

REVISTA CIENTÍFICA | FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

Ars Pharmaceutica

ISSN: 0004-2927

Vol 57 (suppl 1) | Junio 2016

<http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars>

Granada 
23-25 junio 2016



SIMPODADER international

XIX reunión
comisión permanente  COIFFA

2^o UAF
CONGRESO UNIVERSITARIO
DE ATENCIÓN FARMACEUTICA



Ars Pharmaceutica

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: Fernando Martínez-Martínez. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Directora ejecutiva: María José Faus. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Editora: María Dolores Ruiz-López. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Coordinador de área:

Atención Farmacéutica: José Pedro García Corpas. Cátedra MJFD de Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada, España.

Farmacia Clínica: Miguel Angel Calleja, Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de las Nieves. Granada, España

Química Farmacéutica: Joaquín María Campos Rosa. Facultad de Farmacia. Química Farmacéutica y Orgánica. Universidad de Granada. Granada, España.

Nutrición/Salud: Reyes Artacho, Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Radiofarmacia: Antonio Matilla, Radiofarmacia. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Tecnología Farmacéutica: Beatriz Clares Naveros. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Consejo de redacción:

Shalom Isaac Benrimoj. Pharmacy Practice. Universidad Tecnológica de Sidney, Australia.

Jesús Culebras. Real Academia de Medicina y Cirugía Valladolid. Universidad de León, España.

Tomas de Haro. Análisis Clínico. Hospital Clínico San Cecilio. Granada, España.

Fernando Fernández-Llimós. Farmacia Social. Universidad de Lisboa, Portugal.

Eduardo Luis Mariño. Unidad Farmacia Clínica. Universidad de Barcelona, España.

Lucrecia Moreno. Farmacología. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia, España.

Antonio Perez de la Cruz. Nutrición Clínica. Hosp. Virgen de las Nieves, España.

José Luis Quiles. Fisiología, Universidad de Granada. Granada, España.

Bartolomé Quintero. Físicoquímica. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España.

Antonio Rabasco. Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Sevilla. España.

Daniel Sabater. Pharmacy Practice. Universidad Tecnológica de Sidney, Australia.

Javier Sanz. Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

Jorge Veiga de Cabo. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España.

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://revistaseug.ugr.es/index.php/ars>

Diseño y maquetación: José P. García Corpas

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.



Ars Pharmaceutica
Tomo 57, Suplemento 1. 2016
ISSN: 0004-2927



Sumario

Comités	4
Programa	6
Conferencia inaugural	11
Mesa redonda 1: Avances e innovaciones internacionales en farmacia asistencial	13
Mesa redonda 2: Necesidades formativas actuales del farmacéutico asistencial	16
Mesa redonda 3: Actualidad internacional de la investigación en farmacia asistencial ...	20
Mesa redonda 4: Práctica farmacéutica innovadora	23
Mesa redonda 5: Servicios farmacéuticos actuales y futuros: implantación y remuneración	27
Mesa redonda 6: Líneas de investigación futuras en farmacia asistencial	33
Conferencia plenaria	37
Comunicaciones: Estudios relativos a formación y docencia	39
Comunicaciones: Estudios relativos a diseño, evaluación e implantación de servicios ..	51
Comunicaciones: Estudios relativos a Investigación clínica y epidemiología	77
Comunicaciones: Casos clínicos	110
Indece de comunicaciones	136

Comités

COMITÉ DE HONOR

Dra. PILAR ARANDA

Rectora Magnífica. Universidad de Granada. España.

Dra. ANA DEL MORAL

Decana. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España

D. AQUILINO ALONSO

Consejero de Salud. Junta de Andalucía. España.

Dra. PATRICIA PARRA

Presidenta COIFFA.

D. JESUS AGUILAR

Presidente. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. España.

Dra. MERCÈ MARTÍ

Presidenta. Fundación Pharmaceutical Care España. España.

Dr. MIGUEL A. CALLEJA

Presidente. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. España.

D. JESUS GÓMEZ

Presidente. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. España.

D. MARIANO MADURGA

Presidente. Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos.

D. ANTONIO MINGORANCE

Presidente. Consejo Andaluz Colegios Oficiales de Farmacéuticos. España.

D. MANUEL FUENTES

Presidente. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada. España.

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. FERNANDO MARTÍNEZ

Director del Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad Granada. España.

Dr. LUIS RECALDE

Vicedecano. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. España.

Dra. ANA DAGO

Fundación Pharmaceutical Care España. España.

Dra. RAQUEL VARAS

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. España.

Dra. MARÍA JOSÉ FAUS

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

Dr. JOSÉ P. GARCÍA

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

Dra. NARJIS FIKRI

Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad Granada. España.

Dr. BEATRIZ PÉREZ

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

Dr. JOSÉ SENDRA

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

Dr. MIGUEL ÁNGEL GASTELURRUTIA

Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad Granada. España.

Dr. BLANCA SUAREZ

Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad Granada. España.

Dr. MAICA RAMIREZ

Universidad de Granada. España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. CHARLIE BENRIMOJ

Universidad Tecnológica de Sidney. Australia.

Dr. FERNANDO MARTÍNEZ

Director del Grupo Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad Granada. España.

Dr. MARÍA JOSÉ FAUS

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

Dr. FERNANDO FERNÁNDEZ-LLIMÓS

Universidad de Lisboa. Portugal.

Dr. MIGUEL ÁNGEL GASTELURRUTIA

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

Dr. JOSÉ P. GARCÍA

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

Dr. DANIEL SABATER

Universidad Tecnológica de Sidney. Australia.

Dr. EDUARDO MARIÑO

Universidad de Barcelona. España.

Dr. CRISTIAN PLAZA

Universidad Pontificia Católica. Chile.

Dr. SEBASTIÁN MARTINEZ

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. España.

Dr. MIGUEL A. CALLEJA

Presidente. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. España.

Dr. VICTORIA GARCÍA-CÁRDENAS

Universidad Tecnológica de Sidney. Australia.

Dra. LIDIETTE FONSECA

COIFFA

Dra. ANA DAGO

Fundación Pharmaceutical Care España. España.

Dr. JULIO ANDRÉS

Fundación Pharmaceutical Care España. España.

Dra. ISABEL BAENA

Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Junta de Andalucía. España.

Programa

MIÉRCOLES 22 JUNIO 2016

16.30h. Constitución y puesta en marcha del FORO Iberoamericano de Atención Farmacéutica.

17.45h. Comisión Permanente. COIFFA

JUEVES 23 JUNIO 2016

9.00h. Inauguración

Dra. Pilar Aranda (Rectora Magnífica. Universidad de Granada. España)
Dra. Ana del Moral (Decana de la Facultad de Farmacia. UGR. España)
D. Aquilino Alonso (Consejero de Salud. Junta de Andalucía. España)
D^a. Práxedes Cruz (Vicepresidente del Consejo General de COF. España)
D. Antonio Mingorance (Presidente Consejo Andaluz COF. España)
Dra. Mercé Martí (Presidenta Fund. Pharm. Care España. España)
Dra. Patricia Parra (Presidenta de COIFFA. Mexico)
Dr. Fernando Martínez (Presidente del Comité Organizador. España)
Dr. Charlie Benrimoj (Universidad Tecnológica de Sidney. Australia)

9.40h. Mesa Redonda

AVANCES E INNOVACIONES INTERNACIONALES EN FARMACIA ASISTENCIAL

Moderador:

Dra. Patricia Parra (Presidenta de COIFFA. Mexico)

Ponentes:

Dra. Wanda Maldonado (Universidad de Puerto Rico. Puerto Rico)
Dra. Victoria García-Cárdenas (Universidad Tecnológica de Sidney. Australia)
Dra. Lidiette Fonseca (Universidad de Costa Rica. Costa Rica)
Dra. Ana Sáez-Benito (Universidad de San Jorge. España)

11.30h. Pausa-Café

12.00h. Mesa Redonda

NECESIDADES FORMATIVAS ACTUALES DEL FARMACÉUTICO ASISTENCIAL

Moderador:

Dra. Mercé Martí (Presidenta Fund. Pharm. Care España. España)

Ponentes:

D. Antoni Miró (Presidente Fed. Esp. Estud. Farmacia. España)
Dña. Ines Nunes da Cunha (Doctoranda UGR. España)
Dr. Cristian Plaza (Universidad Pontificia Católica. Chile)
Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia (GIAF-UGR)

14.00h. Comida de Trabajo

16:00h. Asamblea General. COIFFA.

16:00h. Mesa Redonda

ACTUALIDAD INTERNACIONAL DE LA INVESTIGACIÓN EN FARMACIA ASISTENCIAL

Moderador:

Dr. Juan del Arco (Fund. Pharm. Care España. España)

Ponentes:

Dra. Ana Santamaría (Fund. Pharm. Care España. España)

Dra. Sandra Gracia (Unviersidad Autónoma de Nuevo León. Mexico)

Dr. Charlie Benrimoj (Universidad Tecnológica de Sidney. Australia)

17:30h. Pausa-Café

18.00h. Conferencia inaugural

LA INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Dra. Isabel Baena (Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Junta de Andalucía. España)

21:30h. Cóctel de bienvenida

VIERNES 24 JUNIO 2016

9.00h. Talleres

Taller 1. ENTREVISTA CLÍNICA FARMACÉUTICO PACIENTE.

D. Diego Barbero (Formación y Servicios Profesionales. Farmacia Amiga)

D. Fermín Quesada (Médico Atención Primaria. Granada. España)

D. Fermín Quesada (Farmacéutico Comunitario. Granada. España)

Taller 2. CÓMO MEDIR EL IMPACTO ECONÓMICO DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS.

Dña. Amaia Malet (Universidad del País Vasco. España)

Taller 3. CÓMO DISEÑAR SERVICIOS PARA TU FARMACIA.

Dña. Lucía Franco (Universidad Tecnológica de Sidney. Australia)

Taller 4. SERVICIO FARMACÉUTICO ORIENTADO A LA MEJORA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ADHERENCIA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL.

Dr. José Sendra (GIAF-UGR. España)

Programa

Dña. Elisa Pareja (Doctoranda Universidad de Granada. España)

Taller 5. IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA SOSTENIBILIDAD.

Dra. Joanna Moullin (Cátedra MJFD de Atención Farmacéutica)

9.00h. III Jornada de Universidades Foro de Atención Farmacéutica (por invitación).

11.00h. Pausa-Café

11.30h. Talleres (continuación)

13.30h. Conferencia Plenaria:

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS: UNA NUEVA REALIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Federico Plaza (Director de Government Affairs. Roche Farma. S.A.)

14.30h. Comida de Trabajo

16:30h. Mesa Redonda

PRÁCTICA FARMACÉUTICA INNOVADORA

Moderador:

Dra. Kylie Williams (Universidad Tecnológica de Sydney. Australia)

Ponentes:

Dr. Martin Schulz (Unión Federal de Asociaciones Alemanas. Alemania)

Dr. Mauro Castro (Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Brasil)

Dra. Alison Strath (Unversidad Robert Gordon. Reino Unido)

18:00h. Pausa-Café

18.30h. Mesa Redonda

SERVICIOS FARMACÉUTICOS ACTUALES Y FUTUROS: IMPLANTACIÓN Y REMUNERACIÓN.

Moderador:

Dr. MA Elfego Rolando (Universidad de Valle. Guatemala)

Ponentes:

Dr. Olivier Bugnon (Universidad de Ginebra. Suiza)

Dra. Alison Roberts (Sociedad Farmacéutica de Australia. Australia)

Dr. Iván Torres (Universidad Antonio Guillermo Urrelo. Perú)

Dr. Luis Amaro (Consejo General de COF. España)

21:30h. Copa de vino español

SÁBADO 25 JUNIO 2016

9.00h. Mesa Redonda

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS EN FARMACIA ASISTENCIAL

Moderador:

Dr. Miguel Ángel Calleja (Presidente Soc. Españ. Farm. Hospitalaria. España)

Ponentes:

Dr. Fernando Fernández-Llimós (Universidad de Lisboa. Portugal)

Dr. Daniel Sabater (Universidad Tecnológica de Sydney. Australia)

D. Jesús Gómez (Presidente SEFAC. España)

Dr. Eduardo Mariño (Universidad de Barcelona. España)

11.00h. Pausa-Café

11.30h. Mesa Redonda

COMUNICACIONES ORALES

Moderador:

D^a. Raquel Varas (Consejo General de COF. España)

13:00: Acto de clausura: Entrega de premios, resumen y conclusión del congreso

D. Jesús Aguilar (Presidente del Consejo General de COF. España)

Dra. María José Faus (Directora Cátedra María José Faus Dáder de Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada. España)

Dr. Fernando Martínez (Director del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la
Universidad de Granada. España)

Conferencia Inaugural

“LA INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS”

Ponente:

Dra. Isabel Baena

Directora General de Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

La investigación en salud se dedica a dar respuesta a las preguntas que los investigadores se plantean en torno a los problemas de salud que tienen las personas. No existe mejor nicho de preguntas de investigación sobre los problemas de salud de la ciudadanía como es el propio sistema sanitario, como lo son, los profesionales sanitarios que los atienden a diario, que conocen qué les pasa a sus pacientes, que necesidades tienen en relación a su salud y su bienestar, qué problemas de salud tienen los pacientes a los que atienden que aún no tiene respuesta y qué problemas tienen ellos, como profesionales para dar respuesta a estos pacientes y sus problemas de salud.

A través de la investigación, la ciencia médica avanza y permite incorporar nuevo conocimiento basado en evidencias, que se traduce en la incorporación de nuevas tecnologías, como los medicamentos o en la mejora de la práctica clínica de los profesionales, innovaciones en la atención al paciente que aportan valor y en definitiva mejorar la atención que se les presta a los pacientes y mejorar su salud.

La investigación y la innovación debe buscar:

- › dar respuesta a un problema de salud.
- › y/o mejorar la práctica clínica
- › por tanto debemos dirigir la investigación y la innovación a conseguir
- › medir resultados en salud
- › identificar áreas de mejora en la atención a los pacientes
- › la investigación debe permitir y tener vocación de
- › trabajo colaborativo en red
- › trabajo multidisciplinar, de trabajo en equipo
- › la investigación tiene como meta última
- › la traslación, previa evaluación, de los resultados a la práctica diaria

El ámbito de la farmacia comunitaria hace viable la puesta en marcha de estudios de investigación de corte epidemiológico que afiancen la necesidad de la implementación de servicios profesionales farmacéuticos en base a los resultados obtenidos en la salud

de los pacientes.

En el ámbito de la farmacia comunitaria se hace imprescindible afianzar y consolidar los pasos que se van produciendo en el desarrollo de los diferentes servicios profesionales farmacéuticos para la mejora de la atención a los pacientes por parte del farmacéutico así como en la identificación de los servicios profesionales farmacéuticos como mejora de la practica clínica de los profesionales médicos, especialmente de la medicina de familia.

Y en el ámbito de la farmacia comunitaria debemos caminar hacia la consecución de la mayor evidencia en los resultados en salud de los pacientes como resultado de recibir servicios farmacéuticos. Y debemos hacerlo alineados con las necesidades y los retos actuales de la sociedad, de cronicidad, envejecimiento, pluripatología , polimedicación y dependencia de los pacientes.

No debemos permitir que este camino tenga retorno, porque nos queda mucho que andar y mucho más que ganar. En el camino seguiremos identificando retos que seguir abordando, lo haremos porque tenemos lo principal: el compromiso de muchos profesionales/investigadores cuyo objetivo no es otro que dar respuesta a los pacientes, a las personas que se acercan a una farmacia comunitaria con un problema de salud.

Mesa redonda 1:

AVANCES E INNOVACIONES INTERNACIONALES EN FARMACIA ASISTENCIAL

Ponente:

Dra. Lidiette Fonseca

Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

El sistema de salud costarricense está conformado por el Ministerio de Salud, ente rector y por prestadores de servicios tanto públicos como privados, el seguro social de salud es administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que le da cobertura a alrededor del 85 al 90% de la población nacional.

Los establecimientos de salud de la CCSS prestan servicios diferenciados en tres niveles de atención: I Nivel (áreas de salud), II Nivel (Áreas con especialidades médicas, hospitales regionales y hospitales periféricos) y III Nivel (hospitales nacionales generales y especializados).

Con respecto a los servicios farmacéuticos, el país cuenta con alrededor de 4000 farmacéuticos activos, en la seguridad social hay 374 farmacias, diez en la aseguradora estatal y 1034 farmacias de comunidad privadas.

La CCSS cuenta en su Lista Oficial de Medicamentos Esenciales con 457 principios activos en 648 preparaciones farmacéuticas y según datos de esta institución en el año 2014 se despacharon cerca de 79 millones de medicamentos.

Además, un 67% de los pacientes también compran medicamentos en las farmacias privadas, según la Encuesta Nacional de Gasto en Salud, el 27% del gasto privado en salud es en medicamentos, de los cuales un 25% es por receta médica, 25% por recomendación farmacéutica y un 40% por automedicación.

Según un estudio realizado en el 2010, se determinó que en las farmacias de comunidad privadas se realizaban pocas actividades de atención farmacéutica, a excepción del despacho de recetas y la indicación farmacéutica. No obstante, se observan cambios en la prestación de estos servicios ya que se han establecido consultorios farmacéuticos y actividades de seguimiento farmacoterapéutico, en algunas farmacias de cadena según datos recabados en el 2015. Cabe señalar, que no hay remuneración asociada con los servicios brindados, únicamente el costo de los medicamentos.

En el caso de la CCSS, el desarrollo de servicios asistenciales ha sido más acelerado, actualmente se brindan servicios de atención farmacéutica en varias farmacias en los tres niveles de atención, para pacientes con enfermedades crónicas, SIDA, tuberculosis, asma, EPOC, clínicas de control del dolor y cuidados paliativos, entre otros. Además, desde el nivel central se promueven actividades a nivel nacional, como la celebración del día R, para promover el uso racional de los medicamentos.

En la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, se realizan algunas actividades de atención farmacéutica desde diversos cursos de grado y posgrado, por medio del Centro Nacional de Información de Medicamentos y proyectos de investigación.

Ponente:

Dña. Ana Saéz-Benito

Universidad de San Jorge. Zaragoza (España).

Diseño de contenidos para la enseñanza universitaria de farmacia práctica

La implantación de la Atención Farmacéutica (AF) constituye un reto para la profesión farmacéutica. La inclusión de esta asignatura en el Curriculum del Grado y la investigación sobre el diseño, evaluación e implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF), son dos de los principales facilitadores para alcanzar este cambio en la práctica profesional¹. La Universidad tiene la responsabilidad de capacitar a sus alumnos para liderar este proceso de cambio y de impulsar proyectos de investigación que amplíen el conocimiento científico en esta área de investigación, en colaboración con Sociedades Científicas y Profesionales para su transferencia a la sociedad.

La Universidad San Jorge es pionera en España en la implantación de la AF como asignatura obligatoria del Grado en Farmacia. Ante el reto de diseñar un programa docente efectivo se ha propuesto un Programa de docencia denominado DOapp (Docencia aplicada a pacientes y poblaciones)². Este Programa, basado en la experiencia previa de otras Universidades^{3,4} incluye la implantación progresiva de metodologías docentes (Aprendizaje Basado en Problemas, Aprendizaje por Servicio y CLIL), recursos TICs (Adobe Connect y Learning Space) y sistemas de evaluación de competencias clínicas y de trabajo en grupo (Examen Clínico Estructurado y Objetivo y evaluación por pares), así como la coordinación de la asignatura de AF con otras materias del Grado, y la realización de actividades de colaboración multidisciplinar con otros profesionales sanitarios y con alumnos de otros Grados.

