apropiado para el tráfico de información sensible que el protocolo HTTP. De este modo se consigue que la información sensible (usuario y claves de paso normalmente) no puede ser usada por un atacante que haya conseguido interceptar la transferencia de datos de la conexión, ya que lo único que obtendrá será un flujo de datos cifrados que le resultará imposible de descifrar. Es utilizado principalmente por entidades bancarias, tiendas en línea, y cualquier tipo de servicio que requiera el envío de datos personales, contraseñas o cualquier tipo de información de carácter sensible.

Primera experiencia práctica: "Programa Ind-Dáder"

Nuestra primera experiencia en el uso de esta nueva herramienta web aplicada a la investigación, ha sido en el ámbito de un estudio sobre indicación farmacéutica llamado "Programa Ind-dáder".

Dicho estudio tiene como objetivo general comparar la efectividad, en términos de percepción de mejoría y satisfacción del paciente, del proceso estructurado de asesoramiento en síntomas menores frente al asesoramiento tradicional en farmacias comunitarias españolas. Para responder a este objetivo, el equipo investigador planteó un estudio multicéntrico con diseño cuasiexperimental con grupo control. Las farmacias que han colaborado pertenecían a 23 provincias españolas y la unidad de aleatorización fue la provincia, de modo que las farmacias situadas en las provincias asignadas al grupo intervención aplicaron el proceso estructurado de asesoramiento en síntomas menores propuesto^{3,4} y las farmacias situadas en las provincias asignadas al grupo control aplicaron la atención habitual.

Las variables resultado principales del estudio (percepción de mejoría del los síntomas consultados y satisfacción del paciente con el servicio) necesitaban ser recogidas por un encuestador externo a los pocos días de la visita a la farmacia, es por ello que se necesitaba de una herramienta que permitiera la recogida y envío de datos rápidos para que la encuestadora externa pudiera realizar la recogida de estas variables mediante cuestionarios previamente validados.⁵

Por otro lado, la alta informatización de las farmacias comunitarias española⁶, permitía plantearnos la utilización de plataformas digitales para el envío de datos, esto unido al precedente del uso de estas herramientas en otros estudios

multicéntricos en el ámbito de la atención primaria⁷, nos hacía esperar que la incorporación del envío digital de datos nos permitiera mayor agilidad en la obtención y traslado de los datos necesarios a la encuestadora externa, mayor control sobre el desarrollo del trabajo de campo y un control de calidad instantáneo.

El equipo investigador junto a técnicos informáticos adaptó la herramienta general a las peculiaridades del estudio. Para ello la estructura de esta base de datos fue diseñada teniendo en cuenta la sencillez y funcionalidad a la hora de la inserción de los datos. Se diseñaron dos formularios electrónicos que contenían las variables de estudio de la consulta farmacéutica (formulario electrónico 1) y los datos personales del paciente (formulario electrónico 2). La razón de dividir las variables en dos formularios, fue dar la posibilidad del envío inmediato de los datos de contacto del paciente (para la entrevista telefónica) que debía de producirse a los pocos días de la visita a la farmacia.

Todos los farmacéuticos colaboradores recibieron formación sobre los objetivos, metodología del estudio, así como sobre la recogida de datos y envío a través de la plataforma digital situada en la dirección <http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es>

Para acceder al envío de datos el farmacéutico participante contaba con claves personales administradas por la coordinadora central, de esta manera se aseguraba que sólo los farmacéuticos participantes tuvieran acceso al envío de datos.

Los farmacéuticos solicitaban acceso a la plataforma mediante un formulario de solicitud de usuario, para ello debían introducir una clave que se les proporcionaba en la formación. La petición de acceso a la plataforma llegaba a la coordinadora central que comprobaba que el farmacéutico había asistido a la formación y firmado el compromiso investigador, en este caso, se autorizaba el alta como usuario y se le proporcionaba claves de acceso personales, que llegaban al correo electrónico del farmacéutico solicitante.

Una vez este accedía a la plataforma con las claves asignadas, el sistema le pedía una segunda identificación como colaborador del proyecto, para ello el farmacéutico introducía su Documento Nacional de Identidad.

Los farmacéuticos volcaban la información recogida en la farmacia a través de formularios electrónicos de captura de datos que contaban con filtros para cotejar y corregir errores.

Los datos introducidos eran volcados instantáneamente a través de Internet en una base de datos alojada en el servidor del GIAF-UGR. Todo ello bajo un sistema de encriptamiento y seguridad.

La primera vez que el farmacéutico participante accedía al envío de datos rellenaba el “formulario electrónico 1” que recogía las variables de la farmacia y farmacéutico. Estas variables eran asociadas a la clave de acceso del farmacéutico de modo que cada vez que dicho farmacéutico enviaba posteriormente datos de consultas el sistema trasladaba a la base de datos, a su vez, sus variables asociadas. De este modo se minimizó la posibilidad de error al introducir las variables del farmacéutico y la farmacia en cada consulta registrada.

Los datos de contacto de los pacientes (código interno, nombre de pila, teléfono de contacto y horario de llamada) fueron remitidos por la coordinadora central a la encuestadora diariamente.

Asimismo una vez enviados todos los formularios de forma electrónica, el farmacéutico envió a su coordinador provincial los cuestionarios en papel. El coordinador provincial, a su vez, los remitió a la coordinadora central. (Figura 1)

Los formularios en papel sirvieron para la depuración de la base de datos.

Debido al diseño multicéntrico del estudio y a que la entrada de datos fue realizada por los farmacéuticos, se

hizo imprescindible una limpieza minuciosa de la base de datos para detectar errores y corregirlos. Esta limpieza se centró entre otros aspectos en la existencia de valores fuera de rango, valores extremos e inconsistencias lógicas entre los valores introducidos. En estos casos se contrastó con el formulario en papel recogido por el farmacéutico.

La plataforma digital, permitió un buen sistema de comunicación, necesario en todas las fases del estudio. Así, sirvió para el envío de información sobre la evolución del estudio a los farmacéuticos participantes. Por otro lado los farmacéuticos participantes disponían de una dirección electrónica para contactar directamente con la coordinadora central.

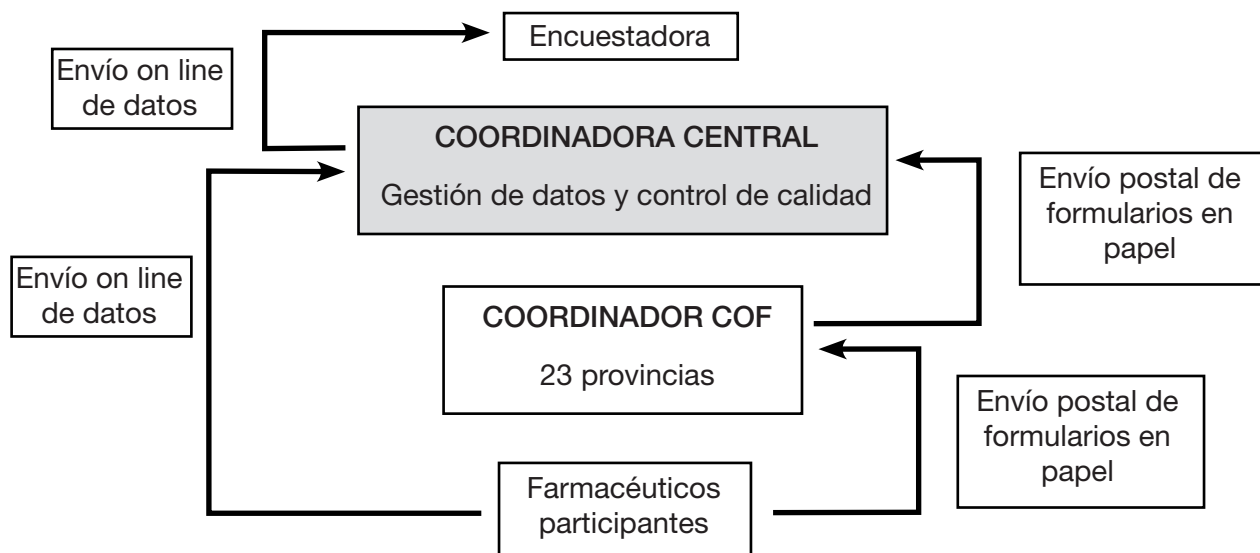
Finalmente los usuarios de la plataforma digital fueron 467 farmacéuticos de los cuales enviaron datos finalmente 341. Los datos introducidos corresponden finalmente a 3450 consultas realizadas en las farmacias colaboradoras.

Tras la experiencia del uso de la plataforma digital para la recogida de datos en este estudio, creemos importante destacar:

Para obtener las ventajas teóricas de este sistema de recogida de datos (minimizar los errores de entrada de datos sin los costes de la doble entrada, estandarizar los valores de las variables y los procedimientos del estudio, así como tener control de calidad instantáneo).

- Los investigadores deben planificar un tiempo para el

Figura 1. Estructura de envío de datos



diseño y pilotaje de los cuestionarios on-line de modo que sean lo más cerrados posibles, usando listas desplegables o botones check-box.

- El sistema debe ser capaz de detectar e impedir el envío de datos con errores o vacíos (Ej. envío de caracteres tipo texto en variables numéricas).
- Es necesario adecuar la herramienta a los usuarios potenciales y a las características de los equipos informáticos de estos.
- Sería útil que el usuario pudiera acceder a su historial de envío de datos para evitar duplicidad de datos.
- Sería recomendable usar el mínimo número de formularios posibles, así como habilitar herramientas de ayuda al envío de datos para un usuario novel.

Por último es importante destacar que este sistema representa una interesante alternativa a la doble entrada de datos en estudios de investigación. Adicionalmente es destacable la inmediatez en la obtención de datos en estudios multicéntricos y la mayor eficiencia en tiempo dedicado a la gestión y depuración de datos.

Bibliografía

1. Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2002

2. Lagares A, de Toledo P, Fernández-Alén JA, Ibáñez J, Arkan F, Sarabia R; Ballenilla F, Gabarros A, AHorcajadas A, Rodríguez-Boto G, de la Lama GA, Mailló A, Delgado P, Llacer JL, Domínguez J; I. Arrese I. Base de datos multicéntrica de hemorragia subaracnoidea espontánea del Grupo de Trabajo de Patología Vasculard de la Sociedad Española de Neurocirugía: presentación criterios de inclusión y desarrollo de una base de datos en internet. Neurocirugía 2008; 19:405-15.

3. Machuca M, Baena I., Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica IndDáder. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) Universidad de Granada y Fundación Abbott. ISBN :84-689-4985-X

4. Ocaña A., Baos V., Amariles P. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Universidad de Granada y Fundación Abbott. ISBN 978-84-608-0683-7

5. Armando P. Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, 2007

6. CGCOF. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Farmacéuticos (295)2005.

7. Grandes G, Sánchez A, Torcal J, Ortega Sánchez-Pinilla R, Lizarraga K, Serra J, en representación del grupo PEPAF. Protocolo para la evaluación multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF). Aten Primaria. 2003;32:475-80.

Conferencia-Seminario

Binomio Farmacéutico-Paciente: Opinión de los implicados

Carla Castrillón Ocampo,
Farmacéutica especialista en Seguimiento Farmacoterapéutico
José Gil Jiménez
Paciente en Seguimiento Farmacoterapéutico

El resultado de la terapia farmacológica depende, entre otros factores, del seguimiento realizado por distintos profesionales, entre ellos el farmacéutico. Este tiene la formación adecuada para abordar este proceso, relacionar los problemas de salud con los efectos de los medicamentos que recibe el paciente, detectar problemas asociados y prevenir y resolver resultados negativos asociados a la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos, aportando un enfoque complementario al seguimiento realizado por otros profesionales sanitarios. (FORO, 2008)

El farmacéutico por su mayor accesibilidad y cercanía a la población, y su conocimiento de la totalidad de la farmacoterapia que utiliza el paciente, es el profesional idóneo para desarrollar el seguimiento farmacoterapéutico.

La morbi-mortalidad relacionada con el uso de medicamentos, supone un problema de salud pública por su gran prevalencia, con el consiguiente coste económico. Más del 35% de las consultas a los servicios de urgencias y hasta un 6% de los ingresos hospitalarios, se asocian con problemas relacionados con medicamentos. Más del 70% de estos problemas podrían haber sido evitados con un Seguimiento Farmacoterapéutico adecuado.

El Seguimiento Farmacoterapéutico aporta beneficios:

1. Clínicos: Maximiza la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos

2. Humanísticos: Mejora la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes

3. Económicos: Ayuda a racionalizar el gasto sanitario en medicamentos, mejorando el cumplimiento, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios, aumentando la efectividad de los medicamentos y minimizando sus posibles daños

Sin embargo, y pese a la evidencia de los beneficios que genera, el Seguimiento Farmacoterapéutico es un servicio poco implantado. Por ello, su visibilidad social es escasa y por tanto, como servicio innovador que es, todo lo que hace referencia a objetivos, método, resultados esperados, incluida la propia denominación del servicio, es desconocido para los posibles beneficiarios del mismo. Todavía más importante es que este desconocimiento se puede ampliar a la administración sanitaria y a los agentes sanitarios incluidos los médicos y, en una inmensa mayoría de casos, los propios farmacéuticos.

Se han analizado las barreras que dificultan su implantación y los facilitadores que además de ayudar a superarlas, son moduladores independientes del cambio. (Gastelurrutia, 2005). En nuestra farmacia, con la idea de superar las barreras para la implantación del seguimiento, se han utilizado diferentes facilitadores internos (Gastelurrutia, 2009) tratando de involucrar a todos los miembros del equipo de la farmacia: titular, farmacéuticos adjuntos y auxiliares. El objetivo final es tratar de implantar el seguimiento farmacoterapéutico en la

farmacia, de una manera generalizada.

Para ello se utilizaron 15 elementos facilitadores relacionados con las siguientes categorías: (1) actitud, (2) formación, (3) logística y recursos y (4) estructura.

(1) En cuanto a aspectos relacionados con la actitud, (a) se cuenta con el apoyo del titular de la farmacia para la implantación del servicio; (b) se ha trabajado la actitud positiva de los farmacéuticos adjuntos frente al servicio; (c) también se ha trabajado en la consecución de una actitud positiva por parte de los auxiliares.

(2) Formación. (a) Tres de los cuatro farmacéuticos han realizado un curso de experto en seguimiento farmacoterapéutico organizado por la Universidad de Granada; (b) se cuenta con el apoyo y asesoría de los miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, así como del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Colegio de Farmacéuticos de Guipúzcoa y del titular de la farmacia.

(3) Logística/recursos. (a) Se ha reformado la farmacia para que exista una ZAP independiente donde realizar las entrevistas; (b) se cuenta con un aparato de química seca Reflotrón® y otro exclusivamente para analizar la HbA1c; (c) se utiliza un tensiómetro validado y una balanza; (d) se han preparado materiales para la difusión del servicio en una pantalla de televisión en la farmacia así como diversos folletos educativos para los pacientes; (d) por último se cuenta con acceso a internet, bases de datos, textos y revistas para consulta.

(4) Estructura. (a) Se ha procedido a trabajar por tareas de manera que los miembros del equipo conocen sus funciones; (b) existen tiempos asignados para el estudio, así como para las citas con los pacientes; (c) ha existido una persona que se ocupaba exclusivamente de las tareas administrativas con la correspondiente descarga de trabajo que esto supone.

El resultado de todo ello es que en trece meses se han incorporado al programa de seguimiento 140 pacientes con un porcentaje de éxitos en las intervenciones farmacéuticas del 88,5%. La tasa de incorporación de pacientes al programa ha sido bastante homogénea, con una media de unos 11 nuevos pacientes/mes.

En este contexto nos planteamos explorar las percepciones y las opiniones que tienen estos pacientes sobre el servicio que reciben.

Para ello se organizó un grupo focal en el que participaron 10 pacientes, 5 hombres y 5 mujeres. Se abordaron aspectos relacionados con: (1) las diferencias percibidas entre este nuevo servicio y el que anteriormente se prestaba en la farmacia o el que ven que se presta en otras farmacias; (2) los beneficios percibidos de este servicio; (3) la relación de este servicio con la actitud de otros profesionales sanitarios involucrados en la atención a los pacientes, concretamente médicos y enfermeras; (4) por último se discutieron aspectos relacionados con la difusión del servicio en ésta y en otras farmacias y su sostenibilidad.

Opiniones del farmacéutico y del paciente.

A continuación se intercalan opiniones recogidas en el grupo focal por la farmacéutica que realiza el servicio con las de uno de los participantes en el mismo.

1. DIFERENCIA DEL SERVICIO DE SFT CON RELACION A LOS DEMÁS SERVICIOS QUE SE PRESTA EN LA FARMACIA Y EN OTRAS FARMACIAS EN GENERAL.

Paciente: Se trata de un servicio nuevo, diferente a lo que habitualmente se realiza en las farmacias españolas. No consiste simplemente en la entrega del medicamento sino que la farmacéutica se involucra con mis medicamentos y sus efectos.

“No conozco ninguna otra farmacia con este servicio yo creo que es pionera.... A nivel del estado, en España”

Farmacéutica: Confirma que los pacientes entienden este servicio como algo novedoso, diferente.

“Este servicio que se presta en esta farmacia no lo hacen en ninguna otra farmacia”

“Mis amigas que son de otro barrio me dicen que no conocen una farmacia en la que les escuchen y les presten este servicio”

En este servicio se explica el por qué de los tratamientos; para qué y cómo se deben utilizar los medicamentos. Se afirma que, en general, esto no lo explica el médico. En este servicio el farmacéutico ayuda a entender el proceso y lo que puede ocurrir con el tratamiento.

En general los pacientes consideran que va más allá de lo que esperan del farmacéutico.

2. BENEFICIOS DEL SERVICIO DE SFT

Paciente: Tienes la información de una profesional que tiene conocimientos, que te explica y te informa sobre tu

tratamiento y las medidas no farmacológicas que debes adoptar.

Farmacéutico: Los pacientes creen que como consecuencia del servicio conocen mejor los medicamentos, entienden el proceso por lo que aumentan su confianza en los medicamentos, los utilizan mejor, conocen mejor su enfermedad y tienen mejores resultados terapéuticos. Además, se les informa sobre el tratamiento no farmacológico. En general reconocen que es un servicio que les ayuda a conocer y utilizar mejor sus medicamentos, a la vez que favorece el control y la resolución de los problemas de salud.

3. RELACIÓN DE ESTE SERVICIO CON LOS DEMÁS PROFESIONALES SANITARIOS (médico y enfermera)

Paciente: El paciente opina que sobre este asunto no se puede generalizar y conoce casos en los que la actuación del médico es diferente a su experiencia. En su caso, el médico le escucha atentamente y le da su opinión. Pero afirma,

“he trabajado cuarenta y dos años en la seguridad social, o sea que... fíjese si conozco médicos de la asistencia sanitaria, ... y conozco cientos,... y sé que hay buenos y malos”

Sí comprende que pueda existir un cierto miedo en estos profesionales a sufrir un mayor control y a cierto intrusismo profesional.

“... Es normal, parece como diciendo,..., me están invadiendo mi competencia, ... me están poniendo en juicio mi carrera, mis estudios. Pero que es esto. Entonces, en principio es comprensible.... ,él mismo dice,... es comprensible, hasta ese punto, quiero decir, que todos somos humanos”

Farmacéuticos: en cuanto el resto hay también diversidad de opiniones; algunos pacientes opinan que el médico agradece la colaboración del farmacéutico mientras que otros piensan que no les gusta.

En realidad habría que difundir la idea de que lo que pretende el farmacéutico no es hacer lo que hace el médico, sino ayudar o colaborar, para que entre todos se consiga que el medicamento sea efectivo y seguro, mejorando así la salud de los pacientes.

4. CONTINUIDAD, SOSTENIBILIDAD Y EXTENSIÓN DEL SERVICIO A OTRAS FARMACIAS

Paciente: este servicio se debería realizar en muchas más farmacias, porque tiene mucho interés para los pacientes. Pero se trata de un servicio que debería estar de alguna manera subvencionado. Si hoy no se ha implantado este servicio de una manera más importante es debido a que los titulares no son conscientes de que aunque a corto plazo pueda suponer un gasto añadido, obtendrán beneficios a medio o largo plazo. Pero su implantación depende, fundamentalmente, de los dueños de las farmacias.

“Otra cosa muy importante es la actitud personal del jefe de la farmacia, ese es el factor más importante, si ese falla, no hay nada,... si el jefe de la farmacia dice “no me importa asumir un costo.. él es el motor de la farmacia”

Farmacéutica: Se opina que este servicio debería estar ya implantado en más farmacias. Se debería publicitar porque el boca a boca es un proceso lento. Se opina que es un servicio que debería estar financiado por el sistema de salud como un servicio incorporado a la prestación farmacéutica. Además se cree que sí dará beneficios a la larga ya que, entre otras cosas, fideliza a los pacientes.

“...hasta que se implanta, se publicita, se dice, se tal..., entonces ¿qué pasa?, que no da beneficios... materiales,...e inmediatos, pero yo creo que a la larga sí que puede dar beneficios económicos,...”

CONCLUSIONES

- Se percibe una alta valoración del servicio.
- Debe mejorarse la comunicación con otros profesionales de la salud; éstos deben entender que se busca la cooperación y que no se trata de intrusismo profesional.
- Es precisa una implantación generalizada en las farmacias comunitarias para que pueda ser visualizado por los pacientes, lo conozcan y lo demanden.
- Como la mejor forma de difundir el servicio es el boca a boca, debe ofertarse a mucha gente para que alcance visibilidad social.

Mesa Redonda

Implantación de los servicios de Atención Farmacéutica en los distintos niveles asistenciales

Programa de apoyo al paciente polimedocado

Dr. Antonio Villafaina Barroso.
Farmacéutico de Área del Área de Salud de Plasencia,
Coordinador Regional del Programa de Apoyo al Paciente Polimedocado.

Justificación

- Envejecimiento progresivo de la población, elevándose por tanto la prevalencia de personas mayores con dificultades sensoriales (visuales, auditivas), de manipulación y cognitivas, que tienen dificultades para la comprensión y la toma correcta de los tratamientos farmacológicos.
- Elevada prevalencia de pacientes que toman de forma continuada un número elevado de fármacos simultáneamente.
- Elevada tasa de analfabetismo funcional en el grupo poblacional objetivo del programa.
- Altas tasas observadas de incumplimiento de los tratamientos crónicos en zonas similares a la nuestra.
- Objetivos terapéuticos no alcanzados en distintos procesos crónicos.
- Elevada prevalencia de RNM y PRM, no siempre detectados.
- Necesidad de un programa que coordine la actuación de los múltiples profesionales que han de participar para abordar un problema complejo.

Objetivos generales:

- Favorecer la adherencia terapéutica de los ciudadanos a los tratamientos, especialmente la de aquellos con:
 - Problemas sensoriales, cognitivos o de manipulación.
 - Polimedocación.
 - Tratamientos en dosis alternas o irregulares.
 - Dificultades sociales y escaso apoyo social que interfiera

en el correcto cumplimiento de los tratamientos.

- Prevenir posibles problemas derivados del tratamientos, detectando, evitando y resolviendo potenciales RNM y PRM.
- Establecer un plan de actuación social, partiendo de las necesidades sociales explícitas o encubiertas de los pacientes con dificultades para el seguimiento correcto de los tratamientos.

Población diana

El ámbito de aplicación del programa es la Comunidad de Extremadura.

Constituyen la población diana:

- Todas las personas mayores de 75 años que tomen 5 medicamentos o más de forma crónica. Consideraremos tratamiento crónico aquel que se toma durante al menos 3 meses, de forma continuada, para una patología concreta.
- Podrán ser incluidos otros usuarios que no cumplan estos criterios si alguno de los profesionales participantes detecta en ellos dificultades de cumplimiento terapéutico susceptibles de mejoría en caso de entrar en el programa.
- Se prestará especial atención a los pacientes incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y a los mayores detectados como de riesgo en el Servicio de Atención al Paciente Anciano y a la Persona Mayor Frágil (Servicios 420 y 430 de la Cartera

de Servicios del Servicio Extremeño de Salud). Igualmente, a los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio y del Programa de Teleasistencia (ambos dependientes de la Consejería de Igualdad y Empleo, orquestados a través de las Mancomunidades, Ayuntamientos y Cruz Roja Española).

En cualquier caso, se considerará paciente incluido en Programa aquel que ha sido citado para una primera entrevista de valoración de la adherencia terapéutica, ha acudido y se ha desarrollado dicha entrevista.

