

arspharmaceutica

La revista Ars Pharmaceutica se recoge en las siguientes Bases de Datos: Chemical Abstracts, ICYT (CSIC); EMBASE/Excerpta Médica; International Pharmaceutical Abstracts (IPA); Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS); Biological Abstracts, Life Sciences Collection.

La revista Ars Pharmaceutica se edita trimestralmente, publicando tanto trabajos de investigación y revisión, como breves cartas al director sobre experiencias realizadas en el campo de las ciencias farmacéuticas y afines. Los trabajos se publicarán en español e inglés.

Director: F. Martínez-Martínez. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Directora Ejecutiva: M. J. Faus. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Editora: M. D. Ruiz-López. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Consejo de Redacción:

MA. Calleja (Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de las Nieves. Granada).

F. Fernández-Llimós (Dpto. Farmacia Social. Universidad de Lisboa).
T de Haro (Análisis Clínico. Hospital Clínico San Cecilio. Granada).

A Perez de la Cruz (Nutrición Clínica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada).

B. Quintero (Dpto. Físicoquímica. Universidad de Granada).

A. Ruiz Martínez (Dpto. F y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Granada).

A. Rabasco (Dpto. F y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Sevilla).

Charlie Benrimoj (Dpto. Pharmacy Practice. Universidad Tecnología Syney. Australia).

MA. Gastelurrutia (Farmacia Comunitaria. San Sebastian).

D. Sabater (Dpto. Pharmacy Practice. Universidad Tecnología Syney. Australia).

E. Mariño (Unidad Farmacia Clínica. Universidad de Barcelona).

L. Moreno (Dpto. Farmacología. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia).

Administración y distribución:

Revista Ars Pharmaceutica.
Facultad de Farmacia.
Universidad de Granada.
18071 Granada (España)

© UNIVERSIDAD DE GRANADA
ARS PHARMACEUTICA

Imprime: Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada

ISSN: 0004-2927

Depósito Legal: GR.17-1960

Redacción: Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.
18071 Granada (España)

e-mail: ars@ugr.es
<http://farmacia.ugr.es/ars.htm>

Secciones de Ars Pharmaceutica

Revisiones: Se incluirán como artículos originales los estudios bibliométricos, las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y las metasíntesis. Deben estar estructurado en los siguientes apartados: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. La extensión máxima del artículo será de 5000 palabras y se admiten un número máximo de 10 tablas y figuras. Tendrán un máximo de 100 referencias bibliográficas. Además debe aparecer un resumen estructurado de no más de 500 palabras.

Originales: Deben estar estructurados en los siguientes apartados: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones. La extensión máxima del artículo será de 3.000 palabras, y se admitirán hasta un máximo de 6 tablas o figuras (para las normas de tablas y figuras véase más adelante). Los trabajos originales incluirán un resumen estructurado de 250 palabras como máximo. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas. Además incluirán un mínimo de 3 palabras clave y un máximo de 5.

Originales breves: Trabajos de las mismas características que los originales, pero que pueden ser publicados de forma abreviada por la concreción de sus objetivos y resultados. La extensión máxima del texto será de 1.200 palabras, con un máximo de 2 tablas o figuras (para las normas de tablas y figuras véase más adelante). La estructura de estos trabajos será la misma que la de los originales, con un resumen estructurado de 150 palabras y 15 referencias bibliográficas como máximo. Además incluirán un mínimo de 3 palabras clave y un máximo de 5.

Notas clínicas: Esta sección tiene como objeto comunicar experiencias de práctica profesional en los diversos ámbitos de la salud pública y la farmacia, que contengan componentes novedosos y relevantes para el ejercicio profesional. La extensión máxima del texto será de 1.200 palabras y como máximo se admitirán 2 tablas o figuras. Además tendrán un máximo de 10 referencias bibliográficas. No es necesario que el texto se estructure formalmente, pero deberá guardar la lógica narrativa (introducción, desarrollo de la experiencia, conclusiones) e incluir un resumen de 150 palabras como máximo y un mínimo de 3 palabras clave y un máximo de 5.

Notas metodológicas: Esta sección incluye artículos breves sobre nuevos métodos analíticos, diseño de estudios o técnicas de recogida de información aplicables a la investigación en salud pública. La extensión máxima del texto será de 1.200 palabras, con un máximo se admitirán 2 tablas o figuras y 10 referencias bibliográficas. No es necesario que el texto se estructure formalmente, pero deberá guardar la lógica narrativa (introducción, exposición del método, aplicación práctica, conclusiones) e incluir un resumen de 150 palabras como máximo.

Cartas al director: Esta sección pretende incluir de manera prioritaria observaciones científicas y de opinión formalmente aceptables sobre trabajos publicados en fecha reciente en la revista, o sobre otros temas de salud pública y la farmacia de relevancia y actualidad. La extensión máxima será de 700 palabras, y se admitirán una tabla o figura y hasta 5 referencias bibliográficas. Se dará oportunidad de réplica a los/las autores/as del trabajo comentado.

Editoriales: ARS PHARMACEUTICA publica editoriales por encargo del comité editorial, y también puede publicar editoriales previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y valoración del comité editorial. Todos los editoriales se someten a revisión externa. Los editoriales suelen encargarse sobre temas de actualidad sanitaria o de relevancia científica, y no expresan la postura oficial del comité editorial de ARS PHARMACEUTICA, a no ser que así se indique expresamente en el propio artículo. Todos los editoriales deberán tratar de ser imparciales, y en temas novedosos, polémicos o sobre los cuales haya muy poca literatura deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Los editoriales tendrán una extensión máxima de 1.500 palabras, hasta 10 referencias, 2 tablas o figuras (para las normas de tablas y figuras véase más adelante). No será necesario incluir resumen ni palabras clave.

Fe de erratas y retractación: En esta sección se publican correcciones tras haber detectado errores en los artículos ya publicados, o retractaciones cuando se ha detectado algún tipo de fraude en la preparación o en los resultados de una investigación publicada. La retractación del manuscrito será comunicada a los/las autores/as y a las autoridades o la directiva de la institución a que pertenezcan.

SIMPO DADER 2014 20-22 Marzo mojácar-vera

Servicios Farmacéuticos
Detección de Problemas de Salud y Adherencia al tratamiento

Ars Farmacéutica
Tomo 55, Suplemento 1. 2014
ISSN: 0004-2927
ISSNe:

Sumario

Programa	4
Comités	7
Bienvenida	9
Conferencia inaugural.....	11
Mesas redondas	14
Talleres.....	26
Conferencia.....	30
Comunicaciones.....	35
Casos Clínicos	45
Índice de autores	62

Programa

15.00h. Recogida de documentación y colocación de pósters. (Parador de Mojácar).

16.30h. Bienvenida a los congresistas.

Dra. María José Faus | Directora Cugraf.

16.50h. Conferencia Inaugural: “Importancia de la adherencia en el tratamiento con anticoagulantes orales: colaboración médico-farmacéutico para su mejora”.

Dr. Adolfo Rivera | Asesor Médico. Área Trombosis. Bayer Hispania, S.L.

18.00h. Café y visita a la zona de pósters.

18.30h. Mesa Redonda: “Prevención y detección de problemas de salud en la Farmacia Comunitaria”.

Moderador: Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda.

▶ Detección y screening de VIH | Ángel Garay (Presidente COF Guipúzcoa).

▶ Detección de sangre en heces | Pilar Gascón (COF Barcelona).

▶ Cribado de faringoamigdalitis como servicio profesional farmacéutico |
Xavier Boleda Relats. (Grupo de Respiratorio de SEFAC)

Turno de preguntas.

21.30h. Cóctel de Bienvenida.

Hotel Terraza Carmona (Vera).





marzo
21
viernes

09.30h. Taller: “Educación para la salud en aspectos relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica. El papel del farmacéutico”.

Dra. Narjis Fikri Benbrahim.

09.30h. Taller: “Casos de Seguimiento Farmacoterapéutico”.

Dr. Emilio García Jiménez.

09.30h. Taller: “Servicio para el manejo de la Hipertensión y el Riesgo Cardiovascular: integración en la práctica diaria en la farmacia comunitaria”.

Dr. José Sendra Lillo.

09.30h. Taller: “Entrevista motivacional”.

Dr. Victoria García Cárdenas.

11.00h. Café y visita a la zona de pósters.

11.30h. Continuación de Talleres.

14:00h. Comida de Trabajo.

16:30h. Mesa Redonda: “Paradigma de la adherencia en Farmacia Comunitaria”.

Moderador: Dr. José Sendra Lillo

➤ Proyecto Adtralip | Lda. Belén Larrañaga Arregi (COF Guipúzcoa).

➤ Programa Adhiérete | Dra. Raquel Varas Doval (CGCOF).

➤ Mejora de la Adherencia Terapéutica en el paciente polimedcado en Castilla y León | Pedro Useros (COF Segovia)

Turno de preguntas.

18:30h. Café y visita a la zona de pósters.

19:00h. Conferencia: “Farmacogenómica y Atención Farmacéutica: Bases de una necesaria evolución profesional”.

Dr. Andrés Corno | Director de Analisis Geneticos ANCOR S.L.

21.30h. Cena de Gala.

Parador de Mojácar.



10.00h. Presentación de Comunicaciones Orales.

Moderador: Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda.

11.30h. Café y visita a la zona de pósters.

12.00h. Conferencia: “La falta de adherencia terapéutica no es gratuita”.

Dr. Javier Carrera Hueso | Director Máster de Farmacoeconomía de la
Universidad de Granada. Hospital Dr. Moliner (Valencia).

13.30h. Acto de Clausura.

Comités

Comité Organizador

Dra. María José Faus Dader
Dr. Fernando Martínez Martínez
Dr. José P. García Corpas
Lda. Lucía Franco Trigo
Lda. Beatriz Pérez Escamilla
Dda. María José Pareja Martínez
Juan de la Cruz Velmonte

Comité Científico

Dra. María José Faus Dader
Dr. Fernando Martínez Martínez
Dr. Miguel A. Gastelurrutia Garralda
Dr. José P. García Corpas
Dra. Narjis Fikri Benbrahim
Dra. Victoria García Cárdenas
Dr. José Sendra Lillo
María de Gados Villalobos
Pepita Ortega Martínez



Bienvenida

Q

ueridos compañeros:

Una vez más volvemos a poner en marcha una nueva edición de nuestro querido y reconocido Simpodáder que en esta ocasión alcanza la decimotercera edición. Este año hemos decidido hacerlo en las ciudades de Mojácar y Vera, ambas de la provincia de Almería, debido a su atractivo cultural, climático y turístico que pueden aportar algo más que trabajo al evento. Se llevará a cabo durante los días 20, 21 y 22 de marzo de 2014 debido a los números congresos que existen este año, y a que el tiempo transcurrido desde el último nos ha permitido reflexionar y madurar sobre los aspecto a tratar en el mismo.

La temática de este año versará sobre el papel del farmacéutico en la detección de problemas de salud y la adherencia al tratamiento farmacológico. Ambos temas son de enorme actualidad e indudable interés hacia los cuales se está dirigiendo gran parte de la investigación que en este momento se está desarrollando en el ámbito de la práctica farmacéutica.

En un momento en el que la farmacia comunitaria ha apostado claramente por una farmacia profesional orientada a servicios farmacéuticos, estas dos actividades podrán formar en un futuro inmediato parte de la cartera de servicios.

Por todo ello, animamos a todos aquellos farmacéuticos que estén interesados en llevar a cabo este tipo de servicios, dirigidos a pacientes en la farmacia o tomar un primer contacto con esta posibilidad, a participar en este Simpodáder con el convencimiento de que van a recibir los conocimientos y habilidades necesarias, no sólo para el seguimiento farmacoterapéutico, sino también para el trabajo asistencial con pacientes en general.

Os esperamos en Mojácar-Vera para compartir experiencias.

Dra. María José Faus Dáder.
Directora de la Cátedra de
Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada

Dr. Fernando Martínez Martínez
Director del Grupo de Investigación
en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada

Conferencia Inaugural

“Importancia de la adherencia en el tratamiento con anticoagulantes orales: colaboración médico-farmacéutico para su mejora”.

Adolfo Rivera. Asesor Médico. Área Trombosis. Bayer Hispania, S.L.



a

unque la mayoría de los pacientes anticoagulados en España toman antivitaminas K, las últimas guías de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan la incorporación de los anticoagulantes directos como fármacos de primera línea, describiendo sus ventajas, que los aproximan al anticoagulante ideal, pero también destacando el hecho de que la adherencia es una parte crucial del tratamiento. Dada la vida media corta de los anticoagulantes directos, se debe evitar desproteger al paciente si no toma sus dosis correspondientes. Además, estas guías recomiendan incorporar la opinión del paciente a la toma de decisiones sobre la elección de la modalidad de la anticoagulación ⁽¹⁾.

Por tanto, la introducción de los tratamientos orales anticoagulantes directos en la prevención del ictus en pacientes con FANV ha supuesto una interesante novedad, puesto que por sus características farmacológicas, superan muchos de los inconvenientes asociados a los clásicos antivitaminas K. Sin embargo, la ausencia de necesidad de monitorización biológica de los anticoagulantes directos puede suponer una preocupación por parte de los clínicos en tanto en cuanto puede limitar la adherencia al tratamiento ⁽²⁾.

El otro factor asociado directamente con la relación del paciente con su tratamiento es el impacto en su calidad de vida. Existen adaptaciones a la cultura y el idioma españoles de un cuestionario desarrollado para evaluar la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral, por lo que se dispone de un instrumento útil y válido para nuestro entorno ⁽³⁾. A priori, el impacto en la calidad de vida podría modificar en sentido negativo o positivo la adherencia al tratamiento. En el caso de los antivitaminas K, parece que la adherencia al tratamiento (evaluada de forma simple con la escala de Morinsky) es el factor que más contribuye al correcto control de la anticoagulación, mientras que el conocimiento del paciente, las características sociodemográficas o el impacto percibido en la calidad de vida no lo hacen tanto ⁽⁴⁾.

En un estudio español recientemente publicado, donde el objetivo fue analizar las preferencias de los pacientes con FANV por anticoagulantes orales para la prevención del ictus, los autores concluyeron que eficacia, dosis fija y seguridad son los atributos más valorados por los pacientes con fibrilación auricular no valvular. Estas preferencias deberían considerarse al instaurar o cambiar el tratamiento con AO para mejorar el cumplimiento y prevención en pacientes ⁽⁵⁾.

Aunque todos los anticoagulantes orales directos comparten una farmacocinética predecible, existen diferentes pautas de dosificación entre ellos (una o dos veces al día). El impacto de la frecuencia de dosificación en el cumplimiento de la medicación con estos agentes no ha sido evaluado prospectivamente, sin embargo, la frecuencia de los intervalos de dosificación se ha demostrado que afectan a la adherencia a medicamentos, que a su vez puede influir en los resultados en el paciente ⁽⁶⁾. La hipótesis de que la pauta diaria mejora la adherencia ha sido ampliamente demostrada en pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas y, específicamente, en pacientes con FANV ^(7,8,9). Además, ha sido recogida en informes de evaluación del medicamento en nuestro entorno y en recientes guías europeas de uso de nuevos anticoagulantes ^(10,11).

Por tanto, evaluar y garantizar la adherencia a este tipo de terapia anticoagulante es una medida necesaria para el uso de estos fármacos en condiciones seguras ⁽¹²⁾. Esta necesidad es especialmente trascendente en la prevención del ictus en la FANV dadas las características clínicas de muchos de estos pacientes (añosos y polimedicados) ⁽¹³⁾.

El papel del Farmacéutico comunitario en la adherencia es conocido. En un estudio, dirigido por la Cátedra de Atención Farmacéutica de Granada, en el 84,4% de los problemas con los resultados asociados al incumplimiento, la comunicación directa con el paciente es la forma utilizada por el farmacéutico para resolverlos, debido a una situación común que puede ser manejado por la farmacia comunitaria. La comunicación con el médico sólo es necesaria en el 15,6% de los casos. Además, al analizar la efectividad de la intervención del farmacéutico para solucionar el problema con los resultados, se encuentra que existe un aumento de la probabilidad casi de un 70 % de solución del mismo si se acepta la intervención farmacéutica. Los problemas de adherencia son un problema importante de causas de problemas con los resultados, los cuales, en su mayoría pueden ser identificados, prevenidos y resueltos por el farmacéutico directamente con el paciente en la farmacia comunitaria, siendo por tanto una oportunidad y responsabilidad del farmacéutico para cubrir esta necesidad social de contribuir a la obtención de los mejores resultados en salud con la utilización de los medicamentos y, con ello, a un uso más eficiente de los recursos en salud ⁽¹⁴⁾.