Como consecuencia de esta formación se presentan múltiples oportunidades para la participación de los estudiantes y farmacéuticos egresados del Grado en proyectos de investigación en el área de AF. Así, se ha conformado un Programa de investigación denominado SEFapp (Servicios Farmacéuticos a pacientes y poblaciones). Dentro de este Programa se llevan a cabo prácticas extracurriculares en el ámbito de farmacias comunitarias y centros asistenciales, becas de colaboración en la docencia e iniciación a la investigación, proyectos fin de grado y tesis doctorales. Adicionalmente, se realizan colaboraciones con las áreas de farmacogenética y farmacocinética de la Facultad de Ciencias de la Salud, con el propósito de aplicar y transferir este conocimiento a la práctica clínica.

Entre los principales resultados de DOapp y SEFapp cabe destacar la satisfacción y alto grado de participación de los alumnos y profesionales farmacéuticos implicados, así como la labor de transferencia del conocimiento a la sociedad que se obtiene gracias a la prestación de los SPF a pacientes reales en una variedad de ámbitos asistenciales.

1. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. Pharm

World Sci. 2009; 31(1): 32-9.

2. Isabel Pérez, Silvia del Caso, Sara Sáez, N Berenguer, Am Sáez-Benito, L. Sáez-Benito. Impacto de la docencia de atención farmacéutica en el grado sobre las habilidades de los alumnos, los resultados clínicos de los pacientes y la percepción de los participantes.
3. IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Toledo, 15-17 de octubre de 2015. University of Technology Sydney: Pharmacy. [Sede web]; The University; 2016 (acceso 21 de Mayo de 2016). Disponible en: <https://www.uts.edu.au/about/graduate-school-health/pharmacy>
4. Kritikos VS1, Woulfe J, Sukkar MB, Saini B. Intergroup peer assessment in problem-based learning tutorials for undergraduate pharmacy students. Am J Pharm Educ. 2011 May 10;75(4):73.

Mesa redonda 2: NECESIDADES FORMATIVAS ACTUALES DEL FARMACÉUTICO ASISTENCIAL

Ponente:

Antoni Miró Manzano

Presidente de la Federación Española de Estudiantes de Farmacia. España.

Actualmente en España nos encontramos en un momento de transición: El modelo de farmacia asistencial está evolucionando desde un modelo centrado en el producto hacia uno centrado en el paciente, con todos los problemas estructurales que puede conllevar esto en nuestra profesión. Diversas declaraciones e iniciativas, como la Declaración de Córdoba o el estudio conSIGUE, demuestran que el profesional farmacéutico es cada vez más consciente de que este cambio es necesario para recobrar esa confianza, en parte perdida, de la sociedad española en los farmacéuticos comunitarios, y demostrar el valor de la farmacia comunitaria en el sistema sociosanitario español.

Así como parece que la profesión va bien encarada hacia un futuro esperanzador, la situación en la educación de los futuros farmacéuticos es bastante diferente. Aspectos como la presencia escasa de una formación asistencial, la falta de educación en habilidades no formales, o la mala implantación del plan Bolonia, hacen que en las facultades no se viva ese espíritu de cambio y se vea a la farmacia asistencial como un paso para llegar a otras salidas profesionales, o una segunda opción. Como consecuencia de todo esto, en los últimos años se ha podido observar como las prioridades de los estudiantes en cuanto a sus futuros puestos de trabajo ha virado hacia la farmacia industrial y la investigación, y aquellos que quieren vivir la parte asistencial se decanten por la farmacia hospitalaria.

¿Que sucede en las facultades para que se tenga esa percepción? ¿Es culpa de los planes de estudios, con departamentos demasiado acomodados y centrados en la investigación en su estructura que se niegan a avanzar en beneficio del alumno? ¿O es culpa del estudiante, más preocupado de la nota y más centrado en la competencia que en su formación como profesional? ¿Puede ser que la imagen que se vende a la sociedad de nuestra profesión sea diferente a la que tenemos los farmacéuticos, lo que hace que los estudiantes entren en el grado con una visión distorsionada de nuestro trabajo como sanitarios?

Desde la Federación Española de Estudiantes de Farmacia, los estudiantes estamos dispuestos a cambiar esta percepción, y trabajamos para hacer al estudiante participe de su profesión y consiente de este plan, trabajando para dar voz a los estudiantes en este proyecto tan importante que es la farmacia asistencial del siglo XXI.

Ponente:

Dña. Ines Nunes da Cunha

Doctoranda Universidad de Granada.

Diseño de contenidos para la enseñanza universitaria de farmacia práctica

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la formación universitaria de farmacia inició algunos cambios asociados a la evolución de la profesión. En algunos países se observó una reestructuración curricular con objetivo de satisfacer las necesidades de una práctica centrada en el paciente. Sus facultades de farmacia cambiaron los planes de estudios y se estableció un adecuado equilibrio entre materias de ciencias biomédicas, ciencias farmacéuticas, ciencias clínicas y ciencias sociales / administrativas / comportamentales, lo que permitió una educación más rica en contenidos programáticos del área de farmacia práctica.

En Europa, al amparo de las Directivas 2005/36/EC y 2013/55/EU, que reconocen la cualificación profesional del farmacéutico y definen los conocimientos, competencias y asignaturas básicas que el grado de farmacia debe proporcionar, pero también inspirado en el marco global de competencias de la Federación Internacional de Farmacia, se realizaron algunas iniciativas para crear marcos competenciales de farmacia práctica (ej. el proyecto PHAR-QA). En España, las competencias que los estudiantes deben adquirir para el ejercicio de la profesión de farmacéutico están establecidas en la orden CIN/2137/2008. En Portugal, la Ordem dos Farmacêuticos está trabajando en la creación de un modelo de competencias para los farmacéuticos. Aunque el desarrollo de marcos competenciales sea muy importante, para asegurar la adquisición de las competencias por los estudiantes de farmacia, es necesario que los planes de estudio sean diseñados para asegurar que el alumno llega a adquirir aquellas competencias. Así, parece imprescindible trabajar en los contenidos del plan de estudios del grado de farmacia.

Serán presentados los resultados de un proyecto en que se realizó una identificación sistemática de los contenidos programáticos del área de farmacia práctica, mediante la creación de un árbol de codificación de contenidos. Se realizó un análisis cualitativo de los contenidos docentes de 1703 asignaturas del área de farmacia práctica de los planes de estudio de 110 facultades de farmacia de Australia (n=15), Canadá (n=5), Estados Unidos (n=89) y Nueva Zelanda (n=1). Se recogieron los syllabus en las páginas web de las facultades de farmacia, excluyendo las que no tenían el plan de estudios completo disponible en inglés. Además, se solicitó por correo electrónico a los responsables de las asignaturas información adicional, obteniendo respuesta con información para 119 asignaturas. Como punto de partida, se creó un árbol de contenidos a partir de directrices del Accreditation Council for Pharmacy Education. Se realizó un proceso iterativo de codificación dirigida, para obtener el árbol final de códigos que permitiese clasificar los contenidos docentes del área de farmacia práctica. Al final se llegó a un listado jerarquizado de cerca de 1500 ítems de contenido del área de farmacia práctica.

Ponente:

Dr. Cristian Plaza

Universidad Pontificia de Chile.

En la actualidad el rol que ha ido adquiriendo el farmacéutico en el área del cuidado del paciente ha aumentado y diversificado. Si bien durante el siglo XX se caracterizó por la producción a pequeña y gran escala de medicamentos, durante la segunda mitad de este siglo se desarrolló un cambio en el paradigma de la profesión, que lo llevo a centrarse en el cuidado de paciente. De esta forma, durante los años 70 surge en EEUU la Farmacia Clínica y posteriormente la filosofía del Pharmaceutical Care. Esto llevó a un replanteamiento de la forma de enseñar de las diferentes Universidades, para intentar adaptarse a los nuevos tiempos. Es así como muchas de ellas, especialmente las de habla inglesa, comienzan a experimentar cambios curriculares importantes tanto a nivel del pre como del posgrado, centrandó su enseñanza en el paciente. Sin embargo, muchas de las universidades a nivel hispanoamericano no han podido adaptarse de buena forma a este nuevo rol del farmacéutico y aún sus currículos de enseñanzas están basados en las ciencias básicas necesarias para comprender el funcionamiento de los medicamentos. Solo han podido desarrollar programas de posgrado, en los cuales la enseñanza se realiza de forma teórica y sus estudiantes no logran tener las competencias necesarias para desarrollarse en el área asistencial.

Por esta razón, es importante que las Universidades comprendan cuales son las necesidades formativas actuales, que les permitan a sus estudiantes desempeñarse de manera eficiente en el ámbito asistencial. Los grandes avances experimentados en la terapéutica durante las últimas décadas (desarrollo de terapias biológicas y terapia génica), la identificación del genoma humano (que permitió comprender las bases moleculares para el desarrollo de ciertas patologías y las modificaciones a la respuesta farmacológica experimentados por todos los pacientes), la comprensión de la importancia del trabajo interdisciplinario (comunicación efectiva entre los diferentes profesionales del área de la salud en pos del beneficio del paciente), el desarrollo de metodologías de seguimiento de pacientes, y por sobre todo una nueva forma de enseñanza, en la cual el conocimiento sea transversal a todas las disciplinas impartidas, con un gran componente práctico (participación activa con el resto de los profesionales en centros de salud) que permita desarrollar habilidades transversales de conocimiento, debiesen ser los pilares fundamentales para que los farmacéuticos del futuro puedan integrarse con mayor facilidad a los equipos de trabajo asistenciales y ser un aporte real a los sistemas de salud a nivel mundial.

Ponente:

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.

Tradicionalmente el farmacéutico ha necesitado recibir una formación con una alta carga de ciencias básicas debido a su orientación hacia la preparación y fabricación de medicamentos, ya fuera a nivel industrial como en la Oficina de Farmacia. La evolución de la sanidad y, con ella de la farmacia, ha ido transformado la práctica del farmacéutico desde una actividad muy técnica hacia una farmacia más profesional, centrada en resolver las nuevas necesidades de los pacientes. Se trata de un proceso que está resultando largo en el tiempo y que pretende establecer una farmacia más clínica, que más recientemente se ha denominado Farmacia Asistencial. Este movimiento viene amparado por prácticamente todas las instituciones nacionales e internacionales entre las que destacan la OMS y la FIP.

Es preciso recordar que el número de profesionales que se dedican a la farmacia asistencial es con mucho el más numeroso y probablemente este colectivo, precisamente por su número, sea el que hoy sigue justificando la existencia de la Farmacia como carrera universitaria. Con todo el respeto y admiración por los farmacéuticos que se dedican a la industria, docencia, farmacia militar, distribución mayorista, administración sanitaria, o a cualquier otro ámbito de la actividad farmacéutica, actualmente la visión social de la carrera de Farmacia está íntimamente relacionada con su misión asistencial.

Por ello la Universidad debería acercarse a esta realidad y prestar a este colectivo una atención específica mediante el desarrollo de una Disciplina en Farmacia Asistencial que, a grandes rasgos, debería abordar contenidos relacionados con los siguientes aspectos:

- La Atención Farmacéutica, abordando aspectos conceptuales y de terminología práctica.
- La forma de operacionalizar dicha filosofía de la práctica a través de la realización de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA), de acuerdo con consensos nacionales e internacionales, y los documentos de Buenas Prácticas.
- La evaluación de resultados en salud siguiendo el modelo ECHO, (resultados clínicos, económicos y humanísticos) junto a la profundización en la Farmacia basada en la evidencia, en las pruebas, con un conocimiento exhaustivo sobre evidencia y subsiguientes recomendaciones de práctica clínica.
- La diseminación e implantación de SPFA de acuerdo a los principios de la Ciencia de la Implantación.
- Y, por último, un conjunto de aspectos relacionados con las ciencias sociales como atención domiciliaria y sociosanitaria, teorías sobre el comportamiento y las alteraciones conductuales, investigación cualitativa, la práctica colaborativa, etc.

Todo ello debe hacerse en estrecha colaboración profesión – universidad.

Mesa redonda 3:

ACTUALIDAD INTERNACIONAL DE LA INVESTIGACIÓN EN FARMACIA ASISTENCIAL

Ponente:

Dra. Sandra Gracia

Universidad Autonoma de Nuevo León. Mexico.

Actualidad en Hispanoamérica

Conformada Hispanoamérica por 20 países de gran diversidad cultural y socioeconómica provee una amplia plataforma para la investigación en farmacia práctica, entendiendo por ésta aquellas actividades de exploración y divulgación enfocadas a estudios de Tecnología farmacéutica, Farmacología, Farmacognosia, Uso de Medicamentos y Atención Farmacéutica. Se realizó una búsqueda en línea en bases de datos e internet libre de publicaciones en las que se mostrara la investigación en este tema para después hacer la clasificación y ponderación de los resultados de la búsqueda. Se encontró que en el caso de América Central predominaron los estudios de farmacognosia y farmacológicos, le siguieron de atención farmacéutica, tecnología farmacéutica y finalmente de utilización de medicamentos. En América del Sur se observó mayor proporción de los estudios de uso de medicamentos y atención farmacéutica, seguidos de tecnología farmacéutica, farmacológicos y finalmente de farmacognosia. En el caso de los países del Caribe se observó que los estudios de atención farmacéutica, uso de medicamentos, tecnología farmacéutica predominaron sobre los farmacológicos y de farmacognosia. En el caso de México predominaron los estudios de farmacognosia, seguidos de los farmacológicos, tecnología farmacéutica, atención farmacéutica y finalmente de uso de medicamentos.

Las investigaciones comprenden una gran variedad de temas abordados entre los que destacan en el caso de farmacognosia: evaluación de actividades como la antioxidante, hipoglucemieante, citotóxica, antifúngica, diurética, antihipertensiva de plantas de las regiones; así como estudio de propiedades toxicológicas de sus extractos. En el caso de los farmacológicos se incluyen estudios de efectividad y seguridad de principios activos, estudios farmacocinéticos, etc. De los relacionados a tecnología farmacéutica se encontraron orientados a la elaboración y caracterización de diversas formas de dosificación. En cuanto a la atención farmacéutica predominaron los enfocados al seguimiento farmacoterapéutico, a la evaluación de programas de adherencia terapéutica; la implementación de programas de farmacovigilancia, errores de medicación, entre otros. Relacionados al uso de medicamentos se encontraron estudios farmacoeconómicos, uso de medicamentos en embarazo, etc.

Lo que se observa de manera general con relación a las actividades de farmacia práctica en las diferentes regiones de Hispanoamérica es lo siguiente considerando promedios en general: existe una alta coincidencia entre México y los países de América Central ya que en ambos predominan los estudios de farmacognosia, farmacológicos y de uso de medicamentos; mientras que para América del Sur y el Caribe las principales actividades de investigación que coinciden en los primeros lugares son la atención farmacéutica y uso de medicamentos.

Ponente:

Dr. Charlie Benrimoj

Graduate School of Health, University of technology Sydney. Australia.

A nivel internacional y durante los últimos 50 años, el objetivo de la investigación en Farmacia Asistencial (PPR) se ha expandido hasta abarcar áreas tales como el impacto clínico, conductuales, económico y humanístico de la práctica en farmacia, de los sistemas sanitarios, del uso de los medicamentos y del cuidado del paciente. La expansión del papel del farmacéutico, en diferentes ámbitos, ha sido promovida por la evolución de la profesión hacia un papel más asistencial, por las organizaciones profesionales y por la investigación en este campo.

La calidad y la cantidad de investigación llevada a cabo en el área de la farmacia asistencial, ha permitido llevar a cabo meta-análisis, que a pesar de que a veces obtienen resultados contradictorios, muestran una tendencia general positiva que respalda la expansión del papel del farmacéutico, poniendo de manifiesto su valor a nivel clínico, económico y humanístico.

No obstante, todavía no se ha alcanzado el punto en el cual la disciplina de la farmacia asistencial haya propuesto sus propias teorías. Actualmente nos encontramos en la fase en la que se utilizan teorías y métodos científicos diseñados y testados en otras disciplinas ajenas a la farmacia, como por ejemplo, la disciplina de ciencias clínicas y conductuales, epidemiología, implantación y economía.

No obstante, se dispone de investigaciones de gran calidad que promueven y son utilizadas en la formación del alumnado en farmacia asistencial, formación basada en la evidencia a través de la incorporación de dichas investigaciones en los planes de estudios de pregrado y postgrado.

Uno de los temas de investigación que ha atraído una gran atención en las últimas décadas, ha sido el de los servicios profesionales farmacéuticos. A continuación se presenta un enfoque metodológico sistemático e innovador que ya ha sido utilizado a nivel internacional.

A nivel internacional, la investigación en Farmacia Asistencial ha alcanzado un nivel de madurez tal que el Consejo de Ciencias Farmacéuticas (BPS) de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) ha establecido un grupo de especial interés (SIG) en este área de investigación. A parte del reconocimiento simbólico, la creación de este grupo internacional supone una oportunidad única para desarrollar una estrategia internacional que respalde la investigación en Farmacia Asistencial (PPR) en diferentes países. Dicho SIG en el área de la Farmacia Asistencial, supone un gran avance para la profesión, ya que va a permitir tanto a investigadores experimentados, como a nuevos investigadores, a post-doctorandos, farmacéuticos comunitarios, y estudiantes de Máster y de Doctorado, difundir y promover su investigación a nivel internacional.

El SIG va a permitir una difusión y exposición más amplia y de gran calidad de la investigación en la Farmacia Asistencial para todos los stakeholders implicados, así como el fomento y la promoción de una mejor comunicación, discusión, networking y colaboración a nivel internacional, que sin duda contribuirá al avance de la disciplina. A continuación se describen los objetivos del PPR SIG:

1. Promover un fórum internacional para la expansión de la investigación en el ámbito de la Farmacia Asistencial.
2. Crear un fórum para para todos los stakeholders con el objetivo de diseminar investigación internacional en Farmacia Asistencial de calidad.
3. Desarrollar políticas que regulen la investigación actual y futura en el ámbito de la Farmacia Asistencial, incluyendo la creación de una definición global para PPR.
4. Contribuir a la educación y aprendizaje de la investigación en Farmacia Asistencial, proveyendo a los farmacéuticos y a los estudiantes de farmacia y de ciencias farmacéuticas de un mejor acceso a los últimos avances en la práctica basada en la evidencia y a la investigación de mayor calidad en el ámbito de la Farmacia Asistencial internacional.
5. Estimular la comunicación, discusión, conexión, y colaboración entre stakeholders internacionales en el ámbito de la Farmacia Asistencial, incluyendo farmacéuticos y científicos farmacéuticos, que promuevan el avance de las buenas prácticas.
6. Aumentar la contribución de la Farmacia Asistencial a la salud global de la población, a través de la provisión de un mejor acceso a las últimas investigaciones internacionales de alta calidad.

Fases de evolución en la investigación

proyectos

Desarrollo y definición de servicios
(indicadores, sistemas y procesos educativos, viabilidad práctica inicial, etc.)

Evaluación; Resultados de servicios e intervenciones
(valor del farmacéutico y de la farmacia, modelo ECHO, etc.)

Implantación
(diseño de programas, modelos y reglas de negocio y profesionales, gestión de cambio, sostenibilidad económica y profesional, etc.)

Sostenibilidad
(Incorporación a la rutina de la práctica profesional y generación de ingresos y beneficios para el negocio.)

Mesa redonda 4:

PRÁCTICA FARMACÉUTICA INNOVADORA

Ponente:

Dr. Martin Schulz

Federal Union of German Associations of Pharmacists. Germany.