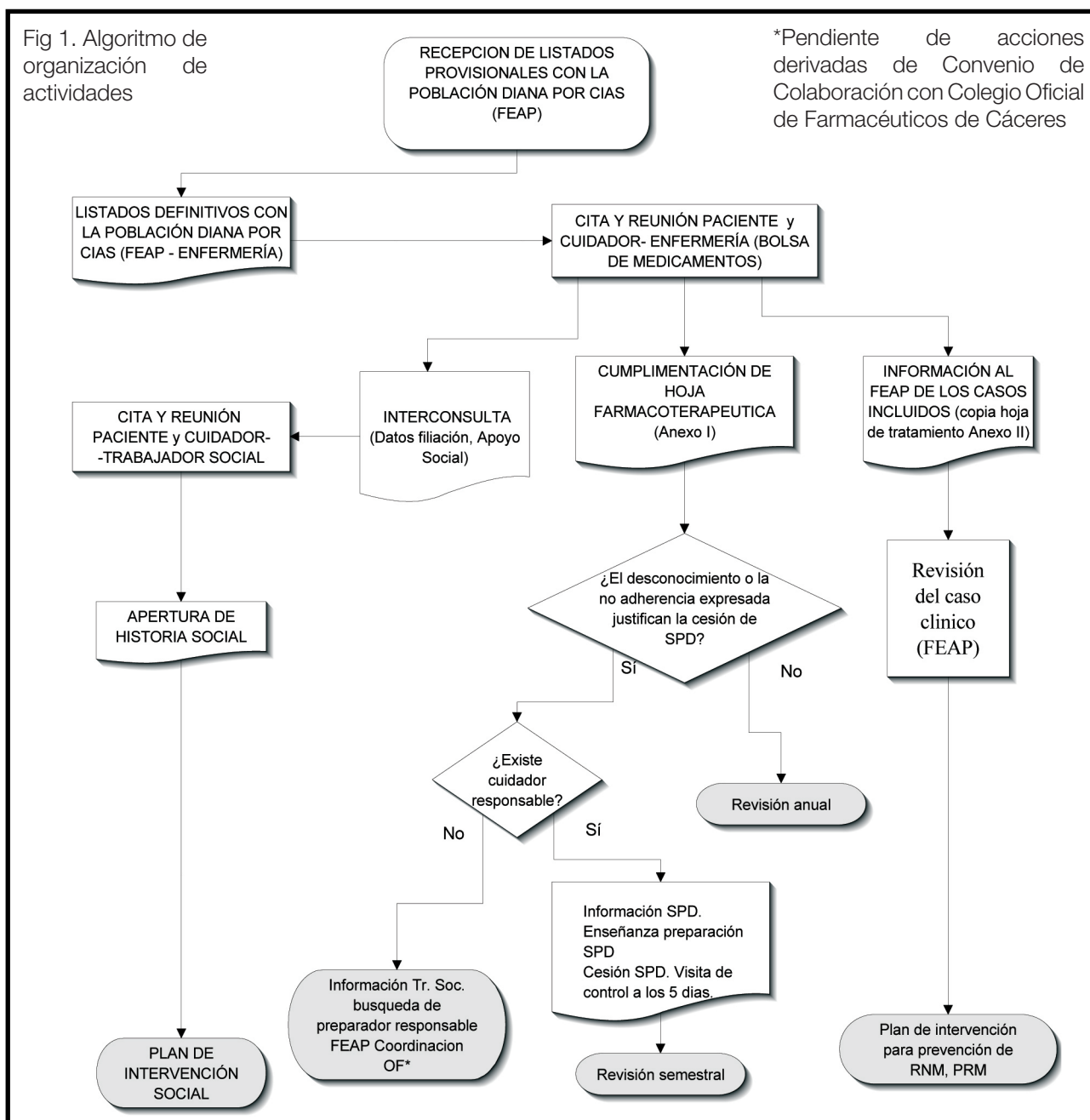
Estrategias Expansión

- Extensión del Programa al ámbito hospitalario.
- Acuerdos con los colegios de farmacéuticos para incluir a las oficinas de farmacia
- Presentación del programa a los grupos de interés (acuerdo con Cruz Roja para incluir a los pacientes que estén en programas de teleasistencia)

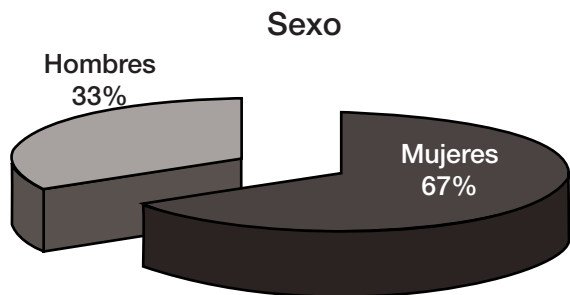
Resultados en el área de salud de Plasencia.

- Programa implementado en todos los EAPs.
- 1036 pacientes incluidos (Auditoria marzo 2009)

Algoritmo de organización de actividades: Fig.1

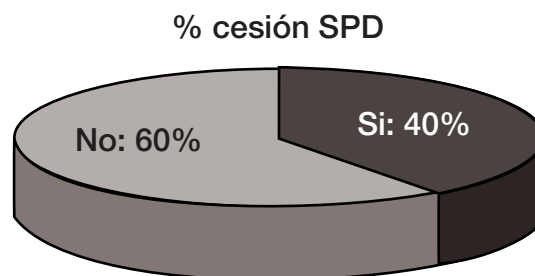


- La edad media 79,5 años



- En 14 meses hemos incrementado, en más del doble, el número de pacientes incluidos en el programa.
- Se han distribuido 411 sistemas personalizados de dosificación.
- 84 sospechas de PRM detectadas por enfermería*.
- 123 RNM detectados y comunicados por farmacéuticos*.
- 172 nuevas historias sociales abiertas con su plan de intervención*.

*estimados IC 95:±10%



Atención Farmacéutica: desde el hospital, hasta la farmacia comunitaria.

Dra. Mercedes Campo Angora.
Especialista en Farmacia Hospitalaria.
Responsable del Área de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Durante los últimos cinco años, nuestro Servicio de Farmacia viene desarrollando un programa de seguimiento farmacoterapéutico que cubre toda la estancia hospitalaria de pacientes polimedicados con un riesgo alto de sufrir algún Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM). Para desarrollar dicho programa, un farmacéutico del Servicio se integra en el equipo médico correspondiente y, el día del ingreso del paciente, revisa su historia clínica, le realiza una entrevista para conciliar su medicación domiciliaria con la prescrita en el Hospital, diariamente pasa visita con

el equipo médico -para conocer la clínica del paciente- y, durante toda su estancia hospitalaria, monitoriza su perfil farmacoterapéutico -para poder detectar posibles PRM y proponer soluciones-. Además, el farmacéutico resuelve las consultas farmacoterapéuticas que le plantean el médico, la enfermera, el paciente o la familia y, en el momento del alta hospitalaria, proporciona al paciente información verbal y escrita sobre su tratamiento.

Sin embargo, cuando estos pacientes abandonan el Hospital, en muy pocas ocasiones reciben este tipo de servicios.

Por estos motivos, nos planteamos llevar a cabo este proyecto cuyo objetivo ha sido dar continuidad al seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes polimedicados, después del alta hospitalaria, mediante la coordinación de los médicos y farmacéuticos del hospital, con los médicos de atención primaria y con los farmacéuticos comunitarios, de forma que el paciente reciba información de medicamentos estandarizada y continuada en el tiempo, mejorando así el cumplimiento de su tratamiento.

El proyecto se desarrolla en el Área de Salud nº 11 de la Comunidad de Madrid y, en él, participan el Servicio de Farmacia y la Unidad de Pluripatologías del Hospital 12 de Octubre, los 11 Centros de Salud que están coordinados con dicha Unidad y las Oficinas de Farmacia habituales de los pacientes.

Se incluyen en el estudio los pacientes ingresados en la Unidad de Pluripatologías con las siguientes características: edad mayor o igual a 65 años, tener prescritos 5 o más medicamentos al alta, adquirir y administrarse su medicación personalmente y acudir habitualmente a la misma Oficina de Farmacia.

Se realiza una asignación de los pacientes a 2 grupos. Los pacientes que pertenecen a alguno de los Centros de Salud participantes en el proyecto, se asignan al grupo de intervención y reciben una información de medicamentos basada en el mismo tipo de hoja de tratamiento, por parte de su médico de atención primaria y de su farmacéutico comunitario. Los pacientes pertenecientes a otros Centros de Salud se asignan al grupo control y reciben la atención habitual en el Centro de Salud y en la Oficina de Farmacia.

El control de la intervención se realiza un mes después del alta hospitalaria de cada paciente a través de una entrevista telefónica.

Las actividades de coordinación realizadas por el farmacéutico de hospital están basadas en la comunicación personal con los médicos de atención primaria y con los farmacéuticos comunitarios. Para llevarlas a cabo, el mes anterior a la puesta en marcha del proyecto, un farmacéutico de nuestro Servicio acudió a las sesiones clínicas de los médicos de la Unidad de Pluripatologías del Hospital y a las de los 11 Centros de Salud participantes, para presentarles el programa y conseguir su implicación. En las primeras 24 horas tras el alta de cada paciente del grupo de intervención, el farmacéutico de hospital establece contacto telefónico con su farmacéutico comunitario, para explicarle el proyecto y saber si está interesado en colaborar.

Durante el ingreso de los pacientes en el hospital, se les realiza una entrevista para conocer su adherencia (Test de Morinsky-Green), los conocimientos sobre su tratamiento, quién les informa habitualmente sobre sus medicamentos y cual es su Oficina de Farmacia.

En el momento del alta, el farmacéutico de hospital les informa sobre su medicación, entregándoles una hoja con una planificación horaria de su tratamiento (elaborada con el programa Infowin®) y, a los pacientes del grupo de intervención, además, les entrega una carta dirigida a su médico de atención primaria, para que sepa que están incluidos en el programa, les explique el tratamiento a partir de dicha hoja y en caso de modificar algún medicamento, entregue al paciente una nueva hoja con la medicación actualizada (elaborada con la aplicación informática OMI-AP® y de formato similar a la del Hospital).

Después se contacta telefónicamente con el farmacéutico comunitario habitual para que, en caso de colaborar, proporcione información sobre medicamentos, basándose en la hoja de tratamiento y utilice los sistemas de ayuda al cumplimiento que a su criterio y según sus recursos, considere más adecuados para cada paciente.

Transcurrido un mes después del alta, se realiza un control del seguimiento y se entrevista a los pacientes para conocer si ha mejorado su cumplimiento, sus conocimientos sobre su tratamiento y quién les ha proporcionado información sobre sus medicamentos.

Los resultados finales del estudio se presentarán en el próximo Congreso Nacional de Atención Farmacéutica que se celebrará en Sevilla del 15 al 17 de octubre de 2009. Sin embargo, y aunque el tamaño de muestra era aún muy pequeño, los resultados parciales, obtenidos en los dos primeros meses de implantación del programa, son "prometedores".

Durante estos dos primeros meses, han participado en el proyecto 22 Oficinas de Farmacia y 65 pacientes [30 en el grupo control ($75,1 \pm 9,9$ años) y 35 en el grupo de intervención ($76,7 \pm 11,5$ años)], que en el momento del alta tenían prescritos una media de $9,7 \pm 4,2$ y $8,6 \pm 2,4$ medicamentos respectivamente.

Un mes después del alta, los pacientes informados por el farmacéutico comunitario aumentaron en un 34% en el grupo de intervención, mientras que los del grupo control no se incrementaron. El 48% del grupo de intervención había mejorado los conocimientos sobre los medicamentos, frente

al 20% del grupo control. El incremento de los pacientes adherentes, también fue mayor en el grupo de intervención (22%) que en el grupo control (7%).

Si los resultados obtenidos tras seis meses de aplicación del programa continúan siendo satisfactorios, se podría concluir que:

- La coordinación que proponemos entre Hospital, Centro de Salud y Oficina de Farmacia, permite que el paciente reciba la información sobre medicamentos estandarizada y continuada en el tiempo, lo que, estimamos, contribuye a mejorar la utilización de los medicamentos y aumentar

la adherencia al tratamiento.

- El farmacéutico de hospital puede desarrollar un importante papel impulsando la colaboración entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales y ello puede llevarse a cabo desde cualquier Servicio de Farmacia Hospitalaria.
- Consideramos de gran importancia la implicación de los farmacéuticos comunitarios en el proyecto, ya que son los profesionales sanitarios más cercanos al paciente y con más posibilidades de dar continuidad en el tiempo al seguimiento farmacoterapéutico.

Implantación de la Atención Farmacéutica en la farmacia comunitaria

Dr. Jesús Ramos Martín.
Profesor de Atención Farmacéutica de la Universidad de San Pablo CEU.
Farmacéutico Comunitario de Madrid.

La atención farmacéutica en oficina de farmacia la podemos dividir en dos partes bien diferenciadas:

- Atención Farmacéutica en mostrador, basada en la educación sanitaria y la dispensación activa.
- Atención Farmacéutica en seguimiento farmacoterapéutico, donde la finalidad del servicio es valorar la necesidad, efectividad y seguridad de la medicación que utiliza el paciente, y formar parte del equipo sanitario de atención primaria.

La atención farmacéutica en mostrador es fácil de realizar, pero en cambio el seguimiento farmacoterapéutico resulta un poco más complicado debido a distintos aspectos.

En farmacias trébol, en la implantación de este seguimiento farmacoterapéutico diferenciamos cuatro puntos:

- Apertura del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT)
- Divulgación del servicio.
- Metodología empleada.
- Evaluación de Rentabilidad de la Atención Farmacéutica.

Antes de empezar con el servicio de SFT, nosotros realizamos una auditoria individual de la farmacia, ya que todas las farmacias no son aptas para realizar un SFT, aunque si una atención farmacéutica en mostrador, debido principalmente a que la farmacia debe presentar un determinado espacio dedicado al SFT (Zona ZAP), debe haber pacientes potenciales de realizarles un seguimiento real y también la persona encargada del servicio debe ser un farmacéutico especializado en Atención Farmacéutica, ya que se pretende dar calidad al servicio.

Una vez realizado este paso, necesitamos divulgar el servicio que vamos a ofrecer a los pacientes. En nuestro caso lo hacemos a través de unos tarjetones informativos en mostrador, también con el trabajo en equipo de todo el personal de la oficina de farmacia, detectando esos posibles pacientes potenciales de realizarles un SFT, y por último a través de la página web, donde a parte de informarse de que es este seguimiento farmacoterapéutico pueden pedir cita para la persona responsable de este servicio.

El siguiente paso sería tener una metodología establecida para realizar este servicio de seguimiento farmacoterapéutico, que en nuestro caso la metodología utilizada es la

metodología DADER, utilizando la fichas de este método para realizar una buena entrevista, evaluación e intervención en el caso de que sea necesario, con la finalidad de detectar posibles resultados negativos y problemas relacionados con la medicación y comunicárselo al Médico de Atención Primaria o al especialista.

Una vez realizado todos estos procesos y tener puesto en marcha el SFT, nos paramos a pensar como todo este trabajo se podría cuantificar para observar si este servicio, que en principio se realiza gratuitamente, es rentable para la Oficina de Farmacia o no, ya que hay que tener en cuenta que la oficina de farmacia es un establecimiento sanitario pero de titularidad privada y por tanto cualquier servicio gratuito y no gratuito necesita ser rentable.

Para ello, se ha diseñado una tarjeta de fidelidad en atención farmacéutica, donde a través de ella podremos saber la fidelidad del paciente que tenemos en seguimiento farmacoterapéutico a la oficina de farmacia. Los pasos a seguir para realizar este estudio son los siguientes:

- Asignación de un tipo de cliente a cada paciente

en SFT.

- Entrega de la tarjeta de fidelidad con la correspondiente información de la misma.
- Realización de un documento de seguimiento de recetas asociadas a cada paciente en SFT.
- Seguimiento real de las recetas cuadrando las recetas asociadas a las fichas de los pacientes con las recetas reales que facturamos en la Oficina de farmacia.

En farmacias trébol categorizamos las zonas ZAP en tres categorías:

- Clase A: Fidelidad del $\geq 70\%$.
- Clase B: Fidelidad entre el 40-70 %
- Clase C: Fidelidad $< 40\%$

En el primer caso se mantendría la zona ZAP en tiempo y horario y en los otros dos casos este SFT se restablecería el horario y tiempo debido a una disminución de la rentabilidad.

Comunicaciones

ACEPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Zavaleta M, Landa LI, Álvarez H, García KY, Rosete A.
e-mail: miriamzav@gmail.com

Introducción

La seguridad en la medicación debe ser un objetivo principal de las organizaciones de salud y sus profesionales, en especial del farmacéutico. En hospitales, los errores de medicación surgen más frecuentemente en la prescripción y preparación de medicamentos. La visita médica es una oportunidad para que los farmacéuticos puedan detectarlos y hacer recomendaciones, incluso antes de que lleguen al paciente.

Objetivos

Describir el porcentaje de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas durante la visita médica, encaminadas a detectar, prevenir y limitar algunos de los problemas relacionados a medicamentos (PRM) en los pacientes hospitalizados.

Método

Estudio prospectivo observacional realizado en una serie de casos, entre abr 2008-2009. Los farmacéuticos se incorporaron a la visita médica en diversos sectores del hospital, sin incluir áreas críticas, para revisar la farmacoterapia de cada paciente. Cada medicamento prescrito fue cotejado con bibliografía analizando indicación, posología, pauta, vía de administración y duración, así como la adecuación para el paciente, tomando en cuenta sus problemas de salud, edad, alergias y datos bioquímicos. Al detectar un PRM, se emitía una recomendación al médico adscrito y éste al médico de cabecera (en ciertos casos), quienes decidían si ésta era aceptada o no. Cada error de medicación fue clasificado de acuerdo a la taxonomía del NCCMERP (tipo de error y fármaco relacionado)

Resultados

Asistiendo durante 117 días a la visita médica, los farmacéuticos revisaron el tratamiento de 1717 pacientes. Se realizaron 210 intervenciones al 10.3% de los pacientes revisados, (1.17 intervenciones/paciente), 84 de género femenino, edad promedio 50.73 ± 20.03 años ($r=15-93$ años). Los casos procedían predominantemente de Ortopedia (27%), Cirugía (23%) y Gastroenterología (10%).

Se aceptaron 169 recomendaciones (80.4%), esta aceptación se incrementó desde 77% en el primer trimestre hasta 97% al final del estudio. Entre los PRM encontrados, el 22.4% correspondió a duplicidad de fármacos para el mismo objetivo terapéutico, 19.5% a la pauta y 9.5% a infradosificación. Los fármacos asociados a PRM fueron analgésicos (41.8%), gastrointestinales (18.8%) y antibióticos (13%). En el último trimestre se detectó daño a 7 pacientes (Hipoglucemia-Insulina, pirosis-AINEs, confusión-Benzodiacepina), corregidas por intervención del farmacéutico. En este lapso el 8% de los PRM fue detectado antes de alcanzar al paciente.

Conclusiones

Se incrementó la aceptación de las intervenciones farmacéuticas en un 20% durante el estudio. Dichas recomendaciones pudieron corregir problemas de salud y prevenir daño potencial.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA EN FUNCIÓN DE LA EDAD EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

López-Torres MIR, Merino P, Honrubia F, Giménez E, Pastor A, Quijano E.
e-mail: pedromerino@telefonica.net

Objetivos

Determinar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes en tratamiento con levotiroxina en función de la

edad y señalar las intervenciones realizadas por parte del farmacéutico comunitario.

Método

Estudio observacional transversal del cumplimiento terapéutico de pacientes en tratamiento con levotiroxina en diez oficinas de farmacia de Albacete durante tres meses. Se han utilizado los test de Haynes-Sackett y de Morinsky-Green.

Conclusiones

- El mayor grado de cumplimiento se produce en el grupo de edad comprendido entre los 40-59 años
- La intervención más frecuente consistió en indicar que el medicamento se debe tomar en ayunas.

AHORRO TRAS LA INCLUSIÓN DEL PANTOPRAZOL EN LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE UN HOSPITAL GENERAL

Mora Herrera C.

e- mail: cmorah@sescam.jccm.es

Objetivos

Analizar la repercusión en la factura farmacéutica de un hospital general de 750 camas, la inclusión del inhibidor de la bomba de protones pantoprazol por vía oral e intravenosa en la Guía Farmacoterapéutica y la retirada del omeprazol por vía intravenosa.

Método

Estudio retrospectivo utilizando el programa informático SINFHOS, se analizaron dos periodos de tiempo; del 26/05/05 al 17/06/05 pacientes ingresados a tratamiento con omeprazol oral/ IV versus 13/10/05 al 12/11/05 pacientes ingresados a tratamiento con pantoprazol oral /iv y omeprazol oral.

El pantoprazol se incluyó a primeros del mes de julio del 2005, se diseñó un vale de medicamento controlado, donde figuran las dosis recomendadas del pantoprazol en función de la patología, donde sólo hay que tachar con una cruz la opción deseada se informó a facultativos y enfermeras del mismo.

Realización posterior de un estudio farmacoeconómico.

Resultados

En el primer período (26/5 al 17/06 del 2005), 30 días, tenemos 454 pacientes; 225 pacientes que consumen 1 vial/24 horas

(1464,7 \pm 1108;), 162 pacientes con 2 viales/24h (2271,24 \pm 1108;) y 67 pacientes con 3 viales/24 h (1308,51 \pm 1108;) supone 4882,50 euros/mes.

En el segundo período (13/10 al 12/11), 30 días, tenemos 574 pacientes; 440 pacientes con 1 vial/24h (2244 \pm 1108;), 103 pacientes con 2 viales/24h (1050,6 \pm 1108;), 41 pacientes con 3 viales/24h (627,3 \pm 1108;) que suponen 3921,9 euros/mes. En este 2º período no se disponía de viales de omeprazol.

La diferencia económica entre un vial de omeprazol versus vial de pantoprazol es de 1,41 \pm 1108; y entre un comprimido de omeprazol versus pantoprazol es de 0,07 \pm 1108; , en nuestro hospital.

Con la inclusión del pantoprazol más económico que el omeprazol y con el posible ahorro por la correcta utilización de dosis del pantoprazol (al incluir un nuevo vale de medicamento controlado, y con la información facilitada a las distintas Unidades de Hospitalización) se esperaba conseguir una correcta prescripción del mismo y un gran ahorro.

El cálculo del ahorro anual conseguido fue de 11527,2 euros, siendo la diferencia entre el esperado y el conseguido de 45116,8 euros, este dato refleja que hemos conseguido un ahorro del 20,3%.

Conclusiones

- Con la inclusión del pantoprazol, en el primer año de utilización, se ha conseguido un ahorro anual del 11527,2 euros, tendríamos que hacer un seguimiento en años sucesivos para ver su evolución. Es un ahorro prudente pero importante puesto que se ha conseguido con un solo fármaco.
- Es menor del esperado debido a que los facultativos siguen apostando por Inhibidores de la Bomba de Protones más conocidos que las nuevas generaciones.
- Por otro lado supone un ahorro al alta hospitalaria por las diferencias económicas de ambos fuera del ámbito hospitalario, más económico aquí el omeprazol que el pantoprazol.

ANÁLISIS DEL EFECTO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS

Bofí Martínez P, García-Jiménez E.
e-mail:mabopy@hotmail.com

Introducción

Los ajustes del tratamiento con levotiroxina en pacientes hipotiroideos, son importantes, ya que si no son correctos, pueden provocar síntomas de mal control tiroideo, que disminuirá la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos

Analizar el efecto del Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipotiroideos, identificando los resultados negativos asociados a la medicación (RNM), así como el porcentaje de pacientes hipotiroideos que alcanzan el objetivo terapéutico de hormonas tiroideas, colesterol total, glucemia, presión arterial y frecuencia cardíaca.

Método

Estudio cuasi-experimental, sin grupo control, antes-después. Se realizó seguimiento farmacoterapéutico mediante el Método Dáder durante 6 meses a 20 pacientes diagnosticados de hipotiroidismo, y en tratamiento con Levotiroxina entre los meses de Octubre 2007–Diciembre 2008, en una oficina de farmacia de la costa valenciana.

Resultados

Se consiguió pasar de un 35% a un 75% de pacientes con parámetros tiroideos controlados, con una reducción estadísticamente significativa ($p=0,008$) del valor medio de TSH que pasó de 5,13(2,48) a 4,00(1,40). Los valores de T4 no sufrieron variaciones estadísticamente significativas ($p=0,475$), manteniéndose en todo momento la media dentro del rango de la normalidad (T4 inicio: 1,23(0,14); T4 final: 1,21 (0,13)). Se redujeron de manera estadísticamente significativa ($p=0,021$) los síntomas de mal control tiroideo, presentándose en el 50% de pacientes al inicio, y sólo un 10% al final del estudio. Los más frecuentes fueron debilidad con fatiga y cansancio que se redujeron de un 20% a un 5%, y aumento de peso que pasó de un 20% a un 0%.

En cuanto a otros indicadores como presión arterial, glucemia basal e IMC no mostraron cambios significativos, aunque en algunos casos disminuyeron. El valor medio de colesterol total y frecuencia cardíaca experimentaron una reducción estadísticamente significativa. El valor medio de colesterol total pasó de 197,85 (26,26) a 184,60 (20,49) ($p=0,003$) y el valor medio de frecuencia cardíaca se redujo de 75,80(9,13) a 71,25(5,89) ($p=0,017$).