Existen múltiples causas por las que un paciente puede tener falta de adherencia a los medicamentos: relacionadas a la propia persona, a su entorno, a su capacidad de comprensión, pero también muchas veces los sanitarios se olvidan que después de la prescripción y la dispensación hay una persona que se enfrenta no siempre con la suficiente información con la enfermedad y el medicamento. En este sentido, la presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Alicia González, señaló recientemente que hay que diferenciar entre actitud activa y pasiva del paciente en la adherencia terapéutica. «La adherencia terapéutica implica una actitud activa del paciente, que acepta el tratamiento prescrito y modificaciones en su estilo de vida, mientras que el incumplimiento es pasiva, donde se le impone el tratamiento y sólo se le contempla la toma de la medicación». La presidenta de SEFAC cree que la figura del farmacéutico comunitario es esencial porque es un profesional sanitario «experto en medicamentos», además de ser una persona «accesible» para la población. «Pensábamos que los pacientes eran los culpables de los problemas de adherencia. Antes se le imponía el tratamiento, ahora tenemos que procurar que acepte esta medicación» ⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camm AJ et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J.* 2012 Nov;33(21):2719-47
2. Rodríguez RA, Carrier M, Wells PS. Nonadherence to new oral anticoagulants: a reason for concern during long-term anticoagulation? *J Thromb Haemost* 2013; 11: 390-4.
3. Sánchez R et al. Linares Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de

- los pacientes con anticoagulación oral. *Aten Primaria* 2004;34(7):353-9
4. Davis NJ, Billett HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother.* 2005 Apr;39(4):632-6.
 5. González-Rojas N et al. Preferencias por los tratamientos anticoagulantes orales para la prevención a medio y largo plazo del ictus en la fibrilación auricular no valvular. *Rev Neurol* 2012; 55 (1): 11-19
 6. Kopecky S. New anticoagulants for stroke prophylaxis in atrial fibrillation: assessing the impact on medication adherence. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2012 Oct 1;12(5):287-94
 7. Barrios V, Escobar C. Rivaroxaban: a once-daily anticoagulant for the prevention of thromboembolic complications. *Expert Rev. Cardiovasc. Ther.* 11(2), 129-141 (2013)
 8. Frishman W. Importance of Medication Adherence in Cardiovascular Disease and the Value of Once-Daily Treatment Regimens. 2007 Sep-Oct;15(5):257-63
 9. Laliberté F, Nelson W, Lefebvre P, Schein Jeff R, Rondeau-Leclaire J, Duh MS. Impact of Daily Dosing Frequency on Adherence to Chronic Medications Among Nonvalvular Atrial Fibrillation Patients. *Adv Ther* (2012) 29(8):675-690
 10. Rivaroxaban. Informe de evaluación. CADIME 2013. http://www.cadime.es/docs/informes/CADIME_IEM2013_Rivaroxaban.pdf
 11. Heidbuchel H et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace.* 2013 May;15(5):625-51
 12. Ten Cate H. New oral anticoagulants: discussion on monitoring and adherence should start now! *Thromb J.* 2013 Jun 28;11(1):8. [Epub ahead of print]
 13. Ferguson C et al. Atrial fibrillation and thromboprophylaxis in heart failure: the need for patient-centered approaches to address adherence. *Vasc Health Risk Manag.* 2013;9:3-11
 14. García-Jiménez E, et al. 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.
 15. Uno de cada cuatro pacientes olvida tomar su medicación. Noticia en ABC salud, Día 03/12/2013. <http://www.abc.es/salud/noticias/20131115/abci-cada-cuatro-pacientes-olvida-201311291109.html>



Mesa Redonda: Prevención y detección de problemas de salud en la Farmacia Comunitaria.

“Detección y screening del VIH”.

Angel Garay. Presidente COF Gipuzkoa



Desde el inicio de la epidemia del VIH, en España se han infectado entre 130.000 y 160.000 personas, de las que se estima que un 30% desconoce su situación de seropositividad⁽¹⁾. Es pues urgente impulsar iniciativas dirigidas a promover un diagnóstico precoz ya que la instauración temprana antirretroviral reduce la tasa de desarrollo de SIDA y la mortalidad de los pacientes infectados por el VIH⁽²⁾. Además, quienes saben que son seropositivos reducen en gran medida sus prácticas de riesgo, disminuyendo así la transmisión de la infección⁽³⁾.

Por eso, mejorar el acceso a las pruebas del VIH y promocionar su realización entre quienes hayan mantenido prácticas de riesgo, supone una estrategia primordial en la lucha contra el VIH propuesta por diferentes organismos nacionales e internacionales para reducir el número de personas infectadas no diagnosticadas^(1,4).

Teniendo todo ello presente el Consejo de Colegios de Farmacéuticos del País Vasco y el Gobierno Vasco decidieron sumarse al llamamiento poniendo en marcha una experiencia piloto para la realización de test rápidos del SIDA en farmacias con los siguientes objetivos:

- Realizar un cribado de infección del VIH en mayores de 16 años que han mantenido prácticas de riesgo.
- Facilitar educación sanitaria sobre la infección y las medidas preventivas.
- Asegurar una derivación efectiva a centros de referencia para la confirmación de los casos positivos.
- Ofrecer recursos específicos a quienes requieran apoyo social o psicológico.

La experiencia comenzó el 1 de marzo de 2009 con 20 farmacias distribuidas por todo el territorio de la Comunidad Autónoma del País Vasco: 2 en Araba, 12 en Bizkaia y 6 en Gipuzkoa.

Los farmacéuticos participantes reciben formación sobre la infección, medidas preventivas y metodología de realización del test rápido. Se utiliza el kit DETERMINE VIH 1/2, abonando el usuario 5 euros por la realización del test.

El éxito del Programa ha llevado a dos ampliaciones en el número de farmacias participantes y en la actualidad participan 36 farmacias: 5 en Araba, 20 en Bizkaia y 11 en Gipuzkoa y realizado un total de 13.238 test desde el inicio hasta el 31 de octubre de 2013., de los que 124(0,9%) han sido positivos

Además desde Noviembre del año 2011, se ofrece al colectivo homosexual la posibilidad de un diagnóstico precoz de la sífilis, sin coste adicional. Desde el comienzo hasta el 31 de octubre de 2013 se han realizado un total de 571 test, de los que 24 (4,2%) han sido positivos.

Dadas las características técnicas todos los positivos deben ser confirmados, por lo que se derivan a un Centro de OSAKIDETZA.

La experiencia demuestra que la farmacia auna accesibilidad con anonimato y rapidez y es un recurso importante en el diagnóstico precoz del VIH y Sífilis.

BIBLIOGRAFIA

1. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.
2. Oliva G, Almazán M, Guillen M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM num 2007/03
3. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of VIH from persons aware and aware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006;20(10):1447-50
4. World Health Organization. Rapid test: Guidelines for use in VIH testing and counselling services in resource-constrained settings. Ginebra:World Health organization.2004



Mesa Redonda: Prevención y detección de problemas de salud en la Farmacia Comunitaria.

“Cribado de infección por estreptococo en la Farmacia Comunitaria: streptotest”.

Xavier Boleda Relats. Grupo de Respiratorio de SEFAC.

el “streptotest” es una técnica diagnóstica basada en la detección de antígenos utilizada para el diagnóstico del estreptococo β -hemolítico del grupo A o S.Pyogenes (EBHGA) en casos de faringoamigdalitis. Su utilización permite discriminar la faringitis bacteriana de la vírica y, por tanto, contribuye a disminuir la posibilidad del mal uso de antibióticos cuando no están indicados.

En su concepto más amplio, el cribado se puede definir como “la aplicación de procedimientos de selección (cuestionario, examen físico, test) a poblaciones de individuos aparentemente sanos con objeto de identificar, en la fase de latencia, a aquellos que pueden estar enfermos o que presentan un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad”.

Revisando la bibliografía, se acepta que la enfermedad que se “quiera cribar” debe cumplir los criterios establecidos en el año 1968 por Wilson y Junger:

- 1-La enfermedad debe ser un importante problema de salud pública.
- 2-Su historia natural debe ser conocida de forma precisa, debe presentar una fase de latencia identificable, duradera y de prevalencia elevada en la población a cribar.
- 3-Los criterios para el diagnóstico deben estar bien establecidos.
- 4- El tratamiento efectuado en la fase subclínica debe mejorar el pronóstico de la afección.

Toda prueba o test aplicada en un cribado debe cumplir otras condiciones, para que éste tenga éxito. Lo ideal es que sea económica, fácil de aplicar y que produzca el mínimo posible de molestias a los pacientes, lo que hará que sea aceptada por la población y por el personal sanitario responsable de su aplicación. Además, el test debe ser seguro, ya que se aplica a pacientes asintomáticos, en los que cualquier complicación sería mal aceptada. Esta aceptación

es una condición básica para el éxito del cribado.

Además, los resultados de la prueba de cribado deben ser válidos (sensibles y específicos) y fiables (reproducibles).

Si nos atenemos a estas definiciones y condiciones, el cribado de estreptococo realizado en la farmacia comunitaria, se desviaría parcialmente de esta definición, ya que en nuestro caso aplicamos la técnica de detección rápida de antígeno de estreptococo cuando el paciente manifiesta ya algunos síntomas de la enfermedad, aunque éstos sean leves. En nuestro caso, el cribado se referiría a la posibilidad de discernir entre infección estreptocócica de la que no lo es, básicamente de origen vírico. Streptotest es una técnica validada y que posee una sensibilidad y especificidad elevadas. El resto de condiciones, podemos considerar que sí se cumplen.

La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta médica en atención primaria. Se calcula que en España se producen más de 4 millones de consultas médicas por esta patología, y que son más de 16 millones los casos totales. En la farmacia comunitaria, se detectan muchos de estos casos, y es el farmacéutico el profesional sanitario de primera línea que, ante la demanda de un remedio para esta enfermedad, debe estar preparado para saber identificar correctamente el problema, con el fin de optimizar recursos sanitarios, disminuir molestias a los pacientes, y sobre todo colaborar a que se realice una correcta utilización de los medicamentos y, en especial en este caso, de los antibióticos.

La faringoamigdalitis puede ser de origen infecciosa o no infecciosa. Si bien la mayor parte de episodios de faringitis aguda tienen de una causa infecciosa, algunos procesos no infecciosos pueden también causar una irritación faríngea.

Debemos descartar que el dolor de garganta sea causado por la inhalación o ingesta de sustancias cáusticas como productos químicos o humo, el tabaquismo, la respiración bucal, la baja hidratación, la presencia de cuerpos extraños, la rinitis alérgica o el reflujo gastroesofágico.

En cuanto a la faringitis infecciosa, ésta puede estar causada a su vez por diversos microorganismos, siendo en más del 80% causada por virus, y especialmente por rinovirus. En estudios basados en el cultivo faríngeo, se ha observado que solo un 13% de las faringoamigdalitis son bacterianas, y de éstas, la mayoría ocasionadas por EBHGA. Solo en este caso, sería apropiada la utilización de un antibiótico.

Los signos y síntomas de la faringitis viral o bacteriana son inespecíficos. Por esta razón considerar solamente la clínica para determinar el posible origen de la infección, no es suficiente para poder diagnosticar correctamente la faringitis estreptocócica, si no se dispone de herramientas apropiadas para ello: el streptotest sirve para detectar de una forma rápida, específica y fiable la presencia de EBHGA.

En los años 80, Centor desarrolló un sistema de puntuación que permite calcular el riesgo de padecer una faringoamigdalitis bacteriana; se adjudica un punto a la aparición de cada uno de los síntomas/signos como el exudado faringoamigdalitar, adenopatías laterocervicales dolorosas o fiebre superior a 38°C. La presencia de tos sugiere un origen vírico, y por tanto se valora con un punto la ausencia de tos. Esta escala de decisión no se validó en niños, y fue Mc.Isaac quien, modificó estos criterios mediante la aplicación del factor edad. Al ser la faringoamigdalitis bacteriana más común en niños de 3 a 15 años, a éstos se les aplica un punto (+1), "0" puntos a pacientes de 16 a 45 años, y por encima de los 45 se aplica un punto negativo (-1). De acuerdo a esta puntuación, se calcula el riesgo de infección estreptocócica. La probabilidad de infección estreptocócica es mayor, cuantos más criterios Centor presente. Existe una evidencia muy clara de que los pacientes con ninguno o con sólo un criterio presentan un riesgo muy bajo de infección por EBHGA y, por tanto, no necesitan de ningún abordaje ni diagnóstico adicional, ni sería necesario tratamiento antibiótico. Con 4 puntos o más se calcula que el riesgo de padecer una infección estreptocócica es superior al 50%. La realización del test, permitirá confirmar esta

infección, y se propondrá cuando existan 2 o más criterios Centor.

Los protocolos actuales de actuación plantean que, ante la presencia de esta patología, se aconseja la derivación directamente al médico a pacientes menores de 15 años, pacientes con enfermedades crónicas no controladas, y otras enfermedades y situaciones especiales dependiendo del protocolo.

Se han de consensuar protocolos con sociedades médicas, que permitan que el farmacéutico comunitario, desde su situación de profesional sanitario de primera línea de actuación, por su alta disponibilidad y preparación, se consolide como una herramienta eficaz e indispensable para la gestión de esta patología.

Tras la realización del test, el farmacéutico comunitario debe estar preparado para aconsejar un tratamiento eficaz paliativo, y de derivar al médico en el caso que sea necesario, para la confirmación del diagnóstico y, si procede, para recibir un tratamiento específico.

En cualquier caso la colaboración con los demás profesionales sanitarios, potenciará la figura del farmacéutico comunitario como eslabón básico del sistema de salud, prestigiando su actuación profesional, evitando o reduciendo a nuestros pacientes molestias innecesarias, facilitando tratamientos adecuados, y ayudando sobre todo al mejor y más racional uso de los medicamentos.

Mesa Redonda: Prevención y detección de problemas de salud en la Farmacia Comunitaria.

“Detección de sangre en heces”.

Pilar Gascón Lecha. COF Barcelona.



el cáncer de colon y recto (CCR) es uno de los tumores en los que hay evidencia del beneficio de realizar estrategias de detección precoz, está incluido en la estrategia del cáncer del Sistema Nacional de Salud y en la mayoría de planes oncológicos de las diferentes Comunidades Autónomas. La evidencia disponible sugiere que el método recomendable es la detección de sangre oculta en heces.

En Catalunya, anualmente 4.000 personas son diagnosticadas de cáncer colorrectal, constituyendo la primera causa de muerte por cáncer. Su cribado en población de riesgo medio se demuestra eficaz en la reducción de su incidencia y mortalidad. La limitación más importante del cribado poblacional es la participación, influyendo el modelo organizativo del programa y el tipo de prueba empleado. Las farmacias, por su formación, rol profesional y accesibilidad son un recurso valioso en estos cribados. Por este motivo, con el fin de lograr un aumento de cobertura se incorporó al farmacéutico comunitario en el Plan Funcional de un programa de cribado de CCR a través de un pilotaje coordinado por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. La prueba piloto evidenció la efectiva función del farmacéutico como informador a los ciudadanos, logrando una tasa de participación superior al 45%, que no se había logrado en otras experiencias. Los excelentes resultados que se obtuvieron, permitieron la concertación del servicio entre el Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña y el Servicio Catalán de la Salud.

OBJETIVO

El objetivo del servicio concertado es incluir a las farmacias en el Programa de Detección Precoz CCR para hacerlo más accesible a la población y por tanto, fomentar la participación.

MÉTODO

La población diana del programa son hombres y mujeres de 50 a 69 años incluidos en el Registro Central de asegurados, que reciben una carta invitándoles a participar en el programa. Las

personas que deciden entrar en el PDPCCR-OF han de acudir a cualquiera de las farmacias que ofrecen el servicio. La participación de las farmacias es voluntaria pero deben haber realizado la formación específica sobre el Programa.

El farmacéutico proporciona la información necesaria, hace entrega de los colectores de recogida de muestra de heces y resuelve las posibles dudas que puedan surgir sobre el programa. Registra la actividad realizada (fecha, CIP paciente, código barras colector).