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death worldwide, accounting for nearly one third of deaths. (Community) pharmacists are accessible primary healthcare professionals who frequently see patients with chronic diseases. Given the workloads of primary care physicians, pharmacists are well positioned to take on a greater role in the management of chronic disease. Indeed, recent research (e.g., well-conducted randomized clinical trials (RCT) such RxACTION or RxEACH and systematic reviews and meta-analyses of RCTs) has demonstrated the effectiveness of pharmacist-provided disease management activities, including improving blood pressure control/hypertension or CV risk reduction in general and in diabetes in specific [1-5]. For example, pharmacist prescribing for patients with hypertension resulted in a clinically important and statistically significant reduction in blood pressure [1]. And community pharmacists' intervention resulted in a significant reduction in risk for CVD events [2]. The GLICEMIA program in German community pharmacies showed the feasibility of a pharmacy-based intervention leading to a significant, however modest, reduction in diabetes risk score [6]. Moreover, screening for atrial fibrillation with iECG in pharmacies (SEARCH-AF) seems to be both feasible and cost-effective [7]. In contrast, however, robust evidence for improving outcomes (mortality and morbidity) for patients with heart failure by pharmacist-led interventions is still scarce [8]. Apart from CV-specific interventions, recent research identified the need for innovative pharmacy practice interventions and continuous care to support polypharmacy patients' comprehensibility of a medication plan as a pre-requisite to improve both patient safety and medication adherence [9, 10].

References:

1. Tsuyuki RT et al. *Circulation*. 2015;132:93–100.
2. Tsuyuki RT et al. *JACC*. 2016, Mar 29.
3. Santschi V et al. *Can Pharm J*. 2015;148(1):13–6.
4. Santschi V et al. *Diabetes Care*. 2012;35:2706–17.
5. Santschi V et al. *J Am Heart Assoc*. 2013;3:e000718.
6. Schmiedel K et al. *Diabetes Care*. 2015;38(5):937–9.
7. Lowres N et al. *Thromb Haemost*. 2014;112:1167-76.
8. Kang JE et al. *J Clin Pharm Ther*. 2016;41(2):145–57.
9. Botermann L et al. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:621–30.
10. Botermann L et al. *Eur J Clin Pharmacol*. (in revision).

Ponente:

Dr. Mauro Silveira de Castro

Universidad Federal do rio Grande do Sul. Brasil.

Práctica Farmacéutica Innovadora en educación continuada de farmacéuticos del Sistema de Salud.

Toda la formación del farmacéutico en Brasil, por muchos años, fue direccionada a la industria y laboratorio clínico. Solamente en 2002 las directrices curriculares hablan del enfoque al sistema de salud. ¿Cómo hacer con los farmacéuticos que ya actúan en el sistema de salud, principalmente en atención primaria?

Este fue el desafío que el Departamento de Asistencia Farmacéutica del Ministerio de la Salud planteó al Grupo de Investigación y Desarrollo en Atención Farmacéutica (GPDAF) de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Se construyó un perfil y se identificó las competencias necesarias para el farmacéutico actuar en la atención primaria. Fue una construcción colectiva entre academia, profesionales de salud y gestores. ¿Cómo hacer para llegar a un país continental el curso? Se optó por utilizar las herramientas de la Educación a Distancia.

Pero, la filosofía de enseñanza de la práctica profesional del GPDAF es siempre que posible utilizar metodologías activas para la formación de competencias. Desde ahí fueron siendo desarrolladas actividades que llevasen al estudiante a hacer una reflexión sobre un problema y, con la ayuda de materiales de apoyo, junto con sus colegas de estudio construir una solución para el problema. En otras había la toma de decisiones individual y después discusión con sus colegas intentando evaluar las soluciones planteadas. Por ejemplo, se utilizó un distrito de atención primaria virtual para entrenar a reconocer un territorio de actuación, identificar los determinantes sociales de la salud, hacer diagnóstico de la comunidad, priorizar acciones del equipo de salud y hacer un planeamiento de acciones en salud. Los contenidos fueron modulares: EaD, sistema de salud, gestión clínica del medicamento, servicios clínicos. Los últimos fueron desarrollados con simulaciones individuales de dispensación, orientación, seguimiento farmacoterapéutico y plan terapéutico individual.

Hubo dos momentos presenciales. El primero (dos días) fue utilizado para la enseñanza de cómo ser estudiante en un campus virtual. Después el estudiante trabajó por 210 horas en la plataforma Moodle. Finalmente ocurrió encuentro presencial donde fueron realizados testes para verificar el desarrollo de habilidades y la defensa de un proyecto en atención primaria frente a un tribunal constituido por un profesor y un gestor del servicio público de salud. Los estudiantes estaban reunidos en grupos de 15 con un tutor y cada grupo de 30 tuvieron a su disposición un asesor de contenido. Trecentos y dos farmacéuticos participaron con una tasa de 12% de abandono del curso. Nuevas tecnologías de enseñanza pueden ser utilizadas en la educación continuada de profesionales de la salud.

Ponente:

Dra. Alison Strath

Universidad Autonoma de Nuevo León. Mexico.

Emerging Innovations in Pharmacy Practice in Scotland

The Scottish Government's strategy for pharmaceutical care, Prescription for Excellence (PfE), sets out its intention to ensure every patient-facing pharmacist is an independent prescriber who will work with doctors and others to help deliver high standards of pharmaceutical care across the NHS.(1) To support this there has been a rapid extension in the number of pharmacists undertaking independent prescribing courses and advanced clinical skills training to ensure they have the necessary competencies and capabilities. In addition there has been a focus on interprofessional educational opportunities at undergraduate level. There is a move towards every doctor's practice having the input of a pharmacist providing enhanced services, including polypharmacy clinics. (2) This forms part of a wider European project, SIMPATHY to promote and support innovation across the EU in the management of appropriate polypharmacy and adherence in the elderly.

PfE builds on the previous pharmacy strategy, The Right Medicine, which introduced a new community pharmacy contract in Scotland with a shift in emphasis from dispensing and an item of service payment to more clinical person-centred services and a capitation based payment model.(3) The Minor Ailment Service (MAS) allows a cohort of the Scottish population (children, elderly and those on income-related benefits) to register with and use community pharmacy as the first port of call for the consultation and treatment of a range of common self-limiting illnesses. The pharmacist advises, treats or refers the person according to their needs. Key stakeholders are keen to extend MAS to the whole Scottish population to reduce the burden on doctors and Accident and Emergency (A&E) attendances. Research suggests that over 1 in 10 doctor consultations and 1 in 20 A&E attendances could be managed by community pharmacists introducing greater cost efficiencies. (4,5) The potential expansion of MAS was also highlighted as a key recommendation in the 2015 'out of hours review'. (6)

The Chronic Medication Service (CMS) enables a systematic approach to the pharmaceutical care of patients with long term conditions by formalising the role of community pharmacists and making better use of their skills and expertise to improve a patient's understanding of their medicines and to help to maximise the clinical outcomes from their therapy. (7) It also provides a framework to support collaborative working between community pharmacists, patients and doctors. CMS involves three stages: stage 1 is registration and initial assessment of patients to determine if they would benefit from a tailored care plan; stage 2 is pharmaceutical care planning for patients requiring assistance with their medication supported by a web-based Pharmacy Care Record (PCR); and stage 3 is serial prescribing and dispensing where a doctor can prescribe a serial prescription which is dispensed at set intervals over a 24-, 48- or 56-week period.

There are specific interventions to target high risk medicines such as warfarin which links to the work of the Scottish Patient Safety Programme and to improve compliance with new medicines. The Public Health Service (PHS) supports community pharmacy-led smoking cessation support and access to emergency hormonal contraception. All these services are underpinned by an ePharmacy Programme which allows prescriptions and patient data to be shared electronically between doctors, community pharmacists and the NHS payment system. Options to extend the use of robotics and automation to support pharmacists in delivering extended roles are currently being explored.

1. The scottish government. 2013. Prescription for Excellence. A Vision and Action Plan for the right pharmaceutical care through integrated partnerships and innovation. Edinburgh: Scottish Government. <http://www.gov.scot/resource/0043/00434053.pdf>
2. The scottish government. 2015. Polypharmacy Guidance. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guideline Network. www.sign.ac.uk/pdf/polypharmacy_guidance.pdf
3. The scottish government. 2002. The Right Medicine: a strategy for pharmaceutical care in Scotland. Edinburgh: Scottish Government. <http://www.gov.scot/Publications/2002/02/10633/File-1>
4. Mina Watson M.C., Ferguson J., Barton G.R., et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open* 2015; 5:e006261. <http://bmjopen.bmj.com/content/5/2/e006261.abstract>
5. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, et al, Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Family Practice* (2015) 32 (2): 165-172. doi: 10.1093/fampra/cmz003 <http://fampra.oxfordjournals.org/content/32/2/165>
6. The scottish government. 2015. Pulling together: transforming urgent care for the people of Scotland. The Report of the Independent Review of Primary Care Out of Hours Services. Edinburgh. Scottish Government. <http://www.gov.scot/Publications/2015/11/9014/0>
7. The scottish government. 2009. Establishing Effective Therapeutic Partnerships: a generic framework to underpin the Chronic Medication Service element of the community pharmacy contract. Edinburgh. Scottish Government. <http://www.gov.scot/Publications/2010/01/07144120/1>

Mesa redonda 5:

SERVICIOS FARMACÉUTICOS ACTUALES Y FUTUROS: IMPLANTACIÓN Y REMUNERACIÓN

Ponente:

Dr. Olivier Bugnon

University of Lausanne, Switzerland.

Swiss case history

In Switzerland, the profitability level of 20 to 30% of the community pharmacies is too low. These pharmacies are usually small and their practice is traditional, centered on drug supply. It must be emphasised that the Swiss regulation for the pharmacies is very liberal: no State monopoly, no installation limitation, competition with dispensing doctors (especially in the German-speaking part of Switzerland), druggists, mail-order companies and pharmacy chains. In 2001, a remuneration system based on a margin combined with fees for basic services was introduced. Since then, the number of pharmacies increased slightly (1664 in 2000 and 1744 in 2013, for a total population of approximately 8 million inhabitants); at the end of 2013, 529 pharmacies were affiliated to a commercial chain and 1215 were independent, themselves usually members of virtual chains in order to stay competitive. There is a gap growing between the large and most profitable pharmacies and the less profitable ones.

At the same time, the Swiss political environment and the national public health strategy provide opportunities for pharmacists: priority given to primary care, promotion of interprofessional and integrated care, recognition of postgraduate qualifications for community and hospital pharmacists, recognition of some new pharmacists competences (diagnosis and prescription for some minor illness, vaccination), implementation of e-health, a certain openness to finance efficient new pharmacy services.

Through these actions, the policy seeks to address the following public health challenges: aging population, polymorbidity and increasing complexity of patients and therapies, fragmentation of care, shortage of healthcare workforce, rising health care costs, integration of the new information and communication technologies, responsible use of new therapeutic options from biotechnology. These changes are illustrated by the concept of P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory.

The analysis of the political and economic context is a motivation to quickly adapt the traditional practice model of the community pharmacies. The development of high-value pharmacy services is so obvious. These should focus on the individual needs of patients and coordinated with other healthcare practitioners. However, their implementation in the daily work of the pharmacies is a major revolution to make, like a cultural and managerial leap.

Recently the partial failure of the national implementation of a remunerated medication use review service recalls the difficulty to change the habits, even for some simple pharmacy services: 5 years after the introduction of the service, only about 5% of the allocated budget has been used by pharmacists. Moreover, the added value of the service could not be clearly demonstrated. The future of this remunerated service is uncertain.

NetCare® is another pharmacy service whose national implementation is low despite a public health interest. The idea is to train pharmacists on diagnostic algorithms; in the most severe cases, a physician can be consulted via internet connection from the pharmacy. Small-scale evaluations suggest that NetCare® is safe and could result in savings for the healthcare system. An insufficient level of profitability for the pharmacists and the negative feeling of “competition” expressed by a majority of physicians are the main barriers observed.

Quality circles physicians-pharmacists in primary care are a success even if the number of circles remains low 18 years after their creation and 6 years after the conclusion of a national fare agreement. The demonstration of their efficiency has been made but their main advantage is the creation of local networks that facilitate implementing other collaborative and person-centered pharmacy services.

Quality circles physicians-nurses-pharmacists in the nursing homes in three French-speaking cantons are successful examples of an exhaustive implementation (introduction in 2002 in Fribourg, Valais in 2006 and 2010 in the canton of Vaud). Among the key success factors: requirement specification and fare agreement with the state, the insurers and the professional associations; specific standards of practice, attractive remuneration, independent monitoring and research. The efficiency of the service has been clearly demonstrated and an interprofessional training program is in place. An interprofessional program for the prevention of medication errors in nursing homes is a current development in Fribourg since 2014. Moreover, another current development in Fribourg and Vaud is the development of a pharmacists-lead program for the deprescription of drugs in nursing homes.

The successful experience of quality circles helped to build confidence between the physicians and the pharmacists. It was thus possible to consider new collaborative services, particularly for improving patient safety and medication adherence. Indeed, one in two chronic patients does not take his medication according with his therapeutic plan. The programs entitled SISCare® are thus an extension of quality circles physicians-pharmacists; they are an interprofessional solution for accompanying chronic patients in taking their daily medication. The dissemination of this service is directly related with the clinical and scientific developments initiated for more than 15 years at the Pharmacie de la PMU, in Lausanne. The SISCare® programs may be charged to health insurance. The central element of the service takes place in three phases: 1) individualized, person-centered and semi-structured motivational interviews in the community pharmacy; 2)

adherence measurement with an electronic pill container; 3) interviews and adherence reports as a feedback to the patient and physician. The collaboration between physician and pharmacist is thus strengthened, alongside the patients who give their written consent.

This concept has recently attracted the attention of the government. The Federal Office of Public Health is supporting my research group for the scientific assessment of a SISCare program dedicated to diabetic patients. This study should especially determine the factors that may promote the implementation of person-centered and integrated care.

The research questions of this implementation study thus aimed at three different levels:

1. Are the implementation strategies of the SISCare programs appropriate and effective?
2. Is the interprofessional program appropriate and effective for the patients with type 2 diabetes?
3. Is its implementation possible routinely in the French-speaking part of Switzerland? What adjustments should be considered on professional, political and economic levels?

About thirty pharmacies are involved in this very important project considering the context of the negotiation of the future national fare agreement for the community pharmacies.

Furthermore, the following collaborative pharmacy services are in a development phase in my community pharmacy research group:

- Risk management plans for medicines subject to a post-marketing surveillance (eg fingolimod in multiple sclerosis)
- Home-based medication reconciliation for polymedicated patients (home medication use review with a collaboration between doctors, pharmacists and home care nurses)
- Home-based and self-administrated medicines (eg home-based subcutaneous immunoglobulin)
- Reconciliation of the therapeutic plan and its sharing via an electronic patient record
- Exploration of the opportunities of e-health in the community pharmacies

In conclusion and in light of all the experiments described above, it is possible to highlight the following major steps to implement community pharmacies services successfully:

- Anticipating public health needs and interests of payors
- Explore new pharmacy practices at a local/regional level (bottom-up strategy) not hesitating to leave his usual frame of mind
- Define at the same time the workflow process of the pharmacy service, its remuneration, the strategy for its implementation and its evaluation mode

- Adjust when necessary the regulatory environment, the training and the remuneration system
- Implement the new practice through a dynamic process of continuous quality improvement
- Evaluate the implementation process as well as the impact of the new practices
- Support the long-term integration of the pharmacy service maintaining the momentum of innovation and communication

The current period is complex indeed. However, if there are many uncertainties, there are many opportunities also. The Pharmacy has only one choice - to meet current and future challenges of the healthcare systems. To do this, the partnership between practitioners and researchers is essential for the training and for the demonstration of the pharmacy services performance, which is required to get a proper recognition and remuneration.

Ponente:

Dra. Alison Roberts

Pharmaceutical Society of Australia.

Since 1990, 5-year Community Pharmacy Agreements(CPA) have determined pharmacy remuneration in Australia. The funding allocated to professional pharmacy programs, as well as the range and focus of programs has increased with each subsequent Agreement, and they have been significant drivers of practice in community pharmacy in Australia.

This presentation will discuss some of the challenges faced in effectively implementing these professional programs, which appeared to be viewed as “add-ons” to dispensing rather than having been developed as an integral element of a strategic approach to improving the health of the community and changing pharmacists’ practice.

While pharmacists want to deliver more consumer-focused services , they need support to change. In response, PSA developed the Health Destination Pharmacy program. A 2013 pilot found that through coaching, it is feasible for pharmacies to: increase pharmacist – consumer engagement; better meet local health needs; implement professional services; improve communication with health professionals; and improve business viability.

The program is now being scaled up nationally using a framework underpinned by implementation science. The scale-up is progressing as planned, with 6 coaches trained and the network of pharmacies increasing to 20. Alison will present the results of this scale-up, with early results showing pharmacies experiencing increased professional satisfaction and growth in health-related and average sales.

Ponente:

Dr. Luis Amaro

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. España.

La implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) representa una tendencia en países de todo el mundo que han visto en el farmacéutico al profesional sanitario que puede satisfacer las demandas sanitarias de la población en relación con sus medicamentos y la Salud Pública. En España el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos viene trabajando en el desarrollo e implantación de SPF, junto a otras instituciones como la Universidad o las Sociedades Científicas, a través del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, Foro de AF-FC.

El objetivo principal es contribuir a la generalización sostenible de estos Servicios y con este fin se consensuaron terminología, definición, procedimientos y una clasificación de los mismos. Además, se ha trabajado con la Universidad en los planes de estudio, y se han creado unos premios para reconocer y dar visibilidad a las mejores prácticas.

En esta línea de trabajo, el Consejo General puso en marcha iniciativas como HazFarma, para el Desarrollo de Servicios Profesionales en la Farmacia Comunitaria; ADHIÉRETE, un proyecto para evaluar la adherencia terapéutica de pacientes mayores de 60 años, crónicos, polimedicados e incumplidores; Concilia Medicamentos, para mejorar los procesos de Conciliación de la medicación entre niveles asistenciales; o conSIGUE, un programa de investigación para evaluar los resultados de salud del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes mayores crónicos polimedicados y promover su progresiva implantación y remuneración.

Este proyecto evaluó en su primera fase el impacto del servicio, con la participación de siete Colegios de Farmacéuticos, 178 farmacias y 250 farmacéuticos que prestaron el servicio de SFT a 1.403 pacientes. Los resultados desvelaron que el servicio permite reducir en un 56% los problemas de salud no controlados, un 49% las visitas a urgencias y un 55 la hospitalización, y mejora la calidad de vida percibida en 6,6 puntos. Además, concluye que el servicio de SFT resulta coste-efectivo, al generar una alta efectividad al menor coste, lo que se traduce en ahorros al sistema.

La segunda fase, que acaba de concluir, ha evaluado el sistema diseñado para la implantación de SPF en la farmacia comunitaria, utilizando SFT como ejemplo. En esta fase han participado 11 Colegios, 125 farmacias y 222 farmacéuticos que han prestado el servicio a 877 pacientes. Los resultados, que serán presentados en breve, ratifican el impacto de la primera fase y confirman que el programa es altamente eficaz para conseguir que el farmacéutico comunitario implante el servicio de SFT.