Los PRM manifestados fueron de dosis, pauta y/o administración no adecuada (33%), problema de salud insuficientemente tratado (17%), otros PS que afectan al tratamiento (13%), incumplimiento (8%), probabilidad de

efectos adversos (4%). Se consiguió reducir de un 8% a un 5% los RNM de necesidad, de un 55% a un 35% los RNM de efectividad y de un 12% a un 0% los RNM de seguridad.

El grado de cumplimiento pasó de un 90% a un 100%.

Conclusiones

A través del seguimiento farmacoterapéutico se ha conseguido aumentar el número de pacientes con parámetros tiroideos controlados, se ha reducido el número de Síntomas de mal control tiroideo, los niveles de colesterol y frecuencia cardíaca, y se mantuvieron los niveles de Presión arterial y glucemia.

ATENCION FARMACEUTICA EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Ramos Martin J, de Pablo Marcos D.

e-mail:jramos@farmaciastrebol.com

Introducción

En la atención farmacéutica, una de las patologías que más nos encontramos en la oficina de farmacia son las relacionadas con problemas cardiovasculares.

Objetivos

Observar la necesidad de tratamiento en pacientes con estas patologías y determinar también la efectividad y seguridad de los medicamentos a nivel cardiovascular.

Método

Para ello se ha utilizado una técnica nueva de elaboración de electrocardiogramas (cardiplus de 4 derivaciones), utilizada en nuestro caso como una herramienta a la hora de realizar el seguimiento farmacoterapéutico.

Resultados

Para realizar este estudio se han empleado electrocardiogramas de 119 pacientes, de los cuales el 61,3% tenía asociado tratamiento para alguna patología cardíaca o para patologías que pudieran derivar en problemas cardíacos y el 38,7% no tenían tratamiento asociado, donde se intentó buscar en este caso la posible necesidad de un tratamiento según la valoración de los cardiólogos.

En el caso de los pacientes con tratamiento asociado se observó que el 35,6% de los mismos tenían tratamiento para la hipertensión arterial, el 8,2% para la diabetes tipo II, el 28,8% para la dislipemia, el 17,8% otros problemas cardíacos (arritmias, valvulopatías, isquemias cardíacas...) y el 9,6%

otras patologías como depresión, hipotiroidismo... donde se intento buscar en este ultimo caso la posible relación de estas patologías con problemas cardiacos.

Conclusiones

Las conclusiones a groso modo, que se han obtenido por ahora en los estudios revelan que es importante como herramienta para realizar el seguimiento farmacoterapeutico disponer de una herramienta como el cardiplus para detetar problemas cardiacos. Debido a esta técnica se ha podido observar que un % elevado de los pacientes necesitan un tratamiento para alguna patologia cardiaca que no estaba tratada y por ultimo que mas de un 20% de los pacientes en cada patologia (HTA, dislipemia, problemas cardiacos..) no esta respondiendo a la medicación que le ha pautado su cardiologo o su medico de atencion primaria.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES EN PROGRAMAS DE HEPATITIS C

Mora Herrera C.
e-mail: cmorah@sescam.jccm.es

Objetivos

Describir el proceso de dispensación de medicamentos a pacientes externos incluidos en el programa de atención farmacéutica: Hepatitis C y adiestrar en las técnicas de administración de los fármacos facilitando el proceso de comprensión del mismo.

Método

El objetivo de las entrevistas es averiguar la situación y conocimientos del paciente acerca de su patología, el apoyo por parte de su entorno (familia, amigos, instituciones), el plan terapéutico, cómo deben tomarse y cómo actúan los medicamentos, posibles efectos adversos, horario habitual e información que desean obtener del Servicio de Farmacia.

Se les adiestra en las zonas preferentes de punción, cómo desinfectar la zona, y la principal duda el manejo de la pluma de Peginterferon alfa-2b, la cual consta de 4 fases: mezclar, insertar la aguja, tirar del botón hacia abajo, dosificar e inyectar.

Resultados

Durante el periodo de estudio de 1/06/07 al 31/12/08 se analizaron los tratamientos incluidos en el programa de Hepatitis C, siendo el número de pacientes atendidos en el hospital comarcal de 180 camas de 29 pacientes (8 mujeres y 21 hombres), de edades comprendidas entre los 28 años

a los 65 años, con 348 dispensaciones. 5 de nuestros pacientes tuvieron problemas con el manejo de la pluma. 1 de ellas creyó más importante la administración de la pluma que la toma de medicación oral, y estuvo 1 mes sin la administración conjunta.

Los principales problemas detectados en este período de tiempo fueron las reacciones adversas al tratamiento:

80% presentaron síntomas pseudogripales, sensación de depresión, irritación o enrojecimiento en el punto de inyección, todas ellas descritas en la literatura especializada. Los pacientes refieren que los efectos adversos se minimizan con el uso continuado.

10% de los pacientes disminuye la dosis estándar por presentar marcada astenia tras el primer mes de tratamiento.

10% de los pacientes tuvieron que abandonar el tratamiento, las causas fueron neutropenia

Conclusiones

La atención farmacéutica a pacientes en programa de Hepatitis C en nuestro servicio comprende la recepción del paciente, entrevista, dispensación e información, así como el registro de los datos que se generan y que servirán de base para el seguimiento terapéutico.

El seguimiento personalizado de pacientes externos requiere un esquema de actuación estructurado para garantizar los objetivos de transmisión correcta de información al paciente, eliminación de errores asociados al uso de medicamentos y su conservación, detección pronta de incidencias o problemas relacionados con el medicamento y seguimiento.

Se considera importante una adecuada coordinación entre el Servicio de Farmacia y el Servicio de Digestivo para conseguir la mejor eficacia del tratamiento.

Conflicto de interés: No hay.

AUMENTO DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO AL REALIZAR PROGRAMAS CONCRETOS

Román Llamosí B, Martínez Sanz EM, Font Pérez G.
e-mail: beatriz@farmaciacorella14.com

Introducción

Un problema que encontramos para realizar seguimiento es el momento de la inclusión del paciente, si no hay por su parte alguna inquietud que los haga receptivos.

Objetivos

Aumentar los pacientes en seguimiento elaborando planes de actuación concretos, de los que se puedan beneficiar un porcentaje significativo de clientes de la farmacia.

Método

En un estudio realizado en la farmacia sobre el consumo de bifosfonatos, se ve que es un grupo de fármacos usados por un gran número de pacientes: 108, lo que supone casi un 10% de pacientes. Aprovechando este hecho, se revisan las fichas de estos 108 pacientes y se diseña una encuesta para valorar el aporte de calcio.

Resultados

Con esta actuación concreta se entrevista a 48 pacientes, de los 57 que no tomaban suficiente calcio. En los cuatro meses que duró el estudio se consiguió incluir en seguimiento a 44 pacientes, lo que supuso aumentar de 53 pacientes a 97. Este aumento se hizo en tan solo cuatro meses, los 53 anteriores son el resultado de tres años.

Conclusiones

Se incrementó la aceptación de las intervenciones farmacéuticas en un 20% durante el estudio. Dichas recomendaciones pudieron corregir problemas de salud y prevenir daño potencial.

COMPARACIÓN DE LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FARMACIA COMUNITARIA CON LA AUTOMEDIDA DOMICILIARIA Y LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO SOBRE LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA: ESTUDIO MEPAFAR.

Sabater-Hernández D, Baena MI, Amariles P, Faus MJ, Artilles-Campelo A, Artilles-Ruano ME, Contardi-Lista AM, Díaz-Merino N, García-Morales MF, García-Rodríguez AR, Hernández-Peña N, Jorge-Rodríguez ME, Merino-Barber L, Sabater-Díaz JM y Santana-Pérez FM (Grupo de trabajo del estudio MEPAFAR)
e-mail: dsabater@gmail.com

Introducción

La medida de la presión arterial (PA) en la farmacia (PAF) es una alternativa a tener en cuenta en la evaluación de la efectividad de los tratamientos antihipertensivos.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es comparar la medida de la PAF con la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y con la automedida domiciliaria de la PA (AMPA) y medir el acuerdo (concordancia) existente a la hora de determinar el control de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes que utilizan tratamiento antihipertensivo.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes hipertensos, mayores de 18 años, que acudían a las farmacias a retirar algún medicamento antihipertensivo bajo prescripción médica. La PAF se midió en 4 visitas (3 mediciones cada vez, siempre a la misma hora), que transcurrieron en un tiempo medio (DT) de 22,4 (8,5) días. Para calcular la PAF media se utilizaron las 2 últimas determinaciones en las 3 últimas visitas. La AMPA fue realizada en 4 días, 3 mediciones por la mañana (6-9h) y 3 por la tarde (18-21h), antes de tomar la medicación antihipertensiva. Se utilizó la media de las 2 últimas mediciones de cada mañana y cada tarde en los 3 últimos días. La MAPA se realizó en un día de actividad cotidiana del paciente. Se utilizó la PA media durante el periodo de actividad. Como umbrales de normalidad se utilizaron: PAS/PAD <140/90 para la PAF y <135/85 para la MAPA y la AMPA. Las cifras de PA se compararon mediante pruebas t para muestras relacionadas. El porcentaje de pacientes con PA normal según los distintos métodos se comparó utilizando el estadístico de Mc Nemar. El acuerdo se midió utilizando concordancia simple e índice kappa. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

Se exponen los resultados de 106 pacientes, incluidos por las 6 primeras farmacias participantes en el estudio. La edad media (DT) fue 56,4 (10,5) años, el 57,5% eran mujeres y el 51,9% utilizaban dos o más fármacos antihipertensivos. La PAS/PAD media (DT) fue: 126,8 (14)/ 79,9 (9,7) mmHg en la farmacia, 126,0 (14,2)/ 80,4 (9,2) mmHg mediante AMPA, y 128,7 (13,5)/ 77,9 (10,7) mmHg mediante MAPA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la PAS en la farmacia y mediante los otros métodos de medida de la PA. Respecto a la PAD, los datos en la farmacia fueron significativamente superiores a los obtenidos mediante MAPA (1,9 mmHg, DT: 7,5; $p < 0,01$), pero no se diferenciaron de la AMPA. Según la PAF, el 63,2% de los pacientes presentaba la PA controlada (PAS y PAD). Según la AMPA y la MAPA, este porcentaje fue de 66% en ambos

casos (diferencias no significativas respecto al % de control determinado en la farmacia). El acuerdo entre la PAF y la AMPA fue del 80,2%; entre la PAF y la MAPA del 76,4% (% de observaciones en las que el control de la PA determinado por la PAF coincidió con lo establecido por los otros métodos). Los índices kappa señalaron un acuerdo moderado: 0,57 (AMPA) y 0,48 (MAPA).

Conclusiones

En esta muestra de pacientes hipertensos tratados farmacológicamente, la PAS y la PAD en la farmacia no muestran diferencias respecto a la AMPA. Respecto a la MAPA, sólo la PAD en la farmacia fue superior. La prevalencia de HTA controlada determinada en la farmacia fue igual a la establecida por la AMPA y la MAPA. No obstante, el acuerdo entre la PAF y la AMPA o la MAPA a la hora de establecer el control de la HTA fue solo moderado.

CONTROL DEL COLESTEROL TOTAL Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y POSTMENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A FARMACIAS COMUNITARIAS

Barberia P, Belenguer C, Bueno I, Martínez S, Sabater-Hernández D, Martínez-Martínez F, Faus MJ
e-mail: ibuenose@hotmail.com

Introducción

Es un hecho demostrado y bien conocido que las mujeres de edad media y avanzada presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, especialmente tras la menopausia. De ahí deriva la importancia de detectar y controlar la hipercolesterolemia, así como otros factores de riesgo cardiovascular (RCV). Dicha tarea no debe ser ajena a los profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el farmacéutico comunitario.

Objetivos

Medir la prevalencia de colesterol total (CT) no controlado en mujeres menopáusicas y postmenopáusicas que acuden a la oficina de farmacia y determinar la recomendación terapéutica que se debería seguir en cada caso.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en 4 oficinas de farmacia ubicadas en Valencia y Zaragoza durante los meses de Mayo a Julio del 2008. La muestra del estudio estuvo compuesta de 287 mujeres menopáusicas y postmenopáusicas con edades comprendidas entre los 45

y los 65 años. Las pacientes fueron seleccionadas de forma consecutiva, según iban entrando en las farmacias. Para medir el colesterol total se utilizó el dispositivo Accutrend® GCT.

Resultados

En lo que se refiere a la estratificación del RCV, un 7,7% de las pacientes presentaba un RCV alto, un 15,7% moderado y un 76,7% bajo. El uso de fármacos hipolipemiantes se observó en el 22% de los casos. El consumo de estos fármacos era mayor a medida que aumentaba el riesgo cardiovascular de las pacientes. El 62% presentaba niveles de CT por encima del objetivo terapéutico establecido según su situación clínica (un 19,5% presentaba los triglicéridos >200 mg/dl). Las recomendaciones terapéuticas establecidas de acuerdo con el RCV y el nivel de CT se distribuyeron de la siguiente forma: el 51,9% debía iniciar modificaciones en el estilo de vida, el 2,1% debía iniciar tratamiento hipolipemiante, el 9,1% evaluar la efectividad de la farmacoterapia (todas estas recomendaciones se derivan de la detección de un CT por encima de lo deseado, según el RCV de la paciente) y el 36,9% debía consolidar dichas modificaciones y/o promover la adhesión al tratamiento (el CT estaba controlado).

Conclusiones

Un porcentaje elevado de las mujeres incluidas en nuestro estudio presenta niveles de CT no controlados. En más del 60% de los casos la recomendación a seguir por la paciente suponía la adopción de medidas destinadas a controlar un nivel de CT por encima de lo deseado, según el RCV de la paciente. Estas recomendaciones suponen una aportación para actuar de una manera correcta y eficaz desde la farmacia comunitaria.

DE LA DISPENSACIÓN AL SEGUIMIENTO: INTEGRACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA FARMACIA COMUNITARIA

García F., Varas R,
e-mail: raquelvaras@redfarma.org

La generalización de la Atención Farmacéutica (AF) en España ha sido un objetivo comúnmente declarado por la Profesión. Sin embargo, su implantación se ha demorado por múltiples causas, entre ellas la falta de herramientas y procedimientos fácilmente aplicables en la práctica diaria.

La gran cantidad de información necesaria para el ejercicio

de la AF hace conveniente contar con herramientas informáticas que faciliten el acceso a la información, que proporcionen protocolos de actuación y que permitan el registro y evaluación de los datos.

Foro de Atención Farmacéutica, en su documento de Consenso 2008, hace una serie de recomendaciones destinadas a facilitar la integración de los procedimientos básicos de los Servicios de AF en los programas de gestión.

Estas recomendaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

- Desarrollar aplicativos prácticos, sencillos, intuitivos y con un sistema de registro mayoritariamente automáticos.
- Los programas deben proporcionar información farmacoterapéutica actualizada para facilitar la toma de decisiones, incluyendo guías prácticas, consulta bibliográfica, protocolos, etc. Deben incluir un sistema de alertas/avisos relacionados con las contraindicaciones, interacciones, precauciones, reacciones adversas cuantificadas, incompatibilidades de cara a facilitar la actividad del farmacéutico.
- Han de contener un sistema de codificación común con el fin de asegurar que la información recogida es homogénea. Esta característica debe permitir el intercambio de información entre diferentes profesionales, de cara a mejorar los resultados de la intervención y la explotación estadística de datos.
- Deben contener sistemas de comunicación que permitan la transmisión de los datos para agregar la información recogida de forma individual.

En esta línea, el Consejo General ha trabajado en la evolución del Módulo de AF de su Base de Datos (Bot plus) siguiendo estas recomendaciones, incorporando la sistemática de trabajo descrito en el Documento de Consenso de Foro. Igualmente, ha trasladado a todas las empresas proveedoras de programas de Gestión estas recomendaciones para facilitar su aplicación en los diferentes sistemas.

En la actualidad, la mayoría de las empresas están realizando el proceso de integración, obteniéndose resultados prácticos que serán aplicables en la mayoría de las farmacias españolas, a lo largo del año en curso. Estos avances permitirán hacer realidad la aplicación de los servicios de AF, ligando de forma práctica e intuitiva los servicios de Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico.

DETECCIÓN DE RNM EN EL PRIMER ESTADO DE SITUACION DEL SFT A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES EN OCHO FARMACIAS DE CIUDAD REAL

Del Campo C, Galán A, Herrera J, Hervás C, Izquierdo F, Miñano A.

e-mail: antoniojesusgalan@redarma.org

Objetivos

Analizar la medicación de pacientes diagnosticados de DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales para detectar los posibles resultados negativos de la misma en 8 farmacias comunitarias de la provincia de Ciudad Real.

Método

El trabajo se ha llevado a cabo en 8 farmacias comunitarias de la provincia de Ciudad Real donde trabajan un total de 10 farmacéuticos.

Durante la última semana del mes de marzo captaron a los pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Durante el mes de abril se realizaron las entrevistas y primer estado de situación de los pacientes. Para realizar la entrevista inicial y el primer estado de situación se utilizó la metodología DADER descrita en la guía de Seguimiento Farmacoterapéutico tercera edición de 2007.

Resultados

Se revisó la medicación de 33 pacientes que aceptaron participar en el estudio. La edad media de los pacientes fue de 69 años y su IMC medio fue de 29,65. El número medio de especialidades que tomaba cada paciente fue de 6,5.

17 pacientes estaban en tratamiento con 1 antidiabético oral y solamente uno con tres antidiabéticos.

Se encontraron RNM en 18 ocasiones, los cuales eran debidos mayoritariamente a una inefectividad cuantitativa de la medicación (RNM 4). La principal dificultad que encontraron los participantes en el trabajo fueron los problemas para conseguir los resultados analíticos y la desconfianza del paciente a la hora de firmar el consentimiento informado.

DETECCION, SEGUIMIENTO Y DERIVACIÓN DESDE LA OFICINA DE FARMACIA, DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO

Vilaplana Meliá AM, Torres Pujol J, Moreno Royo L, Torres Merino JA.

e-mail: jesustorrespujol@hotmail.com

Introducción

La prevalencia de trastornos que se pueden reunir bajo el nombre de deterioro cognitivo leve (DCL) oscila entre el 17% y 34%. El DCL es un estado transicional entre la normalidad y la demencia infradetectado y con una tasa de conversión anual (de DCL a EA) de 6% a 25%. Nos planteamos detectar DCL entre los mayores de 65 años que acuden a las oficinas de farmacias, seguimiento a los 6 meses, derivación de los casos detectados al médico y posterior seguimiento de los resultados.

Método

Población a estudio: Pacientes mayores de 65 años que acceden a participar en el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes en tratamiento para EA, analfabetos, con incapacidad física para desarrollar el test y que no completen el estudio.

Test de cribado utilizado: Mini-Mental State Examination (MMSE)

Resultados

Participaron 463 pacientes de 11 municipios diferentes. Un 12,7% de los pacientes presentaron puntuación MMSE inferior al punto de corte. El deterioro cognitivo aumentó con la edad, 10,6% (65-74 años), 13,9% (75-84 años) y 28% (≥ 85 años) y se presenta más en mujeres. También hubo mayor porcentaje de deterioro (21,3%) entre los pacientes menos formados (escolarizados ≤ 8 años), que entre los pacientes con un nivel intermedio (12,1%) (escolarizados 9-17 años), y no hubo ningún paciente con deterioro (0%) entre los mejor formados (escolarizados > 17 años).

El farmacéutico intervino inicialmente sobre el 3,9% del total. El 88,9% de los pacientes intervenidos por el farmacéutico acudieron a su médico de atención primaria pero 11,1% de los casos no llegaron a atención primaria por la negativa del paciente y sus familiares.

En un 72,3% de los pacientes intervenidos, fue el médico de atención primaria quien no consideró necesaria la remisión al especialista ni la adopción de medidas especiales. Sólo 16,6% de los pacientes intervenidos fueron remitidos a un especialista, diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer e iniciaron terapia.

Conclusiones

La mayor edad, el sexo femenino y el menor nivel de formación fueron variables asociadas al deterioro cognitivo.

Un 16,6 % de los pacientes intervenidos por el farmacéutico fueron evaluados clínicamente y diagnosticados de EA.

89% de los pacientes intervenidos por el farmacéutico acudieron al médico de atención primaria. Sin embargo, un 72,3% de estos no fueron remitidos al especialista y tampoco se consideró necesaria la adopción de medidas especiales. Esto pone de una relación farmacéutico-médico subóptima que debería mejorarse.

DIFICULTADES EN LA REALIZACION DE LA PRIMERA ENTREVISTA DE SFT SEGUN METODOLOGIA DADER

Carrera R, Delgado A, Lucas C, Motiño I, Olmo N, Ruiz P.
e-mail: natalia.olmo@hotmail.com

Introducción

La entrevista inicial al paciente constituye la base del Seguimiento Farmacoterapéutico según el método DADER.

Una primera entrevista bien realizada va a garantizar la buena comunicación futura entre farmacéutico y paciente, va a facilitar la elaboración de un buen estado de situación, base fundamental para el éxito de cualquier plan de actuación dentro del Seguimiento Farmacoterapéutico.

Objetivos

Averiguar las principales dificultades que encuentran los farmacéuticos de la provincia al realizar la primera entrevista del Seguimiento Farmacoterapéutico Recoger sugerencias y propuestas para paliar estas dificultades.

Método

Este trabajo se enmarca dentro de un proyecto de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diabéticos que se inició el mes de marzo del 2009 en 20 farmacias en la provincia de Ciudad Real.

Se diseñó una encuesta de 9 preguntas basándose en las sugerencias que hicieron 2 grupos de 3 farmacéuticos en la que se puntuaban las dificultades encontradas de 1 a 5.

La encuesta ha sido contestada por 15 farmacéuticos de 13 farmacias de la provincia que están trabajando en SFT a pacientes diabéticos.

De las farmacias participantes 5 se encuentran situadas en pueblos de mas de 10000 habitantes y 6 cuentan con mas de un farmacéutico.

De los farmacéuticos participantes solo 4 tenían experiencia

previa en SFT según la metodología DADER.

Resultados

- Todos los farmacéuticos encuestados destacan en un primer lugar la dificultad de conseguir los resultados analíticos de los pacientes.
- En segundo lugar destacan la desconfianza del paciente ante el nuevo servicio que no relacionan con el farmacéutico, sino con médicos e incluso personal de enfermería
- En tercer lugar figura los olvidos en la bolsa de medicamentos que obliga a los farmacéuticos a quedar de nuevo con los pacientes para completar la entrevista

Todos los farmacéuticos encuestados mencionan la importancia del conocimiento del médico de la Atención Farmacéutica y una buena colaboración farmacéutico-medico que multiplicaría los beneficios del SFT para el paciente.

DISEÑO DE UN PROTOCOLO NORMALIZADO DE DISPENSACIÓN PARA FARMACIA COMUNITARIA

Abaurre R, Arrebola C, Romero-Sánchez J, García-Delgado P, Gastelurrutia MA, Martínez F.
e-mail: raquelabaurre@hotmail.com

Introducción

Dentro de las actividades que el farmacéutico realiza en la farmacia, la dispensación es el servicio más demandado y se trata de la labor que más tiempo ocupa en la rutina diaria del profesional farmacéutico.

El Consenso de 2001 sobre AF del MSC insta a los farmacéuticos a diseñar procedimientos que permitan sistematizar el servicio de dispensación.

Con el fin de verificar los objetivos del servicio de dispensación que FORO de AF propone, se diseña un protocolo normalizado de trabajo para dispensación en farmacia comunitaria.

Objetivos

Diseñar y desarrollar un protocolo normalizado de trabajo para el servicio de dispensación en farmacia comunitaria.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica en PUBMED para identificar estudios similares orientados a la definición, protocolización y calidad de la dispensación.

Con objeto de obtener los posibles marcadores del servicio de dispensación y la información mínima que debe chequear

el farmacéutico en el inicio de tratamiento como en la continuación de tratamientos crónicos, se realizó un panel de expertos.

Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica y el consenso del equipo investigador se obtuvo el primer boceto de protocolo para dispensación.

El panel de expertos estuvo compuesto por tres médicos (urgencias, dermatología y medicina de familia); una enfermera y dos farmacéuticos comunitarios. Se realizaron tres preguntas: "conocimiento mínimo necesario que el paciente debe tener para el inicio del tratamiento"; "conocimiento mínimo necesario que el paciente debe tener para continuar con un tratamiento crónico" e "información que el farmacéutico debe dar al paciente al dispensar el tratamiento para asegurar que sea efectivo y seguro."

Con esta técnica cualitativa se aunaron los puntos básicos de actuación profesional del farmacéutico en el servicio de dispensación, obteniendo otros ítems para el "pool de preguntas" que conformaron el PNT.

La información extraída del panel de expertos se contrastó con el protocolo diseñado y se modificaron una serie de ítems del primer boceto de protocolo:

- 1) Se añade "IEM" (Información específica del medicamento): es aquella información especial sobre el medicamento que el farmacéutico debe dar para asegurar la adherencia al tratamiento.
- 2) Debido a la importancia que se le otorga en el panel de expertos al nombre del medicamento se introduce en el enunciado de las preguntas del protocolo el nombre comercial o principio activo del medicamento.
- 3) Debido a que la adherencia /cumplimiento no es una información que el farmacéutico pueda dar al paciente en el momento de la dispensación, el equipo investigador desestima la modificación del protocolo con respecto a la inclusión de este ítem.