El participante puede entregar la muestra en cualquiera de las farmacias que deben cumplimentar el registro correspondiente y periódicamente entregar las muestras recogidas para que sean analizadas en el laboratorio de referencia de la Oficina de Cribado.

El método de cribado utilizado es la prueba de detección inmunológica de sangre oculta en heces (PDSOH) que es la única que ha demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados. La prueba de elección para la investigación de los casos positivos es la colonoscopia con pseudo analgesia o anestesia.

Si el resultado de la PDSOH es negativo, la Oficina de Cribado comunica este resultado al participante por correo ordinario y se informa que volverá a ser invitado a participar al cabo de 2 años. Si el resultado de la PDSOH es positivo, la Oficina de Cribado se pone en contacto telefónico con el participante y le indica la realización de una colonoscopia.

RESULTADOS

En estos momentos el programa con la participación de las farmacias está extendido en buena parte de la ciudad y provincia de Barcelona y una comarca de Girona. Se espera que durante el 2014 el programa se haga extensivo a Lleida y Tarragona.

El número de farmacias comunitarias participantes es de 398. La participación de la población en primera ronda fue del 42,6% y la participación en segunda ronda se está incrementando notablemente.

La Tasa de sangre oculta en heces es del 6,3% de la población participante.

La Tasa de adenomas de bajo riesgo es del 8,2/1.000.

La Tasa de adenomas de alta riesgo es del 17,1/1.000.

La Tasa de cánceres invasivos es del 4,4/1.000.

CONCLUSIÓN

La implementación de los servicios profesionales relacionados con los Cribados, se está consolidando en Cataluña. Buena prueba es el Programa de detección precoz de cáncer colorectal, habiendo sido definida por concertación y contando con retribución económica en el sistema público.

Mesa Redonda: Paradigma de la adherencia en la Farmacia Comunitaria.

“Mejora de la adherencia terapéutica en el paciente polimedocado en Castilla y León”.

Pedro Useros. CIM COF Guipúzcoa.



e El incumplimiento terapéutico es uno de los problemas de salud más importantes y con más repercusión sobre los sistemas sanitarios. Según diferentes estudios se estima que en España el incumplimiento oscila entre el 16 y el 66%.

En general las causas que motivan estas cifras son: el olvido de la toma de la dosis, el abandono de la medicación por haber remitido los síntomas y las deficiencias en el conocimiento sobre el problema de salud y la medicación prescrita. Además, la aparición de problemas cognitivos y de deterioro de las personas ocasiona la pérdida de la capacidad para administrarse la medicación.

En Castilla y León existe un aumento claro de personas mayores, con mayor presencia de enfermedades crónicas y por tanto , de pacientes polimedocados. El 22% de la población es mayor de 55 años y , de ellos, casi el 20% viven solos.

Por todo ello, en Castilla y León se viene desarrollando el Programa de Atención al paciente polimedocado, que tiene entre sus objetivos aumentar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes y profundizar en la colaboración de las oficinas de farmacia con los centros de salud. Desde una óptica multidisciplinar, los profesionales que se encuentran alrededor del paciente (médicos, profesionales de enfermería y farmacéuticos) aúnan esfuerzos para ayudar a aquellos pacientes polimedocados que tienen dificultades a la hora de tomar su medicación.

Estos pacientes acuden a las oficinas de farmacia con una hoja de medicación. En el momento de la dispensación el farmacéutico , después de comprobar que las prescripciones coinciden con el plan terapéutico de la hoja de medicación, se asegura, mediante cuatro sencillas preguntas, que el paciente conoce como y cuando debe tomar sus medicamentos. Para reforzar mas la información al paciente, se ha desarrollado un sistema de pictogramas que adheridos a los envases de los medicamentos le recordarán al paciente, ya en su casa, para que sirva el medicamento y cuando debe tomarlo.

Las dispensaciones realizadas y el conocimiento que el paciente tiene sobre los medicamentos que utiliza son consignados en una hoja de registro. Las dispensaciones realizadas son tratadas mediante el módulo de dispensación del BOT PLUS, en donde podrán aparecer diferentes alertas. La posible aparición de PRM o en su caso de RMN son puestas en conocimiento del centro de salud mediante distintas vías de comunicación.

Mesa Redonda: Paradigma de la adherencia en la Farmacia Comunitaria.

“Proyecto ADTRA-LIP”.

Belén Larrañaga Arregi. CIM COF Guipúzcoa.



La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma los medicamentos como están prescritos (1), aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología.

Las acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico pueden disminuir los gastos sanitarios a largo plazo, reduciendo los derivados de ingresos hospitalarios evitados y del coste derivado del tratamiento de complicaciones. Además, tiene impacto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la consecución de objetivos terapéuticos (2 y 3).

La hipercolesterolemia, es una enfermedad metabólica crónica, que suele requerir un largo tratamiento farmacológico, lo que hace que los pacientes afectados presenten una mayor falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

El proyecto de adherencia al tratamiento, Adtra-Lip, es un estudio nacional aleatorizado que pretende estudiar el impacto de la intervención profesional (médico o farmacéutica), sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipercolesterolemia.

Consiste en un estudio clínico, experimental, multicéntrico, en el que participan 100 médicos de Atención Primaria y 100 Farmacias Comunitarias distribuidos a lo largo de todo el territorio nacional, que reclutarán un total de 1800 pacientes con hipercolesterolemia. El reclutamiento del estudio está previsto que comience en Abril de 2014.

El estudio con una duración de 6 meses, consistirá en reclutar 9 pacientes por investigador con la siguiente actuación: 3 pacientes cumplidores sin intervención, 3 pacientes incumplidores sin intervención y 3 pacientes incumplidores con intervención sobre las causas del incumplimiento. Tras la valoración de las causas del incumplimiento por parte del profesional sanitario (médico o farmacéutico), la intervención irá dirigida a modificar esas causas, personalizando cada intervención a las necesidades concretas de cada paciente.

El grado de adherencia y el impacto clínico, se valorarán a través del test de Morisky-Green Levine y

de la determinación de colesterol sérico, respectivamente.

Como objetivo secundario el estudio Adtra-Lip busca evaluar las diferencias de incumplimiento terapéutico ante la prescripción de medicamentos de marca frente a medicamentos genéricos.

Por tanto, el estudio ADTRA-LIP pretende aportar un valor añadido a la actuación profesional de los médicos y los farmacéuticos en la adherencia al tratamiento, a través de una intervención personalizada sobre las causas de incumplimiento de los pacientes con hipercolesterolemia.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio está siendo financiado por Teva Pharma, S.L.U. España.

Los promotores del estudio son el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa y el Observatorio de Adherencia al Tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-550.
2. Conthe P, Márquez Contreras E. Documento de Consenso Adherencia y Cumplimiento Terapéutico. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. 2012. <http://www.fesemi.org/documentos/publicaciones/consensos/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf> (consultado 26/06/2013).
3. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico 2012 (ISBN: 978-84-695-4474-7). http://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico_2012.pdf (consultado 31/10/2013).



Mesa Redonda: Paradigma de la adherencia en la Farmacia Comunitaria.

“Programa Adhiérete”.

Raquel Varas Doval. Consejo General de COF.



Se trata de un proyecto incluido en la red de investigación en farmacia comunitaria (RIFAC) de la Organización Farmacéutica Colegial.

Su objetivo principal es evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes mayores de 60 años, crónicos, polimedicados, e incumplidores a través de determinados servicios ofrecidos por el farmacéutico dentro del ámbito de la Atención Farmacéutica, utilizando Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) y/o nuevas tecnologías (Aplicación móvil).

Es uno de los proyectos incluidos en el Programa del partenariado de la comisión europea para la innovación en el envejecimiento activo y saludable (EC-EIP-AHA) de la PGEU

JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida constituye uno de los principales factores del cambio demográfico experimentado en las últimas décadas y ha traído consigo un incremento en la proporción de población mayor de 65 años. Esto ha ido, consecuentemente, unido al aumento de las enfermedades crónicas, la demanda de servicios sanitarios y medicamentos.

La atención al paciente crónico constituye, hoy por hoy, una de las políticas prioritarias para la mayor parte de los sistemas sanitarios. De ahí que en junio del 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España presentase su Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia que establece objetivos y recomendaciones para permitir orientar la organización de los servicios sanitarios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes y la prevención. Dentro de ellos se incluye una recomendación para garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de detectar problemas relacionados con los medicamentos, como es la falta de la adherencia a los tratamientos, y evitar resultados no esperados en la salud del paciente.

La OMS ha identificado la falta de adherencia a los tratamientos como un “problema mundial de gran magnitud”, una de las causas principales de enfermedad y mortalidad, cuya consecuencia provoca la reducción de los resultados en salud y el aumento el gasto sanitario. Se estima

que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología.

Mejorar el uso de los medicamentos es una de las estrategias que ha demostrado ser más efectivas. Parece probado que las acciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento pueden aumentar los gastos de sanidad a corto plazo, por la dedicación de los profesionales sanitarios y por el incremento de gastos en medicamentos pero, sin lugar a duda, disminuyen los gastos sanitarios a largo plazo, reduciendo otros gastos derivados fundamentalmente de los ingresos hospitalarios evitados y del tratamiento de complicaciones.

DISEÑO

Es un estudio de intervención comunitaria de tipo naturalístico (pre-post) sin grupo control, aleatorio, prospectivo y multicéntrico.

Participación de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), farmacias comunitarias y pacientes

Participan 60 farmacias de COF de tres Comunidades Autónomas españolas, Extremadura, País Vasco y Cataluña (10 en Cáceres, 10 en Badajoz, 20 en Bizkaia y 20 en Barcelona). Así mismo participan un total de 100 farmacéuticos y 300 pacientes (5 por farmacia).

El programa se ha iniciado en noviembre de 2013 con la formación de responsables colegiales y farmacéuticos comunitarios. El trabajo de campo durará inicialmente 6 meses.

El programa utiliza los procedimientos consensuados de los servicios de Atención Farmacéutica, el test de Morisky-Green y tres posibles sistemas de refuerzo a la adherencia para la distribución aleatoria de los pacientes en tres ramas. La participación en el programa conlleva, como mínimo, la realización de 7 visitas del paciente a la farmacia, y la asignación total de los pacientes a cada rama de estudio por farmacia responde a la siguiente secuencia:

- 2 Pacientes a la rama de refuerzo a la adherencia mediante Nuevas Tecnologías (NNTT): se trata de un sistema que combina una aplicación web para la inclusión de la medicación estudiada por el farmacéutico junto con una aplicación para el móvil.
- 2 Pacientes a la rama de refuerzo a la adherencia mediante Sistema Personalizado de Dosificación (SPD): se trata de un dispositivo multicompartimental de un solo uso que incluye toda la medicación que utiliza el paciente organizada por días y tomas.
- 1 Paciente a la rama de refuerzo a la adherencia mediante SPD + Aplicación SPD (aplicación en Smartphone): se trata de un sistema que combina el refuerzo mediante SPD con una aplicación para móvil llamada TomaMed que funcionan a través de un sistema de alarmas.

Se cuenta con el dictamen de aprobación del CEIC de referencia, CEIC de Euskadi (CEIC – E), y los dictámenes de los CEIC de Extremadura y Cataluña.

El promotor del programa es el Consejo General de Farmacéuticos, cuenta con la participación de los Colegios de Barcelona, Cáceres, Badajoz y Bizkaia, la colaboración de Laboratorios Esteve, y el apoyo de Anoto y la Fundación Vodafone.

Taller

“Servicio para el manejo de la hipertensión y el riesgo cardiovascular: integración en la práctica diaria en la Farmacia Comunitaria”.

José Sendra Lillo
Cátedra de Atención Farmacéutica. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.



La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestro país y un factor de riesgo cardiovascular (RCV)¹. Además, la HTA puede provocar o empeorar otras patologías como la lesión de órganos diana.

El diagnóstico, manejo y control de la HTA se ha realizado tradicionalmente mediante la medida de la presión arterial (PA) en la consulta médica (PAC). Sin embargo, este método presenta limitaciones. Por ello, la aparición de métodos de medida fuera del entorno clínico, como la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) o la automedida de la PA (AMPA), han desplazado a este método por ofrecer una aproximación mejor a la PA real del paciente.

En la farmacia comunitaria el uso de AMPA está respaldado por las guías de práctica clínica, que reclaman la implicación del farmacéutico comunitario para promover su implementación². Además, el documento de consenso español sobre actuación del farmacéutico comunitario en pacientes con HTA y RCV recomienda emplear AMPA o MAPA para ayudar al médico en la toma de decisiones clínicas³. Aunque dichos métodos no siempre estén recomendados o disponibles.

Por su parte, la medida de la PA en la farmacia comunitaria (PAFC) es una práctica habitual sobre la que se pueden tomar decisiones clínicas. Sin embargo, este método ha sido escasamente estudiado⁴.

Tanto los dispositivos de medida de AMPA como los de medida de PAFC deben estar validados y calibrados⁵ y cumplir una serie de requisitos. Se recomiendan sólo los tensiómetros de brazo, los dispositivos de muñeca sólo se recomiendan en condiciones especiales: obesos, incapacidad, minusvalía, etc. Es deseable que el tensiómetro cumpla con una serie de requisitos, por ejemplo, que el manguito adecuado al brazo del paciente, memoria incorporada, que se realice una validación especial en poblaciones especiales, etc.

Análogamente, en el caso de la MAPA, es necesario cumplir una serie de recomendaciones para que la técnica se realice de un modo correcto y así poder obtener correctamente las medidas del paciente e interpretar los resultados.

La AMPA y la MAPA no son técnicas excluyentes sino complementarias, de un modo similar podría suceder con el método de medida de PAFC. Por ello, el farmacéutico comunitario ha de ser conocedor de las ventajas e inconvenientes de los tres métodos, no sólo para recomendar su uso a los pacientes, sino también para ser el profesional que promueva, maneje y gestione los datos de estas técnicas de medida de PA.

Del mismo modo, el manejo del RCV ha de ser integral, y es por ello que desde la farmacia comunitaria se debe intervenir sobre todos los factores que estén al alcance del farmacéutico en mayor o menor medida.

El objetivo del taller es enseñar a los asistentes a gestionar los distintos métodos de medida de la PA e integrarlos en el manejo global del RCV dentro de un servicio aplicable a la farmacia comunitaria con sus diversas alternativas: educación para la salud, cesación tabáquica, SPD, pruebas en seco, etc.

BIBLIOGRAFÍA:

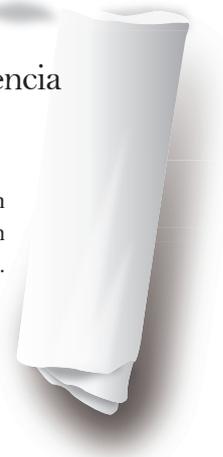
1. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión (Madr)* 2005; 22(9): 353-362.
2. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y et al. European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens* 2010; 24(12): 779-785.
3. Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregosa Z et al. Action guide for community pharmacist in patients with hypertension and cardiovascular risk. Consensus document (condensed version). *Hipertens riesgo vasc* 2011; 28(5-6): 169-181.
4. Sabater-Hernandez D, Azpilicueta I, Sanchez-Villegas P, Amariles P, Baena MI, Faus MJ. Clinical value of blood pressure measurement in the community pharmacy. *Pharm World Sci* 2010; 32(5): 552-558.
5. O'Brien E, Petrie J, Littler W, de Swiet M, Padfield PL, Altman DG et al. An outline of the revised British Hypertension Society protocol for the evaluation of blood pressure measuring devices. *J Hypertens* 1993; 11(6): 677-679.



Taller

“Educación para la salud en aspectos relacionados con la adherencia farmacológica y no farmacológica. El papel del farmacéutico”.

Narjis Fikri-Benbrahim
Cátedra de Atención Farmacéutica. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.



e En el ámbito sanitario, la adherencia se refiere al grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud¹. Esta definición implica un papel activo del paciente en la toma de decisiones relacionadas con las recomendaciones dadas por el profesional sanitario para tratar su enfermedad.

No obstante, se ha observado que en muchas ocasiones existe una falta de adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico por parte de los pacientes. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico se considera como un problema sanitario de primer orden, ya que condiciona en gran medida la efectividad de los tratamientos prescritos, y como consecuencia, conlleva a repercusiones en salud para el paciente (no control de la enfermedad, complicaciones, hospitalizaciones, incapacidad prematura, muerte, etc.) y económicas para el sistema sanitario (aumento de la dosis de un medicamento o adición de nuevos, utilización de recursos terapéuticos/pruebas diagnósticas más sofisticados, etc.).