Mesa redonda 6:

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS EN LA FARMACIA ASISTENCIAL

Ponente:

Dr. Fernando Fernández-Llimós

Universidad de Lisboa. Portugal

El diseño de servicios farmacéuticos en su vertiente asistencial o clínica, que componen el elenco de la llamada farmacia asistencial debe realizarse utilizando modelos de diseño de servicios de promoción de la salud. De entre estos modelos, uno de los más reconocidos es el denominado 'intervention mapping' que establece como punto de partida del proceso de diseño el análisis de las necesidades de todos los que actúan o intervienen de algún modo en la promoción de la salud. El proceso de diseño debería continuar con la identificación de los determinantes de esas necesidades y la estratificación de riesgos asociados a ellas para, en una tercera fase, identificar los marcos teóricos en los que fundamentar las acciones prácticas que compondrán las intervenciones y el servicio a crear. De las seis etapas que componen el proceso según 'intervention mapping', las tres primeras están fuertemente asociadas a una investigación básica.

Cuando se piensa en el tipo de investigación calificada de básica, en oposición a la aplicada, suele asociarse la primera a laboratorios, probetas, ratones y células. Y se acepta que esa es la investigación hecha por científicos e investigadores. Por el contrario, suele también pensarse que la investigación asociada a servicios de salud y a intervenciones de farmacia clínica es la investigación aplicada, y con gran frecuencia se argumenta que ésta debe ser realizada sólo por personas vinculadas al ejercicio profesional. Este razonamiento parece ignorar por completo la existencia del área de conocimiento de farmacia práctica.

La farmacia práctica investiga, no solo los aspectos más próximos a la evaluación de servicios profesionales, sino también aquellos determinantes de las necesidades, los marcos teóricos que sirven de base a los servicios de promoción de la salud. Antes de diseñar, por ejemplo, un servicio de mejora de la adherencia al tratamiento, es necesario determinar los aspectos comportamentales de los pacientes que, como explican las teorías, se deben a las actitudes de éstos ante la medicación, y éstas son consecuencia de sus creencias. O, con otro ejemplo, para establecer la mejor práctica de cuidados a grupo de pacientes con una determinada enfermedad, es necesario establecer la evidencia que pueda sintetizarse de estudios, para lo que será necesario evaluar la calidad de esos estudios, e identificar los sesgos antes de establecer la guía de práctica.

Se pretende analizar la situación actual de la investigación en farmacia práctica, e identificar algunos factores que contribuyeron a alcanzarla, para así encontrar posibles líneas de actuación futura.

Ponente:

Dr. Daniel Sabater

Graduate School of Health, University of technology Sydney. Australia.

Mejorando el desarrollo de servicios farmacéuticos para facilitar su integración en el sistema sanitario

En la actualidad, el diseño o desarrollo de servicios profesionales farmacéuticos es fundamentalmente promovido y ejecutado por parte del colectivo farmacéutico (Ej. organizaciones profesionales, sociedades científicas, universidad, etc.). Principalmente, dicho diseño se centra en definir el conjunto de procedimientos y materiales que constituirán el servicio y serán aplicados a una determinada población o problema. Tras diseñar el servicio, normalmente el interés reside en evaluar su impacto (clínico, humanístico, económico) en condiciones controladas y así demostrar su superioridad frente a la “atención habitual”. Si el resultado de tal evaluación es positivo, entonces se considera que el servicio podría ser integrado (implantado) de forma generalizada dentro del entramado sanitario. Al llegar a este punto del proceso, el colectivo farmacéutico que ha promovido el diseño del servicio ha de afrontar múltiples retos relacionados con la diseminación e implantación del mismo¹, tales como: sensibilizar a la población general y al colectivo farmacéutico para que utilice o adopte el servicio, crear mecanismos de coordinación y comunicación con otros servicios y profesionales sanitarios, establecer sistemas de remuneración y regulación del servicio, etc.

Los retos asociados a la integración de servicios farmacéuticos podrían ser gestionados y superados progresivamente si el proceso actual de desarrollo-evaluación-integración de tales servicios se adecuara en mayor medida a ciertas pautas establecidas para la planificación de servicios sanitarios²⁻⁴. Por una parte, la planificación de servicio sanitarios requiere de la participación continuada de cualquier individuo o colectivo que pueda influenciar, estar interesado, o verse afectado por dicho servicio (Ej. pacientes, farmacéuticos, profesionales de la salud, gestores sanitarios, legisladores, etc.), tanto en su desarrollo inicial, como en su implantación o su evaluación. Los procesos participativos facilitan la evaluación y conocimiento de las necesidades de los pacientes y del sistema sanitario, así como del contexto (administrativo, económico, político, etc.) donde se debe integrar los servicios sanitarios^{4,5}. Igualmente, estos procesos permiten a los individuos y colectivos implicados aprender y conocer los intereses de los demás, entenderse y desarrollar un proyecto común (de todos). Como consecuencia los servicios sanitarios desarrollados presentarán un mayor interés para el conjunto de la sociedad, se adaptarán mejor a los requerimientos del sistema sanitario, y dispondrán de mejores mecanismos para conseguir su integración en tal sistema. En segundo lugar, es importante que, antes de evaluar su impacto, los servicios sanitarios sean pilotados y optimizados en zonas delimitadas donde pueda ‘simularse’ su integración a pequeña escala. El objetivo de estos estudios no se centra en comprobar el efecto del servicio sobre la salud, sino en evaluar la viabilidad del servicio, evaluar sus procesos, testar

los mecanismos para su futura evaluación e implantación y realizar evaluaciones económicas preliminares⁶. Disponer de un servicio optimizado, cuyas estrategias de implantación y evaluación han sido testadas previamente, incrementa notablemente las posibilidades de éxito cuando dicho servicio sea implementado y evaluado a mayor escala.

Referencias

1. Mossialos E, Courtin E, Naci H, Benrimoj S, Bouvy M, Farris K, Noyce P, Sketris I. From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*. 2015; 119(5): 628-39.
2. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: a1655.
3. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: a primer. 6th ed. San Francisco, CA: Pearson - Benjamin Cummings; 2013.
4. Sabater-Hernández D, Moullin JC, Hossain LN, Durks D, Franco-Trigo L, Fernandez-Llimos F, Martínez-Martínez F, Sáez-Benito L, de la Sierra A, Benrimoj SI. Intervention mapping for developing pharmacy-based services and health programs: A theoretical approach. *Am J Health Syst Pharm*. 2016; 73(3): 156-64.
5. Hinchcliff R, Greenfield D, Braithwaite J. Is it worth engaging in multi-stakeholder health services research collaborations? Reflections on key benefits, challenges and enabling mechanisms. *Int J Qual Health Care*. 2014; 26: 124-128.
6. Collins LM, Baker TB, Mermelstein RJ, et al. The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Ann Behav Med*. 2011; 41(2): 208-26.

Ponente:

Dr. Eduardo Mariño

Unviersidad de Barcelona. España.

La difícil extrapolación que tienen los aspectos relacionados con los temas de la salud, es un buen ejemplo a la hora hablar de las líneas de investigación futuras en general y en Farmacia Asistencial en particular. Sin dudas resulta más sencillo y a la vez más útil tener en cuenta lo que hasta ahora no ha sido o no ha sido todo lo correctamente que debía.

Por ello a la hora de hablar del futuro no podemos dejar de mencionar que necesariamente esa clásica I + D, deberá venir completada con una un “i” minúscula (I + D + i) que hace referencia a la innovación. Resulta evidente que en adelante y más teniendo en cuenta la escasez de recursos económicos, es preciso plantear temas que resulten innovadores.

En esta mimas línea de actualización y visión de futuro tendríamos que tener muy en cuenta algún otro atributo más, como el que representamos añadiendo una “t” minúscula que nos habla de transferencia (I + D + i + t). Esto es algo obligado especialmente para los investigadores de centros públicos y aun mas explícitamente para aquellos que fundamentalmente se financian con fondos públicos, pues se deberá tener muy en cuenta la posibilidad/facilidad de retorno a la sociedad que lo financia.

Para finalizar y ya en un futuro inmediato, o sea ya, no es posible considerar otra alternativa que incluir una última “T” mayúscula como valor asociado a una imprescindible transparencia en la línea de la recientemente creada “Agencia Estatal de Investigación” resultando así que la I + D inicial se ha de transformar ahora ya en I + D + i + t + T.

En el campo de la Farmacia Asistencial, hemos ido cambiando de temas de investigación que se hacían con el objetivo fundamental de estudiar el medicamento, al paciente y ahora y en adelante trataremos de todo ello en el contexto del Sistema de Salud, abordando las perspectivas por supuesto de la eficacia antes de la comercialización de medicamentos y “medical devices” y después de ello, no solo de la efectividad sino también de la eficiencia, incluyendo las intervenciones profesionales y los “Servicios profesionales”, en el contexto cambiante de la Farmacia Galénica a la Farmacia Clínica y esta a la Atención Farmacéutica para llegar al “Medication Therapy Management”, sin olvidar la fuerte entrada de la Biotecnología, la Farmacogenómica y otras “omicas”.

Conferencia:

MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS: UNA NUEVA REALIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Ponente:

D. Federico Plaza

Roche Farma. S.A.

Los medicamentos biológicos están suponiendo una auténtica revolución terapéutica en el abordaje de enfermedades es las que es posible conocer sus bases moleculares y definir dianas terapéuticas específicas.

Un medicamento biológico se caracteriza por producirse a partir de organismos vivos, ser una molécula compleja de elevado peso molecular en comparación con los de síntesis química, y lo crítico de su proceso de producción, que es determinante de la configuración y estructura del producto final.

Entre los medicamentos biológicos más sencillos están la Insulina humana, la Hormona de Crecimiento, la Eritropoyetina o el Factor Estimulante de Colonias de Granulocitos.

A finales de los años 90 comenzó el desarrollo de medicamentos biológicos complejos, los Anticuerpos Monoclonales, que han permitido un abordaje innovador de enfermedades autoinmunes y del cáncer.

En el caso del cáncer, los hallazgos relevantes que se están produciendo en la caracterización de mutaciones genéticas relacionadas con los distintos tumores, están suponiendo una nueva generación de tratamientos que están consiguiendo cambiar radicalmente el pronóstico de muchos pacientes.

Un caso especialmente llamativo ha sido el de uno de los tipos de cáncer de mama mas agresivos, el Her2+, en el que en no más de 15 años se ha pasado de tasas de un 80% de mortalidad a un 80% de supervivencia.

En los últimos años se han producido importantes hallazgos en otras dianas terapéuticas que han propiciado el desarrollo de nuevos anticuerpos monoclonales de acción selectiva, y han consolidado los principios de la medicina personalizada en las decisiones terapéuticas. Y a esto tenemos que añadir la llegada de la inmunoterapia, que permite que nuestro sistema inmune reconozca las células tumorales y actúe sobre ellas de forma específica.

En los proximos años, mas de la mitad de los nuevos medicamentos serán biológicos.

Y a esto tenemos que añadir la llegada de medicamentos biosimilares, que están accediendo al mercado farmacéutico según se va produciendo la caducidad de las patentes de las moléculas originales. Los medicamentos biosimilares tienen un

desarrollo clínico complejo y en ningún caso son idénticos a sus medicamentos de referencia. Y esto es debido a que su proceso de producción a partir de líneas celulares nunca es exactamente el mismo que el de la molécula original, y esto puede condicionar diferencias estructurales en el producto final. Por este motivo y por poder tener un perfil de inmunogenicidad distinto, los medicamentos biológicos siempre se han de prescribir por marca, no son sustituibles, y además están sometidos a un seguimiento especial en materia de farmacovigilancia.

El farmacéutico comunitario ha de tener la formación adecuada sobre estos fármacos, ya que con independencia de su lugar de dispensación, estos pacientes van a estar bajo el radar de la farmacia comunitaria, ya que gracias a estas nuevas terapias, se reducirán significativamente sus tasas de mortalidad y serán pacientes crónicos. Y será más que nunca necesario el trabajo colaborativo entre la oficina de farmacia y la farmacia hospitalaria.

La implicación del farmacéutico comunitario en esta nueva revolución terapéutica será una clave importante en su futuro profesional así como en la vida de estos pacientes.

Comunicaciones:

ESTUDIOS RELATIVOS A FORMACIÓN Y DOCENCIA.

CONOCIMIENTO DEL ROL DEL FARMACÉUTICO EN ORIENTAR ACERCA DEL USO DE MEDICAMENTOS POR LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.

Patricia Cristina Esquivel Ferriño, Lucía Guadalupe Cantú Cárdenas, Castillo Guzmán Sandra, Omar González Santiago.

e-mail: patricia.esquivelfr@uanl.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones del farmacéutico es brindar asesoría para la elección de medicamentos OTC (over-the-counter), los cuales se usan para tratar enfermedades leves. La participación de este profesional de la salud tiene como objetivos fomentar el uso responsable de los medicamentos, maximizar sus beneficios y reducir el riesgo de reacciones adversas e interacciones.

OBJETIVO

Determinar el conocimiento que tienen los alumnos de la UANL sobre el rol del Farmacéutico

MÉTODO

Se aplicó una encuesta previamente reportada por Wilbur et al 2010 a una muestra aleatoria de estudiantes universitarios de las áreas de ciencias sociales, biológicas e ingenierías. La encuesta estuvo compuesta por siete preguntas, las primeras tres evalúan conocimientos del rol del farmacéutico y sus respuestas son dicotómicas (si, no), el resto actitudes hacia dicho rol y las respuestas son de tipo Likert, de 1 (totalmente de acuerdo) hasta 5 (totalmente en desacuerdo). Estas últimas se convirtieron a un puntaje de 0 a 100, donde el máximo corresponde a "totalmente de acuerdo". Consideramos una actitud negativa los puntajes de 0-30, regular 40 -70 y buena >80puntos. Se calcularon frecuencias y se compararon los grupos utilizando las pruebas de chi cuadrado y Kruskal-Wallis correspondientemente.

RESULTADOS

Se entrevistaron 284 alumnos, edad promedio 20.8 años, 57% mujeres, 43.7% de ciencias sociales, 34.2% de ingenierías y 22.2% de ciencias biológicas.

El conocimiento sobre que algunas molestias pueden ser atendidas por un farmacéutico fue reportado por 56% del total de alumnos, 58% de mujeres, 53.3% de hombres, 62.1% de ciencias sociales, 44.3% de ingenierías y 61.9% de ciencias biológicas. Sobre el conocimiento de que ciertos medicamentos pueden ser recomendados por un farmacéutico sin necesidad de consultar al médico fue reportado por 54.6% de todos los alumnos, 55.6% de mujeres, 53.3% de hombres, 58.9% de ciencias sociales, 44.33% de ingenierías y 61.9% de ciencias biológicas. No se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre el género, área de estudio y actitud. En general los alumnos tienen una actitud regular hacia el rol del farmacéutico con puntajes que van desde 49.9 hasta 52.7.

CONCLUSIONES

Alrededor del 50% de los alumnos reportó conocer el rol del farmacéutico como un orientador del uso de medicamentos. No hay diferencias según género y área de estudio. El conocimiento de estos resultados es importante para desarrollar actividades que permitan difundir el rol del farmacéutico, para fomentar la asesoría farmacéutica en la elección de medicamentos OTC y promover su utilización responsable.

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA COMUNIDAD: UN ACERCAMIENTO DE LOS ESTUDIANTES A LA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.

Karina Alejandra Zarría Torres, Camila Fernanda Contreras Rabello.

cacontrer@unap.cl

INTRODUCCIÓN

La Educación Sanitaria centrada en los pacientes, plantea como objetivo identificar las necesidades específicas de cada población, crear una actitud crítica sobre el uso de los medicamentos, y así solucionar los problemas de salud.

La educación centrada en el estudiante privilegia el involucramiento de estos en las experiencias de aprendizaje que están diseñadas no solamente en asimilar en contenido, sino también a desarrollar destrezas de aprendizaje autónomo.

OBJETIVO

Hacer partícipe al estudiante en la educación sanitaria centrada en el paciente, para así generar competencias y habilidades para su desarrollo como futuro Químico Farmacéutico.

MÉTODO

La actividad se desarrolló en el contexto del programa de actividad curricular "Farmacia Clínica y Asistencial I", el cual es impartido para estudiantes de cuarto año de Química y Farmacia.

Las intervenciones farmacéuticas se enfocaron en 4 grupos característicos de la comunidad, los docentes asignaron una temática a tratar en cada grupo.

- Niños: intoxicaciones con medicamentos y útiles de aseo
- Adolescentes: Enfermedades crónicas y cuidados del botiquín en el hogar
- Adulto mayor: Interacción fármaco-alimento
- Auxiliares de Farmacia: interacción fármaco-producto natural

La actividad formativa se desarrolló en 4 etapas:

Etapa 1: Elaboración de informe

Etapa 2: Preparación de material y recurso educativo

Etapa 3: Intervención en la comunidad.

Etapa 4: Análisis FODA de la intervención realizada

Los estudiantes además de sentar el fundamento para su intervención en la comunidad por medio de un informe, propusieron la metodología y el recurso educativo que utilizarían. También realizaron solicitud de materiales destinados para el apoyo de sus estrategias de intervención.

RESULTADOS

Esta actividad fue realizada por un total de 25 estudiantes, distribuidos en 4 grupos. Los estudiantes fueron partícipes en la educación sanitaria a la comunidad, recolectaron información, establecieron metodologías de educación y propusieron las herramientas que necesitarían como apoyo para realizar las intervenciones farmacéuticas. Finalmente al realizar una encuesta de valoración de la actividad a los estudiantes (1: muy malo, 2: malo, 3: regular, 4: bueno, 5: muy bueno), estos califican la actividad con una mediana de 4 y una media aritmética de 4.2, dando una valoración general de la actividad como buena.

CONCLUSIONES

Las intervenciones Farmacéuticas permitieron generar en los estudiantes competencias y habilidades profesionales, como: seguridad, lenguaje adecuado, síntesis del tema a abordar y capacidad para comunicarse con diferentes grupos, de esta forma posicionar e impulsar su rol como profesional de salud activo en la comunidad.

PREFERENCIAS DE LOS ALUMNOS EN SU FORMACIÓN PRÁCTICA EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES PROFESIONALES FARMACÉUTICAS.

Mónica Ferrit Martín, Sara García Agudo, María Salud Caparrós Romero, Elza Aparecida Machado Domingues, Alberto Jiménez Morales, Miguel Ángel Calleja Hernández.

martimm@ugr.es

INTRODUCCIÓN

Los alumnos de grado en farmacia deben completar un periodo de formación práctica en un servicio de farmacia de cualquier entorno asistencial (comunitaria, primaria y hospitalaria) con la finalidad aplicar los conocimientos adquiridos en la facultad y completar su formación potenciando sus aptitudes clínicas para el posterior desarrollo profesional. En los servicios de farmacia se desarrollan actividades docentes, investigadoras y asistenciales que son necesarias para completar la formación práctica de los alumnos.

OBJETIVO

Analizar las preferencias de los alumnos del grado en farmacia en su formación práctica de las diferentes actividades profesionales del farmacéutico.

MÉTODO

Estudio observacional comprendido entre el año 2013-2015 realizado en un servicio de farmacia de

hospital con docencia práctica a los alumnos del grado en Farmacia. Se incluyeron en el estudio a los alumnos que realizaron las prácticas farmacéuticas correspondientes a su grado en farmacia en un servicio de farmacia de hospital. Para llevar a cabo el estudio a los alumnos se les realizó un periodo de formación de al menos 1 día por todas las áreas del servicio. Para analizar las preferencias de los alumnos se realizó una encuesta con 6 preguntas cerradas relacionadas con las actividades del farmacéutico de hospital: docentes (participación en sesiones clínicas como discente y docente), investigación (participación en proyectos de investigación) y asistencial (desarrollo de casos clínicos, tipo de actividad y tiempo considerado de formación mínima).