Conclusiones

Con la búsqueda bibliográfica y el panel de expertos, se puede asegurar que el PNT diseñado consta de validez de contenido. Por lo que se puede considerar una herramienta ágil y válida para verificar los objetivos del servicio de dispensación en farmacia comunitaria.

Son necesarios estudios futuros que permitan identificar la operatividad del PNT y su capacidad para detectar

conocimiento del paciente sobre sus medicamentos, PRMs y sospechas de RNM durante el proceso de dispensación.

DISPENSACIÓN ACTIVA DE PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS A PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Chinchilla MI, Salazar M, Calleja-Hernández MA.
e-mail: maribelchinchill@hotmail.com

Objetivos

Salvar el descubierto asistencial que existe entre los Servicios de Urgencias (SU) hospitalarios y Atención Primaria, proporcionando a los pacientes que acuden a dicho servicio, acceso a su tratamiento desde el primer momento.

Método

Elaboración de nueve Protocolos Terapéuticos (PT), cada uno para una patología seleccionada previamente, por un grupo multidisciplinar.

Difusión del proyecto en el SU y creación de una base de datos donde se recogieron los datos de la historia clínica del paciente.

Dispensación activa de PT por el Servicio de Farmacia al SU a través de Sistemas Automáticos de Dispensación de Medicamentos.

Resultados

Se obtuvieron 9 protocolos terapéuticos para 9 patologías, las más frecuentes en el SU, con tratamiento para tres días:

PT Nº 1: Algias musculares (Paracetamol 1g/8h + Diazepam 5 mg/8h) PT Nº 2: Cistitis (Amoxicilina/Clavulánico 500/125 mg/8h + Metamizol 575mg/8h) PT Nº 3: Cistitis-Alérgicos Penicilina (Norfloxacino 400 mg/12 h + Metamizol 575 mg/8h) PT Nº 4: Cólico Nefrítico (Diclofenaco 50 mg/8h + Metamizol 575 mg/8h) PT Nº 5: Dolor Odontógeno- Faringoamigdalitis (Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg + Ibuprofeno 600 mg/8 h + Paracetamol 1g/8h) PT Nº 6: Gastroprotección (Omeprazol 20 mg/24h) PT Nº 7: Heridas con Infección de Tejidos Blandos (Amoxicilina/Clavulánico 875/125 mg/8h + Paracetamol 500 mg/8h) PT Nº 8: Inmovilización (Enoxaparina 40mg/24h) PT Nº 9: Urticaria (Dexclorfeniramina 6mg/8h)

Las patologías seleccionadas cubrieron el 19.5 % de la población atendida en el SU. Se entregó PT al 17.3% de los pacientes con patología seleccionada.

Conclusiones

Se detectó una situación de descubierto en la continuidad

asistencial de los pacientes que acudieron a los SU.

El proyecto tuvo una aceptación excelente tanto en los pacientes como en los facultativos involucrados, aunque la cobertura que se dio a las necesidades detectadas, fue baja.

DISPENSACION DE PLANTAS MEDICINALES A PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

Jiménez Morales P, Bara Bandrés MP
e-mail: mariabara@telecable.es

Introducción

El interés por los tratamientos con plantas medicinales se ha incrementado de forma muy importante durante los últimos años. Este tipo de terapia es erróneamente considerada por los pacientes como inocua y segura, pudiendo llegar a suponer un riesgo para el paciente en determinadas situaciones.

Objetivos

Valorar la seguridad de las plantas medicinales en pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.

Método

Se revisa la literatura existente sobre las medicinales más comúnmente usadas en el periodo preoperatorio.

Utilizando la base de datos de Pubmed se realiza la búsqueda con las siguientes palabras clave: medicina alternativa, fitoterapia, plantas medicinales, preoperatorio y los nombres de las siguientes plantas medicinales: ginko, equinácea, ajo, valeriana, ginseng y el hipérico.

Se seleccionaron estudios, informes de casos, y revisiones que tuvieran información de las 5 plantas medicinales citadas anteriormente, y para las cuales existía una información sobre su seguridad, al ser utilizadas en el período preoperatorio.

También se realiza una búsqueda manual en revistas y publicaciones científicas recientes.

Resultados

Existen evidencias científicas que apuntan a que las plantas medicinales pueden dar lugar a complicaciones durante y después de una operación quirúrgica, como consecuencia de sus propios efectos farmacológicos o por interacciones con medicamentos que se administran durante o después de la operación.

El ajo, ginseng y ginkgo presentan propiedades inhibitoras de la agregación plaquetaria, lo que puede dar lugar a la

aparición de hemorragias, sobretodo si se combinan con otros anticoagulantes. El ginseng a su vez, puede causar hipoglucemia. Los estudios realizados recomiendan suspender el tratamiento con ajo y ginseng 7 días antes de una intervención. En el caso del ginkgo el tiempo mínimo establecido es de 36 horas.

Por otra parte, la valeriana puede potenciar el efecto sedante de los anestésicos, por tanto se recomienda suspender su administración de forma gradual.

En cuanto al hipérico se ha demostrado que incrementa el metabolismo de muchos fármacos utilizados durante y después de la operación por lo que para evitar reacciones adversas, se debe retirar 5 días antes.

La equinácea por sus propiedades inmunoestimulantes, puede dar lugar a complicaciones en pacientes trasplantados que requieren inmunosupresión.

Conclusiones

Desde la oficina de farmacia se debe informar a estos pacientes que deben suspender el tratamiento con plantas medicinales para evitar cualquier complicación o efecto no deseado.

EFECTO DE LA ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN LA MEJORA DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTES AMBULATORIOS CON RCV

Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles Muñoz P, Faus MJ, Rodríguez Chamorro A.
e-mail: miguelrodriguez@redfarma.org

Introducción

La hipertensión arterial y las dislipemias son dos de los cuatro factores de riesgo cardiovascular mayores o independientes que son modificables o controlables. El SFT es una actividad asistencial que puede mejorarlos objetivos terapéuticos de los pacientes con HTA y dislipemias.

Objetivos

Evaluar el efecto de la actuación del farmacéutico, mediante seguimiento farmacoterapéutico o educación sanitaria, en la mejora de los objetivos terapéuticos de pacientes ambulatorios con RCV alto o moderado, que acuden a farmacias comunitarias españolas.

Método

Estudio clínico experimental controlado, aleatorio, que durante 8 meses evaluó el efecto de la actuación del farmacéutico,

mediante SFT o educación sanitaria, en la mejora de los objetivos terapéuticos y de la adherencia de pacientes ambulatorios con RCV alto o moderado, que acudieron a farmacias comunitarias españolas. Los pacientes del grupo intervención, recibieron SFT mediante el Método Dáder y se les realizó un mínimo de cinco citas que incluyeron: dispensación de medicamentos, el test de Morisky-Green-Levine, un cuestionario de conocimiento, valoración del colesterol total y presión arterial, y educación sanitaria individualizada sobre salud cardiovascular. Los pacientes del grupo control, recibieron la atención habitual en la farmacia y educación sanitaria individualizada sobre salud cardiovascular en tres contactos, que incluyeron: dispensación de medicamentos, el test M-G-L, el cuestionario de conocimiento y valoración del CT y la PA.

Resultados

La investigación fue iniciada por 85 pacientes: 41 en el grupo control y 44 en el intervención. En comparación con el grupo control, el SFT causó un aumento estadísticamente no significativo en: el porcentaje de pacientes que alcanzaron sus objetivos terapéuticos relacionados con cifras de PA del 5,44% ($p=0,619$); en el porcentaje de pacientes que alcanzaron sus objetivos terapéuticos relacionados con niveles de CT del 11,59% ($p=0,252$); y en el porcentaje de pacientes que alcanzaron sus objetivos terapéuticos relacionados con cifras, niveles de PA/CT del 2,05% ($p=0,848$).

Además, en el grupo intervención, sí se logró un aumento estadísticamente significativo en el valor inicial del porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo terapéutico en cifras de PA, acorde con su situación clínica del 18,2% ($p=0,019$), que pasó del 40,9% al 59,1%; y en el valor inicial del porcentaje de pacientes que alcanzaba el objetivo terapéutico en cifras de CT, acorde con su situación clínica del 15,9% ($p=0,033$), pasando del 59,1% al 75%.

Conclusiones

El SFT alcanzó mejores resultados, que la educación sanitaria, en el porcentaje de pacientes que alcanzan sus objetivos terapéuticos en cifras de Presión Arterial y niveles de Colesterol Total llegando a ser esta mejora estadísticamente significativa respecto al porcentaje inicial de pacientes que alcanzan sus objetivos terapéuticos en cifras de Presión Arterial y en niveles de Colesterol Total.

La persistencia en el tiempo de la intervención farmacéutica a los pacientes, ya sea mediante SFT, como con educación sanitaria, es una forma de contribuir a la mejora sostenida en el tiempo de los objetivos terapéuticos de pacientes con RCV.

ESTANDARIZACIÓN DE UN FORMATO GUÍA PARA LA DISPENSACIÓN ACTIVA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

González CA, Hernández DM, Correa EA y col.
e-mail: cgonzalezdempos@hotmail.com

Objetivos

Estandarizar un formato guía de dispensación activa y seguimiento farmacoterapéutico que el Químico Farmacéutico pueda aplicar en la práctica diaria de la atención farmacéutica a los pacientes con patologías crónicas asociadas al riesgo cardiovascular.

Método

Diseño del estudio: Observacional descriptivo de corte transversal.

VARIABLES: Género, edad, Índice de masa corporal, estilos de vida.

Se capacitó un equipo de 10 Químicos Farmacéuticos en el uso del Formato Guía, el cual se aplicó a 1218 pacientes seleccionados aleatoriamente en 4 farmacias de una aseguradora de salud. El periodo de estudio fue de 7 meses. Con el formato se analizaron 8 aspectos: Identificación del paciente, Evaluación del conocimiento y proceso de uso de los medicamentos, Percepción de efectividad y seguridad del medicamento, Problemas de salud, Hábitos de vida, tipo Intervención farmacéutica, Información por escrito, y necesidad de Seguimiento Farmacoterapéutico. Se identificaron y resolvieron Problemas Relacionados con la Utilización de los Medicamentos (PRUM), se realizaron intervenciones farmacéuticas. Con una encuesta se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes. La información recolectada en el Formato Guía fue analizada a través de la herramienta Microsoft Excel.

Resultados

Se dispensaron 1218 pacientes de los cuales el 60% fueron mujeres y el 40% hombres. La edad promedio de los pacientes es 62 ± 12 años. Se dispensaron 4448 medicamentos, con un promedio de 4 medicamentos por paciente. En un 28% de los medicamentos que se dispensaron, el paciente no sabía para que los estaba utilizando. El 27% de estos era usado de forma inadecuada y los pacientes no conocían las precauciones que debían tener para el uso del 99% de los medicamentos. Dentro de los hábitos de vida fue significativo que el 34,13% de los pacientes no práctica ningún tipo de ejercicio, además el 19,1% de los pacientes consumía

alcohol. Por otra parte, se encontró que el 43,91% de los pacientes presentó sobrepeso. Se realizó un total de 1181 intervenciones farmacéuticas. El 34,13% de los pacientes dispensados requirieron Seguimiento Farmacoterapéutico. El 100% de los pacientes quedaron satisfechos con la metodología realizada.

Conclusiones

El Formato Guía constituye una herramienta de gran ayuda para que el Farmacéutico identifique las necesidades de información que tiene los pacientes de su farmacoterapia.

Este formato permite detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRUM) aplicado al proceso de dispensación.

ESTUDIO ACERCA DE LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Alcañiz JJ, Bara MP
e-mail: mariabara@telecable.es

Introducción

Los medicamentos genéricos se introdujeron en el mercado español en el año 1999. El hecho de que se trate de medicamentos con la misma biodisponibilidad que los medicamentos de marca, unido a su bajo costo, hace que su uso tenga un impacto económico positivo para las arcas del sistema sanitario público.

Objetivos

El objetivo del estudio se centra en analizar el grado de aceptación de los medicamentos genéricos por parte de los pacientes, así como las posibles causas que pueden originar un rechazo a los mismos.

Método

El estudio se realiza durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2009. Se realiza un cuestionario de forma aleatoria a 150 pacientes que acuden de forma habitual a 2 oficinas de farmacia situadas en Zaragoza capital.

Resultados

Un 8% de los encuestados admite haber oído hablar de los genéricos pero desconoce su significado. El 92% restante afirma estar informado. De este porcentaje:

Un 81% considera que tienen la misma calidad que los medicamentos de marca y que además suponen un gran ahorro con respecto a los mismos.

Un 19% considera que los genéricos tienen peor calidad respecto a los de marca. Las principales argumentos se basan en la creencia de que el reducido precio influye negativamente en la calidad.

Respecto a la sustitución de un genérico por otro de un laboratorio distinto al que le ha prescrito el médico, un 85% de los encuestados acepta la sustitución, mientras que un 15% prefiere que no se produzca. Entre los principales argumentos para rechazar la sustitución se encuentran:

Un 58% asegura que cambio les genera confusión al tener distinto formato tanto la caja como la propia pastilla (distinto color, tamaño): Este porcentaje generalmente corresponde a pacientes mayores de 75 años que están polimedificados.

Un 30% prefiere tomar exactamente el genérico que le ha sido recetado por el médico mientras el 12% restante sostiene que en alguna ocasión se le ha sustituido un genérico por otro de un laboratorio diferente y ha notado diferencia en el efecto terapéutico.

Conclusiones

En general los medicamentos genéricos tienen una buena aceptación, aunque todavía existe un segmento importante de pacientes que los considera medicamentos con una calidad inferior.

ESTUDIO DE LA DEMANDA DE VITAMINAS EN FARMACIAS COMUNITARIAS DE LA PROVINCIA DE CÁCERES

Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Rodríguez I, Pérez-Fontán Martín JF, Díaz Redondo JP, Rodríguez Chamorro A, Morcuende Morcuende B, Corrales Prieto A.

e-mail: miguelrodriguez@redfarma.org

Introducción

Las vitaminas son micronutrientes que no pueden ser sintetizados en el organismo. Por tanto, resultan esenciales para el mantenimiento de las funciones metabólicas normales, aunque en cantidades muy pequeñas. Por ello, es preciso su aporte, generalmente a través de los alimentos la dieta. Aunque, normalmente, una alimentación suficientemente variada cubre perfectamente las necesidades orgánicas de vitaminas, la utilización de suplementos vitamínicos puede ser una forma de garantizar su ingesta adecuada. Por ello, el farmacéutico puede constituir un importante papel en la correcta recomendación del medicamento más adecuado.

Objetivos

Estudiar la demanda de vitaminas de pacientes que acuden farmacias comunitarias, las indicaciones más solicitadas, el papel del farmacéutico en la recomendación y los tipos de vitaminas indicadas.

Método

Estudio observacional descriptivo, en seis farmacias comunitarias de la provincia de Cáceres, sobre la demanda de vitaminas en la provincia de Cáceres. Para ello, se elaboró un cuestionario ad hoc, que se aplicó a todos los pacientes que acudieron durante el mes de Marzo de 2009 a solicitarlas y que aceptaron ser entrevistados. Se recogieron datos demográficos y sobre la utilización de vitaminas. Los datos fueron procesados mediante el programa Excel® para Windows.

Resultados

En el estudio participaron 55 pacientes de los cuales 25 fueron hombres (45,45%) y 30 mujeres (54,55%). Las edades de estos pacientes estuvieron comprendidas: menores de 18 años (7,27%), entre 18-30 años (25,45%), entre 31-50 años (47,27%), entre 50-65 años (12,72%) y mayores de 65 años (7,28%). La solicitud de vitaminas fue realizada mayoritariamente por el propio paciente (69,10%), por un familiar el 23, 63% de las ocasiones y por el cuidador el 7,27%. El 98,18% de los pacientes aceptó la intervención farmacéutica. El 16, 37% de los pacientes era la primera vez que tomaba vitaminas. La indicación más solicitada fue para mejorar el rendimiento físico (38,18%), seguidas de mejorar el rendimiento intelectual y astenia con 16,36% cada una, vitaminas para pelo y uñas (14,54%), embarazo (10,9%), dieta (10,9%), para la vista (9,09%), otras indicaciones (9,09%) y anorexia (5,45%). El médico realizó la recomendación el 40% de las ocasiones, seguido por decisión propia (23,64%), farmacéutico (18,18%) y amigo/familiar (18,18%). Se indicó mayoritariamente un complejo vitamínico (74,56%) seguido de dos vitaminas (10,9%), una vitamina (9,09%) y tres vitaminas (5,45%).

Conclusiones

La intervención farmacéutica fue aceptada por el 98% de los encuestados. Los pacientes con edad entre 31-50 años son los que más solicitan vitaminas, siendo la indicación principal la mejora del rendimiento físico.

La recomendación de vitaminas, generalmente es realizada por el médico y el tipo de vitaminas es un complejo vitamínico.

EVALUACION DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO.

Bara Bandrés M, Alcañiz JJ
e-mail: mariabara@telecable.es

Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, tanto por los efectos que la enfermedad en sí misma produce, como por constituir el principal factor de riesgo para la aparición de otras patologías como el infarto agudo del miocardio, los accidentes vasculares cerebrales o insuficiencia renal crónica, entre otras.

Objetivos

Evaluar las causas asociadas al incumplimiento farmacoterapéutico de pacientes sometidos a un tratamiento de HTA y analizar si existe una mejora en la adherencia al tratamiento y una reducción en los niveles de presión arterial tras la intervención farmacéutica.

Método

Estudio observacional descriptivo y transversal realizado en dos oficinas de farmacia situadas en Zaragoza. Se selecciona un grupo de 105 pacientes diagnosticados de HTA con un promedio de edad de 64,8 años. El 69% son mujeres. Se valoran las actitudes del paciente frente al tratamiento, mediante el test de Morisky- Green.

Se identifica a los pacientes que no han superado el test de Morisky- Green (23,80%) se les realiza un cuestionario para averiguar las posibles causas del incumplimiento.

Se utilizan distintas estrategias para disminuir el incumplimiento en función de las causas que lo producen y se hace un seguimiento durante el periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2008 y marzo de 2009. En cada una de las citas se realiza una medición de la PA en la farmacia.

Resultados

Entre las principales causas asociadas al incumplimiento destacan el olvido (38%), la falta de información (36%), el miedo a posibles efectos secundarios (13%) y la desmotivación (11%).

Tras el periodo de control y seguimiento el 56% los pacientes ha presentado una reducción de al menos 1 punto en los niveles de la PAS y en la PAD.

Conclusiones

La intervención farmacéutica ha mejorado la adherencia al tratamiento y en consecuencia se ha conseguido reducir las cifras de la PA.

EVIDENCIA CIENTIFICA DE LOS EFECTOS DE SUPLEMENTOS ANTIOXIDANTES

Jiménez Morales P, Bara Bandrés MP
e-mail: mariabara@telecable.es

Introducción

Los suplementos antioxidantes gozan de una enorme popularidad entre la población ya que se les atribuye un sin fin de propiedades beneficiosas. Durante años, la palabra antioxidante ha sido sinónimo de salud ya que se asocia con el retraso de la oxidación celular, proceso que inevitablemente conduce al envejecimiento y desarrollo de graves enfermedades.

Objetivos

Aclarar si existe alguna evidencia científica al respecto.

Método

Se realiza una revisión bibliográfica en Cochrane. Para efectuar la búsqueda se utiliza las palabra clave "suplemento antioxidante" y se ha obtenido como resultado 9 revisiones sistemáticas y un 1 informe de gestión clínica y sanitaria. También se ha realizado una búsqueda manual en revistas científicas.

Resultados

Los estudios revisados se centran en los efectos derivados de la administración de suplementos antioxidantes, en la prevención y en el retardo de la progresión de enfermedades como la degeneración macular senil, la preeclamsia, cánceres gastrointestinales, neumonía, esclerosis múltiple, hígado graso y/o esteatohepatitis.

En dos de los estudios revisados, además se evalúa el efecto de los suplementos antioxidantes en la prevención primaria y secundaria de todo tipo enfermedades y se analiza el impacto que podrían tener en la reducción de la mortalidad.

Conclusiones

No se han hallado resultados concluyentes que demuestren beneficios por la administración regular de suplementos antioxidantes. Es mas diversos estudios relacionan el consumo habitual de betacarotenos, vitamina A y Vitamina E

con un ligero aumento del riesgo de mortalidad.

FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS NEGATIVOS ASOCIADOS CON MEDICAMENTOS POR INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN FARMACIAS DE CANTABRIA

Santamaría-Pablos A, López-Sainz P, Gaminde M, Rodríguez-Camus M, Azcona-García MJ, Marrón-Souto E, Marrón-Souto M, García-Arce M, Sañudo P, Biñuales MD, Bote-Bonaecha N, Lafuente MJ, Teijeiro M, Asis de la Maza F, Porras FM, Baena MI, Faus MJ, Redondo-Figuero C
e-mail: anaspablos@hotmail.com

Objetivos

1-Evaluar si existen factores asociados a la aparición de RNM por incumplimiento terapéutico Secundarios
1-Calcular la prevalencia de intervenciones relacionadas con incumplimiento 2-Describir las intervenciones realizadas (dimensiones, resultado final) 3-Evaluar los medicamentos implicados

Método

Estudio observacional prospectivo. Realizado en 10 farmacias comunitarias de Cantabria desde Marzo de 2008 hasta Abril de 2009. A través del servicio de dispensación y a través de la realización de pruebas analíticas y/o tomas de tensión arterial el farmacéutico ofrecía el servicio de seguimiento, aquellos que aceptaban, y que estuvieron al menos 2 meses en seguimiento fueron incluidos en este estudio. La identificación de RNM se hizo mediante el Método Dader. Los farmacéuticos participantes aprendieron esta metodología a través del curso de experto en seguimiento farmacoterapéutico organizado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada e impartido en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria. Se realizó análisis estadístico univariante y bivariante con el programa R versión 2.8.1 para windows. Se consideró valor estadísticamente significativo cuando la p fue menor de 0,05.

Resultados

Se incluyó en el estudio un total de 57 pacientes. Se realizaron 75 intervenciones (1.31 intervenciones/paciente). Un 17, 3% (IC-95% 10,4 a 27,4) las intervenciones estuvieron relacionadas con el incumplimiento del paciente.

Un 61,5% (IC-95% 35,5 a 82,3) de las mismas estaban relacionadas con un RNM de efectividad frente a un 38,5% (IC-95% 17,7 a 64,5) que estaban relacionadas con la dimensión de necesidad, encontrándose además diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00281$, prueba exacta de Fischer).

Un 50% (IC-95% 25,4 a 74,6) de las intervenciones por incumplimiento estaban relacionadas con medicamentos del sistema nervioso. Un 33.3% (IC-95% 13,8 a 60,9) de las intervenciones por incumplimiento estaban relacionadas con medicamentos para el aparato cardiovascular. Se encontró que el 92,3% (IC-95% 66,7 a 98,6) de la intervenciones fueron aceptadas y en el 61,5% (IC-95% 35,5 a 82,3) de los casos se resolvió el RNM. No hubo relación estadísticamente significativa entre el sexo y el incumplimiento terapéutico (OR = 0.802; IC-95% 0.168 a 5.227), pero se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y el realizar una intervención relacionada con el incumplimiento terapéutico (t student = -3.2853; $p = 0.001703$), siendo la edad media de los pacientes con RNM de incumplimiento de 74.69 años frente la edad media de los pacientes que no presentaron este problema que fue de 57.46 años.

Conclusiones

- 1-La Edad está relacionada con el incumplimiento terapéutico, siendo la edad media en estos pacientes de 75 años.
- 2-Un 17% de las intervenciones realizadas estaban relacionadas con el aumento de la adhesión del paciente a su tratamiento farmacológico.
- 3-El 50% de estas intervenciones estaban relacionadas con RNM de efectividad.
- 4-Un 92% fueron aceptadas por los pacientes y un 62% fueron resueltas 5-Los medicamentos principalmente implicados fueron las benzodicepinas y los antihipertensivos.

FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS NEGATIVOS DE SEGURIDAD ASOCIADOS CON MEDICAMENTOS DE PACIENTES INCLUIDOS EN UN SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN FARMACIAS DE CANTABRIA

Santamaría-Pablos A, López-Sainz P, Gaminde M, Rodríguez-Camus M, Azcona-García MJ, Marrón-Souto E, Marrón-Souto M, García-Arce M, Sañudo P, Biñuales MD, Bote-Bonaecha N, Lafuente MJ, Teijeiro M, Asis de la Maza F, Porras FM, Baena MI, Faus MJ, Redondo-Figuero C
e-mail: anaspablos@hotmail.com

Objetivos

1-Evaluar si existen factores asociados a la aparición de Resultados Clínicos Negativos asociados con Medicamentos de Seguridad Secundarios 1-Calcular la prevalencia de intervenciones por RNM de seguridad 2-Describir estos RNM por tipos 3-Evaluar los medicamentos implicados 4-Calcular la prevalencia de RNM de seguridad resueltos por el farmacéutico

Método

Estudio observacional prospectivo. Realizado en 10 farmacias comunitarias de Cantabria desde Marzo de 2008 hasta Abril de 2009. A través del servicio de dispensación y a través de la realización de pruebas analíticas y/o tomas de tensión arterial el farmacéutico ofrecía el servicio de seguimiento, aquellos que aceptaban, y que estuvieron al menos 2 meses en seguimiento fueron incluidos en este estudio. La identificación de RNM se hizo mediante el Método Dader. Los farmacéuticos participantes aprendieron esta metodología a través del curso de experto en seguimiento farmacoterapéutico organizado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada e impartido en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria. Se realizó análisis estadístico univariante y bivariante con el programa R versión 2.8.1 para windows. Se consideró valor estadísticamente significativo cuando la p fue menor de 0,05.