Por ello, la participación activa de los profesionales de la salud constituye una estrategia fundamental para conseguir una mejor adherencia al tratamiento. Por su accesibilidad a la población y conocimiento en materia de medicamentos, el farmacéutico comunitario se presenta como un profesional sanitario idóneo para realizar este cometido.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo y viene condicionada por varios factores relacionados con los pacientes, enfermedad, tratamiento, personal sanitario y, factores socioeconómicos². Por tanto, el farmacéutico ha de valorar y explorar cada una de estos factores a la hora de abordar a un paciente no adherente para intervenir de forma efectiva.

El presente taller tiene como objetivo enseñar a los farmacéuticos los distintos métodos que permiten evaluar la adherencia farmacológica y no farmacológica, así como aquellas estrategias que permiten abordar y/o mejorarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003;2:323.
2. National Institute of Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>.

Conferencia:

“Farmacogenómica y la Atención Farmacéutica: Bases de una necesaria evolución profesional”.

Andrés Corno. Análisis Genéticos ANCOR S.L.

INTRODUCCIÓN. ¿QUÉ ES LA FARMACOGENÓMICA ?.

La máxima “Primum non nocere” de Hipócrates de Cos (Siglo V a.c) que sigue regiendo la actividad de los profesionales sanitarios, la aprobación de nuevos Fármacos que no ha perdido validez deontológica, creó tras más de 2000 años de vigencia que ha llegado el momento de mejorarla fijando nuevas máximas de actuación.

Una Ciencia básica y aplicada, fundamental hoy es la Farmacogenómica, a ella debemos que en un breve espacio de tiempo hayamos adquirido el conocimiento para que de una forma predictiva, anticipativa podamos evitar la aparición de un buen número de efectos adversos y de no efectos, frecuentes en la población asociados a prescribir y dispensar principios activos sin tener en cuenta el genotipo del paciente.

Por Farmacogenética/Farmacogenómica dos términos que se utilizan indistintamente, se entiende el estudio y análisis de variaciones genéticas en el ADN y/o el ARN que determinan la respuesta terapéutica. La Farmacogenómica es importante porque hoy sabemos que frente a otras variables como las interacciones, la dieta, el peso, el sexo, etc..., son los factores genéticos los que más contribuyen a la variabilidad en la respuesta (contribuyen entre el 20-95 %).

Al hablar de variaciones, es necesario introducir dos matices, uno que las variaciones son determinantes tanto a nivel del individuo como a nivel del agente causal (virus, bacterias) en el caso de patologías infecciosas. Dos que estas variaciones pueden ser tanto heredadas (por ejemplo variaciones en el gen de metabolización CYP2D6) como adquiridas como lo son las variaciones-mutaciones en el oncogen K-ras que analizamos clínicamente antes de utilizar el Cetuximab en el tratamiento de un cáncer de colon.

Quedaría por explicar que es una variación. A nivel de ADN es un cambio en la secuencia nucleotídica de una base por ejemplo una A (adenina) por una T (Timina), este cambio de una base por otra es el tipo de cambio más sencillo, frecuente y recibe el nombre de SNP (polimorfismo de nucleótido sencillo). Existen otro tipo de variaciones que también se analizan como las CNV y MVP. Las variaciones a nivel de ARN de diverso tipo, afectan finalmente a la expresión (síntesis y estabilidad) de las proteínas dando lugar a situaciones que van desde una no producción, a una sobreproducción pasando por la síntesis de

proteínas anómalas.

La importancia de su estudio y análisis clínico en Farmacia se debe a dos poderosas razones:

1°.- Porque son frecuentes en la población normal (se analizan principalmente las que están presentes en el 1% de la población) existiendo un rango amplio de frecuencias. Por ejemplo la variante 3 del gen CYP3A5 (CYP3A5*3) que interviene en la metabolización de un gran número de fármacos está presente en el 80% de la población en principio normal, salvo en la respuesta a algunos fármacos.

2°.- Porque muchas de estos cambios son los principales factores responsables de la variación en la respuesta a los fármacos que explican un número creciente de efectos adversos, de no efectos por falta de ajuste en la dosis o de una no respuesta; bien porque la diana farmacológica no sea funcional, bien porque los mecanismos genético-moleculares de la enfermedad no estén bien caracterizados.

Descubierta la importancia de la variabilidad genética durante el desarrollo del Proyecto Genoma Humano en la década de los 90, otros grandes proyectos Internacionales se han dedicado a caracterizarlas y hacerlas disponibles públicamente como el SNP Consortium o El Proyecto 1000 genomas. Desde hace una década científicos de todos los ámbitos y especialidades nos dedicamos a definir su significado funcional y sus implicaciones clínicas.

¿POR QUÉ HAN CAMBIADO LAS BASES DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL FÁRMACO Y SU ACCIÓN TERAPEUTICA?

El proceso de metabolización genérico de todo fármaco, proceso LADME (Liberación, Absorción, Distribución; Metabolización y Excreción) se nos explicó y se sigue explicando de una forma vaga e imprecisa, tan sólo se hace una aproximación química-bioquímica de los procesos que tienen lugar como los de: activación, conjugación, oxidación, reducción, hidrólisis, etc..., sin definir que proteínas ejecutan estos procesos, cómo se regulan los mismos y menos aun como se concretan estos procesos en un principio activo determinado. Hoy sabemos que las reacciones de Fase I, Fase II y Fase III, corren a cargo de familias génicas que tienen varios miembros con una acción en muchos casos específica de tejido.

Ejemplos de Familias génicas de Fase I: tenemos la familia del Citocromo P450 (59 genes funcionales), familia de las Alcohol deshidrogenasas (ADH 8 genes), de las Aldehído deshidrogenasas (ALDH 19 genes) o la de las Aldo Ceto reductasas (15 genes), etc. Entre las de Fase II de Conjugación: las GSTs (Glutation transferasas 21 genes), UGTs (UDP glucuronosil transferasas 32 genes) o las Sulfottransferasas (SULT Sulfottransferasas citosólicas 13 genes o Sulfottransferasas de membrana 37 genes). Y entre los genes pertenecientes a la Fase III de Transporte, responsables de que los fármacos entren en las células y por tanto puedan actuar en las dianas, pero también salir, se encuentran: la Familia ABC (ATP binding cassette que introducen fármacos a nivel celular con el consumo de energía del ATP con 63 genes) y la Familia SLC (Solute carriers con 391 genes). Estas son algunas de las principales familias génicas que intervienen en la metabolización de fármacos y todos sus miembros, todos sus genes son polimórficos es decir que en cada uno de ellos existen variantes de la forma metabólicamente activa. Muchos de ellos contienen variantes con pérdida o disminución de función que lleva asociado un fenotipo de metabolización lenta (PM) o pobre del fármaco o variantes de función aumentada que llevan a un fenotipo de metabolización rápida o ultrarrápida que conocemos como ultrarrápidos metabolizadores (UM). Así por ejemplo, en el gen CYP2D6 citado hay descritas más de 100 variaciones de las que al menos 8 son farmacológicamente importantes que son las que analizamos en clínica.

Es necesario reseñar que también encontramos variaciones-polimorfismos en las dianas terapéuticas como es el caso de los polimorfismos en VKORC1 (Vitamina K epóxido reductasa 1) diana de anticoagulantes como

la warfarina o el acenocumarol (Sintrom) o en la HMGCR diana de los hipolipemiantes. Por ello puedo decir siendo contundente que: “creer hoy que un fármaco vaya a actuar sobre una diana en una persona concreta” es simplemente un acto de buena fe (partiendo del supuesto que desde un punto de vista patológico, la diana esté bien definida y de que exista un principio/s activo/s que actue/n sobre la misma). “Las variaciones en las capacidades de metabolización de un fármaco y en las dianas “son la regla no la excepción”. Como prueba de la aseveración tenemos el dato de que la eficacia media de los fármacos para todos los grupos terapéuticos es tan sólo del 60%¹. O por ejemplo que sobre 1800 genes asociados a enfermedades (lo que en inglés se conoce como “Diseasome” en castellano ¿patoma o patologoma?) la Industria farmacéutica cubre tan sólo 400 genes-proteínas de los 1800, se dispone por tanto de principios activos que actúan sólo sobre un 22% de las dianas potenciales. Contamos con 1200 fármacos, es decir con una media de 3 principios activos por diana².

Ni las Agencias Reguladoras del Fármaco, como la FDA y EMA ni la Industria son ajenas a estos avances. La FDA ha publicado una lista de biomarcadores y ha promovido la revisión de los prospectos de más de 130 fármacos pertenecientes a todos los grupos farmacológicos y la EMA también ha introducido información y recomendaciones sobre biomarcadores genéticos en el Clopidogrel, Abacabir, Rasburicasa, Aripiprazol y Trióxido de Arsenio.

Por último: ¿ CABE UN SERVICIO DE FARMACOGENÉTICA EN ATENCIÓN FARMACEUTICA, CUALES PUEDEN SER LAS AREAS DE APLICACIÓN, CUALES SUS REPERCUSIONES, CUAL ES EL CAMINO ?

Estas y otras preguntas ya han sido formuladas y respondidas por farmacéuticos en Europa. La “Royal Pharmaceutical Society” y NHS Inglés organizaron en Londres en Julio del 2007, una reunión con el objetivo de descubrir cual era la percepción de los Farmacéuticos sobre la Farmacogenética y determinar que papel percibían que podían desempeñar en el ofrecimiento de un Servicio de Farmacogenética al público. A la reunión asistieron 20 miembros que representaban a diferentes actores sociales del mundo del Fármaco; Farmacéuticos Comunitarios, Hospitalarios, del mundo docente y de la Industria. Hubo un consenso general en el sentido que todos creían que la farmacogenética era una herramienta que permitía mejorar la seguridad y eficacia de los fármacos. Y concretaron sus aplicaciones en tres áreas:

- A.-Farmacogenética en el punto de la prescripción.
- B.-Farmacogenética en el punto de dispensación y venta.
- C.-Introducción e integración de nuevos servicios de Farmacogenética.

Estos y otros aspectos que afectan al presente y futuro de la profesión y que exigen un posicionamiento son los que abordaré en la exposición.

CNV= Copy number variation-Variaciones en el número de copias.

MVP=Methylation variable position-Posiciones de metilación variables.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Spear BB et al. Trends Mol Med. 2001; 7:201-204.
2. Aislyn D. Wist et al. Systems Pharmacology and genome medicine: a future perspective. Genome Medicine. 2009;1:11
3. Ann K Daly. Genome wide association studies in pharmacogenomics. Nature Reviews. 2010; 11:241-346,

Conferencia:

“La falta de adherencia terapéutica no es gratuita”.

Francisco Javier Carrera Hueso. Hospital Dr. Moliner (Valencia)



el Dr Everet Coop ya nos recordaba lo obvio: “Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman”. En el modelo del proceso farmacoterapéutico descrito por Kozman y cols, ya tenían presente como modificador del mismo el grado de cumplimiento de los pacientes para la obtención de resultados sanitarios, económicos y humanísticos como la mejora de la calidad de vida de los pacientes. En efecto, de los resultados de eficacia que proporcionan los ensayos clínicos aleatorizados de los medicamentos hasta conseguir la efectividad en el mundo real, hay diferencias observadas por la intervención de distintos modificadores e intermediarios como la adherencia terapéutica.

Repasaremos los conceptos básicos y diferencias entre el cumplimiento y la adherencia terapéutica, siendo necesaria la participación de los pacientes en esta última. Los factores relacionados con la adherencia se incluyen principalmente en 5 dominios, a saber, los relacionados con: el sistema sanitario o equipo de asistencia sanitaria, con el paciente, con el medicamento, con la enfermedad, y por último los factores socioeconómicos. La falta de adherencia terapéutica se detecta por medios directos, monitorización de fármacos, o por medios indirectos como son el control de la dispensación, recuento de medicamentos sobrantes, entrevistas personalizadas o la monitorización electrónica.

Una adherencia deficiente tiene una implicación directa en la seguridad de los pacientes, como son un aumento en las caídas, mayor toxicidad, entre otras. Para mejorar la adherencia se deben abordar con programas de equipos multidisciplinarios centrados en el paciente y utilizando herramientas educativas y de control, así como evaluar la idoneidad de continuación de los tratamientos.

En la situación actual en nuestro sistema sanitario, la importancia relativa de este problema es tal que si alguien descubriese el medicamento “adherente” (J.L. Póveda) obtendría grandes beneficios ya que es causante del gasto cerca de 20.000 millones de € en Europa y de cerca de 11

mil millones en España. En efecto, 200.000 personas mueren anualmente en Europa por no seguir el tratamiento. Por tanto, la adherencia repercute más en la salud de la población que cualquier descubrimiento farmacológico.

Estudiaremos el concepto de eficiencia y como se mide. Para ello se utilizan las evaluaciones farmacoeconómicas completas como son los estudios coste-efectividad o coste-utilidad. Debemos considerar en su evaluación o realización la perspectiva del estudio, el horizonte temporal, la tasa de descuento aplicada, la utilización de modelos, los costes considerados, los beneficios esperados del programa sanitario y la realización de un análisis de sensibilidad para incorporar la incertidumbre al estudio. Los principales sesgos de los estudios farmacoeconómicos son el de patrocinio, selección, evaluación de resultados y publicación. Para el estudio de la adherencia deberemos estar muy atentos a los mismos ya que el sesgo de memoria y de selección de los pacientes puede ser frecuente. Experiencias farmacoeconómicas sobre de la implicación de la falta de adherencia son muchas y variadas y explicaremos las más significativas o llamativas.

Al final discutiremos el papel del farmacéutico ante este problema o situación como fuente de oportunidades profesionales: Asimismo indicaremos donde deberemos centrar nuestra actuación de tal manera que podamos mejorar la calidad asistencial prestada a los pacientes.

En conclusión, un paciente más informado está más comprometido con su adherencia al tratamiento y facilitará la actuación profesional del farmacéutico que le aconsejará, educará y guiará al objeto de conseguir mejores resultados farmacoterapéuticos de manera eficiente.



comunicaciones

MEDIR LO QUE QUEREMOS MEDIR EN LA ENCUESTA AL PACIENTE: VALIDEZ DE UN CUESTIONARIO.

Pareja Martínez E, Esquivel Prados E, Franco Trigo L, García-Corpas JP.

Correspondencia: jpcorpas@ugr.es

Introducción

Los farmacéuticos comunitarios se están incorporando a la investigación biomédica. Para esto suele utilizar herramientas de medida. Una de las más utilizadas son los cuestionarios por que permiten obtener información directa del paciente. Para asegurar la calidad de los datos que proporcionan deben cumplir criterios de validez y fiabilidad. Sin embargo es habitual que el farmacéutico comunitario no tenga claro que significan estos conceptos.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es definir y aclarar el concepto de validez aplicado a cuestionarios.

Método

Revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda en PubMed y se seleccionaron los artículos que consideraron más aclaradores sobre el término validez referido a cuestionarios.

Resultados

El término “validez” hace referencia a la ausencia de error. El error aleatorio es difícil de eliminar. Solamente se puede predecir e intentar minimizarlo (tamaños de muestra, estimaciones por intervalos). El error sistemático es provocado por el diseño del estudio, por las herramientas de medida, etc.

En el caso de los cuestionarios, podemos distinguir varios tipos de validez:

Validez de contenido: Evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir. Esto suele determinarse mediante revisiones sistemáticas y/o paneles de expertos. La validez de contenido es imprescindible.

Validez de constructo: El constructo hace referencia como se estructuran de forma teórica los aspectos

que influyen en aquello que se desea medir, es decir, si aquello que deseamos medir estuviese representado por varias dimensiones (aspectos), la organización de dichas dimensiones es lo que llamaríamos constructo. Estos aspectos (dimensiones) muestran una parte del fenómeno que queremos medir, de tal forma que la unión de los diferentes aspectos nos proporciona una visión global del fenómeno que queremos medir.

Validez de criterio: Es el grado de relación entre el resultado obtenido al usar el cuestionario y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia (gold estándar). Para establecer este tipo de validez debe compararse la puntuación obtenida con la escala, con un patrón que generalmente es una escala más antigua y reconocida por su buena calidad de medición, u otras técnicas que miden la misma característica.