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 37 alumnos. El 82% y 100% mostraron interés en participar como discente y docente en sesiones clínicas, respectivamente. El 76% mostró interés en participar en proyectos de investigación y el 100% en el desarrollo de casos clínicos. Las preferencias de los alumnos en su formación práctica en cuanto al tipo de actividad fueron: 11.7% seguimiento farmacoterapeutico a pacientes externos, 10.9% seguimiento farmacoterapeutico a pacientes hospitalizados, 10.9% farmacotécnica, 10.2% dispensación a pacientes externos, 8.6% farmacovigilancia, 8.6% farmacogenética, 7.8% conciliación, 7.8% farmacocinética, 6.3% gestión/logística, 5.5% ensayos clínicos, 5.5% nutrición parenteral, 2.3% uso racional del medicamento, 2.3% prescripción electrónica-dispensación a pacientes hospitalizados, 1.6% citostáticos. El tiempo de formación adecuado considerado por el alumno en las diferentes actividades asistenciales fue: 47% menos de 1 mes, 29% 1 mes, 6% más de 1 mes, 18% consideraron que era dependiente de la actividad asistencial.

CONCLUSIONES

Las actividades del farmacéutico de hospital relacionadas directamente con el paciente son de elevado interés para los alumnos de farmacia en formación práctica (40.1%).

PERCEPTION OF PHARMACEUTICAL CARE STUDENTS ABOUT DISTANCE EDUCATION.

Agnes Nogueira Gossenheimer, Mauro Silveira de Castro, Mara Lucia Fernandes Carneiro.

ag.far@hotmail.com

BACKGROUND

The health education has undergone several changes over the last decade, with the aim of training professionals that may have a humanistic look and can work with other perspective in one Health System. Pharmacy Course also underwent modifications due to curricular reforms, including subjects such as Pharmaceutical Care which from the beginning sought to apply active methods in traditional classroom teaching and distance education (DE).

AIM

The aim of this study was to investigate the perception of students about the use of traditional face-to-face classroom with active methodology and distance learning with the same approach.

METHOD

We used the Nominal Group Technique to establish consensus among the students who attended the Pharmaceutical Care Subjects in 2012. The sample was established for convenience, being made up of students who attended the course and were present in the penultimate week of each semester. There were four meetings, two in the first semester of 2012 and two in the second. The guiding questions presented to the groups were: "What are the strengths of DE", "What are the negatives of DE?", " What are the weaknesses of traditional classes with active methodologies? " and " What are the strengths of traditional classes with active methodologies?". The same team coordinated and conducted the nominal groups

RESULTS

The strengths of the DE identified by students are related to the characteristics of the DE, such as flexible schedules, convenience and ease of study (Table 1). The weaknesses was related to the lack of face-to-face interaction with the teacher and classmates and the number of activities that must be performed. In contrast, traditional classes, even with active methodologies, allow interaction with the teacher who presents his professional experience and can solve questions in person. Many of the weaknesses related to DE can be solved with new teaching strategies.

CONCLUSION

Knowing the points which students consider positive and negative about the methods of teaching applied subject can lead to an enhancement of the quality of it and can respond to what the students' perception regarding this matter.

Table 1.

Priority Order	The strengths of the EAD
1	Time flexibility (not having fixed schedule) Ease of study / material can be accessed with calm / facilitated Learning / (allows the student has) More concentration
2	Convenience and comfort of home (no need to move)
3	Practicality to perform work / tasks Organization (having facility to deliver)
4	Internet research sources more accessible / Greater access to the material (of course) / Easy access to content (especially about medication information sources)
5	Ease of study / material can be accessed with calm / facilitated Learning / (allows the student to have more concentration)
Priority Order	The strengths of face-to-face
1	Contact the teacher (experience reported by the teacher) / interaction with teacher / Direct contact with the teacher
2	Better interaction / interaction with colleagues / Increased interaction between colleagues / Interaction
3	Optimization of the time / (minus) materials (when compared with the DL) / less work to do / tasks Less
4	Concentration (no distractions) / Ease of understanding of the contents /
5	Summary of lecture / class organization / organization of tasks / Fixed Time

IMPACT OF DISTANCE EDUCATION ON ACADEMIC ACHIEVEMENT IN PHARMACEUTICAL CARE COURSE.

Agnes Nogueira Gossenheimer, Mauro Silveira de Castro, Mara Lucia Fernandes Carneiro.

ag.far@hotmail.com

BACKGROUND

Many changes have been occurred in the last decade in the health education area, in order to graduate professionals' whit a humanistic approach for work in the Brazilian Public Health System. Pharmacy Course also has changed due to curricular reforms.

AIM

The objective of this study was to compare the personal development of pharmacy students in the subject Pharmaceutical Care, utilizing the Distance Education (DE) or face-to-face with an approach employing active methodologies.

METHOD

The subject of pharmaceutical care was developed in two modules being one in a distance education and classroom version. In one semester students took part in a distance learning version and the other half the students participated in a classroom version. In the other half the other students participating in the module with inverting approach. Student performance was evaluated in each module.

RESULTS

The students' average performance in the Module 1 (Information on Medications) using classroom approach was 7.1225 and in DE was 7.5519, ($p=0.117$) and in the Module 2 (Pharmaceutical Services) using face-to-face approach was 7.1595 and in DL was 7.7025, ($p=0.027^*$). There was difference in learning outcomes in Pharmaceutical Care Subject between face-to-face and distant education. Than the Student performance was better in the DE module, indicating DE can be satisfactorily used in the Pharmacy Program.

CONCLUSION

Significant difference in the outcomes competence indicators was found between pharmacy students who participated in a traditional classroom setting and those who carried out the same course via Distance Education. Suggesting that students on both received an equivalent curricular experience, but performance was better in Distance Education.

DISEÑO DE UN BLOG Y REPOSITORIO CON EXPERIENCIAS EN CASOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE MEDICINA TRADICIONAL EN IBEROAMÉRICA, UN RECURSO EDUCATIVO DIGITAL.

Patricia Parra Cervantes, Ramón Soto Vázquez, Yair Cruz Chimal, Laura Elizabeth Abad de la Cruz, Paulina Bermejo Martín, Maria del Carmen Martín Gómez, Benito del Castillo García, María Esther Gil Alegre, Alma Xóchitl Herrera Márquez, Feliza Ramón Farías, Félix Lugo Trejo.

patricia.parracervantes@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trabajo de más de 10 años en diversas regiones de Iberoamérica han dejado un cúmulo de experiencias y resultados respecto de la medicina tradicional en la región que ha dado como resultado la posibilidad de artículos, tesis y resultados de trabajos de investigación que se han quedado en los acervos de las tesis y en la bibliotecas donde la difusión no ha sido tan vasta como se ha pretendido. Hoy día TICs ofrecen una posibilidad más amplia no solo de resguardar la información, sino de difundirla y retroalimentarla a través del trabajo colaborativo de los usuarios. Los recursos educativos digitales implican la articulación de las demandas de aprendizaje que se busca atender, aprender a aprender, aprender haciendo, aprender interactuando, aprender buscando, aprender compartiendo y aprender siendo. El equipo de trabajo ha logrado recabar información, experiencias y contribuciones en diversos países como México, Bolivia, Costa Rica, Perú en este rubro lo cual ha dado como resultado la infraestructura base del trabajo.

OBJETIVO

Diseñar un recurso educativo digital (blog) que permita mediante el aprendizaje colaborativo, la construcción de un repositorio que recoja las experiencias de atención farmacéutica en Iberoamérica sobre medicina Tradicional.

MÉTODO

1. Elaboración de fichas e trabajo de las diversas experiencias obtenidas mediante trabajo en campo, con entrevistas, análisis, recolección y trabajo documental etc.
2. Construcción del blog en el espacio virtual de las facultades de Farmacia de la UCM y la FES Zaragoza de la UNAM(Centro de Tecnologías para el Aprendizaje). México
3. Diseño de formato digital y menú para la presentación de la información y el formato de recepción de experiencias de trabajo colaborativo.
4. Armonización de términos y elaboración de un glosario de terminología en materia de medicina tradicional, remedio herbolario, atención farmacéutica etc..

RESULTADOS

Elección del formato del blog, la primera experiencia que se tiene es el esquema innovador de Atención Farmacéutica con la especie *Croton draco* y sus remedios herbolarios elaborados a partir del látex, de Ixhuatlancillo Veracruz, cabe mencionar que éste trabajo marcará la pauta de formato para las demás especies que se irán subiendo al blog.

CONCLUSIONES

Es un trabajo en proceso que favorecerá el aprendizaje mediante el uso de tecnologías digitales que potenciará y flexibilizará las técnicas de enseñanza de las diversas especies medicinales que serán documentadas.

DESARROLLOS EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE LICENCIATURA EN FARMACIA.

Francisco Fábio Oliveira de Sousa, Carolina Miranda de Sousa Lima.

phabio_oliveira@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de acercar el profesional farmacéutico contemporáneo de la farmacia, de los medicamentos y sobretodo del paciente, diferentes prácticas han surgido, de entre las cuales la Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. La enseñanza farmacéutica ha intentado seguir estos cambios, lo que ha demandado mucho de los docentes frente a los nuevos abordajes pedagógicos. Independiente del método empleado, es evidente que el componente más importante del proceso formativo es el paciente, destinatario final de todas las acciones profesionales de los profesionales sanitarios. Para que se pueda observar dichos cambios, la enseñanza universitaria debe ser prioridad, una vez que se hace necesario mejorar las habilidades clínicas de los alumnos para su futura práctica profesional.

OBJETIVO

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la obtención de competencias clínicas entre los egresos de la Licenciatura en Farmacia de la Universidad Federal do Amapá (UNIFAP) e identificar las dificultades para la implantación curricular de esta práctica profesional.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo un análisis reflexivo, basado en un diagnóstico situacional, a partir de un Plan Operativo (PO), de la enseñanza farmacéutica practicada en la UNIFAP. Los momentos explicativo y normativo del PO contemplan un análisis reflexivo sobre los aspectos que deberían ser mejorados respecto a los problemas identificados. Fueron incluidos en dicha investigación: docentes, coordinadores de prácticas y miembros del Núcleo Estructurante, bien como discentes recién-licenciados. Fueron asignados 5 problemas, siendo evaluado lo más relevante, mediante un criterio cuantitativo: Falta de interdisciplinariedad entre las asignaturas de la carrera de Farmacia de la UNIFAP.

RESULTADOS

A partir de la adquisición de un diagrama, basado en el Diagrama de Ishikawa (Espina de pez), ha sido posible identificar la causa convergente "Proceso de enseñanza-aprendizaje inadecuado" y la consecuencia convergente "Bajo desarrollo cuali y cuantitativo del componente clínico en el ámbito de la profesión farmacéutica" para el problema priorizado, siendo apuntada como meta: Mejorar la interdisciplinariedad entre las asignaturas de la Licenciatura en Farmacia.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo, hemos utilizado las deficiencias apuntadas para reflexionar respecto a las causas y también los nuevos rumbos a ser tomados en la formación farmacéutica para mejorarla, tomando como base las nuevas directrices apuntadas para la formación farmacéutica en Brasil y en el mundo.

INTEGRATION OF THE PHARMACISTS' PATIENT CARE PROCESS TO THE DOCTOR OF PHARMACY PROGRAM.

Wanda T. Maldonado-Dávila

wanda.maldonado1@upr.edu

BACKGROUND

The Joint Commission of Pharmacy Practitioners (JCPP) developed the Pharmacists' Patient Care Process. It is imperative that schools of pharmacy incorporate this systematic process to the academic programs in order to educate the future pharmacists who deliver pharmacist based patient care.

AIM

Describe how the Pharmacists' Patient Care Process is conceptualized and incorporated within academic experiences offered throughout a Doctor of Pharmacy Program.

METHOD

Various strategies will be implemented to incorporate the pharmacists' patient care process into the curriculum. The process will be integrated into didactic courses during the first to the third professional year, and in the practice experiences during the four years of the program. The integrative seminars on pharmaceutical care, which are offered each semester from the first to the third professional years, are the unifying center of the curriculum, and play a key role in this integration.

RESULTS

These strategies provide the basis for the implementation of a systematic plan for the integration of the patient care process throughout the academic experiences. The patient care process will be conceptualized and integrated into didactic courses each semester during the first to the third professional year, and in the practice experiences during the four years of the program. The patient care process is contextualized to the provision of patient-centered care in the ambulatory and the acute care setting. The concept is also contextualized to the principles of pharmaceutical care and medication management services.

CONCLUSION

This longitudinal integration within the curriculum provides the students a common framework for the conceptualization of the pharmacists' patient care process as the basis for the delivery of pharmacist provided care.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN LA FORMACIÓN DE POSGRADO: EL CASO DE LA MAESTRÍA PROFESIONAL EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.

Alfonso Pereira Céspedes, Victoria Hall Ramírez, Luis Esteban Hernández Soto, Catalina Lizano Barrantes.

alfonsopereirac@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Universidad de Costa Rica (UCR), a través de la Facultad de Farmacia, ha sido pionera y líder en el

desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF) en Costa Rica, destacándose la implementación desde el año 2012 de la Maestría en Atención Farmacéutica (MAF). Uno de los temas centrales de formación es el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), como un servicio profesional farmacéutico, mediante el método Dáder, para lo cual es necesario definir los contenidos y objetivos de aprendizaje, las estrategias didácticas y las evaluaciones, que permitan evidenciar la aplicabilidad de éste método en el proceso de enseñanza-aprendizaje de posgrado.

OBJETIVO

Identificar las etapas medulares de la planificación del proceso enseñanza-aprendizaje del método Dáder para el SFT a través de la descripción de estrategias didácticas y los objetivos educativos propuestos.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Tomando como referencia la malla curricular, se identificaron los cursos relacionados con SFT impartidos desde el 2015 a la fecha, sus contenidos, objetivos, estrategias didácticas y tipo de evaluación utilizadas durante el proceso.

RESULTADOS

Al día de hoy, se han impartido 15 cursos del plan de estudio, de los cuales un 53,3% (n=8) abordaron la temática de SFT desde diversas perspectivas. La cantidad promedio de estudiantes capacitados fue de 20 personas. La tabla 1 muestra las etapas medulares de la planificación.

CONCLUSIÓN

A través de diferentes estrategias didácticas, acordes con los objetivos propuestos en los cursos, es posible promover el desarrollo de habilidades y destrezas para la implementación del seguimiento farmacoterapéutico como servicio profesional farmacéutico.

CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS: PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA DE ANÁLISIS DE CASO COMO PROYECTO DE LA MAESTRÍA EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Alfonso Pereira Céspedes, Victoria Hall Ramírez.

alfonsopereirac@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica (UCR) ha sido pionera y líder en el desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF) en Costa Rica, destacándose la implementación desde el año 2012 de la Maestría en Atención Farmacéutica (MAF). Uno de los cursos donde se fortalecen las habilidades necesarias para brindar el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) con el método de Dáder es "AF en enfermedades infecciosas".

OBJETIVO

Describir los principales resultados de la estrategia didáctica de análisis de casos de SFT en pacientes

con enfermedades infecciosas como proyecto que permita el desarrollo de habilidades durante el proceso de formación a nivel de posgrado

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Como parte del curso "AF en enfermedades infecciosas" cada uno de los estudiantes realizó SFT a un paciente que necesitó del servicio, de octubre a diciembre del 2015, como parte de la estrategia didáctica de análisis de caso como proyecto. Los datos cuantitativos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2010 y se presentan en forma de porcentajes y proporciones. El estudio cumplió con todos los requerimientos éticos correspondientes.

RESULTADOS

Un total de 17 pacientes, con un rango de edad entre 19 a 84 años y una edad promedio de 48 años, recibieron el servicio de SFT por parte de los estudiantes del curso. El 59% de las pacientes son mujeres y el 47% se consideran polimedificados. En promedio, cada paciente presentó 5 problemas de salud y utilizaban 6 medicamentos.

Las enfermedades infecciosas que presentaron fueron variadas, incluyendo infecciones del tracto urinario, sífilis, acné y vaginosis. Dos de las enfermedades que se presentaron en el 11.76% de los pacientes fueron tuberculosis y leishmaniasis.

Se identificaron un total de 53 Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) para un promedio de 3 RNM por paciente, destacando el Problema de Salud Insuficientemente Tratado (30%) y la Inefectividad Cuantitativa (42%).

Se realizaron un total de 65 intervenciones farmacéuticas (en promedio 4 intervenciones farmacéuticas por paciente): educación para la salud (25%), recomendaciones higiénico-dietéticas (18%), estrategias para mejorar la adherencia terapéutica (17%), derivación a otros profesionales de la salud (14%) y notificación de sospecha de reacción adversa a medicamentos (14%).

CONCLUSIÓN

Se evidencia el desarrollo de habilidades en SFT de pacientes con enfermedades infecciosas con la metodología Dáder, durante el proceso de formación a nivel de posgrado, que promueva mejorar la calidad de vida relacionada con los medicamentos en esta población.

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN EL AULA SIMULADA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE ALBACETE DURANTE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

Jose Antonio Carbajal de Lara, Gema Blázquez Abellán, Rosa López-Torres Hidalgo María del Mar Arroyo Jiménez

INTRODUCCIÓN:

La asignatura obligatoria Atención Farmacéutica y Técnicas de Comunicación se imparte a los alumnos de 4º de Farmacia desde hace 3 años. Presenta de 6 créditos ECTS y consta de 20 horas de prácticas donde se estudian casos clínicos de farmacovigilancia, dispensación activa, indicación y

seguimiento. Desde hace dos años disponemos de un Aula Simulada de Oficina de Farmacia donde, entre otras competencias, se practican técnicas de comunicación con el paciente.

OBJETIVO

Evaluar la utilidad del Aula Simulada de Oficina de Farmacia como herramienta docente para la práctica de habilidades de comunicación del estudiante de Farmacia.

MÉTODO

En una primera práctica se propone al alumno la valoración del incumplimiento farmacoterapéutico utilizando el Test de Morinsky-Green-Levine. Se distribuye a los alumnos por parejas y a cada una se le asigna un caso de un paciente incumplidor. Una vez se detecta la falta de adherencia, se analiza si el incumplimiento es intencionado o no y cada grupo propone al paciente determinadas pautas y consejos que mejoren su adherencia.

En una segunda práctica se analizan y discuten aspectos relativos a la comunicación con el paciente tras visualizar videos con diferentes casos de pacientes simulados que acuden a la farmacia comunitaria. Seguidamente se distribuye a los alumnos por parejas y a cada una se le asigna un paciente simulado para que estudien el caso y redacten un guión.

Ambas prácticas terminan con la representación de cada caso en la zona de dispensación y/o la zona de atención personalizada del Aula Simulada (método de role-playing). El resto de alumnos atiende y participa con sus comentarios indicando los aspectos que se pueden mejorar en cuanto a comunicación farmacéutico-paciente. Todas las sesiones se registran para su posterior visualización.

RESULTADOS

La evaluación de las prácticas contempla aspectos como la rigurosidad y la agilidad en dar la información, actitud del alumnado y su capacidad de comunicación. Los resultados académicos obtenidos por nuestros estudiantes son muy satisfactorios.

Además cuando se pide a los alumnos su opinión, han mostrado un alto grado de satisfacción con el método utilizado en las prácticas, especialmente en el apartado de adquisición de habilidades en la capacidad de comunicación verbal con los pacientes.