Resultados

Se incluyó en el estudio un total de 57 pacientes en seguimiento. Se realizó un total de 75 intervenciones (1.31 intervenciones/paciente). De las 75 intervenciones realizadas, un 37,3% (IC-95% 27,3 a 48,6) de las intervenciones estuvo relacionada con un RNM de seguridad, siendo el 71,4% (IC-95% 52,9 a 84,7) por inseguridades cuantitativas y el 28,6% (IC-95% 15,3 a 47,1) por inseguridades no cuantitativas.

Los medicamentos principalmente implicados fueron principalmente los del aparato cardiovascular (35,7%; IC-95% 27,3 a 48,6), sobre todo IECA y asociaciones de IECA y diuréticos tiazídicos y los fármacos que se emplean para la terapia del sistema nervioso (17,9%; IC-95% 7,9 a 35,6). Un 71,4% (IC-95% 52,9 a 84,7) de las intervenciones por RNM de seguridad fueron aceptadas y resolvieron el problema de salud encontrado.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar una RNM de inseguridad y el sexo ($\chi^2=0.2885$; $p=0.5912$). Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar un Resultado

Negativo de seguridad y la edad (t student = 1.5933; $p=0.1154$). La edad media en los pacientes que presentaban un RNM de seguridad fue de 56.10 años, mientras que la edad media de los pacientes que no presentaban un RNM de seguridad fue de 63.04 años.

Conclusiones

1-No se encontró ningún factor asociado a los RNM de seguridad.

2-Las intervenciones por RNM de seguridad son más frecuentes que las intervenciones por el resto de dimensiones.

3-Los medicamentos principalmente implicados fueron fundamentalmente IECA y AINES.

4-El 71,4% de las intervenciones fueron aceptadas y resolvieron el RNM encontrado.

FARMACOGENÉTICA CLÍNICA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO HOSPITALARIO

Aguilera M, Chemello C, Plaza C, Rojo K, González D, Calleja-Hernández MA.

e-mail: maguier@hotmail.com

La Unidad de Farmacogenética del Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de las Nieves ha desarrollado a nivel de investigación traslacional programas de trabajo piloto de farmacogenética que establecen las bases teórico-prácticas para implantarla en un futuro como una actividad asistencial de rutina en el entorno hospitalario.

Las líneas de investigación y los servicios médicos colaboradores con la Unidad han sido: Nefrología, Oncología, Reumatología, Traumatología, Medicina Interna y PSP-PEPSA. Un protocolo de actuación común ha sido aplicado para cada una de las siguientes patologías: Hiperparatiroidismo secundario; Cáncer-Ensayo clínico; Artritis reumatoide; Osteoporosis; y Adicción a opiáceos, donde se han seleccionado un número de pacientes sometidos a terapias específicas con: Cinacalcet; Anticuerpos monoclonales y moléculas pequeñas; Etanercept; Bifosfonatos: alendronato+VitD+Ca; Diacetilmorfina y Metadona, respectivamente. Se analiza también, de forma paralela, el impacto de la farmacoterapia concomitante en cada caso.

La mayoría de los pacientes seleccionados para inclusión en los proyectos piloto de análisis farmacogenéticos estaban ya incluidos en programas de atención farmacéutica y

programas de monitorización de sus terapias.

Los resultados de polimorfismos genéticos en las estructuras moleculares relacionadas con la terapia farmacológica: dianas del fármaco, enzimas de metabolización fase I y fase II, transportadores de fármacos, receptores y estructuras específicas de interacción con cada fármaco son comparados con la historia clínica documentada de cada paciente, su evolución y con los datos de seguimiento farmacoterapéutico, para obtener de forma integral todos los datos que nos van a permitir generar un consejo farmacogenético para consensuar con el facultativo la monitorización de la dosis farmacológica a cada paciente estudiado.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO EN UNA UNIDAD QUIRÚRGICA CON PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Vila Torres E, Moreno Perulero ML, Encinas Barrios C, Álvarez López MM, Bocanegra Bolívar MA.
e-mail: mlmoreno@sescam.jccm.es

Introducción

Dentro del marco asistencial al paciente ingresado, el proceso de mejora farmacoterapéutica orientada a prevenir, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos que van a ocasionar morbilidad farmacoterapéutica en los pacientes debe contemplar una gestión integral del proceso farmacoterapéutico que abarque desde el momento del ingreso hospitalario, pasando por la estancia hospitalaria y hasta el alta hospitalaria para alcanzar con calidad, efectividad y seguridad, los resultados que esperamos en el paciente. Se estima que entre un 60-67% de los pacientes tienen al menos un error de omisión o adición de un medicamento al realizar la historia farmacoterapéutica al ingreso en el hospital.

Objetivos

Analizar los resultados preliminares de la implantación de un Programa de Conciliación del tratamiento domiciliario en pacientes ingresados en una unidad de Cirugía General con prescripción electrónica.

Método

Estudio prospectivo de 3 meses de duración (marzo – mayo 2009). Los criterios de inclusión de pacientes fueron: edad ≥ 65 años y/o paciente polimedcado (≥ 3 medicamentos crónicos) y más de una patología crónica de base o comorbilidad. Se excluyeron aquellos pacientes

con deterioro cognitivo sin acompañante en el momento de la entrevista y todos aquellos ingresos de corta estancia no compatibles con el horario de Atención Farmacéutica. Se revisó la historia clínica del paciente al ingreso, se obtuvo la información del tratamiento crónico habitual mediante entrevista con el paciente y/o cuidador y se valoró la adherencia mediante el cuestionario de Morisky-Green y la autonomía del paciente. Se diseñó un impreso de conciliación donde el farmacéutico detallaba el tratamiento habitual del paciente y las propuestas de adecuación de estos fármacos a los disponibles en el hospital (mantenimiento, suspensión e intercambio terapéutico). Las intervenciones farmacéuticas realizadas se registraron mediante documento normalizado.

Resultados

Durante el período de estudio el total de pacientes ingresados en la unidad piloto fue de 147. Se incluyeron en el estudio un total de 39 pacientes. La edad media fue de 75,51 (SD=6,69) años (máximo 88 años y mínimo 62 años). El número medio de medicamentos del tratamiento domiciliario por paciente fue de 4,97 (SD: 2,85). En el 25% de las prescripciones electrónicas validadas se aceptaron las propuestas de conciliación del tratamiento domiciliario realizadas por el farmacéutico. El 36% de las prescripciones electrónicas en el campo observaciones reflejaban “tratamiento habitual”.

IMPLANTACIÓN DEL MÉTODO DÁDER PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES TRATADOS CON CINACALCET

Chemello C, Aguilera Gómez M, Calleja Hernández MA, Faus MJ
e-mail: clachemello@yahoo.com.br

Introducción

Cinacalcet, un calcimimético indicado para el tratamiento del Hiperparatiroidismo Secundario en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, es prescrito en España, como uso compasivo, para controlar la hipercalcemia en pacientes transplantados de riñón, por su mecanismo de acción. Los objetivos de este estudio son medir la efectividad del Cinacalcet, detectar Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), prevenir y resolver los posibles Resultados Negativos al uso de Medicamentos (RNM) en pacientes transplantados renales tratados con Cinacalcet. Para eso, usaremos el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico y evaluaremos la efectividad del medicamento basados en los niveles de calcio (Ca) sérico.

Método

Para tanto se hizo un estudio cuasi-experimental, con la recogida de datos de SFT antes y después de la intervención del Farmacéutico y de los niveles de Ca antes y a los tres meses de tratamiento con Cinacalcet. El Método Dáder basase en entrevistas que permite al farmacéutico construir la historia farmacoterapéutica del paciente para que pueda intervenir si necesario. Los pacientes eran invitados a participar del estudio cuando iban a recoger su medicamento en la farmacia del hospital.

Resultados

El SFT inició en Abril 2007 y hasta Marzo de 2009, 9 pacientes fueron incluidos (3 hombres, edad media 50,88). La cantidad media de medicamentos usados por día fue 12,55 por paciente. Siete pacientes (77,77%) presentaron PRM y de estos, 6 (66,66%) presentaron un RNM, ambos RNM ocurrieron antes de la inclusión de los pacientes en el estudio.

El análisis estadístico de contraste para los niveles de calcio y para los PRM fueron estadísticamente significativos ($p = 0,035$ y $0,034$, respectivamente).

Conclusiones

La implantación del Método Dáder en esta población ha sido efectiva porque permitió al farmacéutico identificar los PRM e intervenir a tiempo de evitar el surgimiento de nuevos RNM. El uso de Cinacalcet permitió el control de la hipercalcemia en los pacientes transplantados de riñón, lo que es un buen indicio de su efectividad.

INFLUENCIA DE LA HIGIENE DEL SUEÑO SOBRE EL INSOMNIO EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.

García-Corpas JP, Torres-Virlaboa MV, Torné M, Martínez-Martínez F.

e-mail: jpcorpas@atencionfarmaceutica-ugr.es

Introducción

El insomnio en el anciano puede llegar a alcanzar una prevalencia del 40%. Se ha relacionado con una disminución de la funcionalidad del paciente durante el día y con una consecuente disminución de la calidad de vida. La Inadecuada Higiene de Sueño (HS) fue definida por la ICSD como "trastornos del sueño debidos a la ejecución de actividades diarias incoherentes como el mantenimiento de una buena calidad de sueño y con un estado de alerta durante el día".

Objetivos

Comprobar la relación existente entre algunas normas de HS y el insomnio en pacientes mayores de 65 años.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal con componente analítico. Se realizó en la farmacia granadina Torres Virlaboa. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años que acudieron a la farmacia y aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron aquellos dificultad para realizar la entrevista.

Para medir el insomnio se usó el Insomnia Severity Index (ISI), un cuestionario validado en España diseñado para evaluar de forma breve el insomnio en población general siguiendo los criterios DSM-IV y del ICSD. Valora de 0 a 28 la gravedad del insomnio de tal forma que al aumentar la puntuación aumenta la gravedad.

Se diseñaron unas preguntas referentes a la frecuencia con que se cumplían o no normas de HS reconocidas como tal por la comunidad científica. Las categorías de respuesta fueron "nunca", "raramente", "algunas veces", "frecuentemente" y "siempre".

Para describir a la población se realizó análisis de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión en variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las cualitativas. La relación del ISI y las variables de HS se estudio mediante un análisis ANOVA.

Resultados

Se incluyeron un total de 45 pacientes cuya media de edad fue 74,80 (D.E=6,5). El rango de edad fue 65-90 años. 29 (64,4%) fueron mujeres, 33 (73,3%) tenían estudios básicos o no tenían estudios y 26 (57,8%) eran casados.

La puntuación media del ISI fue de 8,82 (D.E=6,83) y el rango fue de 0 a 24. El 90% de los pacientes tuvo una puntuación inferior a 18.

El 77,7% se acuesta y se levanta a la misma hora. Un 37,8% se duerme al menos algunas veces de forma involuntaria, al igual que Nunca hace deporte y al menos algunas veces se queda en la cama después de despertarse más tiempo. Un 20% duerme siestas de más de 2 horas siempre o frecuentemente. El 91,1% nunca cena copiosamente, el 86,4% raramente o nunca toma excitantes. El 97,8% duermen en dormitorio cómodo y al 37,8% no le molestan para dormir.

Tras ANOVA se observó que no hay diferencias significativas

en el ISI en ninguna de las categorías de ninguna de las variables de HS.

Discusión y Conclusiones

Dada la avanzada edad de la población era de esperar que la mayoría de las normas de HS fuesen bien cumplidas. También era de esperar que no hubiese significación estadística en el efecto de la HS en este grupo de población ya que podría pesar más las alteraciones fisiológicas del patrón de sueño que las normas conductuales.

INICIACION AL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO SEGÚN LA METODOLOGÍA DADER EN TRES FARMACIAS RURALES DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

García Fontes MJ, García Picó R, Noguera Ruiz F, Pérez de Agreda Galiano S.

e-mail: cimcf@redfarma.org

Objetivos

Analizar los resultados negativos de la medicación detectados en pacientes de tres farmacias comunitarias de la provincia de Ciudad Real y valorar la estrategia mas adecuada para su posible resolución.

Método

El trabajo se ha llevado a cabo en tres farmacias comunitarias de la provincia de Ciudad Real que ofertaron a sus pacientes el servicio de seguimiento farmacoterapeutico durante el mes de marzo de 2009.

Durante el mes de abril se realizaron las entrevistas y primer estado de situación de los pacientes, así mismo se celebró una sesión clínica en la que se discutieron los casos Para realizar el SFT se utilizó la metodología DADER descrita en la guía de Seguimiento Farmacoterapéutico tercera edición de 2007.

Resultados

El servicio de SFT fue aceptado por 13 pacientes de los 15 a los que fue ofertado La edad media de los pacientes fue de 66 años y medio, siendo 5 el numero medio de especialidades por paciente. Los RNM mayoritariamente detectados fueron debidos a una ineficacia cuantitativa de la medicación debida a una pauta posológica insuficiente o a incumplimiento por parte del paciente.

La actuación del farmacéutico ha sido principalmente comunicación con el médico para modificar las dosis (6

ocasiones) En 4 ocasiones la actuación del farmacéutico fue educación sanitaria encaminada a la realización de ejercicio y dieta para perder peso En 2 casos se intervino con el paciente para mejorar el cumplimiento.

Respecto a los grupos terapéuticos implicados mayoritariamente en los RNM encontrados fueron los antihipertensivos, los antidiabéticos orales y los hipolipemiantes.

Los tres farmacéuticos que están realizando el trabajo consideran que el SFT mejora la imagen que tiene el paciente del farmacéutico y ayuda al paciente a implicarse en su estado de salud.

Dentro de las dificultades de realizar SFT destacan la falta de tiempo y la falta de colaboración de otros profesionales de la salud

INICIO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

Lafuente González M, Quero González P.

e-mail: marta_lafuente@hotmail.com

Objetivos

Identificar los pacientes oncológicos con mayor probabilidad de recibir atención farmacéutica (AF). Conocer los esquemas de quimioterapia que prescribe el Servicio de Oncología de nuestro Hospital, en los 5 tipos de cáncer más frecuentes, con el objetivo de iniciar AF.

Método

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes que recibieron tratamiento con quimioterapia en el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2004, en nuestro hospital.

Serecogieron los siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, esquema de quimioterapia, número y periodicidad de los ciclos de quimioterapia administrados. Los datos de los pacientes se recogieron del sistema informático del Servicio de Farmacia (Farmacyst® y Oncofarm®) y de las órdenes de tratamiento.

Resultados

El total de pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia durante 2003, fue de 849, de los cuales 388 hombres (45,7 %) y 461 mujeres (54,3 %), edad media de 54 años. Se programaron un total de 4.655 ciclos de quimioterapia. La distribución de los cinco tipos de cáncer más frecuentes fue: 213 cáncer de mama (25,1%); 160

cáncer colorrectal (18,8%); 129 cáncer de pulmón (15,2%); 88 cáncer de vejiga urinaria (10,4%) y 53 cáncer de ovario (6,2%). Los esquemas más empleados en cáncer de mama fueron 5-fluorouracilo-epirrubicina-ciclofosfamida (52,8%) y ciclofosfamida-metotrexato-5-fluorouracilo (10,6%); en cáncer colorrectal, 5-fluorouracilo-levofolinato (51,9 %) y oxaliplatino-5-fluorouracilo-levofolinato (18,6 %); en neoplasias de pulmón, carboplatino-gemcitabina (34,4 %) y paclitaxel (21,2%); en cáncer de vejiga urinaria, mitomicina (85,2%) y en cáncer de ovario paclitaxel-carboplatino (63,9%).

El total de pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia durante 2004, fue de 881, 391 hombres (44,4 %) y 490 mujeres (55,6%). Se programaron un total de 5.032 ciclos de quimioterapia. La distribución de los cinco tipos de cáncer más frecuentes fue: 222 cáncer de mama (25,2%); 136 cáncer colon (15,4%); 134 cáncer de pulmón (15,2%); 111 cáncer de vejiga (12,6%), 67 cáncer de ovario (7,6%), y con otros tipos de cáncer 211 pacientes (24%). Los esquemas más empleados fueron: cáncer de mama: 5-fluorouracilo-epirrubicina-ciclofosfamida (59,5%), docetaxel (22,1%) y paclitaxel (18%); cáncer de colon: oxaliplatino-5-fluorouracilo-levofolinato (52,2%) y 5-fluorouracilo-levofolinato (38,2%); cáncer de pulmón microcítico: carboplatino-gemcitabina (67,2%); cáncer de pulmón no microcítico: paclitaxel (32,8%) y vinorelbina (31,2%); cáncer de vejiga: mitomicina (82,9%); cáncer de ovario: paclitaxel-carboplatino (82,1%).

Conclusiones

Con la AF al paciente oncológico se pretende: identificar, detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con la medicación; registrar y evaluar las intervenciones que se realicen para poder documentar la actividad asistencial del farmacéutico; y resolver dudas del personal sanitario implicado en el proceso y de pacientes.

OPINIONES DE FARMACÉUTICOS INNOVADORES SOBRE EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO EN ESPAÑA.

Casado de Amezúa MJ, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA
e-mail: magastelu@medynet.com

Objetivos

Analizar los motivos que explican la falta de implantación generalizada del SFT en España. Explorar la opinión de farmacéuticos que han implantado de una manera rutinaria y con éxito dicho servicio, sobre las ventajas de su

implantación.

Método

Se realizó un grupo focal con 10 farmacéuticos de diferentes áreas del país (5 hombres y 5 mujeres) que han implantado con éxito el SFT en sus farmacias.

Resultados

Los participantes opinan que por parte de los farmacéuticos que hasta el momento no han implantado el servicio, en general existe desconocimiento sobre el significado del propio término Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) y en qué consiste el servicio. Además, no solo se habla del desconocimiento de SFT sino también de la "mala utilización que se está haciendo actualmente del término A.F.". Exponen ejemplos publicitarios como: "AF fotoprotección, dos bronceadores por uno". En este sentido, los farmacéuticos que realizan SFT afirman que "la expresión A.F. está prostituida" y que "la palabra está desvirtuada".

Se afirma que "esta profesión carece de identidad", quizás debido "a la manifiesta desprofesionalización del farmacéutico comunitario". Incluso opinan que en la farmacia, en general, sólo se producen "transacciones comerciales" en las que no se ofrece ningún valor añadido al producto, con lo que los usuarios tienen una percepción sobre este establecimiento muy ligado a lo puramente comercial.

Junto a todo ello, los farmacéuticos que han implantado el servicio piensan que sus compañeros no lo realizan debido a diferentes motivos, denominados habitualmente "barreras", como la disminución de beneficios, falta de formación clínica, falta de tiempo, falta de motivación de los titulares, falta de competencia "cuando lo haga el de enfrente lo haré yo", falta de obligatoriedad en la práctica, etc.

También se exploraron los motivos que llevaron a los participantes a implantar este servicio en sus farmacias: Son farmacéuticos motivados, creen en la profesión, creen que el SFT es bueno para los pacientes, porque dan respuesta a una necesidad existente, este servicio les aporta una "satisfacción personal", incluso creen que es genético "debe estar en los cromosomas", y creen que el SFT fideliza pacientes. En resumen, creen que lo hacen porque son altruistas

Se discutieron posibles acciones a desarrollar para aumentar la tasa de implantación del SFT: Que se consiga visibilidad del servicio y que, por tanto, se conozca para fomentar la demanda del servicio. Mejora de la formación universitaria de manera que sea más clínica. Facilitar el trabajo conjunto entre médicos y farmacéuticos. Establecimiento de incentivos, no

económicos en un primer estadio (por ejemplo, obtención de créditos o puntos que faciliten el acceso a nuevas o mejores farmacias). Establecimiento de algún tipo de reconocimiento. Obligatoriedad legal

Además se opina que si no se establece algún tipo de reconocimiento se puede llegar a una situación de cansancio con lo que los profesionales que hoy realizan SFT podrían ir paulatinamente dejando de realizar el servicio.

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UNA FARMACIA COMUNITARIA.

Castrillón CC, Faus MJ, Santos P, Calvo B, Gastelurrutia MA.

e-mail: magastelu@medynet.com

Introducción

El Seguimiento Farmacoterapéutico es un servicio poco implantado. En la Farmacia Gastelurrutia se está implantando el servicio de una manera generalizada. Al haber llegado a un número superior a cien pacientes, parece interesante conocer cómo perciben el servicio los pacientes que se benefician del mismo.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es explorar la opinión de los pacientes que reciben el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria sobre dicho servicio.

Método

Se constituyó un grupo focal en el que participaron 10 pacientes elegidos mediante selección intencionada entre los más de cien pacientes que en ese momento recibían el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en la Farmacia Gastelurrutia de San Sebastián (Guipúzcoa). Previamente se había elaborado una guía de la entrevista.

Los aspectos tratados fueron: satisfacción con el servicio, diferencias percibidas entre el nuevo servicio y la dispensación, así como relaciones con otros profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras. Finalmente, también se discutió sobre la posibilidad de recomendar el servicio a familiares o amigos y sobre la importancia, o necesidad, de que más farmacias ofrezcan este servicio.

Toda la reunión se grabó en una cinta magnetofónica que se transcribió íntegramente. Se realizó un análisis de contenido

utilizando el programa N-vivo®.

Resultados

La reunión tuvo lugar en la farmacia con una duración de 1h:10 minutos. Participantes: 5 mujeres y cinco hombres, con una media de edad de 62.7 años.

Los participantes expresaron su alta satisfacción por un servicio que consideran que va más allá de lo que esperan del farmacéutico, hasta el punto que definen al proveedor del mismo como “mejor que su médico” o “como su psicólogo”. Reconocen que es un servicio que les ayuda a conocer mejor sus medicamentos y a mejorar los problemas de salud tratados con ellos. La opinión y respuesta de los médicos a las intervenciones farmacéuticas varía de unos casos a otros. Los participantes creen que es un servicio necesario que debería generalizarse mediante el “boca a boca” y mediante publicidad, sobre todo a través de la radio. En su opinión debería tratarse de un servicio financiado por la sanidad pública.

Conclusiones

- Alta valoración del servicio.
- Debe mejorarse la comunicación con otros profesionales de la salud; deben entender que se trata de cooperación y no de intrusismo profesional.
- Como la mejor forma de difundir el servicio es el boca a boca, debe ofertarse a mucha gente para que alcance visibilidad social.

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE DISPENSACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Salmerón Rubio J, Hernández Hernández EB, Martínez Rojas F.
e-mail: farjoa@teleline.es

Introducción

Actualmente las condiciones de dispensación de la píldora postcoital (1 comprimido de 1500 mcg de levonorgestrel) son con receta médica. No obstante el 11 de mayo de 2009 el Gobierno de España anuncia que “La píldora del día después podrá adquirirse en toda España sin receta”.

Objetivos

Realizar un posible protocolo de actuación en el servicio de dispensación del tratamiento anticonceptivo de emergencia (caso que pase a ser sin receta médica.). Objetivos específicos:

- a) Entregar este medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa.
- b).Que la paciente conozca el proceso de uso de la píldora postcoital.
- c) Proteger al paciente frente a la posible aparición de RNM.

Método

Propuesta dirigida a: farmacéuticos comunitarios. Población de aplicación: mujeres en edad fértil.

El proceso de elaboración del protocolo abarca tres fases:

1ª FASE: Aspectos claves del diseño del proceso:

Es Individualizado,

1. En el diseño del proceso de dispensación se debe asegurar el cumplimiento de tres requisitos básicos: a) Realizar o supervisar por farmacéutico, b) Verificar que el medicamento no es inadecuado ,c) Asegurar que conoce el objetivo y la forma de utilización.

2. Actuar como una fuente de información:

3. Actuar de filtro para detectar PRM y, por tanto, riesgo de sufrir RNM. amento 2ª FASE Aspectos claves de la dispensación a considerar:

- Averiguar si el medicamento es para uso propio
- Si se está ante una primera dispensación.
- Verificar los siguientes principios básicos de la dispensación:
 - a) Ausencia de criterios farmacoterapéuticos o clínicos que indiquen que la dispensación no debe realizarse:
 - b) Conocimiento y aceptación del proceso de uso por la paciente,
 - c) Efectividad y percepción del paciente sobre la seguridad del medicamento

3ª FASE Registro de la dispensación

Resultados

Se ha elaborado un protocolo de actuación y un documento de registro de datos.