Conclusión

Evaluando la validez de contenido, constructo y criterio, de un determinado cuestionario aseguraremos que el cuestionario también reportara resultados con mínimos errores o errores conocidos, de la misma forma cuando se calibra cualquier aparato de medida como un espectrofotómetro.

RESULTADOS REPRODUCIBLES EN LA ENCUESTA AL PACIENTE: FIABILIDAD DE UN CUESTIONARIO.

Esquivel Prados E, Pareja Martínez E, Franco Trigo L, García-Corpas JP.

Correspondencia: jpcorpas@ugr.es

Introducción

Los farmacéuticos comunitarios se están incorporando a la investigación biomédica. Para esto suele utilizar herramientas de medida. Una de las más utilizadas son los cuestionarios por que permiten obtener información directa del paciente. Para asegurar la calidad de los datos que proporcionan deben cumplir criterios de validez y fiabilidad. Sin embargo es habitual que el farmacéutico comunitario no tenga claro que significan estos conceptos.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es definir y aclarar el

concepto de fiabilidad aplicado a cuestionarios.

Método

Revisión narrativa de la literatura. Se realizó una búsqueda en PubMed y se seleccionaron los artículos que consideraron más aclaradores sobre el término fiabilidad referido a cuestionarios.

Resultados

Se define fiabilidad como “la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones”. Es decir, al medir varias veces un fenómeno con un instrumento se obtengan los mismos valores o muy parecidos. Es afectada por tres tipos de error que dependen de variabilidad del observador, de lo observado y la variabilidad del cuestionario. Por tanto, se suelen estudiar tres aspectos:

1. Homogeneidad o consistencia interna. Define el grado de concordancia entre dos variables que miden la misma característica. Los ítems del cuestionario que miden un mismo aspecto deben estar más relacionados entre sí que miden otros, pero sin llegar a ser tan redundantes que midan lo mismo. El método más utilizado para estimarla es el Alfa de Cronbach (α) y debe estar entre 0.7 y 0.9.
2. Estabilidad (test-retest). Es una manera de evaluar la precisión de la medida en dos momentos diferentes en un mismo paciente. El tiempo transcurrido entre ambas medidas debe de establecerse detenidamente y ser el adecuado para cada tipo de medición. El estadístico más frecuentemente utilizado es el coeficiente de correlación intraclass (CCI) entre la medida anterior y posterior. Se consideran aceptables valores superiores a 0.8.
3. Fiabilidad intra-interobservador. La fiabilidad inter-observador es la relación entre los valores del cuestionario obtenidos por los diferentes observadores en una misma muestra de pacientes, mientras que la fiabilidad intra-observador es la relación entre los valores obtenidos del mismo observador en diferentes ocasiones. Se suelen utilizar para estimarla el coeficiente de correlación Kappa (>0.5) o el CCI (>0.8).

Conclusión

Evaluando la fiabilidad de un cuestionario se asegura que el cuestionario aporta resultados reproducibles el tiempo, por varios farmacéuticos y entre varias muestras de pacientes.

CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE INDICACIÓN EN PACIENTES CON AFECCIÓN BUCOFARÍNGEA EN ESPAÑA. ESTUDIO ACTUA

Hernández Rex A, García-delgado P, García-Cárdenas V, Ocaña-Arenas A, Labrador Barba E, Orera Peña ML, Martínez-Martínez F.

Correspondencia: pgarciadelgado@yahoo.es

Objetivo:

Caracterizar la práctica farmacéutica en el servicio de indicación en afección bucofaringea en farmacias comunitarias del territorio español.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado entre noviembre 2012 y marzo 2013 en farmacias comunitarias de toda España. Participó un único investigador por farmacia seleccionando 5 pacientes que realizaron una consulta sobre afección bucofaringea y aceptaron participar en el estudio. Este estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Clínic de Barcelona.

Resultados

Participaron 710 farmacias, con un total de 3.547 pacientes. El 31,83% (n=1114) solicitaron el servicio de indicación. Los problemas de salud consultados se clasificaron en: dolor de garganta (70,8%), afonía (24,9%) y aftas (10,1%). La percepción del paciente sobre los días de duración del problema de salud en el momento de la consulta fue de media 4.65 días (IC95%: 3.10-3.41). La intervención farmacéutica principal fue “selección de un tratamiento”, seguida de “entrega del medicamento solicitado” y de “realización de educación para la salud”; el 6,51% de las consultas se derivaron al médico, principalmente por fiebre e infección. El 76.03% (n=1481) de los medicamentos indicados por el farmacéutico pertenecieron al grupo terapéutico R02, de los que la mayoría 1321 (58.11%) pertenecieron al

subgrupoR02AA. El farmacéutico realizó una única intervención en el 44% de las actuaciones.

Conclusión

Existe la necesidad de la implantación de este servicio farmacéutico de manera protocolizada para optimizar la gestión sanitaria en atención primaria.

ACUERDO ENTRE MÉTODOS DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA, EN EL DOMICILIO Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN PACIENTES SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO SCREENBPHARM.

Rodríguez Trigueros L, Marín Rives FR, Sendra Lillo S, Sabater Hernández D.

Correspondencia: lidia.rodriguez.trigueros@gmail.com

Introducción:

La medida de la presión arterial (PA) en la farmacia comunitaria (PAFC) es uno de los métodos de control de la hipertensión más utilizado y demandado por los pacientes. Pero su utilidad diagnóstica sigue siendo incierta en sujetos sin hipertensión.

Objetivo:

El objetivo del estudio es evaluar el acuerdo entre los métodos de medida de PAFC, automedida domiciliaria de la presión arterial (AMPA) y monitorización ambulatoria de 24 horas (MAPA) en pacientes sin tratamiento antihipertensivo.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en una farmacia de la Región de Murcia, que incluyó pacientes >18 años sin tratamiento antihipertensivo. Cada paciente midió la PAFC en 5 visitas (PA promedio: se descartaron los valores del primer día y el primer valor de cada visita), realizó 4 días de AMPA (se promediaron todos los valores) y monitorizó su PA durante 24 horas (MAPA) (se promedió la PA diurna). Los límites de normalidad fueron (PA controlada): PAFC <140/90 mmHg, AMPA/MAPA <135/85 mmHg. Todas las mediciones fueron recogidas durante un periodo de menos de 1

mes, utilizando aparatos validados y siguiendo los procedimientos recomendados en las guías clínicas. Para evaluar el acuerdo se utilizó el coeficiente de correlación de concordancia de Lin (CCC) (acuerdo cuantitativo) y el índice kappa (acuerdo cualitativo).

Resultados

Se incluyen los resultados de 29 sujetos. El CCC mostró un acuerdo moderado entre las cifras de PA estimadas por los distintos métodos [PAFC vs. AMPA: 0,71 (IC95%: 0,49-0,85) para la PA sistólica (PAS) y 0,74 (IC95%: 0,52-0,87) para la PA diastólica (PAD); PAFC vs. MAPA diurna: 0,75 (IC95%: 0,52-0,87) para la PAS y 0,73 (IC95%: 0,48-0,88) para la PAD]. El método de medida de PAFC clasificó un 82,7% de los pacientes de la misma forma que la AMPA (PA controlada o PA no controlada); 68,1% con respecto a la MAPA. El coeficiente kappa reveló un acuerdo moderado entre la PAFC y la AMPA (0,45) y un acuerdo pobre entre la PAFC y la MAPA (0,03).

Conclusión

Estos resultados preliminares revelan notables diferencias entre el método de medida de PAFC y los métodos de referencia. Los resultados generales del estudio ScreenBPharm, al que pertenece esta muestra de sujetos, permitirán determinar con mayor seguridad la utilidad del método de medida de PA en la detección de la hipertensión arterial.

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA INTEGRADA AL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Monsalve David M, Gonzalez-Avenidaño JS, Giraldo Alzate N, Salazar-Ospina A, Amariles Muñoz P.

Correspondencia: mauro451@gmail.com

Introducción:

Uno de los principales factores que influyen en el éxito de la terapia farmacológica es la adherencia al tratamiento (AT), la cual es un proceso complejo, mediado por factores relacionados con el paciente, la enfermedad, los medicamentos, el profesional sanitario y el sistema de salud. La valoración de la AT se puede

realizar utilizando métodos directos (concentraciones plasmáticas de los medicamentos o sus metabolitos) e indirectos (mediante encuestas o cuestionarios), basados en registros de dispensación y en el recuento de formas farmacéuticas. En este contexto, es necesario disponer de herramientas que optimicen la captura y el análisis de los datos de AT de los pacientes en un programa de SFT, para lograr correlacionarla con la evolución clínica, permitiendo una mayor eficiencia de este servicio.

Objetivo:

Desarrollar una aplicación informática que permita valorar la AT a través de diferentes métodos indirectos, que puedan ser integrados al SFT utilizando el método Dáder.

Método

Diseño de una base de datos relacional en plataforma Microsoft® Visual Studio 2008 y Microsoft® SQL Server 2008 con tablas para almacenar la información de los pacientes y los cuestionarios de medida de la AT: SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire), ESPA (Escala Simplificada para detectar Problemas de Adherencia) y el Test de Morisky Green. Además, programación de un algoritmo matemático para agregar la información de los registros de dispensación (conteo de tabletas) y desarrollo de un módulo de reportes de la base de datos, en Microsoft® Report Viewer 2008.

Resultados

Se construyó un sistema de base de datos que registra la información de los pacientes, permite aplicar los cuestionarios de medida indirecta de la AT (SMAQ, ESPA, Morisky Green) y los datos de dispensación e igualmente, almacenar las respuestas. Se agregó un listado de 4150 medicamentos para seleccionar la terapia del paciente en el módulo de conteo de comprimidos. Se generaron informes por cada método de medición utilizado, definiendo la AT, el porcentaje de la misma y el cálculo de tabletas, de acuerdo al cuestionario aplicado, con la posibilidad de integrar los resultados, a los programas de SFT disponibles.

Conclusión

Se desarrolló una herramienta informática con varios métodos de medición indirecta de la AT, que pueden integrarse a los programas de SFT. Esta aplicación debe facilitar y mejorar la eficiencia del SFT en grupos de pacientes con problemas de salud crónicos, lo que debe ser evaluado en estudios diseñados para este objetivo.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: RESULTADOS PRELIMINARES DEL EMDADER-TABI (NTC01750255).

Salazar-Ospina A, Hincapié-García JA, Gonzalez-Avenidaño JS, Amariles Muñoz P,

Correspondencia: asalazarospina@gmail.com

Introducción:

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es una enfermedad mental, crónica y grave. Se caracteriza por la presencia de episodios depresivos y maníacos, hipomaníacos y/o mixtos, usualmente separados por intervalos asintomáticos. En pacientes con TAB, la no adherencia terapéutica (AT) se asocia con fracaso terapéutico, recurrencias e ingresos hospitalarios. El porcentaje de no AT en el TAB oscila entre 12-64%. El farmacéutico puede contribuir a mejorar los resultados en salud de estos pacientes, en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, implementando intervenciones dirigidas a mejorar la AT.

Objetivo:

Evaluar la AT de los pacientes con TAB I que asisten a la Clínica San Juan de Dios de la Ceja (CSJD), Antioquia-Colombia después de una intervención farmacéutica.

Método

Subanálisis del EMDADER-TAB I, un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) diseñado con el objetivo de valorar el efecto del método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico(SFT)en91pacientesambulatorios con TAB I, de 18 a 65 años de edad, que asistieron a consulta en la CSJD entre noviembre de 2011 y junio de 2013. Este ECA cuenta con la aprobación del comité de ética de la CSJD y se encuentra registrado en Clinical

Trials (NTC01750255). Cada participante del estudio firmó un consentimiento informado. Para la evaluación de la AT se utilizó el cuestionario de Morisky-Green y para el análisis estadístico, el programa SPSS versión 18. La prueba Chi cuadrado fue usada para evaluar diferencia de proporciones y determinar si existen diferencias en los tiempos de medida (basal, tres, seis, nueve y doce meses, respectivamente), considerando una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados

Se observó no adherencia terapéutica en el 25% de la población evaluada, según el cuestionario de MG. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al evaluar la AT entre el grupo control vs. intervención ($p=0,02$). No hubo diferencias significativas en los tiempos de seguimiento excepto, a los seis meses ($p=0,04$). En la población de estudio, el 14,9% no toma el medicamento a la hora indicada, al 10,1% se le olvida tomarlo, el 8,6% cuando se encuentra bien deja de tomarlo y el 5,6% deja de tomar el medicamento cuando le cae mal.

Conclusión

Una cuarta parte de la población evaluada no fue adherente a la farmacoterapia, cifra que se encuentra dentro del rango reportado en otros estudios. Además, se observó mejoría en la AT tras una intervención farmacéutica.

PREVALENCIA DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE SUS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA.

Romero J, García-Delgado P, Ramos H, Martínez-Martínez F.

Correspondencia:
javiermromero@farmaciacaminodesuarez33.es

Introducción:

En España, la prevalencia de resultados negativos asociados a la farmacoterapia como causa de visita al servicio de urgencias es del 35.7 % de este porcentaje el 81 % se podría haber evitado.

La falta de conocimiento de los pacientes sobre

sus medicamentos (CPM) parece que es uno de los principales elementos que pueden llevar a un uso no apropiado de estos.

Objetivo:

Medir la falta de conocimiento del paciente sobre su medicamento (PMK) a nivel global en España.

Método

Estudio observacional descriptivo transversal con componente analítico en farmacias comunitarias voluntarias del territorio español, de noviembre de 2012 a febrero de 2013. La población de estudio fueron aquellos pacientes que acudieron a las farmacias participantes a recoger uno o varios medicamentos con o sin prescripción médica. Se calculó un tamaño muestral de 8000 pacientes. El cuestionario consta de 11 preguntas abiertas donde se recoge el CMP y 11 preguntas adicionales, de las que 5 recogen las características sociodemográficas del paciente y las 7 restantes características relacionadas con el medicamento.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. 17.

Resultados

Participaron en el estudio 800 farmacias comunitarias procedentes de 49 provincias españolas, seleccionándose 8000 pacientes. Se obtuvo una tasa de respuesta total del 90,97%.

El 89% adquirió el medicamento para uso propio. Más de la mitad de los pacientes fueron mujeres (58%). La edad media de 54 años (DE=17.2). Un 19.1% de los pacientes que retiraron el medicamento declararon dar poca importancia a su problema de salud. El 86% de los pacientes conocían el nombre del medicamento que adquiriría. En el 91% de los casos el medicamento fue prescrito por el médico. La gran mayoría de los pacientes (88%) habían utilizado el medicamento con anterioridad. Un 63% de los pacientes tomaban otros medicamentos además del que retiraban en el momento del estudio.

Existe un desconocimiento altísimo de la población española sobre el medicamento que utiliza (72%).

De los que 4782 (65,7%) desconocen completamente el medicamento que utiliza, el resto 452 (6,2%) lo conocen insuficientemente.

Conclusión

7 de cada 10 usuarios de farmacia comunitaria en España no conoce el medicamento que utilizan. La magnitud del resultado de prevalencia de falta de conocimiento del paciente sobre su medicamento en España implica un estudio profundo de estrategias sanitarias para minimizarlo.

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTADIOS PREPATOGENICOS EN FARMACIA COMUNITARIA (PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN)

Estrada G, De Jesus F.

Correspondencia: guillermo.estrada.riol@hotmail.com

Introducción:

La detección de enfermedades crónicas en estados primarios se encuentra de plena actualidad en la Farmacia. Por esta razón, a través de la Universidad Alfonso X “El Sabio”, Fernando De Jesús y Guillermo Estrada se propusieron sacar adelante este estudio.

Objetivo:

Determinar las aptitudes y capacidades de las Farmacias Comunitarias de Castilla la Mancha. Comprobar con una serie de cuestionarios si esas capacidades realmente servirían como pruebas de Screening.

Método

En la primera parte del estudio realizaremos un estudio observacional analítico y longitudinal, enviando cuestionarios a cada una de las 1300 Farmacias de Castilla La Mancha.

Para la sencillez en la recolección de datos y comunicación con las Farmacias hemos creado una plataforma web: www.estudiofarmaciasclm.es

Las variables incluidas en estos cuestionarios que realizan las Farmacias son las siguientes:

- Personal de la Farmacia: Número de Titulares, Adjuntos, Auxiliares y Ayudantes.