CONCLUSIÓN

El Aula Simulada es una herramienta útil para trabajar competencias de comunicación ya que reproduce las condiciones de la farmacia comunitaria y permite situar al estudiante en un entorno muy similar al que encontrará en su entorno profesional.

Comunicaciones:

ESTUDIOS RELATIVOS A DISEÑO, EVALUACIÓN E IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS.

PLANNING A LEADING CARDIOVASCULAR CARE MODEL INTEGRATING COMMUNITY PHARMACY SERVICES: PRELIMINARY RESULTS OF A STAKEHOLDER PROPOSAL.

Lucía Franco-Trigo, Lutfun Nahar, Hossain, Desire Durks, Shalom Isaac Benrimoj, Daniel Sabater-Hernández

e-mail: lucia.francotrigo@student.uts.edu.au

BACKGROUND

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide and constitute a major public health challenge. In order to overcome this problem, the World Health Organization recommends interventions at the primary care level. Community pharmacists are primary healthcare professionals whose impact on the control of cardiovascular risk factors has already been shown. Nonetheless, their integration into the primary healthcare team remains a challenge. Involving key stakeholders in the development of community pharmacy services (CPSs) from the outset of the planning process can be used as a strategy to overcome such a challenge.

AIM

The objectives of this study were: (1) to create a stakeholder shared vision of a world-leading cardiovascular care model integrating CPSs in Australia; and (2) to identify, prioritise and discuss the initiatives needed to achieve such a vision.

METHOD

Thirteen stakeholders took part in a workshop, including patient/consumer representatives, healthcare professionals, system managers, policy-makers and academics/researchers in pharmacy practice. The workshop was divided into three parts: (1) developing the vision of a leading cardiovascular care integrating CPSs; (2) identifying and prioritising the initiatives needed to achieve that vision; and (3) discussing the three main initiatives.

RESULTS

A shared vision was generated (see general characteristics in Table 1: Vision and initiatives proposed and prioritised by stakeholders). In this communication we focus on preliminary results related to the initiatives proposed to achieve such a vision.

Twenty-four initiatives were identified and classified into short term initiatives (initiatives to be operationalised in less than 1 year; n=6), medium term (1 to 5 years; n=13) and long term (more than 5 years; n=5). When prioritised, the initiatives preferred by the stakeholders were those that focused

on short and medium term. (Table 1. Vision and initiatives proposed and prioritised by stakeholders)

Participants emphasised the importance of fostering collaboration among healthcare professionals and consumers, so that they all work together as a team. To enable this, the co-design of healthcare processes and protocols was seen as crucial. Moreover, they strongly recommended assessing the current system in order to build on this, and avoid duplication of efforts. The use of technology was considered the main enabler of communication and access to updated information.

CONCLUSION

The stakeholders considered that community pharmacists should be included as part of the healthcare team. The initiatives identified and prioritised by the stakeholders serve to inform a planning process to achieve a cardiovascular care model that integrates CPSs.

Table 1. Vision and initiatives proposed and prioritised by stakeholders (only those that received more than 1 vote)

General characteristics of the vision	
The vision of a leading cardiovascular care model included all health professionals working as a team and working with the patient to establish common goals and make shared decisions. This team will be coordinated by the general practitioner and will use evidence-based protocols. Government will provide support and regulations to foster this model. Funding will be provided by the government, insurers and private patients.	
Short term initiatives (less than 1 year)	Votes
Enhance collaboration and communication between patients/consumers and healthcare providers.	8
Conduct a need assessment to prioritise and focus health planning efforts.	7
Promote the implementation of evidence-based practices.	2
Medium term initiatives (1-5 years)	
Take advantage of existing data sources for assessing and enhancing healthcare practices, and to consider medication use and adherence.	3
Enhance the functionality and use of Electronic Health Record (include pharmacists and consumers as users).	2
Define sustainable payment models.	2

COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS REALIZADOS EN FARMACIA COMUNITARIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Amaia Malet-Larrea, Loreto Sáez-Benito, Victoria García-Cárdenas, Shalom Benrimoj, Begoña Calvo, Estibaliz Goyenechea

e-mail: amaia.maletlarrea@student.uts.edu.au

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas el gasto en salud se ha incrementado significativamente en los países

occidentales y se prevé que continuará aumentando incluso implantando políticas de contención de gastos. Por lo que las nuevas tecnologías que se incorporen al sistema nacional de salud deben ser eficientes. El coste clínico y económico de los problemas relacionados con los medicamentos está bien documentado, al igual que la efectividad de los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) para resolverlos.

OBJETIVO

Determinar si los SPF realizados a pacientes ambulatorios que acuden a la farmacia comunitaria son coste-efectivos en comparación a la atención habitual (AH).

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de evaluaciones económicas (EE) completas basadas en ensayos controlados aleatorizados y aleatorizados por conglomerado (ECA/ECA-c) de SPF en farmacia comunitaria. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Web of Knowledge, CRD Database, Cochrane Library y Scopus incluyendo las EE realizadas desde el inicio hasta 2015. Los costes se estandarizaron a dólares estadounidenses y valores de 2015. Se evaluó tanto la calidad de los ECA/ECA-c como de las EE mediante herramientas validadas. Los SPF se clasificaron de acuerdo al "Modelo jerárquico de servicios cognitivos" de Benrimoj.

RESULTADOS

Se cribaron 6.902 artículos por título y resumen y 160 por texto completo. Se incluyeron en la revisión 17 artículos de 13 estudios. Nueve de los estudios se realizaron en Europa, dos en Norte América y dos en Australia entre 2001 y 2015. Tres eran servicios de cumplimiento, adherencia y/o concordancia, cinco servicios de gestión de la medicación y cinco de gestión del estado de la enfermedad para patologías crónicas. Diez de las EE se realizaron desde la perspectiva del sistema sanitario. Respecto al tipo de EE, la mayoría llevaron a cabo análisis de coste-efectividad y/o coste-utilidad. En general, la calidad de los estudios fue alta. La intervención fue dominante (más efectiva y menos costosa que la AH) en 5 de los estudios; 7 concluyeron que la intervención era más efectiva y más costosa y solamente un estudio concluyó que la intervención era igual de efectiva y más costosa que la AH.

CONCLUSIÓN

Las evaluaciones económicas publicadas indican que los SPF realizados en farmacia comunitaria pueden ser coste-efectivos en comparación con la atención habitual. Se insta a los responsables políticos que consideren la viabilidad de integrar SPF en sus respectivos sistemas sanitarios.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES CON ASMA: COMPONENTES PRINCIPALES Y DOSIS REPORTADA.

Carmen Crespo González, Victoria García-Cárdenas, Inajara Rotta, Cassyano Januário Correr, Shalom Isaac Benrimoj, Fernando Fernandez-Llimos.

e-mail: carmen.crespogonzalez@student.uts.edu.au

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayoría de las intervenciones realizas en los cuidados de salud son intervenciones

complejas. Aunque numerosos estudios han evaluado la efectividad de diferentes intervenciones complejas, su replicabilidad se ve limitada debido a la heterogeneidad de su reporte. Este reporte suele estar carente de suficiente detalle sobre los componentes de la intervención y la dosis de esos componentes. Se entiende por dosis la cantidad de la intervención que el paciente recibe tal y como fue protocolizada. Esto ocurre en el caso de las intervenciones farmacéuticas en pacientes con asma, en las cuales es tan importante el reporte de los principales elementos que las componen, como el reporte de la dosis de las mismas.

OBJETIVO

Evaluar la evidencia sobre las intervenciones del farmacéutico en pacientes con asma, teniendo en cuenta el reporte de los componentes principales y la dosis de las mismas.

MÉTODO

En Abril de 2016 se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas de intervenciones farmacéuticas en pacientes con asma e identificar los estudios primarios que éstas contenían. El proceso de selección de artículos fue llevado a cabo entre dos de los autores independientemente. Se utilizó el instrumento DEPICT2 (Descriptive Elements of Pharmacist Intervention Characterization Tool) para identificar los componentes de las intervenciones farmacéuticas reportadas. Asimismo, se identificó la dosis reportada de las mismas.

RESULTADOS

Se analizaron 31 estudios, incluidos en las 3 revisiones sistemáticas identificadas. El ámbito utilizado con mayor frecuencia para la intervención fue la farmacia comunitaria (70.96%). Las creencias y necesidades del paciente fueron las variables más evaluadas por el farmacéutico para crear la intervención (80.65%). Los materiales educativos fueron las herramientas más utilizadas para reforzar la intervención (64.25%). La evaluación y la provisión de educación en la técnica de inhalación (83.87%), y la provisión de información acerca de la enfermedad (77.42%), fueron los componentes principales de las intervenciones. En la mayoría de los estudios se reportó alguna información sobre la dosis de las intervenciones realizadas (87.09%), incluyendo la frecuencia (51.61%) y la duración (41.94%) de las mismas.

CONCLUSIÓN

A pesar de la cantidad de información reportada hasta el momento sobre las intervenciones del farmacéutico en asma, ésta es muy heterogénea. Para facilitar la replicabilidad de las intervenciones farmacéuticas en asma y su implantación en la práctica diaria, autores y editores deberían ser más cuidadosos con la descripción exigida de los componentes de la intervención y de la dosis de los mismos.

PROTOCOLO DE CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN ENTRE FARMACIA HOSPITALARIA (FH), ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y FARMACIA COMUNITARIA (FC) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Mercedes Torné Torres, Meritxell Salazar Bravo, Enrico Keber, Gonzalo Nozal Fernández, María Salvadora

Martín Sances, Fernando Martínez Martínez

e-mail: mtornetorres@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Conciliación está cada vez más integrada en el ámbito hospitalario. Esta reduce el número de errores en la medicación del paciente pero es cierto que, existe falta de recursos personales y de tiempo. Otro punto débil es el hecho de que el paciente acude a la FC antes que a su médico de AP debido a las demoras en las citas. La inclusión en el circuito de conciliación de los farmacéuticos comunitarios puede ser un punto clave en la disminución de dichos errores.

OBJETIVO

1. Evaluar la implantación de un sistema de conciliación integrado entre la FH, AP y la FC
2. Demostrar la mejora del circuito de conciliación por la integración interniveles
3. Analizar discrepancias en los momentos asistenciales del ingreso, alta y seguimiento en FC.
4. Determinar la gravedad de las discrepancias
5. Evaluar el sistema de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, la tasa de reingresos y el grado de conocimiento y adherencia de la medicación de los pacientes

MÉTODO

Estudio cuasiexperimental y cuasiexperimental controlado para uno de los objetivos secundarios (punto 2), donde los pacientes incluidos serán aquellos ingresados en el servicio de Medicina Interna. Se incluirá a las FC interesadas en participar y se les dará la formación necesaria. Las FC serán previamente aleatorizadas como Intervención (FCI) o como no intervención (FCNI).

La población será dividida en dos grupos, aquellos pacientes que acudan habitualmente a las FCI y aquellos que pertenezcan a las FCNI, previamente conciliadas por la FH. Las FCI realizarán la conciliación al alta.

Se efectuará una entrevista sobre la medicación domiciliaria, para contrastarla con la medicación prescrita por su médico de AP y la prescrita durante el ingreso. En el grupo de las FCI, se le hará hincapié en el hecho de acudir a esa y no a otra FC para continuar con el proceso de conciliación. Una vez realizada la conciliación, el FC contactará telefónicamente con los pacientes a las 72h para detectar algún problema relacionado con los nuevos medicamentos. Además, los FC realizarán un control y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), y medirán el conocimiento y la adherencia del paciente a su medicación actualizando la lista de medicamentos conciliados a los 3, 6 y 12 meses posteriores. Utilizarán cuestionarios ya validados.

A los pacientes que pertenecen al grupo de FCNI se les indicará que acudan a su FC habitual para revisión de la conciliación y se les realizará el proceso descrito anteriormente..

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN USUARIOS ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Francisco Javier Martínez Mardones.

e-mail: fjmarti3@uc.cl

INTRODUCCIÓN

En los adultos mayores (AM) aumentan las complicaciones de salud, debido al daño acumulativo provocado por el envejecimiento, presentando una mayor prevalencia en patologías crónicas y necesitando de un gran número de medicamentos diarios para su control. Además, poseen una adherencia al tratamiento farmacológico cercana al 35%. Esto evidencia un escenario complejo, pues se estima que al año 2025 representarán un 15% de la población. El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) ha demostrado un efecto positivo en el control de enfermedades de riesgo cardiovascular (RCV) en AM, con una posterior disminución de los costos en salud, en países como España y Australia. Sin embargo, esto se ha efectuado mayormente en farmacias comunitarias, ya que no existe un modelo centrado en la atención primaria de salud (APS). Debido a que el Químico Farmacéutico (QF) cumple funciones principalmente administrativas en Chile, aplicar el SFT en APS representaría un cambio en el paradigma profesional.

OBJETIVO

Desarrollar un servicio de SFT adaptado a la APS chilena en AM polimedicados, determinando su impacto en las enfermedades de RCV y en la adherencia terapéutica.

MÉTODO

Se realizó por seis meses un estudio controlado y aleatorizado de diseño pre post en 212 pacientes AM con RCV, 106 en el grupo control (GC) y 106 en el grupo intervención (GI), pertenecientes a un centro de salud primaria. Ambos grupos recibieron las atenciones de salud estándar realizadas por profesionales médicos, enfermeros y nutricionistas, en donde además el GI recibió tres controles con el QF mediante el SFT adaptado a APS. Se compararon los valores promedio de presión arterial (PA), perfil lipídico (colesterol total (CT), LDL, HDL y triglicéridos (TG)), hemoglobina glicosilada (HbA1c), índice de RCV, problemas de salud no controlados (PNC), problemas relacionados con medicamentos (PRM), número de medicamentos diarios consumidos y adherencia terapéutica auto-reportada.

RESULTADOS

Se encontraron reducciones significativas en el promedio de la PA (sistólica 10,3 mmHg y diastólica 5,8 mmHg), del perfil lipídico (CT 16,9 mg/dL, LDL 14,6 mg/dL y TG 36,9 mg/dL), de la HbA1c (0,9%), de los PNC (24,3%), del índice de RCV (1,02%), de los PRM (70,5%), del número de medicamentos diarios consumidos (0,42) y un aumento de 42,5% en la adherencia terapéutica auto-reportada. ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN

El servicio adaptado de SFT fue efectivo para disminuir los parámetros de RCV y los PNC, mejorando también la adherencia al tratamiento y mostrando así el efecto positivo de la atención del QF a AM en la APS.

ATENCIÓN FITOFARMACÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA TERAPIA CONTRA EL CÁNCER.

Julieta Luján Marsiglia López, Hugo Golberg, Graciela Sandra Melito.

e-mail: congresos.fyb@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

La intervención del farmacéutico en la terapia contra el cáncer se ve cada vez más requerida, ya que los conocimientos y aptitudes que dicho profesional posee en cuanto a la terapéutica, resultan de vital importancia para el paciente, equipo médico y Estado.

A su vez, los medicamentos herbarios están ocupando un rol significativo en las terapias desarrolladas por especialistas, debido a las innumerables cualidades positivas y ventajas que poseen, entre ellas diversidad, flexibilidad, accesibilidad y asequibilidad, sumado a su amplia aceptación en países subdesarrollados y cada vez más importante, implementación en países desarrollados.

OBJETIVO

Confeccionar una guía fitoterapéutica y un vademécum, que permitan al paciente escoger entre diferentes tipos de abordajes para tratar los efectos adversos que padece a causa de tratamientos oncológicos, favoreciendo la adherencia terapéutica, y mejorando su calidad de vida.

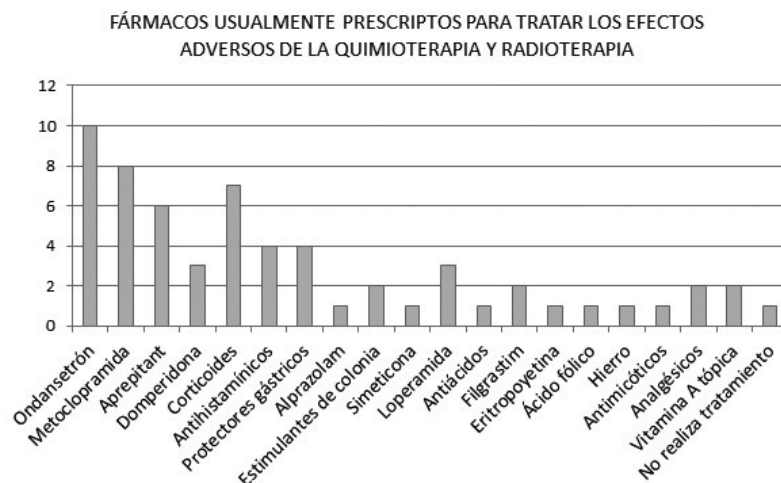
MÉTODO

Revisión bibliográfica basada en una encuesta específicamente diseñada, de carácter transversal, exploratoria y descriptiva, no azarosa, anónima, realizada de manera personal en diciembre de 2014. La misma fue respondida por 12 médicos oncólogos de sectores públicos y/o privados, los cuales poseen una alta rotación de pacientes y pertenecen a centros de referencia en el tratamiento del cáncer, en el ámbito de CABA, Argentina.

RESULTADOS

Encuestas: los medicamentos más utilizados para tratar los efectos adversos de la quimioterapia y radioterapia son los antieméticos, corticoides, antihistamínicos, protectores gástricos y antidiarreicos. El 8% de los médicos encuestados han recomendado medicamentos herbarios como tratamientos paliativos. Dentro del 92% restante, el 36% utilizaría medicamentos herbarios en un futuro. El 100% de los encuestados recomendarían medicamentos herbarios en caso de la existencia de documentos oficiales que demuestren su eficacia.

Guía fitoterapéutica y Vademécum: se creó una Guía fitoterapéutica efectiva, orientada a farmacéuticos y médicos, que permite tomar decisiones rápidas de manera segura, considerando contraindicaciones y precauciones así como la asequibilidad y accesibilidad de Argentina. Su fin es brindar información concisa y expeditiva para afrontar la terapia paliativa. Además, se confeccionó un Vademécum de medicamentos herbarios para tratar los efectos adversos que provocan la quimioterapia y radioterapia.



CONCLUSIÓN

La implementación de la guía y el Vademécum contribuye al desarrollo de Atención farmacéutica aplicada a los medicamentos herbarios, y a lograr la educación de la comunidad y de los demás profesionales de la salud en este tema, para garantizar el bienestar del paciente, mejorar su calidad de vida, así como también el uso eficaz, seguro y racional de los medicamentos herbarios.

CONFECCIÓN DE GUÍAS PARA LA TOMA DE DECISIÓN EN EL MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS FEBRILES EN EL ÁMBITO DE LA FARMACIA COMUNITARIA.

Cristina Denise Aversente, Daniel Ricchione, Graciela Revuelta, Graciela Sandra Melito.

e-mail: congresos.fyb@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

La fiebre es el aumento de temperatura corporal por encima de las variaciones diarias normales. Es uno de los signos más frecuentes de enfermedad, siendo un objetivo para el bienestar de los niños.

OBJETIVO

Desarrollar guías y árboles para la toma de decisión, que faciliten el manejo de la fiebre en pediatría desde el ámbito de la farmacia comunitaria, mediante la identificación de bases que permitan una conducta racional frente al manejo y tratamiento de la fiebre pediátrica, la evaluación de signos de alarma frente a los cuales es necesaria una derivación al médico pediatra, y del conocimiento y manejo actual de los padres con respecto a la fiebre..