Conclusiones

- Este protocolo puede favorecer la eficacia y eficiencia del proceso de dispensación del tratamiento anticonceptivo de emergencia .
- Puede permitir verificar de manera sistemática que

la paciente tiene información suficiente, evaluando si el medicamento es adecuado para ese paciente y contribuyendo al uso racional del medicamento.

- Mediante la información que proporciona el farmacéutico a la paciente se realiza educación sanitaria sobre la medicación anticonceptiva de emergencia.
- La aplicación de este protocolo puede servir de filtro para detectar PRM y, por tanto, riesgo de RNM), pudiendo ser el paciente incluido dentro del servicio de SFT.

RENTABILIDAD DEL SEGUIMIENTO EN LA FARMACIA MEDIA

Román Llamosi B, Martínez Sanz E, Reyes Muelas E.
e-mail: beatrizroman@comv.es

Introducción

El seguimiento farmacoterapéutico es un servicio que supone un gasto para la farmacia. El cobro de este, y otros servicios al paciente, parece una realidad cada vez más cercana. De momento este gasto sólo se puede afrontar a cargo del margen comercial del medicamento. Para que sea rentable, o al menos no suponga una carga económica añadida, la implantación del SFT debería suponer un incremento en la facturación.

Método

El estudio se hace en una farmacia de tipo medio, según la estratificación que se hace en el Informe Anual de Oficinas de Farmacia. Se analizan los datos del ejercicio anterior (2008), empleando la herramienta informática que proporciona el programa de gestión, y se hace una valoración sencilla por el personal de la farmacia.

Resultados

La farmacia tiene ficha abierta de 47 pacientes en seguimiento, de un total de 1095 fichas. Los pacientes en seguimiento generan una media de 31 operaciones / año, frente a las 11 operaciones / año que generan los que no están en seguimiento. El PVP medio por operación es de 25 €. Esto supone que los pacientes en seguimiento facturan 500€ más por año. Aplicando el margen medio comercial supone un incremento de ingresos de 140€ / año.

Si cada paciente en seguimiento necesita una media de 15 minutos/mes, supone 3 horas / año; lo que resulta 60 € / año de gasto por paciente.

Esto nos deja un beneficio bruto de 80€ / paciente / año.

Conclusiones

Sería necesario llevar 300 pacientes / año para costear los gastos de personal. De momento no es un servicio que suponga un gasto para la farmacia, ya que el tiempo que se pierde se suple con la fidelización del paciente, pero tampoco supone una fuente de ingresos que nos pueda hacer pensar en el SFT como una forma rentable de ejercer la profesión.

RESULTADOS CLÍNICOS DE UN SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UNA FARMACIA COMUNITARIA A LOS ONCE MESES DE SU INICIO.

Castrillón CC, Faus MJ, Gastelurrutia MA.
e-mail: magastelu@medynet.com

Introducción

El método Dáder facilita la realización del seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), cuya universalización y sostenibilidad en el tiempo parece imprescindible. Actualmente se considera necesaria su implantación generalizada en la práctica cotidiana.

Objetivos

Analizar las diferentes vías de acceso de los pacientes al servicio de SFT y los resultados clínicos del mismo en un periodo de 11 meses

Método

Estudio cuasi experimental longitudinal, sin grupo control.

Intervención sanitaria: Se ofrece el servicio al paciente en función de unos criterios previamente establecidos; se realiza SFT utilizando el Método Dáder y, finalmente, se analizan los resultados clínicos obtenidos.

Resultados

El servicio se ofertó: Medida de presión arterial (PA) (32%), Solicita el servicio por iniciativa propia (27%), Desde la dispensación (21%), Consulta sobre la medicación que toma (6%), Desde el servicio de indicación farmacéutica (5%), Consulta sobre algún problema de salud que le preocupa (5%), Química seca (3%), Medida de peso y talla (1%).

Aceptaron el servicio 108 pacientes. La tasa de incorporación al mismo es de aproximadamente diez pacientes/mes. Se identificaron 112 RNM (N=15; E=56; S=41) y un total de 86 situaciones de riesgo de RNM (N=16; E=44; S=26). El total de PRM identificados fue de 173 entre los que destacan el incumplimiento (49; 28,3%) y el riesgo de aparición de una

reacción adversa (36; 21%). El número de intervenciones farmacéuticas fue de 198, de las que a esta fecha han sido evaluadas 183. Como consecuencia se han eliminado 73 situaciones de riesgo de aparición de RNM y han sido resueltos 89 PS (RNM) quedando sin resolver 21. El porcentaje de éxito es del 88,5%.

La actividad en la que se capta el mayor número de pacientes es la toma de la PA. A medida que se va generalizando el servicio de SFT, se observa un aumento en el número de pacientes que lo demandan por iniciativa propia, habiendo pasado de ser un 5,6% tras el análisis de los primeros 36 pacientes, al 23,3% con 73, hasta llegar al 27,0 % con 108 pacientes.

Conclusiones

El servicio de SFT soluciona un porcentaje muy alto de los PS relacionados con el uso de medicamentos.

A medida que se generaliza el servicio es mayor el número de personas que lo demandan por iniciativa propia.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES DE CANTABRIA QUE ACUDEN A LA OFICINA DE FARMACIA

Santamaría-Pablos A, López-Sainz P, Gaminde M, Rodríguez-Camus M, Azcona-García MJ, Marrón-Souto E, Marrón-Souto M, García-Arce M, Sañudo P, Biñuales MD, Bote-Bonaecha N, Lafuente MJ, Teijeiro M, Asís de la Maza F, Porras FM, Baena MI, Faus MJ, Redondo-Figuero C
e-mail: anapablos@hotmail.com

Objetivos

1- Analizar los resultados de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en oficinas de farmacia de Cantabria Secundarios

1-Describir los RNM identificados y resueltos 2-Describir las intervenciones realizadas

Método

Estudio observacional prospectivo. Realizado en 10 farmacias comunitarias de Cantabria desde Marzo de 2008 hasta Abril de 2009. A través del servicio de dispensación y a través de la realización de pruebas analíticas y/o tomas de tensión arterial el farmacéutico ofrecía el servicio de seguimiento, aquellos que aceptaban, y que estuvieron al menos 2 meses en seguimiento fueron incluidos en este estudio. La identificación de RNM se hizo mediante el Método Dáder. Los farmacéuticos participantes aprendieron esta

metodología a través del curso de experto en seguimiento farmacoterapéutico organizado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada e impartido en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria. Se realizó análisis estadístico univariante y bivariante con el programa R versión 2.8.1 para windows. Se consideró valor estadísticamente significativo cuando la p fue menor de 0,05.

Resultados

En los 57 pacientes incluidos se realizó un total de 75 intervenciones (1.31 intervenciones/paciente). Las intervenciones fueron por RNM de seguridad (37,3%; IC-95% 27,3 a 48,6) y efectividad (36,0%; IC-95% 26,1 a 47,3). Por tipos se encontraron fundamentalmente inseguridades cuantitativas (26,7%; IC-95% 18,0 a 37,6), problemas de salud no tratados (25,3% 19/75) e inefectividades cuantitativas (18,7%; IC-95% 11,5 a 28,9). Los RNM identificados fueron principalmente por efectos adversos relacionados con la dosis y por incumplimiento (29,3% y 17,3% respectivamente). Un 90,7% (IC-95% 82,0 a 95,4) de las intervenciones fueron aceptadas y un 74,7% (IC-95% 63,8 a 83,1) fueron aceptadas y resolvieron el RNM identificado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la relación entre el resultado y la aceptación de la intervención (prueba exacta de Fischer < 0,01), siendo la prevalencia de RNM resuelto cuando la intervención fue aceptada del 82,4%(IC-95% 71,6 a 89,6) frente al 17,6% (IC-95% 10,4 a 28,4) cuando la intervención no fue aceptada. Al analizar si el modo de comunicación influía en la resolución del RNM se encontró que no había diferencias estadísticamente significativas (prueba exacta de Fischer = 0,3923). Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la manera de comunicar y el porcentaje de aceptación de las intervenciones (prueba exacta de Fischer = 0,8916).

Conclusiones

- 1-El grado de aceptación de las intervenciones fue del 91%.
- 2-Se intervino fundamentalmente por RNM tipo 6 y 1.
- 3-El modo de comunicar un RNM no influye en el grado de aceptación ni en el resultado final, luego lo importante es comunicar el problema encontrado.
- 4-La prevalencia de RNM resueltos es mayor cuando la intervención propuesta por el farmacéutico fue aceptada.

UTILIZACIÓN Y COSTE DE LOS MODIFICADORES BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Mora Herrera C, Mora Herrera G, Pérez Maroto MT
e-mail: cmorah@sescam.jccm.es

Objetivos

Analizar la utilización de los recursos sanitarios y los costes asociados en los pacientes con tres medicamentos modificadores biológicos de la enfermedad: etanercept, infliximab y adalimumab.

Método

Los datos se han obtenido de las bases de datos Farmasyst y Farmatools, en ellos hemos clasificado a los pacientes según el servicio prescriptor, patología, y por períodos de tiempo: Junio a Diciembre del 2006 versus Junio a Diciembre del 2007; así obtenemos los siguientes resultados:

Los Servicios prescriptores son Reumatología, Digestivo y Dermatología.

En el Servicio de Reumatología las patologías para las que fue prescrito son; artritis reumatoide, artritis reumatoide juvenil, artritis psoriásica y otras patologías reumatológicas. Dentro del Servicio de Digestivo las patologías fueron enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, otras patologías digestivas, dentro del servicio de Dermatología hemos diferenciado dos patologías psoriasis u otras patologías dermatológicas.

El número de pacientes en el período de junio a diciembre del 2006 es de 15(de ellos destacan 4 pacientes con artritis reumatoide y 5 con psoriasis, y en el segundo periodo de junio a diciembre del 2007 el número de pacientes asciende a 47 tenemos 10 con artritis reumatoide y 25 pacientes con psoriasis.

Resultados

En el período: Junio- diciembre 2006 se atendieron en la consulta de Atención Farmacéutica a 11 pacientes realizándose 45 dispensaciones, 4 pacientes a tratamiento con Remicade y se prepararon 27 ciclos. El consumo asciende a 98.061,83 € En el período: Junio- diciembre 2007 se atendieron en la consulta de Atención Farmacéutica a 40 pacientes realizándose 154 dispensaciones, 7 pacientes a tratamiento con Remicade y se prepararon 24 ciclos. El consumo asciende a 211.716,78 €

El coste vial/jeringa por paciente lo hemos resumido en: Adalimumab es de 524,65 €, Etanercept 25 mg es de 123,14 €, Etanercept 50 mg es de 246,28 €, Infliximab es de 556,06 €.

El coste anual PVL (€) es para Adamimumab de 13.640,9 € pauta cada 14 días. 27.281,8 € pauta cada 7 días la administración con Metotrexato Si/no, para Etanercept 25 mg es de 11.821,44 € pauta cada 14 días, 5.910,72 € pauta cada 7 días la administración con Metotrexato No, para Etanercept 50 mg es de 23.642,88 € pauta cada 14 días, 11.821,44 € pauta cada 7 días la administración con Metotrexato No, para infliximab durante el 1er año tratam (9 dosis):<67kg: 10.009,08 € y de >67kg: 15.013,62 €; Años siguientes (7 dosis):<67kg: 7.784,84 € y de >67kg: 11.677,26 € la administración con Metotrexato No

Conclusiones

- Se disponemos de tres fármacos antirreumáticos modificadores biológicos de la enfermedad (MBE) que neutralizan al factor de necrosis tumoral alfa (también llamados anti-TNF); etanercept, infliximab y adalimumab.
- En España, actualmente estas 3 especialidades son de uso hospitalario y por tanto la mayoría de los recursos sanitarios utilizados los consumimos en este ámbito.
- Las patologías como artritis reumatoide y psoriasis son las que han experimentado un gran incremento en nuestro hospital.

Casos de Seguimiento Farmacoterapéutico

DISCINESIA TARDÍA SECUNDARIA A MEDICACIÓN

Díaz-García R, González-García L, Ocaña Arenas A, García-Lirola MA, Espínola-García E, Morcillo-Ródenas C, Ortíz-Espinosa J.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 89 años, institucionalizada desde hace 10 años, bien adaptada.

Debido a la pirosis y epigastralgia que presenta de forma continua desde el 2004, se le diagnosticó de ERGE en el 2005 y desde 2006 realiza tratamiento de forma continua con pantoprazol, desde entonces ha tomado de forma descoordinada Buscapina, domperidona, cleboprida, cinitaprida, trimetazidina, Oragalin Espasmolítico, almagato y levosulpiride. Desde el 2006 está diagnosticada de depresión, la cual está tratada con sertralina 50 mg.

La paciente se queja continuamente desde 2006 de astenia, que define como debilidad y cansancio que le dificulta la marcha (se desplaza con andador).

En abril de 2008, la paciente refiere un intenso temblor en la mandíbula y lengua, con un aumento de la salivación y dificultad para la deglución y el habla. Ella lo vive muy mal.

La médica de la residencia sospecha de una discinesia tardía secundaria al tratamiento para el ERGE y lo deriva al Servicio de Farmacia del Distrito para la realización de una fase de estudio de los medicamentos implicados.

FASE DE ESTUDIO

Cinitaprida: es un procinético gastrointestinal del

grupo de las ortopramidas y que presenta una potencia superior a la metoclopramida como procinético. Está indicado como tratamiento coadyuvante del reflujo gastroesofágico en pacientes en los que los inhibidores de la bomba de protones se hayan mostrado insuficientes.

Está descrito como posible efecto adverso de la cinitaprida, disquinesias tardías, sobre todo en personas de edad avanzada sometidas a tratamientos prolongados.

En el caso de la metoclopramida (del grupo de las ortopramidas), también está descrito este efecto adverso y parkinsonismo. Se considera que el parkinsonismo por metoclopramida aparece con menos frecuencia que las distonías agudas y se observa principalmente en individuos de edad avanzada. Los síntomas suelen aparecer varios meses después de iniciar el tratamiento, pero pueden presentarse al cabo de unos días o no aparecer durante años. La interrupción del tratamiento suele dar lugar a la desaparición de los síntomas, aunque puede requerir varios meses.

Sertralina: Está indicada para el tratamiento de los síntomas de la depresión

La semivida de eliminación puede prolongarse en pacientes ancianos, por lo que en esta población la dosis debe ser lo más baja posible.

Se han descrito efectos extrapiramidales como

distonías orofaciales o discinesias.

Interacción sertralina+ metoclopramida:

Se han descrito casos aislados de síndrome serotoninérgico (mioclonía, alteraciones de la conciencia, taquicardia, fluctuaciones en presión arterial) y de reacciones extrapiramidales (disonía aguda, discinesia tardía) tras la asociación de metoclopramida y sertralina. Se recomienda una estrecha monitorización.

La interacción ha sido descrita en términos clínicos, habiéndose observado alguno de los síntomas relacionados con reacciones extrapiramidales tras la administración concomitante de metoclopramida y fluoxetina, fluvoxamina o sertralina.

Por consiguiente, y aunque las evidencias clínicas son muy escasas, se sugiere realizar un riguroso control clínico del paciente, vigilándose la aparición de cualquier síntoma relacionado con las reacciones extrapiramidales (disonía aguda, discinesia tardía).

En caso de que alguna de estas reacciones adversas ocurriese, se recomienda suspender la administración de metoclopramida.

El mecanismo no ha sido establecido. Se ha sugerido la existencia de efectos aditivos de ambos fármacos en cuanto a reacciones extrapiramidales y efectos sobre la serotonina.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Tras confirmar con la bibliografía que se puede tratar de una reacción adversa a la cinitaprida potenciada por la sertralina, se deriva al especialista (Neurología) y éste suspende el tratamiento procinético y le pauta pimozida de 1 mg. Las molestias desde entonces han ido disminuyendo de forma notable, aunque aún presenta algo de temblor mandibular y lingual.

Marzo 2009: Al ser revisada de nuevo la medicación por parte del Servicio de Farmacia, se observó que en la bibliografía está descrito que puede aparecer un aumento de los niveles de pimozida cuando se administra conjuntamente con sertralina. Recomendándose que dado el estrecho margen terapéutico de la pimozida y que se desconoce el mecanismo de esta interacción, estaría contraindicada la administración concomitante de sertralina y pimozida. Debido a ello, la médica de la residencia suprimió pimozida.

DISCUSIÓN DEL CASO

Las discinesias tardías son potencialmente irreversibles, y su tratamiento es difícil. Algunos pacientes mejoran tras interrumpir el tratamiento, pero se han descrito síntomas persistentes durante períodos de seguimiento de hasta 3 años. Por consiguiente, debe hacerse hincapié en la prevención y recomendar que no se prescriba este fármaco para el tratamiento a largo plazo de síntomas menores, en especial en individuos

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Temblor en mandíbula y lengua. Aumento salivación y dificultad para deglución y habla.	Cinitaprida	Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa	Aunque la RAM está descrita tanto para la cinitaprida como para la sertralina, se decantó por la cinitaprida por ser un tratamiento prolongado.
Epigastralgia y pirosis	Pantoprazol Cinitaprida Ranitidina Oragalin espasmolítico	Inefectividad no cuantitativa	-----	Se plantea la necesidad del oragalin Espasmolítico ya que se trata de un medicamento que lo toma por automedicación.

de edad avanzada.

En esta paciente no se ha tratado farmacológicamente la dislipemia ya que según la bibliografía consultada en este grupo de pacientes, en prevención primaria, la intervención no farmacológica es la base del tratamiento, aunque sin introducir recomendaciones muy estrictas en la dieta para evitar problemas de nutrición inadecuada, adaptando el ejercicio físico a las condiciones del paciente. Los resultados de los estudios PROSPER y HPS así como los del metaanálisis del Cholesterol Treatment Trialists permiten recomendar el uso individualizado de fármacos hipolipemiantes en ancianos, en función de su RCV, calidad y expectativas de vida.

En esta paciente el RCV es del 2% (moderado) según SCORE, por tanto se consideró que no era necesario tratarla farmacológicamente.

La astenia es un síntoma frecuente en ancianos de etiología múltiple, para el que, descartadas determinadas causas, no existe tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFIA

- Fisher AA, Davis MW. Serotonin síndrome caused by selective serotonin reuptake-inhibitors-metoclopramide interaction. *Ann Pharmacother.* 2002 Jan; 36(1):67-71
- Moos DD, Hansen DJ. Metoclopramide and extrapyramidal symptoms: a case report. *J Perianesth Nurs.* 2008 Oct; 23(5): 292-9
- Pharma Editors. Stockley Alertas. Farmacéuticos de Atención Primaria [CD-ROOM]. 2008
- Sweetman SC. Martindale: Guía completa de consulta farmacoterapéutica. [Base de datos en Internet] Pharma Editores S.L..2008 [citado mayo 2008]. www.emartindale.com/paradigma/
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT PLUS: Base de datos del medicamento y parafarmacia. [CD-ROOM]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; mayo de 2009.
- Agencia Española del Medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas técnicas. Disponible en: <http://www.agemed.es>. Acceso: mayo 2009
- Fisterra. Dislipemias. Guías clínicas 2009; 9(1). Disponible en: www.fisterra.com. Acceso: mayo 2009

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Temblor en mandíbula y lengua. Aumento salivación y dificultad para deglución y habla.	Inseguridad no cuantitativa	Cinitaprida	F-M	El especialista suspende todo el tratamiento para el ERGE excepto el Pantoprazol	SI
Epigastralgia y pirosis	Inefectividad no cuantitativa	Pantoprazol Cinitaprida Ranitidina Oragalin espasmolítico	F-M	El especialista suspende todo el tratamiento para el ERGE excepto el Pantoprazol	
No manifestado	Riesgo de inseguridad cuantitativa	Pimozida	F-M	Debido al aumento del riesgo de cardiotoxicidad, se suspende el tratamiento con pimozida	SI

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: Abril 2008	Género: Mujer	Edad: 89	IMC:	Alergias:
--------------------------	---------------	----------	------	-----------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2005	ERGE*	No	B	2006	Pantoprazol 40 mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEFEC NO CUANT
				01-08	Ranitidina 300 mg	0-0-1	0-0-1			S	
				Años	Cinitaprida 1 mg	1-1-1-1	1-1-1-1			N	INSEG NO CUANT
				Años	Oragalín espasmolítico	—	AD			S	
2006	Depresión*	Si	R	2005	Sertralina 50 mg	1-0-0	1-0-0			S	
	Temblor en mandíbula y lengua. Aumento salivación y dificultad para deglución y habla.	No	B								
04/08	Dislipemia mixta*	Si	P								
2006	Astenia*	No	B								

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

Observaciones: En 2004 sufrió una pancreatitis aguda. Y en 2006 se le diagnosticó de dermatitis seborreica, pero en este momento no presenta brotes.

Parámetros a fecha de marzo de 2009: Col total: 262 mg/dl; colHLD. 39 mg/dl PA. 120/70

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: Marzo 2009	Género: Mujer	Edad: 89	IMC:	Alergias:
--------------------------	---------------	----------	------	-----------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2005	ERGE*	Si	B	2006	Pantoprazol 40 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2006	Depresión*			2005	Sertralina 50 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
Ago 08	Insomnio*	Si	R	08-08	Zolpidem 10 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
Abril 08	Dislipemia mixta*	Si	P								
2006	Astenia*	No	B								

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

INEFECTIVIDAD DEL ANTIDIABÉTICO POR INTERACCIÓN

Martínez Sanz E, Román Llamosi B.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente en seguimiento desde hace tres años. Viene a la farmacia con regularidad para controlar su tensión, y se detecta un aumento de esta. Se hace una intervención al médico, que acepta. Cambia el antihipertensivo y al poco tiempo se normalizan los valores de PA, pero suben los valores de glucosa, sin que haya habido un cambio en sus hábitos, de dieta o ejercicio. Suponemos que la causa es una interacción entre el diurético y el ADO. Volvemos a hacer una intervención al médico, pero esta vez no la acepta a la primera. Al cabo del tiempo vemos que el médico ha cambiado la terapia antidiabética.

ESTADO DE SITUACIÓN I

Enfermedades diagnosticadas:

- Hiperglucemia
- Hipercolesterolemia
- HTA

Medicamentos:

- Diamicron (gliclazida 80 mg)
- Dianben (metformina 850)
- Zarator (atorvastatina 40 mg)
- Openvas (olmesartan 40 mg)

FASE DE ESTUDIO:

Glicazida/metformina:

- Necesidad: combinación de antidiabéticos orales indicada para tratamiento de la diabetes tipo II.
- Efectividad: está siendo efectiva, porque los valores de glucemia están controlados (1)
- Seguridad: son seguros ambos principios activos.

Atorvastatina: no es relevante para el caso

Olmesartan:

- Necesidad: antagonista de la angiotensina II,

indicado para tratamiento de la HTA

- Efectividad: No está siendo efectivo. Si bien los ARA II son los fármacos indicados para tratar la HTA en diabéticos, ya que afectan favorablemente la progresión de la neuropatía diabética y reducen la microalbuminuria (2,3), suele ser necesaria la combinación de dos o más principios activos para un buen control de la PA, sobre todo con la adición de un diurético tiazídico (4)

- Seguridad: no es relevante

PLAN ACTUACIÓN: HTA

El paciente se cuida mucho en temas de salud: dieta, ejercicio, no fuma, buen cumplidor, etc; por lo que nuestro plan de actuación se basa en el control periódico de su PA, para poderle remitir al médico con una tabla de valores.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se pretende reducir la PA del paciente por debajo de 130/80 mmHg, ya que es un paciente diabético. Se cita al paciente una vez por semana, a horas distintas, para controlar su PA.

Los valores obtenidos son:

09/12/09	PAS/PAD (mmHg)	140/85
17/12/06	PAS/PAD (mmHg)	140/90
03/01/07	PAS/PAD (mmHg)	145/90
12/01/07	PAS/PAD (mmHg)	140/95
20/01/07	PAS/PAD (mmHg)	145/92
02/02/07	PAS/PAD (mmHg)	140/95

Fecha: 02.02.07

Se remite al médico, con una tabla de valores de PA, para que valore la oportunidad de cambiar el tratamiento antihipertensivo.

Fecha: 19.02.07

El médico acepta la intervención y cambia el olmesartan

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Elevación de la presión arterial (PA media: 140/90 mmHg)	Olmesartan 40mg	Inefectividad no cuantitativa	Problema de salud insuficientemente tratado	Los objetivos terapéuticos del paciente son: PA<130/80 mmHg

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
PA > 140/90 mmHg	Inefectividad no cuantitativa	Olmesartan 40 mg	Escrita	El especialista suspende todo el tratamiento para el ERGE excepto el Pantoprazol	SI

40mg, por valsartan 160mg + hidroclorotiazida 25mg.