- Capacidades Técnicas (Sistemas de análisis): Tensiómetro, Báscula, Grupo Sanguíneo, Tipo de piel y cabello, IMC, Creatinina y Ácido Úrico, Glucosa, Triglicéridos y Colesterol, HDL y LDL, Transaminasas, Estupefacientes, Estado Cardiovascular y Estrés, Osteoporosis, INR, Peak-Flow, Pulsioximetría, Cáncer de colon.

- Atención Farmacéutica:

* Disponen de: Programa de Atención Farmacéutica, Programas de Seguimiento Farmacoterapéutico o Controles de adherencia al tratamiento.

* Participa en programas de prevención promovidos por el COF.

- Consideraciones:

Influencia de programas de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico en la Adherencia al Tratamiento.

Influencia de programas del COF en la prevención de patologías.

Sistemas de análisis: Fidelización, Captación y Adherencia al tratamiento.

UTILIDAD DE LA MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA FRENTE A LA AUTOMEDIDA DOMICILIARIA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS USUARIOS DE UNA FARMACIA EN MOLINA DE SEGURA. ESTUDIO PILOTO.

Sendra-Lillo J, Moreno Abellán F.

Correspondencia: jose_sendra_lillo@yahoo.es

Introducción:

La medida de la presión arterial (PA) es la técnica sobre la que se fundamenta el diagnóstico y control de la hipertensión arterial. A pesar del amplio conocimiento disponible sobre las técnicas de medida de la PA, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente, la medida de la PA en la farmacia comunitaria (PAFC) es un método relativamente poco estudiado.

Objetivo:

Evaluar el acuerdo entre los métodos de medida de PAFC y automedida domiciliaria de la PA (AMPA),

utilizando este último como referencia, en pacientes hipertensos y diabéticos en tratamiento usuarios de la farmacia Francisco Moreno de Molina de Segura.

Método

La PA se midió en la farmacia por el farmacéutico comunitario, 5 visitas en días alternos, mañana y tarde, 3 medidas en cada visita. En el domicilio la PA se midió durante 4 días consecutivos, 3 medidas matutinas y 3 vespertinas separadas 1 minuto entre sí. En ambos escenarios las medidas se realizaron siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Además, el farmacéutico instruyó a los pacientes en el uso de la AMPA. Se empleó el mismo dispositivo en ambos escenarios: Omron MIT Elite Plus.

Se evaluó el acuerdo cuantitativo mediante el coeficiente de correlación-concordancia de Lin. El acuerdo cualitativo entre métodos para establecer el grado de control se evaluó mediante el coeficiente Kappa. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y cociente de probabilidad positivo y negativo para el método de medida de PAFC utilizando la AMPA como referencia.

Resultados

Se ofreció participar a 37 pacientes, 15 declinaron participar y 9 fueron excluidos por diversas causas. Del resto, uno fue excluido por presentar un insuficiente número de lecturas de AMPA, quedando 12 pacientes. El acuerdo entre los métodos de medida de PAFC y AMPA fue aceptable [$\kappa = 0,87$ (95% IC: 0,64-0,96) para la PAS y 0,71 (95% IC: 0,34-0,89) para la PAD]. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y cociente de probabilidad positivo y negativo fueron 100%, 100%, 100%, 100%, ∞ , 0, respectivamente. El coeficiente K fue igual a 1.

Conclusión

En esta muestra de diabéticos hipertensos tratados, el acuerdo entre la farmacia comunitaria y la AMPA fue aceptable. El método de PAFC fue muy fiable para detectar tanto a pacientes controlados como no controlados en la muestra estudiada. Sin embargo, los resultados no son extrapolables a la población general debido al pequeño tamaño de la muestra.

UTILIDAD DE LA MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA EN LA DETECCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESTUDIO SCREENBPHARM. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

Marín Rives FR, Sendra-Lillo J, Rodríguez Trigueros L, Pérez Soler L, Hernández Peña N, Brotons Rodríguez A, Ávila Linares P, Navarro Clérigues A, Morales Marín F, Morales Marín LM, Morales Marín IM, Marín Rives LV, Sabater-Hernández D.

Correspondencia: faromariv@gmail.com

Introducción:

La medida de la presión arterial (PA) en la farmacia comunitaria (PAFC) es una técnica muy extendida y demandada, pero que dispone de pocos estudios sobre su verdadera utilidad clínica. Los estudios disponibles además se han realizado en sujetos tratados farmacológicamente y aún existe un vacío de conocimiento en lo que respecta a sujetos sin hipertensión diagnosticada.

Objetivo:

Estudiar la utilidad clínica de la PAFC en la detección de cifras elevadas de PA en sujetos sin hipertensión arterial reconocida y/o sin tratamiento antihipertensivo.

Método

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal realizado en 7 farmacias comunitarias españolas desde junio de 2012 hasta la actualidad. En el presente análisis se presentan resultados preliminares de la muestra a 31 de diciembre de 2013. Se comparan 3 métodos de medida de la PA: PAFC, medida en 5 visitas a la farmacia, automedida domiciliar de la PA (AMPA), medida durante 4 días, y monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) durante 24 horas.

La población fue reclutada de forma oportunista entre mayores de 18 años que no recibían tratamiento antihipertensivo.

Resultados

A fecha 31 de diciembre de 2013 habían participado 88 sujetos. La media de edad fue de 44,4 años, suponiendo

las mujeres el 55% del total. La media de IMC fue de 26,4kg/m², estando la mayoría de pacientes en normopeso (42,9%). El 59,8% tenían historia familiar de HTA, y el 19,5% historial familiar de enfermedad cardiovascular prematura.

La proporción de sujetos con PA controlada fue el 92% en la farmacia, 83% en domicilio y 73,7% en MAPA. La PAS media fue de 122,2 mmHg y la PAD 73,2 mmHg en la farmacia. En el domicilio, la PAS fue de 120mmHg, PAD de 72,9 mmHg. En cuanto a la MAPA, la PAS fue de 123,3 mmHg y la PAD DE 76,9 mmHg. La diferencia entre la PAFC y el AMPA fue estadísticamente significativa para la PAS y la frecuencia cardíaca, mientras que sólo las diferencias en las pulsaciones por minuto fueron estadísticamente significativas entre la AMPA y la MAPA.

Conclusión

En esta muestra de individuos no hipertensos, se observaron diferencias estadísticamente significativas para la PAS entre la PAFC y la AMPA. La proporción de sujetos con PA controlada fue mayor en la farmacia comunitaria que en el domicilio del paciente. Sin embargo, estamos ante resultados preliminares y aun no se pueden extraer conclusiones definitivas de la presente muestra.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA: ELEGIR EL TEST MÁS ADECUADO PARA CADA PACIENTE EN CADA MOMENTO.

Franco Trigo L, Esquivel Prados E, Pareja Martínez E, García-Corpas JP.

Introducción

En la farmacia comunitaria a menudo se realizan o facilitan al paciente distintas pruebas para verificar la presencia o no de una determinada condición/evento (aplicación de un cuestionario para evaluar su adherencia a la medicación, test de embarazo, tensiómetros, glucómetros...).

Todas las mediciones en el campo de la ciencia están sometidas a error. Es importante saber cuánto error se comete antes de dar al paciente una determinada noticia. Es decir, es importante saber que posibilidad se tiene de acertar o de equivocarse cuando, por ejemplo,

decimos que una mujer está embarazada. Esto viene dado por una serie de indicadores que se realizan a los test o pruebas diagnósticas. Interpretar correctamente estos indicadores puede ayudar al farmacéutico a elegir de entre varios test, cual es el más interesante para el paciente.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es explicar los indicadores que sirven para evaluar una prueba diagnóstica.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura para buscar artículos sobre pruebas diagnósticas en los que se aclaren estos términos.

Resultados

Los indicadores más utilizados son sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Sensibilidad. Sabiendo que la condición/evento está presente, la sensibilidad indica la probabilidad de que la prueba dé positiva. Es decir, la probabilidad de que acierte y detecte a los verdaderos positivos.

Especificidad. Sabiendo que la condición/evento no está presente, la especificidad informa de la probabilidad de que la prueba dé negativa. O sea, la probabilidad de que acierte y detecte a los verdaderos negativos.

Valor predictivo positivo. Sabiendo que la prueba dio positivo, el valor predictivo positivo informa de la probabilidad de que un paciente presente realmente la condición/evento.

Valor predictivo negativo. Sabiendo que la prueba dio negativo, el valor predictivo negativo informa de la probabilidad de que un paciente no presente la condición/evento.

Conclusión

La sensibilidad y especificidad de una prueba dan idea de la validez de la misma, aunque tienen poca utilidad clínica. Los valores predictivos positivo y negativo sí la tienen, aunque dependen de la prevalencia de la condición a estudiar. Saber interpretar estos indicadores facilitará el manejo e interpretación de las distintas pruebas de las que se dispone en la farmacia.



casos clínicos

Inseguridad en el tratamiento antiarrítmico con amiodarona. Riesgo de interacciones con otros fármacos en el tratamiento cardiovascular.

Pérez Benajas MA, Honrubia Sáez JJ, Mena Hernández L.
aperez@farmaciasntaisabel.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Nuestra paciente tiene 74 años, pesa 78 kilos y un IMC de 28. Alergias no conocidas. La paciente acude el día 29 de abril a retirar su medicación de receta electrónica y refiere al farmacéutico que le atendió en el mostrador, mareos sobre todo por la mañana, pero casi todo el día esta con la misma sensación de inseguridad, también mal gusto de boca, después de la comidas le es casi imposible encontrar gusto a los alimentos y además no duerme bien.

La paciente ha pasado un invierno con un resfriado casi continuo, mucha tos y mucho esfuerzo al toser, le duele el cuerpo entero. Ha probado casi de todo para mejorar y no lo consigue. Este hecho le ha alterado el estado de ánimo, casi no sale de casa y esta deprimida. Además fue al hospital y le añadieron acenocumarol a su tratamiento habitual, y no le gustan los controles de este fármaco.

La paciente es citada el día 30 de abril a la consulta de atención farmacéutica, diciéndole que nos aporte la bolsa con todos los medicamentos que tiene en casa y la receta electrónica.

En la primera entrevista profundizamos un poco más en todos sus problemas de salud y los medicamentos que se toma para ellos.

Toma AAS y bisoprolol, para un infarto de miocardio que tuvo hace 13 años. Simvastatina, que dice no tomar por que no le sienta bien, pero los niveles de colesterol están bien. Además candesartan/hidroclorotiazida para su tensión arterial y metformina/vidagliptina para su diabetes.

en el mes de febrero el médico le detectó en una visita para su resfriado unas arritmias cardiacas, la remitió a urgencias del hospital de la plana en vila-real. el cardiólogo la tuvo 12 horas en observación y salió del hospital con un tratamiento añadido a los fármacos que ya tomaba de acenocumarol 4mg 0-1-0 y amiodarona 200mg 1-0-0.

FASE DE ESTUDIO:

Amiodarona:

Necesidad: Sin relevancia para el caso.

Efectividad: Sin relevancia para el caso.

Seguridad: Podría ser el causante de los tres efectos adversos que refiere la paciente, el mal gusto de boca, el insomnio y la sensación de mareo.

Además se observan las siguientes interacciones entre la medicación que en ese momento estaba tomando la paciente.

- Interacciones que pueden tener relación con la función cardiaca.

- Bisoprolol vs amiodarona. Los betabloqueantes alargan el intervalo q del corazón al igual que la amiodarona, puede producirse un descenso en el número de latidos del corazón.

- Acenocumarol vs amiodarona. El acenocumarol inhibe el citocromo p450, vía de metabolización de la amiodarona que debido a esto aumenta sus niveles en sangre, aumentando el riesgo de efectos no deseados y sobre dosificación. Las arritmias cardiacas representan una de las principales causas de morbi mortalidad y aparecen asociadas a patologías prevalentes como la insuficiencia cardiaca y la hipertensión.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Mal gusto de boca	Amiodarona	Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa	No esta controlado y le molesta mucho a la paciente
Mareos	Amiodarona	Inseguridad no cuantitativa	Intereracción	No esta controlado y le molesta mucho a la paciente
Posibles alteraciones en la coagulación	Acenocumarol	inseguridad no cuantitativa	Intereracción	Duplicidad en tratamiento anticoagulante

La Amiodarona presenta un mecanismo de acción múltiple: Bloquea diversas corrientes iónicas en las que participan K, Ca y Na. Es vasodilatador y antianginoso Bloquea de forma no competitiva los receptores alfa y beta cardiacos. En tratamientos crónicos uniformiza la duración de los potenciales de acción, de los periodos refractarios ventriculares y dificulta la aparición de arritmias por reentrada.

La Amiodarona se absorbe de forma lenta, es muy liposoluble y se une un 98% a proteínas plasmáticas. Se acumula en tejido graso, pulmón, miocardio y músculo esquelético.

Es necesaria una sobrecarga inicial durante la primera semana de tratamiento y sus efectos tardan 2 o 3 semanas en desaparecer. Pueden detectarse metabolitos hasta 9 meses después de dejar el tratamiento.

Todas las reacciones adversas descritas por la paciente pueden ser referidas a la Amiodarona.

Además Interacciona con el bisoprolol, ya que son bloqueantes ambos de receptores beta, luego sus efectos pueden adicionarse, aumentando el riesgo de bradicardia.

La amiodarona es inhibidor enzimático, comparte vía metabólica con el acenocumarol, puede incrementar posniveles de ambos fármacos en sangre de forma recíproca.

- Interacciones que pueden tener relación con alteraciones en la coagulación
 - Acenocumarol vs aas, esta asociación puede

incrementar el riesgo de hemorragias. El acenocumarol es un derivado de la 4-hidroxicumarina. Altera la acción la vitamina K, elemento esencial en la fabricación hepática del factor de coagulación II, VII, IX, y X. El acido acetilsalicílico inhibe la función plaquetaria e interacciona de forma farmacodinámica con el acenocumarol

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

Ante la gravedad del caso se derivo al cardiólogo del hospital comunicando los RNM detectados y sugiriendo una retirada o bien una monitorización de la amiodarona.

Fecha 01.04.2013. Se le recomienda a la paciente, que solicite cita con el cardiólogo para que revise y vuelva a evaluar la farmacoterapia relacionada con la función cardiaca y la coagulación. Se le ofrece a la paciente la redacción de una carta al cardiólogo que le facilite la explicación de los síntomas que tiene y su posible relación con la farmacoterapia que en este momento esta tomando. La paciente acepta.

En la carta se le pide al cardiólogo la reevaluación del tratamiento o bien su monitorización debido: A la dificultad de controlar el efecto terapéutico y los efectos secundarios de la amiodarona, al riesgo de hemorragias. Además se le remite las referencias bibliográficas donde se ha realizado las consultas de la intervención.

Fecha 16.05.2013. El cardiólogo agradeció la intervención y retiró la amiodarona y el AAS. Además sometió el acenocumarol a una evaluación en dos meses. Los efectos adversos desaparecieron y sigue con los controles de acenocumarol.

DISCUSIÓN DEL CASO:

El papel del farmacéutico, como profesional de la salud más accesible en el sistema sanitario es fundamental para recoger datos sobre posibles reacciones adversas de los medicamentos en el enfermo. Las técnicas comunicativas con el paciente en el mostrador y en la consulta de atención farmacéutica son fundamentales para detectar RNM, y es una habilidad que necesita ser formada y estudiada.

Para ello el papel asertivo en la escucha al paciente es fundamental, porque pequeñas pistas en la conversación con nuestros pacientes pueden llevar a grandes soluciones como es este el caso.

No hubo ningún problema en la comunicación con el servicio de cardiología, ya que el caso se les presentó no como un error de prescripción por su parte, sino como una exposición enriquecida del caso desde la perspectiva de la oficina de farmacia, este enfoque de la farmacia comunitaria es muy valioso para el especialista médico a la hora de tomar decisiones, ya que el médico sólo ve al enfermo unos minutos en unos meses, a diferencia de la farmacia. La presentación del informe al médico acompañado de datos bibliográficos basados en evidencia científica hace que el criterio del farmacéutico

esté respaldado y sea valorado en la consulta médica.