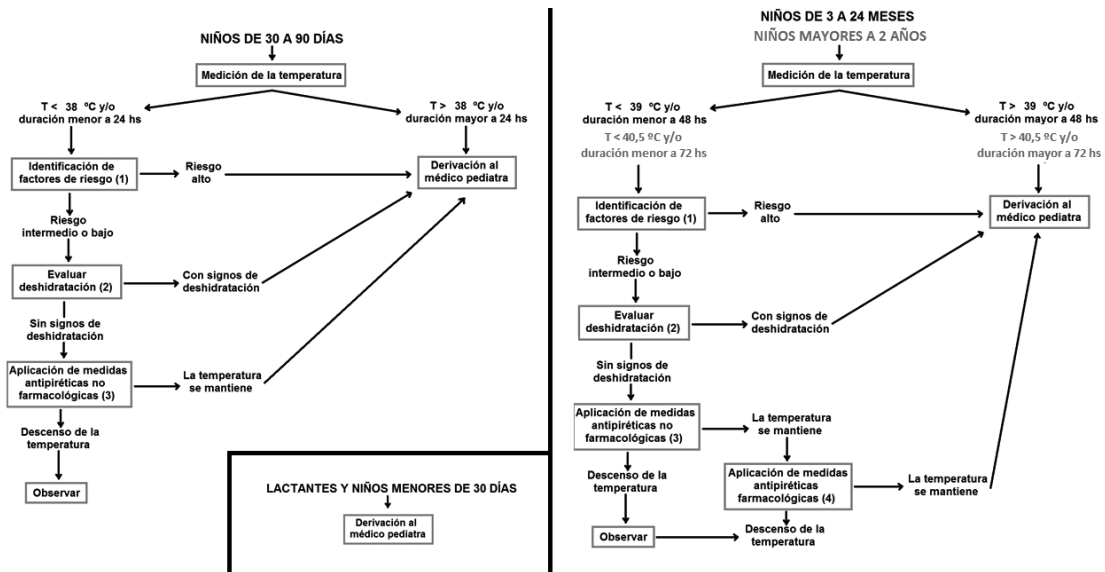
MÉTODO

Revisión bibliográfica basada en una encuesta específicamente diseñada, de carácter transversal, exploratoria y descriptiva, no azarosa, anónima, realizada de manera personal en diciembre de 2014. La misma fue respondida por 12 médicos oncólogos de sectores públicos y/o privados, los cuales poseen una alta rotación de pacientes y pertenecen a centros de referencia en el tratamiento del cáncer, en el ámbito de CABA, Argentina.

RESULTADOS

Encuestas: 38% de los encuestados refiere como temperatura normal 36,5°C, y 56% considera 38°C como fiebre. Para asesorarse sobre fiebre, 82% de los padres consulta directamente con el pediatra. Con respecto a los intervalos de medición de temperatura, 58% considera que se debe realizar cada 1-2 horas. Existe una preferencia (46%) de tratar de disminuir la fiebre por sí mismos en una primera instancia y luego consultar con un profesional. 64% prefieren baños de agua tibia y 60% utilizan el Ibuprofeno para tratar a sus niños. Como daño ocasionado por la fiebre, 54% refieren malestar general y 36% convulsiones.

Guías: se crearon guías para la toma de decisión en fiebre pediátrica, correspondiendo a las siguientes divisiones etarias: 0-30 días, 30-90 días, 3-24 meses, y mayores a 2 años. Además, se confeccionaron tablas para identificar factores de riesgo y evaluar el estado de hidratación. Se identificaron pautas y signos de alarma a tener en cuenta.



CONCLUSIÓN

El equipo de farmacia debe ser un canal de información al público sobre esta problemática, sus implicancias y consecuencias, factores de riesgo, pautas para su manejo y elementos de medición, por ello se desarrollaron las presentes guías.

El eje de consejo farmacéutico debe ser contener a los padres, y que comprendan cuáles son los signos de alerta en cada grupo etario, y las características de los modos de dosificación.

EDUCATIONAL TRAINING PROGRAM FOR PRIMARY CARE PHARMACISTS TO ESTABLISH PHARMACEUTICAL CLINICAL SERVICES INTEGRATED WITH HEALTH CARE NETWORKS IN A LARGE MUNICIPALITY IN BRAZIL

Divaldo Pereira de Lyra Jr, Aline Santano Dosea, Camila Castelo Branco Rangel de Almeida, Carla Francisca dos Santos Cruz, Genival Araújo dos Santos Júnior, Maria Ondina Paganelli, Orlando Mário Soeiro, Noêmia Urruth Leão Tavares, José Miguel Nascimento Jr, Karen Sarmento Costa .

e-mail: karen.costa@gmail.com

INTRODUCTION

Pharmaceutical Clinical Services are strategies and initiatives that improve the quality of drug therapy and the health care delivery system by using pharmacists to the fullest extent of their training and education. However, the Brazilian pharmacist needs theoretical and practical training to improve the attitudes, knowledge and skills required in the development of the patient care activities.

AIM

The aim of this study is to describe Educational Training Program (ETP) for Brazilian Health-System Pharmacists to establish Pharmaceutical Clinical Services integrated with Health Care Networks in a large municipality in Brazil..

METHOD

The Brazilian Health-System offered an Educational Training Program for pharmacists from August 2015 to March 2016, in health care units in the sixth-largest metropolitan area in Brazil with 3,743,854 inhabitants. A mixed model of teaching strategies was applied: (1) Case report as a guide for self-study on Health Evidence Based and Pharmacotherapy; (2) Theoretical and practical training with lessons and exercises about clinical practices; (3) Simulated patient method to learn the Pharmaceutical Care; (5) Meetings to study clinical cases; (6) and, Supervised Clinical Practices by researchers. At the end of the course, all of the pharmacists responded to a satisfaction survey prepared by the researchers.

RESULTS

The ETP was delivered by five clinical pharmacists (one coordinator and four caregivers) with extensive experience in Pharmaceutical Care and establishment of Pharmaceutical Clinical Services. The Program offered: four hours of Case reports to discuss clinical cases and to teach about searching for evidence-based resource; 64 hours of Simulated Patient Method and Theoretical and practical training to present the clinical pharmacist's patient care process by problem based learning approach; 104 hours of Meetings to discuss real clinical cases; and 600 hours of Supervised Clinical Practices to the researchers evaluate the clinical performance of the pharmacists. At the end, 23 pharmacists of 34 health care units finished the training course, and 100% of the pharmacist judged that the ETP was either excellent or good.

CONCLUSIÓN

The steps of Educational Training Program showed effectiveness in the development of the attitudes, knowledge and skills required in the development of patient care activities in Pharmaceutical Clinical Services integrated with Health Care Networks in a large municipality in Brazil.

DESARROLLO DE MODELOS DE SERVICIO DE CUIDADO FARMACÉUTICO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD DE UN MUNICIPIO DE GRANDE PORTE DE BRASIL

Thais Teles de Souza, Rangel Ray Godoy, Cassyano Januário Correr, Karen Sarmiento Costa, Maria Ondina Paganelli, Noemia Urruth Leão Tavares, José Miguel do Nascimento Júnior, Orlando Mário Soeiro.

e-mail: karen.costa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cuidado farmacéutico es una práctica desarrollada junto al paciente y el equipo de cuidado multidisciplinar, que busca resolver los problemas de farmacoterapia, mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO

Describir el desarrollo de modelos de servicios de cuidado farmacéutico en los diferentes puestos de la red de atención a la salud de un municipio de grande porte de Brasil.

MÉTODO

El desarrollo de los modelos de servicios de cuidado farmacéuticos incluyó: modelaje de servicios, definición de público, sensibilización de gestores y equipo, capacitación de los profesionales farmacéuticos, implantación de servicios, desarrollo de mecanismos de comunicación entre servicios y evaluación de resultados. Los servicios fueron desarrollados en unidades básicas de salud (UBS), unidades de atendimento de emergência (UPAS), centros de atención psicosocial (CAPS), centros de especialidades (CE), maternidad, farmacia popular brasileña y farmacia especializada en asistencia farmacéutica (CEAF).

RESULTADOS

Se desarrollaron e implantaron 12 modelos diferentes de servicios considerando las necesidades de pacientes en diferentes puestos: atendimento a domicilio en UBS, en CE, en CAPS, en farmacia popular, en las UPAS, en maternidad y en farmacia del CEAF; atendimento en cama en UPAS y en CAPS; atendimento en sala de observación en UPAS y atendimento a domicilio en las UBS y CAPS. Los modelos de servicios incluyen actividades para aconsejar al paciente, de adhesión al tratamiento, rastreo de enfermedades, revisión de fármacoterapia, manejo de problemas de salud autolimitados, reconciliación de medicamentos, acompañamiento farmacoterapéutico, información y apoyo al equipo, y de referencia y contrarreferencia interservicios. Como público objetivo fueron definidos aquellos pacientes polimedcados con por los menos un factor de riesgo adicional. Fue determinado el flujo de servicios y desarrollados protocolos, instrumentos y formularios para la realización de servicios y registro de actividades, y fueron definidos resultados clínicos, humanísticos y económicos. La capacitación de los farmacéuticos siguió metodologías activas de enseñanza-aprendizaje y estrategias de enseñanza. La evaluación de los servicios se realiza con indicadores de oferta, utilización, cobertura, desempeño e impacto. Los servicios están implantados en 54 UBS, 3 UPAS, 2 CE, 1 CAPS, 1 maternidad, 1 farmacia popular y 1 farmacia del CEAF.

CONCLUSIÓN

Los diferentes modelos de servicios desarrollados atendieron los requisitos de los pacientes en los

puestos de atención a la salud. Consideramos que los servicios desarrollados en este trabajo puedan servir de modelo para la implantar el servicio de cuidado farmacéutico en otros municipios de Brasil y del mundo.

DESARROLLO DE UN MECANISMO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADO FARMACÉUTICO EN LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD DE UN MUNICIPIO DE GRANDE PORTE DE BRASIL.

Rangel Ray Godoy, Thais Teles de Souza, Cassyano Januário Correr, Karen Sarmento Costa, Orlando Mário Soeiro, Noemia Urruth Leão Tavares, José Miguel do Nascimento Júnior, Maria Ondina Paganelli .

e-mail: karen.costa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las redes de atención son una propuesta de reorganización del sistema de salud con objetivo de atender demandas epidemiológicas del país, y orientadas a la atención de condiciones crónicas y agudas de salud en un modelo proactivo organizado por una atención constante, estructurada por red poliárquica que prevé acción integral a través de cuidados multidisciplinares. Para el buen funcionamiento de las redes, la comunicación dentro y entre los puestos debe ser apremiada para estimular el cuidado integral y facilitar al paciente el acceso a diferentes servicios de salud. El desarrollo de servicios de cuidado farmacéutico debe estimular la comunicación entre puestos, buscando facilitar el itinerario del paciente según sus necesidades, y posibilitar un mecanismo comunicacional que garantice el acceso y permita compartir el caso entre profesionales de diferentes puestos.

OBJETIVO

Describir el desarrollo de un mecanismo de referencia y contrarreferencia de servicios de cuidado farmacéutico de un municipio de grande porte de Brasil.

MÉTODO

El modelo de referencia y contrarreferencia entre diferentes puestos de atención a la salud fue desarrollado como parte del proceso de implantación de servicios de cuidado farmacéutico en las Unidades Básicas de Salud, Unidades para Emergencias, Centros de Especialidades, Maternidad, Centro de Atención Psicosocial, farmacia popular y farmacia de componente especializado de asistencia farmacéutica. Fueron realizadas reuniones periódicas entre gerentes, farmacéuticos y demás profesionales del equipo de diferentes puestos para discutir sobre flujo y mecanismo de contrarreferencia de pacientes atendidos por los farmacéuticos.

RESULTADOS

Fue definido un flujo de referencia que considera al farmacéutico del puesto como gerente de caso. Éste se responsabiliza por acoger el paciente, estudio del caso y apoyo matricial entre los demás profesionales de salud conforme a la necesidad de paciente. El proceso de referencia y contrarreferencia realizado por el farmacéutico parte de: Identificación durante consulta de necesidades del paciente a ser atendido por otro profesional del equipo multidisciplinar en otro puesto de atención; realización de un resumen del caso y una carta al profesional que acogerá al

paciente; confirmación del resultado de referencia.

CONCLUSIÓN

La estrategia se mostró efectiva, mejoró el flujo del paciente y el intercambio de los casos a través de diferentes puestos. También permitió crear un proceso de contrarreferencia en las unidades de atendimento de emergencias. Un proceso eficiente de intercambio de casos proporcione la noción global del itinerario terapéutico del paciente, estimulando un atendimento integral y humanizado en el sistema público de salud.

DISEÑO DE UN ESQUEMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE APLICACIÓN EN MEDICINA TRADICIONAL (CASO CROTON DRACO SCHLTDL & CHAM.).

Yair Cruz Chimal, Laura Elizabeth Abad De la Cruz, Grupo de médicos tradicionales de Ixhuatlancillo integrantes del Grupo Regional de Apoyo a la Medicina Indígena Tradicional (GRAMIT), Ramón Soto Vázquez, Feliza, Ramón Farías, Patricia Parra Cervantes, Yaqueline Gheno Heredia.

e-mail: qfb.laura.abad@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Una propuesta innovadora de Atención Farmacéutica (AF) aplicables a la Medicina Tradicional (MT), con el objetivo de implementarse en el Centro de Desarrollo para la Medicina Indígena Tradicional (CEDEMIT) de Ixhuatlancillo, Veracruz-México, lugar donde médicos tradicionales indígenas y parteras, brindan a la población de la región atención primaria en salud. Los médicos tradicionales prescriben y dispensan remedios herbolarios que ellos elaboran con plantas medicinales de la región. La propuesta metodológica está basada en el árbol Croton draco, comúnmente conocido como sangregado, es la especie más utilizada, se le atribuyen propiedades curativas como: antiviral, antibacteriana, antimicótica, neutralizante de veneno de serpientes, antitumoral y anti-cancerosa.

OBJETIVO

Diseñar un esquema innovador de Atención Farmacéutica aplicable en Medicina Tradicional a partir del acercamiento entre el Farmacéutico y los médicos tradicionales del CEDEMIT de Ixhuatlancillo Veracruz, tomando como base su cosmovisión, una especie nativa (Croton draco) y los remedios herbolarios elaborados a partir del látex del mismo.

MÉTODO

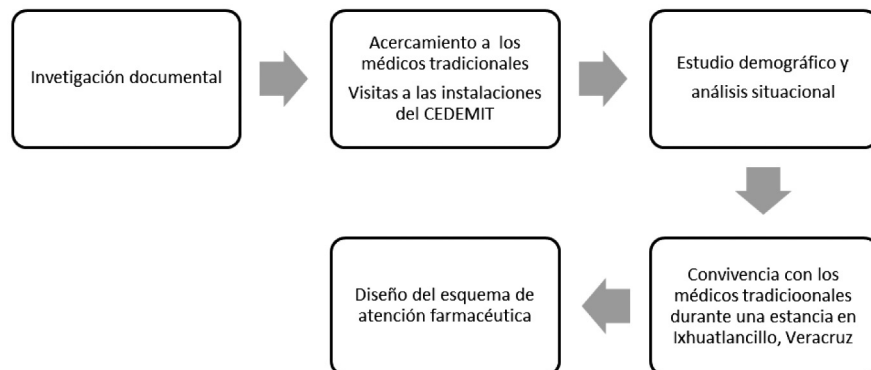


Figura 1.- Metodo para la propuesta de AF en Ixhuatlancillo Veracruz México

RESULTADOS

La propuesta de AF se llevó a cabo en dos fases, en la primera se investigaron las características demográficas, realizando un análisis situacional; en la segunda etapa de dispensación, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia y educación sanitaria enfocadas a un esquema de medicina tradicional donde se diseñaron y elaboraron materiales para apoyar a la propuesta del presente trabajo.

CONCLUSIÓN

El diseño de la propuesta de Atención Farmacéutica aplicable en Medicina Tradicional para el CEDEMIT de Ixhuatlancillo Veracruz, fue posible gracias a la conexión establecida entre el farmacéutico y el médico tradicional en una cosmovisión compartida, reconocida y conjugada, logrando un entendimiento mutuo del conocimiento científico y el conocimiento tradicional.

El esquema de atención incluyó la sensibilización de los médicos tradicionales en temas de seguridad, eficacia y calidad de los productos y los servicios que ofrecen.

El presente trabajo fue el primer paso para llevar al reconocimiento de la práctica de la medicina tradicional que consideró la dispensación, consejo farmacéutico, seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria, mediante técnicas de comunicación escrita considerando su lengua natal, iconografía y epistemología de la imagen.

PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS - MAZZA DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA.

Fernando Pasca, Daniel Ricchione, María Alba Jirala, Graciela Sandra Melito.

e-mail: congresos.fyb@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Chagas-Mazza, la endemia más importante en Latinoamérica (veintiún países involucrados), causada por un protozoo (*Trypanosoma cruzi*) y transmitida habitualmente por "vinchucas", afecta al humano y animales. El *Triatoma infestans* es el único de relevancia epidemiológica (Argentina).

En el Programa Nacional de lucha contra esta patología, curiosamente no se encuentra al Farmacéutico Comunitario involucrado, que por su actividad intrínseca, comúnmente es el primer contacto con los pacientes.

A pesar de que la Farmacia sea un establecimiento sanitario de fácil acceso a la comunidad, se observó con asombro y curiosidad que en el Programa Nacional de lucha contra esta patología, no se encuentra al Farmacéutico comunitario involucrado y, paralelamente, se notó la carente literatura mundial sobre Atención Farmacéutica vinculada a esta enfermedad con la que se cuenta.

OBJETIVO

Elaborar desde la Farmacia Comunitaria, un Plan de Atención Farmacéutica para el abordaje de esta

enfermedad que contribuya a la detección de pacientes sospechosos y colabore con el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes positivos.

MÉTODO

Revisión bibliográfica nacional e internacional desde 1996 a 2014 realizada de manera personal durante el periodo Febrero-Octubre del 2014 en el ámbito de C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina.

RESULTADOS

Se desarrollaron dos herramientas útiles. Por un lado, un algoritmo que funciona como guía en atención de pacientes en Fase Aguda o Crónica, compuesto de preguntas y respuestas que permiten una rápida, fácil y posible detección. Por otro lado, para el Seguimiento Farmacoterapéutico, se confeccionó una ficha de seguimiento, evaluación a la adherencia y a los efectos no deseados de la terapia, registro de acciones correctivas, que permiten el abordaje de la patología preexistente, con el empleo de medicamentos específicos y detección de efectos adversos derivados de distintos PRMs (Problemas Relacionados a Medicamentos) durante el tratamiento.

CONCLUSIÓN

La estrategia se mostró efectiva, mejoró el flujo del paciente y el intercambio de los casos a través de diferentes puestos. También permitió crear un proceso de contrarreferencia en las unidades de atendimento de emergencias. Un proceso eficiente de intercambio de casos proporcione la noción global del itinerario terapéutico del paciente, estimulando un atendimento integral y humanizado en el sistema público de salud.

MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Marta Lafuente González, Miguel Ángel Calleja Hernández, Mónica Ferrit Martín.

e-mail: marta_lafuente@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones farmacéuticas y la mejora de la calidad de la prescripción farmacológica en pacientes ancianos polimedicados, se enmarca dentro de la práctica clínica habitual, pero el conocimiento de los problemas de seguridad relacionados con los medicamentos en Atención Primaria es menor que en otras áreas asistenciales. Para iniciar cualquier programa de mejora, es necesario conocer el contexto en el que debe desarrollarse, por ello se lleva a cabo un estudio previo en nuestro Área de Salud.