ESTADO DE SITUACIÓN II

Enfermedades diagnosticadas:

Hiperglucemia
Hipercolesterolemia
HTA

Medicamentos:

Diamicron (gliclazida 80 mg)
Dianben (metformina 850)
Zarator (atorvastatina 40 mg)
Co-diovan forte (valsartan 160 +hidroclorotiazida 25)

FASE DE ESTUDIO:

Glicazida/metformina:

- Necesidad: Ver anterior.
- Efectividad: ahora ya no es efectiva. Hay un problema de inefectividad de la terapia antidiabética originado por una interacción con la hidroclorotiazida (5, 6). El aumento de glucemia, por alteración a la respuesta a los antidiabéticos orales, parece ser que se produce porque las tiazidas reducen la liberación pancreática de insulina debido al efecto hipokalemizante. Esta alteración electrolítica,

conduce a una desensibilización de las membranas de las células beta pancreáticas y por tanto a una disminución de la liberación de insulina.(7)

- Seguridad: son seguros ambos principios activos.

Atorvastatina: no es relevante para el caso

Valsartan/hidroclorotiazida:

- Necesidad: Tratamiento de la hipertensión esencial. La combinación de dosis fija Co-Diován Forte 160 mg/25 mg (valsartán 160mg/hidroclorotiazida 25 mg) está indicada en pacientes cuya presión arterial no está adecuadamente controlada con valsartán en monoterapia. (5)
- Efectividad: es efectivo el tratamiento, los valores del paciente han ido bajando y se mantiene en los niveles adecuados para su condición diabética (PA< 130/80 mm Hg).
- Seguridad: se consideran seguros, ya que no se manifiestan efectos adversos descritos para el valsartan y la hidroclorotiazida, la interacción que aparece es un problema de efectividad para la terapia antidiabética, no un problema de seguridad.

DISCUSIÓN DEL CASO

Está descrito, en las fichas técnicas y en el Stockley

(8), que los diuréticos tiazídicos son capaces de debutar una diabetes incipiente, o alterar la glucemia de pacientes diabéticos ya controlados. Este paciente estaba controlado de su diabetes, hasta que se introdujo el diurético, además empezando con una dosis alta del mismo (25mg), cuando lo habitual hubiera sido empezar con 12,5mg. Pese a ser un problema originado por una interacción del diurético, este no manifiesta efectos adversos, por ese motivo no se puede considerar un problema de seguridad. Se considera un problema de efectividad del antidiabético, ya que el problema de salud es hiperglucemia.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

El paciente venía a la farmacia ha controlarse la glucosa, y se le adiestró para un control domiciliario. La media de valores de glucosa en ayunas era de 200-240 mg/dl. En un principio se asustó, porque no encontraba explicación a este hecho, ya que no había cambiado sus hábitos de dieta y ejercicio. Viendo que la causa podía ser el diurético, se preparó un informe al médico, pero esta vez no quiso llevarlo, para no agobiarlo. El paciente nos dijo que se lo comentaría al médico. Cuando volvió a la farmacia nos comentó que el médico no había hecho caso, de hecho no le cambió la medicación hasta una visita posterior, que cambió la terapia antidiabética, dando lugar al último estado de situación (ANEXO III), donde ya no aparece ningún RNM.

BIBLIOGRAFIA

1. American Diabetes Association. Standards of medical

care in diabetes -- 2008. Diabetes Care. 2008;31:S12-S54.

2. Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, Rohde RD. The effect of angiotensin-converting-enzyme

inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. N Engl J Med. 1993;329:1456-62.

3. Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. N Engl J Med. 2001;345:861-9.

4. American Diabetes Association. Treatment of hypertension in adults with diabetes. Diabetes Care. 2003;26(suppl 1):S80-S82

5. Ficha técnica del medicamento. <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

6. ficha técnica del medicamento. <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordpdf&codigo=68167&formato=pdf&formulario=FICHAAS>

7. BOT, Stockley pg.535.

8. Stocley, interacciones farmacológicas. ISBN 84-95993-01-5

9. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. SEH-LELHA 2005. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>.

10. National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-2572.

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Hiperglucemia	Gliclazida / Metformina	Inefectividad no cuantitativa	Interacción	

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Hiperglucemia	Inefectividad no cuantitativa	Gliclazida/ Metformina Valsartan /HCTZ	oral	Se explicó al paciente que la subida de glucosa se podría deber al antihipertensivo.	Si

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 9-12-2006	Género: Varón	Edad: 69	IMC: 22	Alergias: No
-------------------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
05-06	Hiperglucemia	Si	B	05-06	Glicacida 80 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				05-06	Metformina 850 mg	1-1-1	1-1-1			S	
08-06	Hipecolesterolemia	Si	R	08-06	Atorvastatina 40 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
08-06	HTA	No	B	08-06	Olmesartan 40mg	0-0-1	0-0-1	S	N	S	INEFEC NO CUANT

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 8-03-2006	Género: Varón	Edad: 69	IMC: 22	Alergias: No
-------------------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
05-06	Hiperglucemia	No	B	05-06	Glicacida 80 mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEFEC NO CUANT
				05-06	Metformina 850 mg	1-1-1	1-1-1			S	
08-06	Hipecolesterolemia	Si	R	08-06	Atorvastatina 40 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
08-06	HTA	Si	B	19.02.07	Valsartan 160mg HCTZ 25mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 10-06-08	Género: Varón	Edad: 69	IMC: 22	Alergias: No
------------------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
05-06	Hiperglucemia	Si	B	07-07	Pioglitazona mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
				05-06	Metformina 850 mg	1-1-1	1-1-1			S	
08-06	Hipecolesterolemia	Si	R	08-06	Atorvastatina 40 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
08-06	HTA	Si	B	19.02.07	Valsartan 160mg HCTZ 25mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR Y MAL CONTROL DE LA TENSIÓN Y PULSO

De Pablo Marcos D, Ramos Martín J

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 43 años con sobrepeso (92 kilos) IMC de 30 y fumadora desde los 22 años, en tratamiento con (Levonorgestrel 50mg /Etinilestradiol 30mg) Triagynon® y al dispensarlo se la advierte de su riesgo cardiovascular.

El 22/01/09 Ingresa en el hospital La Paz desde Cardiología por notar disnea y presíncope. Los tres días anteriores tuvo un cuadro presincope asociado a disnea y palpitaciones. Cinco días antes presentó una caída con esguince de tobillo derecho con inmovilización durante dos días.

Se la diagnostica Tromboembolismo Pulmonar Masivo y se la pauta Sintróm.

Posteriormente la ponen un tratamiento con Ivabridina 5mg (1-0-1)

El 24/03/09 nos consulta por padecer “bastante mareo” y la invitamos a controlar la tensión:

Fecha	TA (mmHg)	Pulso (ppm)
24/03/09	135/100	85
27/03/09	130/85	87
30/03/09	140/90	82
02/04/09	130/90	88

Antecedes (Tomado de informe médico)

-Familiares: Padre fallecido por ACVA, Carcinoma bucolingual hace 7 años. Madre IAM a los 50 años.

-Personales: Litiasis renal hace 2 años. Pielonefritis en noviembre del 2008. Anisakiasis en estudio por alergología. Profusión discal en estudio. Intervenciones quirúrgicas: Espolón calcáneo. Hábitos tóxicos: Fumadora de 20 cigarrillos/ día. Alergias: No RAM. Ingresos previos: Noviembre del 2008 por pielonefritis aguda.

Situación basal: IABVD. Trabaja en una tienda.

FASE DE ESTUDIO

La paciente presenta unas tensiones y pulso elevados

para su riesgo cardiovascular durante 4 días no consecutivos.

Ivabradina

- Necesidad: Indicaciones aprobadas¹: Tratamiento sintomático de la angina de pecho estable crónica en pacientes con ritmo sinusal normal, que presentan una contraindicación o intolerancia a los beta-bloqueantes.
- Efectividad: Ivabradina inhibe selectivamente la corriente If del marcapasos cardiaco que controla la despolarización diastólica espontánea en el nodo sinusal; de este modo, disminuye la frecuencia cardiaca y el consumo miocárdico de oxígeno. No se modifican la contractilidad miocárdica, la conducción intra cardiaca ni la repolarización ventricular. Sospechamos que la frecuencia cardiaca no esta suficientemente controlada.⁴
- Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Levonorgestrel / Etinilestradiol:

Nota: Sospecho que el anticonceptivo oral junto con factores de riesgo mencionados han sido la causa de la tromboembolia (Inseguridad del Triagynon®). Me interesa comentar este hecho, que no puedo valorar ya que ha sucedido en el pasado (22/01/09).

Utilizo la Tabla de Predicción de Riesgo Cardiovascular Global según el método de Framingham de 1998- (Modificado del Gedaps 2000). De tener 4 puntos (4%) de riesgo CV a los 10 años, pasa a tener 0 puntos (2%) de riesgo.

PLAN DE ACTUACIÓN

Se realiza un informe para el médico donde se explica en una tabla los valores de tensión elevados, buenos hábitos higiénico dietéticos y la necesidad de realizar más análisis y pautar un tratamiento farmacológico para controlar la tensión arterial sistólica.

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Hipertensión Arterial		Necesidad de Tratamiento		
Disfunción Sistólica	Ivabradina 5mg	Inefectividad Cuantitativa		

Fecha 03/04/09

El médico acepta nuestro informe y pauta un nuevo tratamiento con Enalapril 20 mg (1/2-0-0). Como la tensión sigue alta (130/90 mmHg) tiene una inefectividad cuantitativa, Fecha 16/04/09 El médico sube la dosis de Enalapril 20mg (1-0-0) y sube la dosis de Ivabradina de 5mg a 7,5 mg el 20/04/09.

Fecha 24/04/09

Presenta una tensión y pulso en valores normales por lo que consideramos que los Resultados negativos de la medicación están controlados.

Fecha	TA (mmHg)	Pulso (ppm)
22/04/09	133/80	64
24/04/09	130/82	66

Tensión arterial tomada con un tensiómetro anerode de marca Corysan. Media entre la segunda y tercera toma.

Pulso tomado con un pulsiosímetro marca Contec ® modelo Cms-50D

DISCUSIÓN DEL CASO:

Gracias a la intervención farmacéutica con un informe escrito y nueva medicación, la paciente ha pasado de tener la tensión y pulso descontrolado a tenerlo controlado, ya no tiene mareos y se ha reducido su

riesgo cardiovascular.

Además resalto que hemos descubierto una posible relación entre el riesgo de tromboembolia y la toma de anticonceptivos orales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta fármaco terapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Ficha Técnica del Triagynom ®, Procoralan ®, Enalapril 20mg ® en la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en : <https://sinaem4.agemed.es/consaem/>. Acceso en 27/04/09
3. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) Comité de Consenso: Grupo de investigación en atención farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada (España), Grupo de Investigación en Farmacología (CTS-164). Universidad de Granada (España). *ars pharm* 2007; 48 (1): 5-17.
4. *Rev Insuf Cardíaca* 2008; (Vol 3) 4:205-208. Laura Arias. Médica cardióloga. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (IADT).

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 2-04-09	Género: Mujer	Edad: 43	IMC: 30	Alergias: No
-----------------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
22-01-09	Tromboembolismo pulmonar masivo	Si	P	22-01.09	Acenocumarol	S/P	S/P	S	S	S	
10-03-09	Disfunción Sistólica	Si	B		Ivabradina 5mg	1-0-1	1-0-1	S	N	S	INEFEC NO CUANT
02-04-09	Tensión elevada	No	B								NECES MTO
02-04-09	P ulso elevado	No	B								

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 24-04-09	Género: Mujer	Edad: 43	IMC: 30	Alergias: No
------------------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
22-01-09	Tromboembolismo pulmonar masivo	Si	P	22-01.09	Acenocumarol	S/P	S/P	S	S	S	
10-03-09	Disfunción Sistólica	Si	B		Ivabradina 5mg	1-0-1	1-0-1	S	N	S	INEFEC NO CUANT
02-04-09	Tensión elevada	No	B					S			NECES MTO
02-04-09	P ulso elevado	No	B								

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

Prevención cardiovascular con antiagregantes e hipertensión descontrolada.

Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 81 años, que se encuentra en seguimiento al haberse trasladado de otra localidad y acudir a nuestra farmacia comunitaria a medirse la PA.. El paciente presenta obesidad, refiere tomar poca sal y es sedentario . Ha sido fumador pero lo dejó hace más de 3 años. El paciente acude con la última analítica que le hicieron hace aproximadamente un mes, cuyos resultados son:

Glucemia basal : 119 mg/dL; hemoglobina glicosilada: 6,9%; colesterol total: 202 mg/dL;

LDLc: 135 mg/dL; HDLc: 44 mg/dL;

Además el paciente presenta una afección renal, debida a la diabetes, que se manifiesta con microalbuminuria.

El paciente presenta diabetes controlada (HbA1c: 6,9%). Sin embargo, presenta valores elevados de PA (12-5-2007: 170/90; 25-5-7: 175/95; 2-6-7: 175/85; 9-6-7: 175/90). El control de la PA en pacientes diabéticos es muy importante para disminuir el RCV y la aparición de insuficiencia renal. En los paciente diabéticos la meta es conseguir valores inferiores a 130/80.

FASE DE ESTUDIO

Candesartan 8 mg:

- Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial esencial.
- Efectividad: Mantenimiento de la presión arterial por debajo de unas cifras determinadas a lo largo de las 24 horas
- Seguridad: Sin relevancia para el caso, pero podría un mal control de estos valores dar lugar a cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, arritmias, enfermedades cerebrovasculares o lesiones renales.

PLAN DE ACTUACIÓN

-Se pretende reducir la PA del paciente por debajo de 130/80 mmHg.

-En las citas del seguimiento se ha realizado educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables, dieta adecuada para la HTA y la diabetes, necesidad de ejercicio y educación sobre la HTA y FRCV.

-Se han tomado valores de PA durante un mes, siendo éstos valores elevados para un paciente diabético.

- Los pacientes con HTA y diabetes presentan un RCV alto, además suele ser frecuente la patología renal. Este tipo de pacientes, además del control de la PA y de la glucemia, necesita utilizar antiagregantes plaquetarios. Por tanto, se pretende, una vez controlada la PA, sugerir al médico la necesidad de utilizar un antiagregante plaquetario en una segunda

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Elevación de la Presión arterial	Candesartan 8mg	Inefectividad Cuantitativa	Dosis insuficientes por características personales del paciente	Paciente que presenta obesidad, sedentarismo, es exfumador y el test de Morisky-Green Levine indica que es cumplidor.

intervención.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se realizó una primera intervención el 9-6-7 para intentar que el médico aumentara la dosis del ARA-II, siendo aceptada nuestra intervención que produjo un aumento de dosis hasta 16 mg/dl, las cifras descendieron pero continuaron elevadas para un diabético, posteriormente el médico sin necesidad de intervención farmacéutica añadió HCTZDA 12,5 mg junto con el candesartan 16 mg, que ha descendido las cifras de PA a valores aceptables para un diabético.

EL 11-8-2007, con los valores de HTA controlados para un diabético ((29-7-7: 120/70; 3-8-7:130/75; 11-8-7: 125/75), se realiza una nueva intervención para intentar que el médico incorpore a la terapia un fármaco que prevenga los eventos trombóticos. El resultado es que el médico acepta nuestra propuesta y añade adiro 100, lo que supone una protección frente al riesgo cardiovascular alto del paciente.

DISCUSIÓN DEL CASO

El medicamento antihipertensivo candesartan es una buena elección, ya que los ARA II son fármacos de primera opción en pacientes con HTA y diabetes, especialmente si existe microalbuminuria. Los ARA II consiguen un mejor control de la alteración renal y pueden reducir la microalbuminuria o proteinuria. El farmacéutico puede jugar un papel importante en educación sanitaria de estos pacientes con diabetes e HTA. La información será la siguiente:

- Conocimiento de la diabetes tipo 2 y de la HTA.
- Factores de riesgo asociados.
- Tratamiento e importancia del cumplimiento.
- Reacciones adversas que se pueden producir.
- Hábitos y estilos de vida adecuados.
- Cómo realizar un autocontrol de la enfermedad.

La ineffectividad de la PA se valora mediante los valores de PA, parámetro que se puede medir con facilidad en la farmacia comunitaria. El RNM se clasifica como ineffectividad cuantitativa, ante la posibilidad de aumentar la dosis hasta 32 mg, sin embargo, el médico prefiere utilizar dosis más bajas de 2 medicamentos en

lugar de la dosis mayor de candesartan, e introduce el diurético.

En este tipo de pacientes es fundamental controlar los niveles de glucosa y de la PA, para evitar que la microalbuminuria progrese hacia una afección renal más grave.

BIBLIOGRAFIA

1. Catalogo de medicamentos. 2008. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
2. Sabater D, Amariles P, García JP. Cómo mejorar su salud cardiovascular. María José Faus. Granada. 2006.
3. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
4. Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Prevención Cardiovascular. 2 ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2003; Disponible en: <http://www.papps.org/publicaciones/cardio.pdf>
5. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. SEH-LELHA 2005. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/guihta05.htm>.
6. National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-2572.
7. García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. Ars Pharm 2008; 49(2): 145-157.
8. Manual Washington de terapéutica médica. 30 edición. 2001.
9. Harrison. Principios de medicina interna. 13 edición. Compendio. 1995.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Elevación de la Presión Arterial	Inefectividad cuantitativa	Candesartan 8mg	Escrita	1- Solicitud para para modificar el tratamiento Antihipertensivo 2- Solicitud para instaurar tratamiento para prevención de trombos	SI

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 9-06-07	Género: Varón	Edad: 81	Peso: 86	Alergias: No
----------------	---------------	----------	----------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	a)HTA*	No	B	2004	Candesartan 8mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEFEC NO CUANT
1995	b) DM tipo 2*	Sí	B	2001	Insulina	20-0-20	20-0-20	S	S	S	
2005	c) Dolor de espalda	Sí	P	2006	Paracetamol 650 mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2004	d) Riesgo de gastrolesión	Sí	P	2004	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2007	e) Prevención de trombos	No	P								

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

Observaciones: Hombre de 81 años, que se encuentra en seguimiento al haberse trasladado de otra localidad y acudir a nuestra farmacia comunitaria a medirse la PA. El paciente presenta obesidad. Ha sido fumador pero lo dejó hace más de 3 años. El paciente acude con la última analítica que le hicieron hace aproximadamente un mes. Se realiza el test de Morisky-Green-Levine intercalado con la conversión, el cual indica que es cumplidor.

Parámetros mayo de 2007: Glucemia basal : 119 mg/dL; Hb1Ac: 6,9%; colesterol total: 202 mg/dL; LDLc: 135 mg/dL; HDLc: 44 mg/dL; PA: 12-05-2007: 170/90; 25-05-2007: 175/95; 2-06-2007: 175/85; 9-06-2007: 175/90

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 11-08-07	Género: Varón	Edad: 81	Peso: 86	Alergias: No
------------------------	---------------	----------	----------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	a)HTA*	No	B	2007	Candesartan 8mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Hidroclorotiazida 12,5mg					S	
1995	b) DM tipo 2*	Sí	B	2001	Insulina	20-0-20	20-0-20	S	S	S	
2005	c) Dolor de espalda	Sí	P	2006	Paracetamol 650 mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2004	d) Riesgo de gastrolesión	Sí	P	2004	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2007	e) Prevención de trombos	No	P					S			NECES MTO.

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

Parámetros: PA: 29-07-2007: 120/70; 3-08-2007:130/75; 11-08-2007: 125/75

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 14-08-07	Género: Varón	Edad: 81	Peso: 86	Alergias: No
------------------------	---------------	----------	----------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	a)HTA*	No	B	2007	Candesartan 8mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Hidroclorotiazida 12,5mg					S	
1995	b) DM tipo 2*	Sí	B	2001	Insulina	20-0-20	20-0-20	S	S	S	
2005	c) Dolor de espalda	Sí	P	2006	Paracetamol 650 mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2004	d) Riesgo de gastrolesión	Sí	P	2004	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2007	e) Prevención de trombos	No	P	2007	AAS 100 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

Parámetros: PA: 29-07-2007: 120/70; 3-08-2007:130/75; 11-08-2007: 125/75

INSEGURIDAD POR INTERACCIÓN ENTRE PAROXETINA Y TRAMADOL

Busquets Gil A, Camps Soler AR, García-Jiménez E.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 79 años tratada desde hace años para depresión con paroxetina 20 mg y alprazolam 0,25 mg, hipertensión arterial (HTA) con lisinopril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, para prevención primaria de enfermedad cardiovascular utiliza ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/día, hipercolesterolemia tratada con lovastatina 20 mg. En los últimos meses le diagnostican artrosis y es tratada con naproxeno sódico 550 mg junto con un protector gástrico, omeprazol 20 mg, un tiempo después también le prescriben tramadol 100 mg ya que no se controlaba el dolor.

Los valores de colesterol están controlados (186 mg/dL), así como los de HTA (138-80 mmHg). Parece que la depresión también está bien controlada. Por otro lado, la artrosis diagnosticada recientemente no está bien controlada, y la paciente se queja de fuertes dolores de cadera. Por este motivo le prescriben tramadol 100 mg. Al cabo de dos días de iniciar el tratamiento con el tramadol, la paciente nos comenta que no se encuentra bien, que tiene fiebre con escalofríos y temblores y que tiene diarrea. Además se queja de no poder dormir por las noches.

FASE DE ESTUDIO

Desde la farmacia, ante los síntomas que presentaba

la paciente, se sospecha inicialmente que podría ser una gripe intestinal, así que se le aconseja descansar, hacer dieta astringente y que en caso de fiebre puede utilizar paracetamol 650 mg cada 8 horas. También se le aconseja que, si en 24-48 horas no mejoraba la sintomatología, acudiese al médico. Paralelamente, y teniendo en cuenta la coincidencia temporal entre la aparición de estos síntomas y la introducción del tramadol, se incorporó la paciente en seguimiento farmacoterapéutico, procediéndose al estudio de la medicación que estaba tomando la paciente, encontrándose una sospecha de interacción farmacológica entre la paroxetina y el tramadol.

Según la bibliografía consultada, se trata de una interacción que, a pesar de no ser muy frecuente, está bien documentada¹. Algunos analgésicos narcóticos como el tramadol, tienen efecto inhibitor de la recaptación de serotonina y pueden potenciar el efecto serotoninérgico de los ISRS como la paroxetina, por lo que la asociación de estos fármacos puede producir un Síndrome Serotoninérgico (SS)¹. Este SS, puede manifestarse de diferentes formas según la idiosincrasia del paciente, y usualmente el inicio de los síntomas ocurre en las primeras 24 horas tras la exposición al agente(s) causante². Para realizar el diagnóstico de Síndrome Serotoninérgico, se requiere^{3,4} de la adición

Síntomas mentales (cognoscitivos y comportamentales)

- Mayores: Confusión, animo elevado, coma o semicoma
- Menores: agitación, nerviosismo, insomnio

Síntomas autonómicos

- Mayores: Fiebre, hiperhidrosis
- Menores: Taquicardia, taquipnea, disnea, diarrea, presión alta o baja

Síntomas neurológicos

- Mayores: Mioclonus, temblor, escalofríos, rigidez, hiperreflexia
- Menores: Falta de coordinación, midriasis, acatisia

Tabla 1. Síntomas mayores y menores característicos del Síndrome Serotoninérgico

de un agente serotoninérgico a un régimen establecido de tratamiento (o aumento de la dosis), acompañado de la presentación de por lo menos 4 síntomas mayores; ó 3 mayores más 2 menores (tabla 1).

Teniendo en cuenta los síntomas que presentaba la paciente se sospecha de inseguridad de origen iatrogénico debido al mecanismo de acción del tramadol y de la paroxetina, produciéndose una sinergia de efectos con aumento de los niveles de serotonina así como, riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico.

Tramadol:

- Necesidad: Tratamiento del dolor agudo o crónico de moderado a intenso.²
- Efectividad: Alivio del dolor de cualquier origen e intensidad.
- Seguridad: se trata de un analgésico opiáceo, agonista puro, que ejerce su acción analgésica al unirse a los receptores opiáceos mu, kappa y delta. Otro mecanismo que contribuye a su efecto analgésico es ligándose a receptores monoaminérgicos, bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina. Al tratarse de un fármaco serotoninérgico como la paroxetina, puede producirse una sinergia de efectos aumentándose los niveles de serotonina y en consecuencia puede producirse una posible potenciación de la actividad serotoninérgica con aparición de síndrome serotoninérgico. Cuando este fármaco se combina con paroxetina se aconseja precaución y se requiere un estrecho control del paciente.^{6,7,8}

PLAN ACTUACIÓN: SOSPECHA DE PACIENTE CON SÍNDROME SEROTONINÉRGICO ^{4,5}

- Suspender la toma de uno de los agentes serotoninérgicos.
- Hacer un tratamiento sintomático lo más rápido posible en función de los síntomas que aparezcan y de su gravedad.
- En casos moderados y severos considerar la utilización de agentes antiserotoninérgicos como el propranolol.
- Proceder con mucha cautela si es necesario reiniciar la medicación: En lo posible evitar la reanudación de fármacos serotoninérgicos. Considerar otras posibilidades como:
 - o Dejar en lo posible un período libre de medicación serotoninérgica de seis semanas.
 - o Si no es pertinente utilizar otros fármacos, manejar un único medicamento serotoninérgico a las dosis más bajas posibles.
 - o Evitar la combinación de medicamentos.
 - o Educar al paciente en cuanto a la no auto-medicación.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 02.04.09

Una vez realizada la fase de estudio, desde la farmacia se decide llamar por teléfono a la paciente y explicarle que sospechamos que todos los síntomas que presenta se deben a una posible interacción entre el tramadol y la paroxetina. Sin alarmarla le pedimos que vaya al médico lo antes posible y que le comente estos

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Aparición de un posible síndrome serotoninérgico (diarrea, temblores, escalofríos, fiebre e insomnio)	Tramadol 100mg Paroxetina 20mg	Inseguridad Cuantitativa	Interacción	Sería conveniente suspender el tratamiento con tramadol

síntomas y nuestra sospecha de interacción.