En el siguiente cuadro se expone la intervención y la solución aceptada por el médico. Se le retiró la amiodarona y el ácido acetil salicílico y monitorizó el acenocumarol, por los servicios de cardiología del hospital LA PLANA de Castellón.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Flores, J.; Armijo, J.A.; Mediavilla, A. Farmacología Humana. Masson- Salvat. 5º Edición. 2008.
2. Hardman, J.G.; Limbird, L.E. Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Mc Graw Hill Interamericana. 2 volúmenes. 10º Edición. 2001.
3. Consultado en <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=72689&formato=pdf&formulario=PROSPECTOS>
4. Consultado <https://botplusweb.portalfarma.com/>

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Mal gusto de boca, mareos, sensación de debilidad e insomnio	Inseguridad no cuantitativa	Amiodarona	Escrita	Monitorizar medicación	Sí
Alteraciones en la coagulación posibles por interacción con AAS	Inseguridad no cuantitativa	Acenocumarol	Escrita	Reevaluar tratamiento	Sí

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 30 Abril 2013		Género: Mujer		Edad: 75	IMC: 28	Alergias: No conocidas					
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Cont.	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
Años	DMII*	S	P	2009	Vildagliptina 50	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
					Metformina 1000	1-0-1	1-0-1			S	
2000	HTA*	S	P	2009	Amlodipino 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Valsartan 160mg					S	
2000	IAM*	N	P	2000	Bisoprolol 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
	?	?	?	2000	ASS 500mg	0-1-0	0-1-0	?	?	?	
2000	Insomnio	S	B	2000	Loracepam 1mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2000	Prevención gástrica	N	N	2000	Omeprazol 40mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
02.2013	Arritmias cardiacas	N	B	02.013	AAS 100	0-1-0	0-1-0	S	S	N	INSEG NO CUANT
					Amiodarona	1-0-0	1-0-0	S	S	N	INSEG NO CUANT

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

Observaciones: La paciente fue ingresada en el Hospital de La Plana de Villareal con fuertes arritmias cardiacas 12 días más tarde posiblemente causada por pseudoefedrina indicada en la farmacia días antes. La pseudoefedrina esta contraindicada en pacientes con patología cardiaca y enfermedad cardiovascular.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 16 Mayo 2013		Género: Mujer		Edad: 75	IMC: 28	Alergias: No conocidas					
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Cont.	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
Años	DMII*	S	P	2009	Vildagliptina 50	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
					Metformina 1000	1-0-1	1-0-1			S	
2000	HTA*	S	P	2009	Amlodipino 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Valsartan 160mg					S	
2000	IAM*	N	P	2000	Bisoprolol 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2000	Insomnio	S	B	2000	Loracepam 1mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2000	Prevención gástrica	N	N	2000	Omeprazol 40mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
Feb2013	Arritmias cardiacas	N	B	Feb2013	Acenocumarol 4mg	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.

Incumplimiento del tratamiento farmacológico por alarma de los medios de información.

Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Hernández Rincón MP,
Rodríguez-Chamorro A, Pérez-Merino EM
miguelrodriguez@redfarma.org.

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 49 años de edad, con tratamiento para la hipercolesterolemia y la presión arterial elevada. El paciente acude a la farmacia a retirar su medicación habitual y pide algún medicamento para las molestias gástricas que padece. El paciente es hipertenso desde el año 2010 para la cual se le instauró tratamiento con enalapril 20 mg. Además, para la hipercolesterolemia tiene prescrito simvastatina 20 mg, un comprimido por la noche, desde 2013. Se realiza una medida rutinaria de la presión arterial la cual presenta valores elevados (160/85 mmHg). Ante la sospecha de incumplimiento del tratamiento farmacológico se revisan las dispensaciones del paciente mediante el programa informático de la farmacia. Esta revisión indica que el paciente retira mensualmente simvastatina 20 mg y omeprazol 20 mg pero el enalapril 20 mg no es retirado mensualmente, en los últimos seis meses sólo ha retirado 3 envases, el 50% de la cantidad que debería tomar.

El paciente confiesa que “la pastilla de la mañana se le suele olvidar, pero que la de la noche se acuerda siempre de tomarla”. Esto corrobora la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo. Asimismo, también relata que “ha dejado de tomar el omeprazol por las noticias que ha escuchado en la prensa sobre su uso”. En un primer momento nos preocupa el incumplimiento del tratamiento farmacológico que ha ocasionado la aparición de dos problemas de salud que estaban controlados.

FASE DE ESTUDIO:

Simvastatina:

Necesidad: Tratamiento de la hiperlipidemia, junto con la dieta, para la reducción del colesterol

total, LDL y triglicéridos elevados en pacientes con hipercolesterolemia primaria cuando la respuesta a la dieta y otras medidas no farmacológicas sea inadecuada.

Efectividad: Conseguir unos valores de Colesterol total y LDL adecuados al riesgo cardiovascular que padece el paciente.

Seguridad: Las reacciones adversas gastrointestinales como el estreñimiento, dolor abdominal, flatulencia y náuseas, junto con algunas del sistema nervioso son las más frecuentes.

Enalapril:

Necesidad: Tratamiento de la presión arterial elevada hasta valores acordes al RCV del paciente. El enalapril es un antihipertensivo inhibidor de angiotensina convertasa a través de un doble mecanismo: vasodilatación arteriovenosa y disminución de la producción de aldosterona.

Efectividad: Conseguir una disminución de los valores de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg.

Seguridad: Los efectos indeseables más comunes son cardiovasculares como la hipotensión; digestivos como náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal; y respiratorios entre las que encontramos tos seca e irritativa, que puede dar lugar a ronquera o afonía y que suele empeorar al acostarse.

Omeprazol:

Necesidad: Tratamiento de la úlcera péptica, así como las molestias producidas por el exceso de secreción gástrica.

Efectividad: Se mide sobre la base de la desaparición de las molestias gástricas, o en caso de profilaxis, de la aparición de éstas.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
HTA no controlada	Enalapril 20mg	Inefectividad cuantitativa	Incumplimiento	El paciente tuvo bien controlada la presión arterial antes de empezar con la falta de adherencia.
Molestias gastrointestinales	Omeprazol 20mg	Problema de salud no tratado	Abandono total del tratamiento por alarma de los medios de comunicación.	Incumplimiento por las informaciones de la prensa sobre déficit de vitamina B12, anemia y demencia causadas por el omeprazol.

Seguridad: Se pueden producir reacciones por lo general leves y reversibles. Éstas pueden ser principalmente gastrointestinales, dermatológicas, músculo-esqueléticas y del sistema nervioso central y periférico.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

En esta intervención el objetivo fundamental que se nos presenta es el paciente, la educación sanitaria constituye el eje más importante en la lucha contra el incumplimiento, en concreto una educación sanitaria relacionada con la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico que motive al paciente y promocióne la adherencia al tratamiento. El paciente debe conocer los parámetros de control de su enfermedad, hecho que facilitará la cumplimentación del tratamiento. El paciente comprendió la importancia de tomar su medicación y empezó a cumplir el tratamiento de enalapril 20 mg (1-0-0). Se pacta un plan de medida de la presión arterial en que el paciente acudiría a la farmacia como corroborar el cumplimiento y normalización de los valores de presión arterial. Es evidente que no se debe tomar como indicador de efectividad de un tratamiento antihipertensivo un valor de tensión arterial obtenido de forma puntual.

Asimismo, se le explicó que tenía que seguir tomando el omeprazol que le había prescrito su médico para solucionar el efecto adverso producido por simvastatina y que no necesitaba un nuevo medicamento para un

problema de salud que tenía controlado con el inhibidor de la bomba de protones. Se intentó concienciar al paciente para que antes de abandonar un tratamiento consultará a los profesionales sanitarios. En este caso las molestias gástricas producidas por simvastatina se consideran como un problema de salud que está siendo tratado y por ello en el estado de situación no se evalúan como una inseguridad de la estatina.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Un medicamento no es efectivo cuando el efecto logrado, si se consigue alguno no es el esperado. En este caso, el objetivo es la obtención de parámetros de efectividad del tratamiento antihipertensivo (valores inferiores a 140/90 mmHg). La forma de resolver una inefectividad cuantitativa antihipertensiva depende de la causa, en este caso el incumplimiento, por tanto la solución es que el paciente cumpla con la pauta prescrita.

Existe un tipo de incumplimiento denominado inteligente o razonado, en el cual el paciente disminuye la dosis conscientemente para no sufrir las reacciones adversas del tratamiento derivadas de su uso a lo largo del tiempo. Las causas que justifican este incumplimiento son que el paciente experimente alguna reacción adversa importante, que exista un mal diagnóstico, la existencia de una prescripción incorrecta, o cuando en tratamientos crónicos, y al avanzar la enfermedad que padece el paciente, el médico continúa prescribiendo lo mismo, temeroso de perder la confianza del paciente.

En este caso, no nos encontramos con ninguna reacción

adversa del omeprazol, sino que el paciente ha sido alarmado por las noticias aparecidas en los medios de comunicación en relación al artículo publicado en la prestigiosa revista médica de alto índice de impacto JAMA por Lam JR et al. en diciembre de 2013. En este estudio retrospectivo se indica que existía una deficiencia de vitamina B12 entre la población que tomaba omeprazol a diario, durante al menos 2 años. Aunque en ficha técnica se advierte de no tomar el medicamento más de 4 semanas, y cualquier fármaco puede producir efectos secundarios, se debe valorar los beneficios que aporta frente a los posibles efectos secundarios, y el omeprazol en 3 décadas de uso ha mostrado un buen perfil de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez-Martínez F. Adaptación del estado de situación al documento de consenso en atención farmacéutica definido por FORO. *Ars Pharmaceutica* 2011; 52(suppl 1): 35-39.
- Catálogo de medicamentos. 2013. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Manual Washington de terapéutica médica. 30 edición. 2001.
- Harrison. Principios de medicina interna. 13 edición. Compendio. 1995.
- Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA* 2013; 310(22):2435-42.
- 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.
- Foro de Atención Farmacéutica, documento de consenso 2008.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Chamorro AR, Merino EM, Martínez FM, Dader MJ. Effect of pharmacist involvement in adherence to medications in patients with high to moderate cardiovascular risk (Study EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria*. 2011;43(5):245-253. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21211865.
- Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Marzo 2009

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
HTA no controlada	Inefectividad cuantitativa	Enalapril 20 mg	Oral farmacéutico-paciente	Educación sanitaria para conseguir la adherencia al tratamiento antihipertensivo	Sí
Molestias gastrointestinales	Problema de salud no tratado	Omeprazol 20 mg	Oral farmacéutico-paciente	Educación sanitaria para que el paciente vuelve a tomar el omeprazol	Sí

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 23 Enero 2014	Género: Hombre	Edad: 49	IMC: 25	Alergias: No conocidas
----------------------	----------------	----------	---------	------------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS				
Inicio	Problemas de Salud		Contr.	Preoc.	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
							Prescrita	Usada				
2010	A	HTA*	N	P	2010	Enalapril 20mg	1-0-0	?-0-0	S	N	S	INEF* CUANT
2013	B	Hipercoleste- rolemia*	N	B	2013	Simvastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2013	C	Molestias gástricas, acidez	N	B	2013	Omeprazol 20mg	0-0-1	0-0-0	S	-	-	PS NO * TRAT.

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

♦ PRM asociado: Inclumpliento; ♣ PRM asociado: Abandono del tratamiento

Observaciones: La aparición de las molestias gástricas coinciden con la instauración del tratamiento con estatina. El paciente en años anteriores presentaba valores adecuados de presión arterial al cumplir el tratamiento.

Parámetros:
23/1/2014; PA: 160/85 mmHg, FC: 73 ppm;
Datos aportados: 14/9/2013; CT: 187 mg/dL

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 23 Enero 2014	Género: Hombre	Edad: 49	IMC: 25	Alergias: No conocidas
----------------------	----------------	----------	---------	------------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS				
Inicio	Problemas de Salud		Contr.	Preoc.	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
							Prescrita	Usada				
2010	A	HTA*	S	P	2010	Enalapril 20mg	1-0-0	?-0-0	S	S	S	
2013	B	Hipercoleste- rolemia*	S	P	2013	Simvastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2013	C	Molestias gástricas, acidez	S	P	2013	Omeprazol 20mg	0-0-1	0-0-0	S	S	S	

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

Observaciones: La aparición de las molestias gástricas coinciden con la instauración del tratamiento con estatina. El paciente en años anteriores presentaba valores adecuados de presión arterial al cumplir el tratamiento.

Parámetros:
23/1/2014; PA: 160/85 mmHg, FC: 73 ppm;
Datos aportados: 14/9/2013; CT: 187 mg/dL
30/1/2014; PA: 132/78 mmHg, FC: 69 ppm
5/2/2014; PA: 127/80 mmHg, FC: 71 ppm
13/2/2014; PA: 135/80 mmHg, FC: 70 ppm

Paciente con encefalitis como reacción adversa inducida por baclofeno.

Rodríguez-Chamorro MA, Hernández Rincón MP, García-Jiménez E,
Rodríguez-Chamorro A, Pérez-Merino EM.
correspondencia: miguelrodriguez@redfarma.org

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 66 años de edad, con sobrepeso, polimedicada desde hace años. Toma AAS (0-1-0) desde 2008 para la prevención de trombos en la retina debido a una trombosis que tuvo en 2008. Para la incontinencia urinaria y prevenir la vejiga hiperactiva está siendo tratada con solifenacina 10 mg (1-0-0), también desde 2008, y para la prevención de espasmos musculares tiene prescrito baclofeno 25 mg. (1-1-1) desde 1995, a raíz de un accidente. El insomnio ocasional es tratado con lorazepam 1 mg (0-0-1) desde 2008. Asimismo, padece glaucoma desde 2009, cuya medicación es bimatoprost colirio 0,1mg (0-0-1). La hija de la paciente nos informa que ha sufrido varias infecciones en los últimos meses. Además, nos comenta que en el último año la paciente ha tenido varios ingresos hospitalarios coincidiendo con otras infecciones de orina. Simultáneamente presentaba de forma repetida síntomas neurológicos como desorientación, confusión, disartria, distonia, etc. Incluso en algún caso se quedó inconsciente. En el hospital se diagnosticó una probable encefalopatía de Lewis.

En este momento la paciente ha vuelto a presentar síntomas neurológicos, y le preocupa que vuelva a complicarse la enfermedad. La paciente es incluida en seguimiento Farmacoterapéutico.

FASE DE ESTUDIO:

Baclofeno:

Necesidad: Tratamiento de la espasticidad muscular.

Efectividad: Se mide sobre la base de la desaparición de los espasmos musculares, o en caso de profilaxis, de la aparición de éstos.

Seguridad: Las reacciones adversas afectan principalmente al sistema nervioso central siendo la

más frecuente: somnolencia pasajera; se presentan ocasionalmente: náuseas, astenia, mareo, cefalea, depresión y raramente: disnea, sequedad de boca, alucinaciones, disartria, temblor y distonía. Asimismo, se han notificado acontecimientos neurológicos graves en pacientes con insuficiencia renal tras su administración oral. Los síntomas de sobredosis son: hipotonía muscular excesiva, sopor, aturdimiento, vértigo, somnolencia, convulsiones, pérdida de conciencia, hipotermia, salivación excesiva, náuseas y vómitos.

Solifenacina:

Necesidad: Tratamiento de la incontinencia urinaria.

Efectividad: Se mide por la mejoría subjetiva de los síntomas para el paciente (frecuencia miccional, volumen evacuado por micción, episodios de incontinencia, episodios de urgencia sin incontinencia, número de absorbentes utilizados, episodios de nicturia).

Seguridad: La solifenacina puede provocar efectos adversos anticolinérgicos de intensidad leve o moderada, cuya frecuencia está relacionada con la dosis. El más frecuente es la sequedad de boca (>10%), siendo frecuentes (1-10%): estreñimiento, náuseas, dispepsia, dolor abdominal; visión borrosa.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

En esta intervención el objetivo es el control del efecto adverso grave debido a la acumulación del baclofeno por una infección de orina que cursa con mal funcionamiento renal e impide una correcta eliminación de un fármaco que se excreta casi inalterado. Los

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Prevención de espasmos musculares	Baclofeno 25mg	Inseguridad cuantitativa	Interacción de baclofeno con la enfermedad (infección de orina).	Los síntomas neurológicos coinciden con las infecciones de orina. También produce como efecto no deseado sequedad de boca.
Incontinencia urinaria	Solifenacina 10 mg	Inseguridad cuantitativa	Las características del paciente	La reacción adversa que produce es sequedad de boca

síntomas, además, coinciden con los producidos por sobredosis del medicamento.