Fecha: 04.04.09

La paciente acude al médico de cabecera que acepta nuestra intervención y le retira el tramadol. Por lo que hace 24 horas que la paciente no toma el medicamento y nos dice que ya se encuentra mejor. Dice que no quiere tomar nada más y está pendiente de ir al especialista (derivado desde el médico de atención primaria) para reconsiderar el plan terapéutico puesto que el tratamiento para la artrosis no está siendo efectivo.

DISCUSIÓN DEL CASO

El uso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos por médicos psiquiatras y no psiquiatras ha aumentado considerablemente en los últimos años dada la alta incidencia de trastornos depresivos y ansiosos en la población general. Los medicamentos que incrementan la actividad de la serotonina a nivel central, principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han convertido en los medicamentos de elección para el manejo farmacológico de trastornos como depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, entre otros⁴.

El síndrome serotoninérgico (SS) es un trastorno iatrogénico relacionado directamente con el uso de éstos fármacos, resultado de la interacción farmacocinética y farmacodinámica de dos o más de ellos, de la combinación de éstos con algunos analgésicos, antibióticos, antirretrovirales, antiparkinsonianos o con

sustancias ilícitas como ácido lisérgico (LSD) y 3-4 metilendioximetilamfetamina (NDMA).^{3,5}

Se trata de un síndrome que aunque su incidencia real no se conoce, se observa que es cada vez más frecuente en la práctica médica. Aunque su curso generalmente es benigno y en la mayoría de pacientes los síntomas se resuelven en las primeras 24 horas una vez se ha suspendido la medicación, hay que estar muy atentos a efectuar no sólo una detección temprana y un adecuado reconocimiento si no un manejo apropiado y un estrecho monitoreo de las posibles complicaciones que pueden presentarse.⁴

BIBLIOGRAFIA

1. Anónimo. Interacciones entre paroxetina y tramadol. Medinteract. Disponible en: <http://www.medinteract.net>. Fecha acceso: 02/04/09
2. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de especialidades farmacéuticas. 2009. 1840-1841, 2026-2028.
3. Anónimo. Síndrome de la serotonina. Medline Plus enciclopedia. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>. Fecha de acceso: 2/04/09
4. Muñoz Cortés H, Vargas Ruedas A. Síndrome Serotoninérgico. Med Unab 2004; 7; vol20 :144-150.
5. Mills K. Serotonin syndrome. Critical Care Clinics 1998; 13:763-83.
6. Stockley. Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. Tramadol. Interacciones farmacológicas. Pharma editores. Primera edición. Barcelona 2004.pág.73

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Diarrea, temblores, escalofríos, fiebre e insomnio	Inefectividad cuantitativa	Tramadol 100mg y Paroxetina 20mg	Oral F-P-M	Le aconsejamos al paciente que vaya al médico para comentar los síntomas y nuestra sospecha de interacción.	SI
Dolor cadera	Inefectividad no cuantitativa	Naproxeno 550mg	Oral F-P-M	Paciente pendiente de ir al especialista	Pendiente

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 2-04-09	Género: Mujer	Edad: 79	Peso: 25	Alergias: No
----------------	---------------	----------	----------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
26-07-07	Depresión*	Sí	P	26-07-07	Paroxetina 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Alprazolán 0,25 mg	0-1-0	0-1-0			S	
20-12-07	RCV (prevención 1ª)*	Sí	P	20-12-07	AAS 100mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
20-12-07	HTA*	Sí	P	20-12-07	Lisinopril 20 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Hidroclorotiazida 12,5mg					S	
26/04/09	Hipercolesterolemia*	Sí	P	26/04/09	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
04/03/09	Artrosis*	?	B	04/03/09	Naproxeno 550mg	1-0-1	1-0-1	S	?	S	
				02/04/09	Tramadol 100mg	1-0-1	1-0-1			N	INSEGUANT
04-03-09	Protección Gástrica*	Sí	P	04-03-09	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
02-04-09	Diarrea, temblores, escalofríos, fiebre e insomnio										

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 4-04-09	Género: Mujer	Edad: 79	Peso: 25	Alergias: No
----------------	---------------	----------	----------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
26-07-07	Depresión*	Sí	P	26-07-07	Paroxetina 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Alprazolán 0,25 mg	0-1-0	0-1-0			S	
20-12-07	RCV (prevención 1ª)*	Sí	P	20-12-07	AAS 100mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
20-12-07	HTA*	Sí	P	20-12-07	Lisinopril 20 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Hidroclorotiazida 12,5mg					S	
26/04/09	Hipercolesterolemia*	Sí	P	26/04/09	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
04/03/09	Artrosis*	?	B	04/03/09	Naproxeno 550mg	1-0-1	1-0-1	S	N	S	INEFEC NO CUANT
04-03-09	Protección Gástrica*	Sí	P	04-03-09	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante: B; A demanda: AD S: Si; N: No.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTE DIABÉTICO

Olmo Fernández N.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

La paciente XXX acude a la farmacia el día 26/01/09 a recoger el siguiente tratamiento prescrito por su médico de Atención Primaria:

- Metformina 850 mg (1.1.1)
- Bromazepam 1.5mg (1.0.1)
- Diazepam 10mg (1.0.1)

En la farmacia al dispensar activamente la medicación, preguntándole si era nuevo el tratamiento, cómo le iba el mismo y si tenía controlada su diabetes, la paciente manifiesta preocupación por su enfermedad, debido a sus continuas hipoglucemias e hiperglucemias, quejándose que hace algún tiempo nota mareos, confusión, dolor de cabeza...

Decidimos por tanto reemitirla al servicio de Atención Farmacéutica, e iniciar un seguimiento farmacoterapéutico con la paciente.

En la entrevista previa, la paciente nos informa que está operada hace 7 y 9 años de cáncer de mama y de riñón respectivamente, pero que está totalmente recuperada, haciéndose sus chequeos periódicamente. Insiste en los desajustes glucémicos y mal estar que tiene a menudo, por tanto llevamos a cabo en días sucesivos el control de su glucosa, tensión arterial y colesterol, obteniendo los siguientes resultados:

1. Perfil glucídico (Técnica capilar seca):

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC
27-01-09	198		210		163	
03-02-09		214		250		182

AD: Antes Desayuno; DD: Después Desayuno; AA: Antes Almuerzo; DA: Después Almuerzo; AC: Antes Cena; DC: Después Cena. Unidades: mg/dL

2. Colesterol (27/01/09) : 220 mg/dl (Técnica capilar seca)

3. Tensión arterial (esfigmomanómetro y fonendoescopio)

Fecha	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
27/01/09	160	92
28/01/09	158	94
02/02/09	156	95
04/02/09	159	93

FASE DE ESTUDIO

Estudiando la medicación según la bibliografía consultada, y buscando una posible causa a dicha alteración de los valores de glucemia, podría suceder que aunque la dosis prescrita de Metformina 850mg está dentro del rango terapéutico y está en dosis máxima, la que está actuando en el paciente puede ser no ser suficiente.

En cuanto a la hipertensión que sufre y tras recibir la educación sanitaria, y las recomendaciones higiénico – dietéticas, debería necesitar la instauración de un tratamiento para la presión arterial elevada, teniendo ésta que estar controlada en valores inferiores a 130/80mmHg, tratándose además de un paciente Diabético, al igual que el colesterol ha de estar en unos niveles por debajo de 200mg/dl, valorando el médico la necesidad o no de una terapia farmacológica para estas cifras de colesterol elevado.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se remite el paciente al médico de Atención Primaria, explicándole por escrito el estado actual del mismo, sus parámetros glucémicos, tensión arterial registrada en varios días y valor del colesterol total.

Habiéndonos asegurado del conocimiento, por parte del paciente, de las medidas higiénico-dietéticas (dieta y estilo de vida), explicadas y escritas en lo referente a las personas con Diabetes, que además presentan la presión arterial y el colesterol por encima de sus objetivos terapéuticos, las líneas terapéuticas

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Glucemia basal: 195mg/dl	Metformina 850mg	Inefectividad no cuantitativa	Hiperglucemia	La paciente sufre un desajuste glucémico, manifestando hiperglucemias, necesitando la asociación de metformina con otro hipoglucemiante
Presión Arterial elevada (ultimo valor: PAS: 159 mmHg PAD: 93 mmHg)		Necesidad	Valores altos de Presión Arterial elevados	La paciente presenta valores elevados de tensión arterial, debido a que no toma ningún tratamiento antihipertensivo.
Colesterol elevado (último valor col. Total: 220mg/dl)		Necesidad	Niveles altos de colesterol	La paciente presenta niveles altos de colesterol, siendo necesario además de medidas higiene-dietéticas, un tratamiento farmacológico.

instauradas por el médico de Atención Primaria y especialistas fueron las siguientes:

10/02/2009

Suspender Metformina 850mg, e iniciar con Metformina-pioglitazona 850/15mg (1.1.1), asociando la biguanida, con una pioglitazona en la misma presentación farmacéutica, consiguiendo así en una sola forma farmacéutica un buen cumplimiento por parte del paciente, y además paliando las hiperglucemias sufridas.

Iniciar con Losartán-hidroclorotiazida 100/25mg (1.0.0), antihipertensivo ARAII, y Manidipino 10mg (0.0.1), antagonista de los canales de calcio,.

Iniciar con Atorvastatina 20mg (0.0.1), como hipolipemiante.

Suspender Diazepam 10mg, y Bromazepam 1,5mg, e iniciar con Alparzolam 0,5mg (1.0.1) y Paroxetina 20mg (1.0.1), prescrito por el especialista en psiquiatría

La paciente es citada desde este momento con periodicidad a la farmacia, controlando si el tratamiento para su Diabetes esta siendo efectivo y seguro, al igual que el tratamiento antihipertensivo e hipolipemiante,

mediante la toma de la Tensión Arterial, las medidas de su Glucemia basal y Postpandrial, y el Colesterol pasados unos 3 meses, obteniendo los siguientes resultados:

1. Perfil glucídico (Técnica capilar seca)

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC
18-02-09	129		145		83	
23-02-09		157		160		98
25-02-09	115		120		75	
11-03-09	113		118		82	

AD: Antes Desayuno; DD: Después Desayuno; AA: Antes Almuerzo; DA: Después Almuerzo; AC: Antes Cena; DC: Después Cena. Unidades: mg/dL

2. Colesterol (10/05/09) : 190 mg/dl (Técnica capilar seca)

3. Tensión arterial (esfignomanómetro y fonendoescopio)

Fecha	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
13/02/09	130	88
18/02/09	135	85
25/02/09	128	80
11/03/09	129	79

DISCUSIÓN DEL CASO

Definición de Atención Farmacéutica según la Organización Farmacéutica Colegial:

“La Atención Farmacéutica tiene que ver con la buena praxis farmacéutica, ejerciendo un control sobre el tratamiento farmacológico prescrito al paciente, asumiendo responsabilidades con la terapéutica y los resultados de la misma, interviniendo profesionalmente para detectar, evaluar y corregir problemas relacionados con los medicamentos y registrando la actuación efectuada, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir los resultados que mejoran la calidad de vida del paciente”

Esta definición recoge y engloba en toda su extensión, el objetivo que se ha perseguido en el caso aquí comentado y detallado

Con la actuación por parte del servicio de Atención Farmacéutica, se han detectado hiperglucemias, hipertensión no diagnosticada e hipercolesterolemia, 3 problemas de salud controlados y resueltos a día de hoy a través de las intervenciones realizadas y educación sanitaria proporcionada, consiguiendo así la mejora del paciente, cumpliendo con las siguientes líneas terapéuticas prescritas por el médico de Atención Primaria:

A.- Para el control de la Diabetes tipo II, asociación de Pioglitazona 15mg, del grupo de las tiazolidindionas, que aumentan la sensibilidad a la insulina de las células hepáticas, tejido adiposo y músculo esquelético, con metformina 850mg, perteneciente al grupo de las bigüadinas, que reducen los niveles de glucosa preprandial y postprandial, no estimulando la secreción de insulina y por tanto no produciendo hipoglucemia, haciendo mención al notorio papel beneficioso de este grupo terapéutico sobre el metabolismo lipídico, reduciendo los niveles de triglicéridos, colesterol total y LDLc.

B.- Para el control de la tensión: Losartán 100mg.- Hidroclorotiazida 25mg, reduciendo los niveles de Tensión Arterial, sin afectar a los niveles de bradicidina, como le ocurre a un IECA, evitando así el riesgo de tos y angioedema, considerándose

insignificante por el momento, la interacción entre hidroclorotiazida y metformina, pudiendo provocar hiperglucemias si la dosis del diurético fuera más alta y Manidipino 10mg, con actividad bloqueante del canal de calcio, función antihipertensiva y actividades farmacodinámicas beneficiosas para la función renal, sin alterar el metabolismo glucídico, ni el perfil lipídico en pacientes Diabéticos hipertensos, como ha sido el caso.

C.- Para el control de la dislipemia, Atorvastatina 20mg, reduciendo marcadamente los niveles plasmáticos de Colesterol total, LDLc y triglicéridos e incrementando los niveles de HDLc.

Tras conocer y cumplir con el tratamiento, la paciente ha de ser citada periódicamente al Servicio de Atención Farmacéutica, controlando los niveles de creatinina, 3 veces al año, para ver la funcionalidad renal, vigilar si hay aumento de peso, hemoglobina glucosilada, perfil lipídico y recordar a la paciente asistir a las revisiones oftalmológicas necesarias.

BIBLIOGRAFIA

- Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
- Stockley. Interacciones Farmacológicas (2008) Pharma editores. S.L
- Bot Plus, Consejo General de Colegio Farmacéuticos (CGCOF)
- <http://pfarmals.portalfarma.com/default.asp>;
Base de datos del medicamento
- Ficha Técnica de Metformina-pioglitazona 850/15mg
- Ficha Técnica de Losartán-hidroclorotiazida 100/25mg
- Ficha Técnica de Manidipino 10mg
- Ficha Técnica de Atorvastatina 20mg
- www.fisterra.com
- <http://www.clinidiabet.com/>. Clinica Diabética
- Sociedad Española de Hipertensión. [www. Seh-Ielha.org](http://www.Seh-Ielha.org)

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Hiperglucemia no controlada	Inefectividad no cuantitativa	Metformina 850mg	Escrita F-P-M	Solicitud de valoración de la efectividad de la biguanida sólo.	SI
Pres. arterial no controlada	Necesidad		Escrita F-P-M	Solicitud valoración del tratamiento antihipertensivo.	SI
Colesterol elevado y no controlada	Necesidad		Escrita F-P-M	Solicitud de valoración de tratamiento hipolipemiente	SI

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 4-02-09	Género: Mujer	Edad: 69	IMC: 23	Alergias: No
----------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
4 años	DM tipo 2*	No	B	3 años	Metformina 850	1-1-1	1-1-1	S	N	S	INEFEC NO CUANT
Años	Depresión*	Si	P	años	Bromacepam 1,5	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
					Diazepam 10mg	1-0-1	1-0-1			S	
2 meses	Presion Arterial elevada. Mareo y confusión.	No	B					S			NECES MTO
	Colesterol elevado	No	P					S			NECES MTO

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 12-03-09	Género: Mujer	Edad: 69	IMC: 23	Alergias: No
-----------------	---------------	----------	---------	--------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
4 años	DM tipo 2*	Si	R	11-02-09	Metformina 850	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
					Pioglitazona 15					S	
Años	Depresión*	Si	R	11-02-09	Alprazolam 0,5	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
				11-02-09	Paroxetina 20	1-0-1	1-0-1			S	
3 meses	HTA*	Si	R	11-02-09	Losartan/HCTZ 100/25	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				11-02-09	Manidipino 10	0-0-1	0-0-1			S	
	Dislipemia*	Si	P	11-02-09	Atorvastatina 20	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

* Diagnóstico Médico Documentado Poco: P; Regular: R; Bastante:B; A demanda: AD S: Si; N:No.

INDICE DE COMUNICACIONES AL CONGRESO

A

Aceptación de la intervención farmacéutica en un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de México.	29
Adherencia al tratamiento con levotiroxina en función de la edad en la provincia de Albacete	29
Ahorro tras la inclusión del pantoprazol en la guía farmacoterapéutica de un hospital general.....	30
Análisis del efecto del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipotiroideos.....	30
Atención Farmacéutica en enfermedades cardiovasculares.....	31
Atención Farmacéutica para pacientes en programas de hepatitis C.	32
Aumento de pacientes en seguimiento al realizar programas concretos.	32

C

Comparación de la medida de la presión arterial en farmacia comunitaria con la automedida domiciliaria y la monitorización ambulatoria de la presión arterial en pacientes con tratamiento antihipertensivo. resultados preliminares del estudio sobre la medida de la presión arterial en la farmacia comunitaria: estudio MEPAFAR.	33
Control del colesterol total y recomendaciones terapéuticas en mujeres menopáusicas y postmenopáusicas que acuden a farmacias comunitarias.	34

D

De la dispensación al seguimiento: integración de las recomendaciones de foro de atención farmacéutica en los sistemas de gestión de la farmacia comunitaria.....	34
Detección de RNM en el primer estado de situación del SFT a pacientes en tratamiento con antidiabéticos orales en ocho farmacias de Ciudad Real.	35
Detección, seguimiento y derivación desde la oficina de farmacia, de pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo.	35
Dificultades en la realización de la primera entrevista de SFT según metodología Dáder.	36
Diseño de un protocolo normalizado de dispensación para la farmacia comunitaria	37
Dispensación activa de protocolos terapéuticos a pacientes del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.	38
Dispensación de plantas medicinales a pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica	38

E

Efecto de la actuación farmacéutica en la mejora de los objetivos terapéuticos de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular	39
Estandarización de un formato guía para la dispensación activa y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con riesgo cardiovascular	40

Estudio acerca de la dispensación de medicamentos genéricos	40
Estudio de la demanda de vitaminas en farmacias comunitarias de la provincia de Cáceres	41
Evaluación del grado de cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento antihipertensivo	42
Evidencia científica de los efectos de suplementos antioxidantes	42
F	
Factores asociados a la aparición de resultados clínicos negativos asociados con medicamentos por incumplimiento terapéutico en pacientes incluidos en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias de Cantabria	43
Factores asociados a la aparición de resultados clínicos negativos de seguridad asociados con medicamentos de pacientes incluidos en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias de Cantabria	43
Farmacogenética clínica: una herramienta útil para el seguimiento farmacoterapéutico hospitalario	44
I	
Implantación de un programa de conciliación del tratamiento domiciliario en una unidad quirúrgica con prescripción electrónica	45
Implantación del Método Dáder para el SFT de pacientes tratados con cinacalcet	45
Influencia de la higiene del sueño sobre el insomnio en pacientes mayores de 65 años	46
Iniciación al seguimiento farmacoterapéutico según la Metodología Dáder en tres farmacias rurales de la provincia de Ciudad Real	47
Inicio de la atención farmacéutica al paciente oncológico	47
O	
Opiniones de farmacéuticos innovadores sobre el proceso de implantación del seguimiento farmacoterapéutico en España	48
P	
Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria.	49
Propuesta de protocolo de actuación en el servicio de dispensación del tratamiento anticonceptivo de emergencia en la farmacia comunitaria	49
R	
Rentabilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia media	50
Resultados clínicos de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria a los once meses de su inicio	51
S	
Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes de Cantabria que acuden a la oficina de farmacia	51
U	
Utilización y coste de los modificadores biológicos en un hospital comarcal	52

INDICE DE AUTORES

A	
Abaurre R.....	37
Aguilera Gómez M.....	45
Aguilera M.....	44
Alcañiz JJ.....	40, 42
Álvarez H.....	29
Álvarez López MM.....	45
Amariles P.....	33, 39
Arrebola C.....	37
Artiles-Campelo A.....	33
Artiles-Ruano ME.....	33
Asis de la Maza F.....	43, 51
Azcona-García MJ.....	43, 51
B	
Baena MI.....	33,43, 51
Bara Bandrés MP.....	38, 42
Bara MP.....	40
Barbería P.....	34
Belenguer C.....	34
Biñuales MD.....	43, 51
Bocanegra Bolivar MA.....	45
Bofí Martínez P.....	30
Bote-Bonaechea N.....	43, 51
Bueno I.....	34
Busquets Gil A.....	69
C	
Calleja Hernández MA.....	38,44,45
Calvo B.....	49
Campo Angora M.....	25
Camps Soler AR.....	69
Carrera R.....	36
Casado de Amezúa MJ.....	48
Castrillón CC.....	20, 49, 51
Chemello C.....	44, 45
Chinchilla MI.....	38
Contardi-Lista AM.....	33
Corrales Prieto A.....	41
Correa EA.....	40
D	
De Pablo Marcos D.....	31, 62
Del Campo C.....	35
Delgado A.....	36
Díaz García R.....	54
Díaz Redondo JP.....	41
Díaz-Merino N.....	33
E	
Encinas Barrios C.....	45
Espínola-García E.....	54
Faus MJ.....	15, 33, 34, 39, 43, 45, 49, 51
F	
Font Pérez G.....	32
G	
Galan A.....	35
Gaminde M.....	43, 51
García F.....	34
García Fontes MJ.....	47
García KY.....	29
García Pico R.....	47
García-Arce M.....	43, 51
García-Corpas JP.....	15, 46
García-Delgado P.....	09, 37
García-Lirola MA.....	54
García-Jiménez E.....	30,39, 65, 69
García-Morales MF.....	33
García-Rodríguez AR.....	33
Gastelurrutia MA.....	09, 37, 48, 49, 51
Gil Jiménez J.....	20
Giménez E.....	29
González CA.....	40
González D.....	44
González García L.....	54
H	
Hernández DM.....	40
Hernández Hernández EB.....	49
Hernández-Peña N.....	33
Herrera J.....	35
Hervas C.....	35
Honrubia F.....	29
I	
Izquierdo F.....	35
J	
Jiménez Morales P.....	38, 42
Jorge-Rodríguez ME.....	33
L	
Lafuente González M.....	47
Lafuente MJ.....	43, 51
Landa LI.....	29
López-Sainz P.....	43, 51

Lopez-Torres MR.....	29
Lucas C.....	36
M	
Marro Ramón D.....	13
Marrón-Souto E.....	43, 51
Marrón-Souto M.....	43, 51
Martínez F.....	37
Martínez Rojas F.....	49
Martínez S.....	34
Martínez Sanz E.....	50, 58
Martínez Sanz EM.....	32
Martínez-Martínez F.....	14, 34, 46, 48
Merino P.....	29
Merino-Barber L.....	33
Miraño A.....	35
Mora Herrera C.....	30, 32, 52
Mora Herrera G.....	52
Morcillo-Ródenas C.....	54
Morcuende Morcuende B.....	41
Moreno Purulero ML.....	45
Moreno Royo L.....	35
Motiño I.....	36
N	
Noguera Ruiz F.....	47
O	
Ocaña Arenas A.....	15, 54
Olmo Fernández N.....	73
Olmo N.....	36
Ortiz-Espinosa J.	54
P	
Pastor A.....	29
Pérez de Agreda Galiano S.....	47
Pérez Maroto MT.....	52
Pérez-Fontán Martín JF.....	41
Plaza C.....	44
Porrás FM.....	43, 51
Q	
Quero González P.....	47
Quijano E.....	29

R	
Ramos Martín J.....	27, 31, 62
Redondo-Figuero C.....	43, 51
Reyes Muelas E.....	50
Rodríguez Chamorro A.....	39, 41, 65
Rodríguez Chamorro MA.....	39, 41, 65
Rodríguez Rodríguez I.....	41
Rodríguez-Camus M.....	43, 51
Rojo K.....	44
Román Llamosí B.....	32, 50, 58
Romero-Sánchez J.....	37
Rosete A.....	29
Ruiz P.....	36

S	
Sabater-Díaz JM.....	33
Sabater-Hernández D.....	33, 34
Salazar M.....	38
Salmerón Rubio J.....	49
Santamaría-Pablos.....	43, 51
Santana-Pérez FM.....	33
Santos P.	49, 51
Sañudo P.....	43

T	
Teijeiro M.....	43, 51
Torné M.....	46
Torres Merino JA.....	35
Torres Pujol J.....	35
Torres-Virlaboa MV.....	46

V	
Varas R.....	34
Vila Torres.....	45
Vilaplana Meliá AM.....	35
Villafaina Barroso A.....	23

Z	
Zavaleta M.....	29