El segundo efecto adverso pasa a ser secundario, aunque al ser un efecto adverso tanto de baclofeno como de solifenacina, podría en parte quedar solucionado el problema simultáneamente. Se realiza una intervención a través de un familiar y plantea el caso ante su médico. El médico realiza una retirada progresiva de baclofeno debido a los riesgos de ésta. Además el médico disminuye la dosis de solifenacina a 5 mg/día.

Para establecer la estrategia adecuada de intervención a fin de resolver los RNM es necesario conocer en profundidad los problemas de salud y los medicamentos que lo tratan. De esta forma se puede diseñar una estrategia coherente de resolución, que permita en cada momento dar el paso más adecuado. Es necesario realizar, con el fin de conocer mejor los medicamentos, revisiones bibliográficas que nos puedan aportar nuevas informaciones útiles para la resolución de los casos, especialmente en fármacos de reciente aparición. La revisión bibliográfica realizada aportó información sobre dos casos de encefalitis inducida por baclofeno.

Tras la retirada de baclofeno, no se prescribió otro relajante muscular, y todos los síntomas neurológicos de la posible "encefalitis" desaparecieron. La boca seca también mejoró mucho, dejando de preocupar a la paciente.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Un tratamiento farmacológico es inseguro cuando produce un efecto no deseado. El RNM de inseguridad en ambos medicamentos es cuantitativo, debido a un exceso de medicamento, el baclofeno por acumulación al disminuir su eliminación y la solifenacina por prescripción de la dosis más elevada, que permitió una posterior disminución de dosis que solucionó el problema. En este caso la dosis es excesiva porque el médico la eligió así o porque el paciente presenta susceptibilidad individual, es decir, es hiperrespondedor a la dosis normal. Es evidente que un medicamento nunca será inseguro por defecto.

La importancia del efecto adverso producido por el baclofeno se debe a que es una reacción clínicamente relevante que puede llegar a causar lesiones graves, e incluso irreversibles. Los profesionales sanitarios deben conocer que los efectos adversos de los medicamentos afectan de manera determinante a la valoración riesgo-beneficio de cada paciente en particular y en el caso de esta paciente el riesgo de tomar baclofeno era mayor que el beneficio.

El seguimiento farmacoterapéutico permite debido al estudio exhaustivo de los casos y al hecho de ser un proceso de asistencia continua determinar la reacción de causalidad entre la toma de un medicamento y la aparición de una reacción adversa no deseada en los pacientes.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Prevención de espasmos musculares	Inefectividad cuantitativa	Baclofeno 25 mg	Oral F-P-M	Oral F-P-M	Sí
Incontinencia urinaria	Inefectividad cuantitativa	Solifenacina 10 mg	Oral F-P-M	Oral F-P-M	Sí

.BIBLIOGRAFÍA:

- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez-Martínez F. Adaptación del estado de situación al documento de consenso en atención farmacéutica definido por FORO. *Ars Pharmaceutica* 2011; 52(suppl 1): 35-39.
- Catálogo de medicamentos. 2013. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Manual Washington de terapéutica médica. 30 edición. 2001.
- Hormas JT, Benarroch EE, Rodríguez M, Klass DW. Periodical Sharp waves in baclofen-induced encephalopathy. *Arch Neurol* 1988; 45 (7): 814-5.
- Endmann M, Kutz R. Baclofen-intoxication in a Child resulting in coma, bradycardia and transitory defect of visual power. *Klin PEDIATR.* 2005 Mar; 217(2):89-91.
- Ficha Técnica de Vesicare® (Yamanouchi Pharma).
- Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
- 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.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 20 Diciembre 2012	Género: Mujer	Edad: 66	IMC: 29	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS				
Inicio	Problemas de Salud		Cont.	Preoc.	Inicio	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
							Prescrita	Usada				
2008	A	Trombosis retina*	S	B	2008	AAS 100	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2008	B	Molestias gastricas*	S	P	2008	Omeprazol 20	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2008	C	Incontinencia Urinaria*	S	B	2008	Solifenacina 10	1-0-0	1-0-0	S	S	N	INSEG* CUANT ^H
1995	D	Prevenccion espasmos musculares	S	P	1995	Baclofeno 25	1-1-1	1-1-1	S	S	N	INSEG* CUANT ^{H,I}
2008	E	Insomnio ocasional*	S	B	2008	Lorazepam 1	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2009	F	Glaucoma*	S	P	2009	Bimatoprost 0,1	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
20.12.2012	G	Infección de Orina*	N	B	20.12.2012	Fosfomicina 3	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
Años	H	Sequedad de boca										
dias	I	Desorientacion, confusion, disartria, distonia. (¿Encefalitis?)										

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

♦ PRM asociado: Idiosioncrasia paciente; ♣ PRM asociado: Interaccion con enfermedad infección de orina.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 20 Diciembre 201e	Género: Mujer	Edad: 66	IMC: 29	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS				
Inicio	Problemas de Salud		Cont.	Preoc.	Inicio	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
							Prescrita	Usada				
2008	A	Trombosis retina*	S	B	2008	AAS 100	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2008	B	Molestias gastricas*	S	P	2008	Omeprazol 20	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2008	C	Incontinencia Urinaria*	S	B	2008	Solifenacina 5	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2008	E	Insomnio ocasional*	S	B	2008	Lorazepam 1	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2009	F	Glaucoma*	S	P	2009	Bimatoprost 0,1	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.

Educación sanitaria integrada en el seguimiento farmacoterapéutico en paciente VIH con riesgo cardiovascular moderado

Machado Domingues EA, Ferrit Martín M, Calleja Hernández MA.
correspondencia: eadomingues@yahoo.com.br

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente varón de 51 años, diagnosticado de infección por el VIH desde 1987, siendo un progresor lento. Comenzó terapia antiretroviral (TAR) en 2003 con zidovudina+lamivudina+abacavir, ha cambiado 5 veces de esquema terapéutico y desde 2012 utiliza TAR de mantenimiento con darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r). El recuento de linfocitos CD4 naive fue de 183 células/mm³, el actual es de 905 células/mm³ y la carga viral actual indetectable (>20 copias/ml).

Diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 en 2007. Utilizó como terapia hipoglucemiante glibenclamida 5mg/12 horas y desde 11/2012 fue cambiado a metformina 850mg/12 horas.

Otros antecedentes personales del paciente: VHC positivo, ex – ADVP, fumador. En cuanto a los hábitos de vida, relata que tiene una dieta normal, sin restricciones y camina todos los días.

El paciente es invitado a participar del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes VIH mayores de 50 años en el servicio de farmacia de un hospital de tercer nivel.

Relata que los medicamentos para el VIH los toma a diario y sin olvidos. Según los registros de dispensación del servicio de farmacia la adherencia corresponde al 97,56%, sin embargo, relata que los fármacos hipoglucemiantes no los considera importante tomarlos y a veces se olvida de hacerlo.

En el último análisis realizado (04/04/2013) presentó: colesterol total (CT) 214mg/dl, LDL 131 mg/dl, HDL 42 mg/dl, triglicéridos (TG) 203 mg/dl y glucemia 301 mg/dl.

FASE DE ESTUDIO:

Darunavir:

Necesidad: Tratamiento de la infección por el VIH.

Efectividad: Mantener la carga viral del VIH por debajo de 50 copias/ml.

Seguridad: Sospecha de inseguridad no cuantitativa.

Ritonavir:

Necesidad: Tratamiento de la infección por el VIH.

Efectividad: Mantener la carga viral del VIH por debajo de 50 copias/ml.

Seguridad: Sin relevancia.

Metformina:

Necesidad: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.

Efectividad: Inefectividad cuantitativa.

Seguridad: Sin relevancia.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

En los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, la prevención de enfermedades cardiovasculares es primeramente basada en orientación profesional sobre la dieta, reducción del sobrepeso y aumento de la actividad física, seguido por un tratamiento farmacológico (tratamiento oral hipoglucemiante e insulina cuando sea necesario), con el objetivo de conseguir un buen control de la glucosa. Los objetivos terapéuticos en estos pacientes son: glucosa plasmática (ayuno) <110mg/dl, presión arterial <130/80mmHg, colesterol total < 175 mg/dl y LDL: <100mg/dl. Además del abandono del tabaquismo 1.

Primera entrevista (19/04/2013): se obtuvieron medidas de peso y tensión arterial, se verificaron los resultados analíticos del perfil lipídico y glucemia y se calculó el riesgo cardiovascular utilizando la ecuación

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Prevención de espasmos musculares	Metformina	Inefectividad cuantitativa	Incumplimiento	El paciente no toma la medicación adecuadamente. No cree que sea importante tomarla y por eso olvida.
	Darunavir	Inseguridad no cuantitativa	Efectos adversos (Inhibidor Proteasa)	El uso de darunavir puede resultar en efectos adversos metabólicos como hipercolesterolemia, además el paciente no hace una dieta equilibrada.
Incontinencia urinaria	Darunavir	Inseguridad no cuantitativa	Efectos adversos (Inhibidor Proteasa)	El uso de darunavir puede resultar en efectos adversos metabólicos como hipertrigliceridemia, además el paciente no hace una dieta equilibrada.

de Framingham adaptada para España (Regicor 2). Los parámetros encontrados fueron: IMC 27,36 kg/m², PAS/PAD 128/83 mmHg, CT 214 mg/dl, LDL 131 mg/dl, HDL 42 mg/dl, TG 203 mg/dl, glucemia 301 mg/dl y Regicor 7% (riesgo moderado). El paciente fue orientado sobre la importancia de controlar la glucemia y adherir al tratamiento hipolipemiente, así como de hábitos saludables de vida (dieta, actividad física y abandono del tabaco) para disminuir el riesgo cardiovascular (RCV).

Segunda entrevista (21/05/2013): el paciente vuelve a recoger su tratamiento antirretroviral. No había nuevas analíticas, se le midió la tensión (PAS/PAD 119/78mmHg), el riesgo Regicor sigue igual. Se hace un refuerzo en las mismas intervenciones realizadas anteriormente y se le orienta a que vaya a su médico de atención primaria para evaluar el tratamiento hipoglucémico.

Tercera entrevista (19/07/2013): parámetros analíticos actuales: CT 196mg/dl, LDL 129 mg/dl, HDL 45 mg/dl, TG 111 mg/dl, glucemia 160 mg/dl, HbA1c 12,1%. La tensión arterial fue de 101/78 mmHg, IMC 26,33 kg/m² y riesgo cardiovascular Regicor 5%. El

paciente nos informó que está realizando un análisis junto a su médico de atención primaria para evaluar la necesidad de insulina. Se refuerza la necesidad de controlar la dieta y hacer actividad física.

Cuarta entrevista (18/09/2013): el paciente nos informó que los resultados analíticos pendientes no necesita terapia con insulina, sin embargo, le aumentaron la dosis de metformina para 850mg/8 horas. Se le orientó a que se esforzara por tomarla bien y las consecuencias de hacer un mal control.

Quinta entrevista (19/11/2013): en la analítica del último mes (17/10/2013) se obtuvieron los siguientes resultados: CT 198 mg/dl, LDL 128 mg/dl, HDL 48 mg/dl, TG 108 mg/dl, glucemia 96 mg/dl. Se le midió la tensión 128/87 mmHg y se calculó el riesgo cardiovascular Regicor 7%.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Se trata de un paciente con múltiples factores de riesgo cardiovasculares: diabetes, sobrepeso, perfil lipídico alterado y tabaquismo. Durante el seguimiento, el factor que preocupaba era el control de la diabetes. En

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Hiper glucemia	Inefectividad cuantitativa	Metformina	Oral F-P-M	Refuerzo de la importancia de la adherencia a la terapia	Sí
Hipercolesterolemia	Inseguridad no cuantitativa	Darunavir		Refuerzo de la importancia de seguir una dieta saludable y actividad física	No
Hipertrigliceridemia	Inseguridad no cuantitativa	Darunavir	Oral F-P-M	Refuerzo de la importancia de seguir una dieta saludable y actividad física	Sí

el historial previo, este paciente ha tenido problemas de adherencia al TAR y con el esquema actual parece resuelto.

Durante las entrevistas, se realizó orientación sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante mejora en el control de la glucemia y adherencia al tratamiento hipoglucemiante y la importancia de hábitos saludables. Según la Sociedad Europea de Cardiología³, la educación sistemática del paciente mejora el control del metabolismo (perfil lipídico y el control de la presión arterial. Además, la modificación del estilo de vida mejora el control metabólico.

En este paciente, se verificó un mejor control de la glucemia (glucemia inicial=301mg/dl y final=96 mg/dl). Las cifras de CT, LDL y TG disminuyeron (CT inicial=214 mg/dl; CT final=198 mg/dl; LDL inicial=131 mg/dl; LDL final=128 mg/dl; TG inicial=203 mg/dl; TG final=108 mg/dl). El HDL cambió de 42 mg/dl a 48 mg/dl. Sin embargo, el CT y el LDL siguen por encima de los objetivos terapéuticos para paciente diabético.

En lo relativo al riesgo cardiovascular Regicor, no se verificó alteración pues el paciente en la última entrevista había cumplido 52 años, lo que resultó en una estimación de RCV igual a obtenida en la primera entrevista.

Todavía hay factores que influyen en el riesgo cardiovascular, el paciente no plantea abandonar el tabaquismo, el perfil lipídico puede mejorar y perder peso. En este caso, el seguimiento debe seguir desde que el paciente esté de acuerdo, planteando intervenciones para mantener el control de la glucemia, abandonar el tabaco, mejorar el control de los lípidos y reducir de peso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(1):e1-e49.
2. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol 2003; 56 (3):253-61.
3. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. European Heart Journal.2007, doi:10.1093/eurheartj/ehl261.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 19 abril 2003	Género: Hombre	Edad: 51	IMC: 27,36	Alergias: Penicilina
----------------------	----------------	----------	------------	----------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS			
Inicio	Problemas de Salud	Cont.	Preoc.	Inicio	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1987	Infección VIH	S	B	06/12	Darunavir 400mg	2-0-0	2-0-0	S	S	*	INSEG NO CUANT
					Ritonavir 100mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2008	DMII*	S	B	11/12	Metformina 850mg	1-0-1	Irregular	S	N	S	INEF CUANT

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

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 19 noviembre 2003	Género: Hombre	Edad: 51	IMC: 27,36	Alergias: Penicilina
--------------------------	----------------	----------	------------	----------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				RESULTADOS			
Inicio	Problemas de Salud	Cont.	Preoc.	Inicio	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1987	Infección VIH	S	B	06/12	Darunavir 400mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Ritonavir 100mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2008	DMII*	S	B	7/13	Metformina 850mg	1-1-1	1-1-1	S	N	S	

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

Índice de autores

Amariles Muñoz P.	38, 39
Ávila Linares P.	42
Boleda Relats X.	16
Brontons Rodríguez A.	42
Calleja Hernández MA.	58
Carrera Hueso FJ.	33
Corno A.	30
De Jesus F.	41
Esquivel Prados E.	36, 36, 55
Estrada G.	41
Ferrit Martín M.	58
Fikri Benbrahim N.	28
Franco Trigo L.	36, 36, 55
Garay A.	14
García Cárdenas V.	37
García Corpas JP.	36, 36, 55
García Delgado P.	37, 40
García Jiménez E.	50, 54
Gascón Lecha P.	19
Giraldo Alzate N.	38
González Avedaño JS.	38, 39
Hernández Peña N.	42
Hernández Rex A.	37
Hernández Rincón MP.	50, 54
Hincapié García JA.	39
Honrubia Sáez JJ.	46
Labrador Barba E.	37
Larrañaga Arregi B.	22
Machado Domingues EA.	58
Marín Rives FR.	38, 42
Marín Rives LV.	42
Martínez Martínez F.	37, 42
Mena Hernández L.	46
Monsalve D.	38
Morales Marín LM.	42
Morales Marín LV.	42
Morales Martín F.	42
Moreno Abellán F.	41
Navarro Clérigues A.	42
Ocaña Arenas A.	37

Orea Peña ML.	37
ParejaMartínez E.	36, 36, 54
Pérez Benagas MA.	46
Pérez Merino EM.	50, 54
Pérez Soler L.	42
Ramos H.	40
Rodríguez Chamorro A.	50, 54
Rodríguez Chamorro MA.	50, 54
Rodríguez Trigueros L.	38, 42
Romero J.	40
Rviera A.	11
Sabater Hernández D.	38, 42
Salazar Ospina A.	38, 39
Sendra Lillo J.	26, 38, 41, 42
Usero P.	21
Varas Doval R.	24