OBJETIVO

Identificar las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en pacientes ancianos polimedicados en dos centros de salud y mejorar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal y observacional, de 8 meses de duración (junio 2014-enero 2015) en

pacientes mayores de 65 años con más de 6 medicamentos prescritos durante al menos 6 meses, en dos Centros de Salud. Los pacientes se han seleccionado de forma aleatoria simple.

Procedimiento: 1) Análisis de la prescripción farmacológica, detección de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según criterios Beers y STOPP (Screening Tool of Older person's Potentially Inappropriate Prescription), también se han analizado medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB), alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y medicamentos con riesgo conocido de prolongar el intervalo QT. 2) Intervenciones farmacéuticas (IF) dirigidas al médico responsable del paciente si procede.

RESULTADOS

El total de pacientes seleccionados en los Centro de Salud fue 388 (61% mujeres y 39% hombres), edad media 78 años (66-96). Se realizó intervención farmacéutica en 183 pacientes (47%). En 69 pacientes (17,8%) se detectaron 84 PPI con los criterios Beers, siendo la más frecuente doxazosina (23,8%). En 142 pacientes (36,5%) se detectaron 256 PPI siendo la más frecuente las relacionadas con las benzodiazepinas (38,7%). En 39 pacientes (10,1%) se prescribió algún medicamento UTB, y 89 pacientes (22,9%) tenían prescrito medicamentos con alertas de seguridad de la AEMPS siendo la alerta más frecuente referida a escitalopram (5,9%), 64 pacientes (16,5%) tenían medicamentos con riesgo conocido de prolongar el intervalo QT.

CONCLUSIÓN

Los criterios STOPP presentaron mayor capacidad de detección de PPI que los criterios Beers. Se consideran una herramienta adecuada para detectar PPI. Su aplicación en la práctica clínica diaria supone una mejora en la calidad de la prescripción.

La intervención farmacéutica sería efectiva en la mejora de la calidad de la prescripción farmacológica y la seguridad de los pacientes, y disminuiría los costes asociados a la misma.

PROPUESTA DE UN ALGORITMO PARA LA ACTUACION PROFESIONAL EN LA DISPENSA Y EDUCACION CONTINUA, CON PLANTAS MEDICINALES Y FITOTERAPICOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN FARMACIAS COMUNITARIAS.

Graciela Pinto Vitorino, Analía Verónica Uhrich, Osvaldo León Córdoba, María Luján Flores.

e-mail: okyflores@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El consumo de plantas medicinales y fitoterápicos aumenta progresivamente; sin embargo, su uso no siempre es correcto pudiendo causar efectos secundarios con consecuencias importantes de carácter sanitario, económico y social. En nuestro grupo de investigación, trabajamos en el análisis de la situación en nuestra comunidad, tomando como referencia farmacias localizadas estratégicamente en barrios y centros asistenciales, teniendo en cuenta el carácter cosmopolita de la población con fuertes arraigos culturales en el uso de plantas medicinales. Según los datos relevados en nuestros estudios, uno de los grupos de plantas más solicitadas en la farmacia corresponde a las utilizadas para el tratamiento del insomnio. Los profesionales farmacéuticos son normalmente los primeros,

dentro del sistema de salud, a quienes consultan los pacientes para pedir consejo e información, por lo que su rol es clave en la detección y educación al paciente con insomnio.

OBJETIVO

Diseñar un algoritmo para que el Farmacéutico aplique procedimientos normalizados de trabajo en sus actuaciones al momento de la consulta y dispensa de plantas medicinales y fitoterápicos utilizados en el tratamiento del insomnio. A la vez, generar un espacio de educación continua respecto de estos productos, propiciando su uso racional en la comunidad.

MÉTODO

El algoritmo propuesto se elaboró en base a la situación de la comunidad local, analizada previamente mediante encuestas efectuadas con una planilla diseñada en nuestro grupo de investigación, abarcando aspectos personales (sexo, edad, educación, patologías, metabolismo), prescripciones médicas, uso de plantas medicinales y fitoterápicos.

RESULTADOS

El diseño del algoritmo comprende una secuencia de actuación que permitirá al Farmacéutico, ante la consulta o requerimiento de una planta medicinal y/o fitoterápico utilizados en el tratamiento del insomnio, indagar en aspectos que le permitan decidir la dispensa o no, transmitir las normas de higiene del sueño, indicar la forma adecuada de uso, decidir la derivación médica, efectuar notificaciones epidemiológicas y educar al paciente en la temática teniendo en cuenta además los saberes culturales que posee.

CONCLUSIÓN

El rol del Farmacéutico en la dispensa y educación comunitaria, en relación al uso racional de plantas medicinales y fitoterápicos, resulta insustituible. El uso de los algoritmos facilita el desarrollo del ejercicio cotidiano de la profesión. Continuamos trabajando en la elaboración de nuevos algoritmos para otras patologías detectadas, tales como malestares digestivos, respiratorios y metabólicos.

USE OF TELEMEDICINE IN SPANISH PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.

Patricia Rodríguez-Fortúnez, Josep Franch-Nadal, José Fornos-Pérez, María Luisa Orera-Peña.

e-mail: patricia.rodriguez@mylan.com

BACKGROUND

Diabetes Mellitus (DM) is acknowledged as one of the most frequent metabolic disorders in the worldwide population, with a prevalence in adults that has increased over the decades. Healthcare of patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) should have at least two objectives, improve metabolic control and help the patient to live with their disease. In both aspects, telemedicine is a useful instrument, delivering comfortable and agile medical and pharmaceutical healthcare.

AIM

To describe the current situation of the use of telemedicine in the management of T2DM, and to

identify its benefits and preferences in its uses.

METHOD

A comprehensive literature review about the use of telemedicine in the management of diabetes mellitus (DM). A combination of open and MeSH terms were used for reviewing Medline/Pubmed database and grey literature. Original articles and systematic reviews, published in English and Spanish during the past 10 years were included.

RESULTS

Twenty-four publications were selected. The use of telemedicine as a tool for DM management was widely accepted by patients presenting advantages compared with face-to-face method. Telemedicine significantly reduced HbA1C between 0.2% and 0.8% ($p < 0.05$), hyperglycaemic events (0.81 to 1.17), hypoglycaemic events (0.17 to 0.4) and the fear of hypoglycaemia (11.3%; $p = 0.018$). In addition, it improved patient perception regarding their health state by 6% ($p = 0.012$), and their satisfaction with the treatment (7.9%; $p = 0.02$). In the worst case scenario, telemedicine observed similar outcomes of those reached with face-to-face consults, but with a significant reduction in time and travel costs, especially in patients with reduced mobility. Nevertheless, this results must be interpreted carefully given the limited number of patients included in each of the reviewed articles and because only five of the selected papers studied patients with T2DM. Mobiles, personal digital assistants and web platforms were the most common utilized technologies for sending electronic data via phone or internet.

CONCLUSION:

Telemedicine is an emerging tool, well accepted by patients, with positive health effects, and which saves time and travel expenses that seems quite important for patients with reduced mobility or living at rural areas.

DISEÑO DE UN PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS PACIENTES DIABÉTICOS .

Sara García Agudo, Mónica Ferrit Martín, Antonio Marchena León, Elza A Machado Domingues.

e-mail: saragarciaagudo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus destaca entre las enfermedades crónicas por ser prevenible y con frecuencia infradiagnosticada, con progresión lenta y continua. Asocia un alto grado de discapacidad, morbilidad y mortalidad, con la consiguiente disminución de calidad de vida. Por estos motivos, y su alta prevalencia, ocasiona importantes costes humanos y económicos. Es necesario introducir estrategias y medidas para mejorar la eficiencia en el control y su tratamiento.

OBJETIVO

Diseñar y desarrollar un protocolo para la atención farmacéutica a los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la oficina de farmacia.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sistemática de la literatura vía PubMed. Criterio de búsqueda utilizando términos del Medical Subject Headings (MeSH). Se consideró adecuado el uso de los descriptores «Diabetes mellitus», «Guidelines», «Community pharmacy». Se aplicaron límites «Humans» y se utilizaron conectores booleanos «OR» y «AND». Estrategia de búsqueda en MEDLINE («diabetes mellitus»[Mesh]) AND («guidelines»[Mesh]) AND «community pharmacy»[Mesh]) desde 2011 hasta 2016.

También se hizo una búsqueda en sumarios de revistas, actas, sumarios de reuniones científicas, libros... para buscar publicaciones, protocolos y guías existentes. El protocolo fue revisado por otros farmacéuticos comunitarios y de hospital.

RESULTADOS

Para la elaboración de este protocolo se ha realizado un análisis de 65 documentos. 39 de ellos descritos en Pubmed y el resto encontrados en revistas, libros, sumarios de reuniones científicas,...

Este protocolo indica cómo colaborar en la detección precoz de la diabetes (Test de riesgo de la Asociación Americana de Diabetes), detección y resolución de PRMs asociados al tratamiento: cumplimiento: asegurarse que el paciente toma la medicación y lo hace correctamente (Test Morisky-Green), resaltar la importancia del cumplimiento terapéutico, indicar cuándo y cómo recibir el medicamento, efectividad: valorarla mediante control de la glucemia, seguridad: detección de interacciones fármaco-enfermedad, ya que hay fármacos que pueden alterar los niveles de glucosa y detección de reacciones adversas. Aconsejar acerca del estilo de vida adecuado (Consejos alimentación, ejercicio...) Concienciar al paciente para que realice autocontrol. Ayudar a entender la enfermedad a las personas mayores, que a menudo infravaloran su enfermedad y tienen tendencia a descuidarse.

CONCLUSIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere continuo cuidado y educación para prevenir las complicaciones agudas y reducir las complicaciones a largo plazo. El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario que por conocimientos y accesibilidad es clave para ayudar al paciente diabético. Este protocolo se irá modulando y modificando en respuesta a la evaluación de su puesta en marcha en la oficina de farmacia.

A QUALITATIVE META-SYNTHESIS OF FACTORS THAT INFLUENCE THE IMPLEMENTATION OF COMMUNITY PHARMACY SERVICES IN AUSTRALIA: THE PERSPECTIVES OF PATIENTS, NURSES AND GENERAL PRACTITIONERS.

Lutfun Nahar Hossain, Fernando Fernandez-Llimos, Tim Lockett, Joanna Claire Moullin, Desire Durks, Lucía Franco-Trigo, Shalom Isaac Benrimoj, Daniel Sabater-Hernández.

e-mail: lutfun.hossain@student.uts.edu.au

BACKGROUND

Understanding the context in which community pharmacy services are implemented is important for the design of services and for the development of strategies and interventions to enhance

implementation. Analysis of the context should consider the factors that can promote (i.e., facilitators) or inhibit (i.e., barriers) service implementation. Studies that report on the experiences of implemented community pharmacy services can provide insight into these factors. Such implementation factors have been well researched from the perspective of community pharmacists but not from the perspectives of other stakeholders (i.e. patients, nurses and general practitioners) who can influence service implementation.

AIM

The aim of this study was to synthesise patients, nurses and general practitioners' perspectives of community pharmacy services to identify barriers and facilitators to their implementation in Australia.

METHOD

A qualitative meta-synthesis was performed. Firstly, a systematic literature search was conducted in PubMed, Scopus and Informit to identify qualitative studies that explored patients', nurses' or general practitioner's views about community pharmacy services in Australia. Thematic synthesis of the literature was performed to identify barriers and facilitators and the ecological model was used for classification of factors.

RESULTS

Twenty eight articles were included in this review. Seventy eight factors that can influence the implementation of community pharmacy services were identified. These factors were related to the personal characteristics and ideas concerning individual patients (n=17), characteristics of the healthcare providers and non-healthcare personnel with whom patients interact (e.g., family, friends, pharmacy staff, pharmacists, GPs, nurses) (n=22), the formal and informal relationships between different healthcare providers, pharmacy staff and patients (n=9), characteristics of the community pharmacy setting (n=8), attributes of the community pharmacy service (n=15) and the broader system which includes relationships between organisations, the political players in the system and the rules, policies and protocols which can influence implementation (n=9).

CONCLUSION

The factors identified by patients, nurses and general practitioners should be considered in conjunction to those previously identified by pharmacists to enhance the implementation of existing community pharmacy services, guide the development of new community pharmacy services or guide the adoption of evidence-based services into new settings or populations.

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES AMBULATORIOS.

Sandra Leticia Gracia Vásquez, Ivonne Antonieta Camacho Mora, Yolanda Araceli Gracia Vásquez, Teresa de Jesús Villanueva Ramírez.

e-mail: gerisan6@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La Atención Farmacéutica es la práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario

de las acciones del farmacéutico y en relación a ésta, implican la resolución o mejora de sus problemas de salud a través del seguimiento farmacológico. A pesar de ser un concepto mundial y que en México es parte de quehacer farmacéutico señalado en documentos oficiales, esta actividad es poco conocida por pacientes y personal de la salud.

OBJETIVO

Ofrecer atención farmacéutica a pacientes ambulatorios que acuden a un centro de salud de la UANL para resolver problemas relacionados con los medicamentos.

MÉTODO

Estudio prospectivo en el que estudiantes por pares acudieron a un centro de salud y la farmacia de la UANL en el período febrero-abril del presente año para brindar atención farmacéutica a pacientes. Se revisaron los expedientes para obtener datos de la farmacoterapia y datos de laboratorio; posteriormente se realizaron entrevistas para conocer su experiencia en el uso de sus medicamentos y se monitoreó la hemoglobina glucosilada (HbA1C). En una entrevista posterior con los pacientes se les entregó material informativo, se aclararon dudas acerca de su farmacoterapia y se brindó educación para la salud.

RESULTADOS

En la atención farmacéutica participaron 21 pacientes con edad promedio de 62 años (34 a 82), el 14.3% del género masculino. Del total 85.7% padecía diabetes, 66.7% hipertensión, 42.9% dislipidemias y 38.1% otros padecimientos. El promedio de medicamentos prescritos fue de 1.6, 1.8, 1.1 y 2.0 para diabetes, hipertensión, dislipidemias y otras enfermedades, respectivamente. El valor promedio de HbA1C fue de 6.0%. Predominaron los problemas de necesidad, seguidos de los de efectividad y seguridad de los medicamentos. Se encontró desconocimiento por parte del personal de salud y de los pacientes acerca del papel del farmacéutico en la provisión de este servicio.

CONCLUSIÓN

Es importante familiarizarse con la terapia medicamentosa que será utilizada por pacientes en la práctica ambulatoria; promover la colaboración del farmacéutico con médicos y demás personal de salud para resolver la problemática asociada a la implementación de los servicios farmacéuticos sobre todo en población diabética e hipertensa dados los beneficios de la prevención de complicaciones asociadas a estas enfermedades.

¿SE IMPLICA LO SUFICIENTE EL PACIENTE EN EL CONTROL DE SU DIABETES MELLITUS TIPO 2?

Elisabet Esquivel Prados, Elisa Pareja Martínez, José P. García-Corpas.

e-mail: liseth.ep@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A través de la implantación de servicios profesionales, el farmacéutico puede ayudar a sus pacientes a mantener el control de enfermedades crónicas, como en el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). En mejorar el control de esta enfermedad, se puede trabajar desde la farmacia en varios aspectos

(alimentación y ejercicio físico, medición de glucemias y HbA1C, educación para la salud...), pero como farmacéuticos, asegurar el buen uso del medicamento y sus consecuencias es algo prioritario. Asegurar la adherencia al tratamiento del paciente ha demostrado ser uno de los factores que más influye en el control de la DM2.

OBJETIVO

Evaluar la implicación del paciente con DM2 tras obtener los datos de su adherencia al tratamiento antidiabético oral (ADO) HbA1c.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 30 años con DM2 con al menos un medicamento antidiabético oral (ADO) prescrito y que acudían a la farmacia Gómez Parera (Armillá, Granada) a retirar su medicación.

Se realizó la medida de HbA1c mediante el dispositivo A1CNow+ (Bayer®) y se empleó el cuestionario MMAS-8 traducido al español para la medida de la adherencia.

Aquellos pacientes que tenían alta adherencia y con HbA1c ≥ 7 se les recomendó acudir a su médico para realizar una revisión de la medicación.

RESULTADOS

Participaron 63 pacientes, con una edad media 69,9 (DE: 9,4), el 55,6% fueron hombres. 10 de ellos (5 mujeres y 5 hombres) resultaron tener alta adherencia al tratamiento ADO (MMAS-8=8) y resultaron estar no controlados (HbA1c ≥ 7). Tras la recomendación de acudir a su médico, tan sólo 2 pacientes visitaron al médico y obtuvieron un cambio en el tratamiento ADO.

CONCLUSIÓN

A pesar de la información dada por el farmacéutico al paciente, sólo un 20% ha seguido el consejo del farmacéutico. La actuación del farmacéutico de una forma más continua mediante seguimiento farmacoterapéutico podría conseguir el control de la enfermedad, no obstante, el último y definitivo responsable de la salud del paciente es él mismo.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONSULTAS DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN FARMACIAS COMUNITARIAS DE COSTA RICA

Luis Esteban Hernández Soto, Catalina Lizano Barrantes, Alfonso Pereira Céspedes.

e-mail: alfonsopereirac@yahoo.com

INTRODUCCIÓN:

Tradicionalmente en las farmacias comunitarias de Costa Rica se brinda el servicio profesional de indicación farmacéutica (IndF). Sin embargo, no existe un instrumento de registro estandarizado a nivel nacional ni es común la documentación de las consultas en la práctica diaria, quedando invisibilizados datos del servicio tales como: características del paciente, motivos de consulta, e intervenciones farmacéuticas realizadas. Por tanto, es necesario crear estrategias para fomentar dicha documentación.

OBJETIVOS

Conocer la aplicabilidad en la práctica diaria de un instrumento de registro de consultas de IndF en farmacias comunitarias de Costa Rica mediante su validación.

MÉTODO

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el que participaron 19 farmacéuticos, estudiantes del curso de Atención Farmacéutica en Síntomas Menores de la Maestría Profesional en Atención Farmacéutica de la Universidad de Costa Rica, quienes validaron un instrumento impreso de registro de consultas de IndF de elaboración propia. Durante los meses de julio a setiembre del 2015, cada farmacéutico realizó 4 horas de práctica en una farmacia comunitaria, donde registraron las consultas utilizando el instrumento. Posteriormente, se validó su aplicabilidad tomando en cuenta cuatro criterios: organización del instrumento, redacción clara, pertinencia y suficiencia de la información solicitada.

RESULTADOS

Los farmacéuticos manifiestan estar conformes con la organización del instrumento en un 63.16%, con la claridad en la redacción de la información en un 89.47%, con que la información solicitada es suficiente en un 63.16% y con que es pertinente en un 78.94%. En relación con la organización del instrumento, consideran que se debe incluir más espacios para consultas en una misma hoja de registro y valorar la posibilidad del formato digital. Además, consideran que se requiere el registro de otras enfermedades que presenta el paciente, así como otros medicamentos utilizados.

CONCLUSIONES

Más del 60% de los farmacéuticos participantes consideran estar de acuerdo con la organización del instrumento y la suficiencia de la información y más de un 75% con la claridad y pertinencia de la información.

Como parte de la implantación de servicios profesionales farmacéuticos, la elaboración de instrumentos estandarizados para la documentación, sirve de insumo para su evaluación y la toma de decisiones. Además, contribuye al fomento de la cultura del registro de la información tomando en cuenta la realidad nacional.

ESTUDIO DE LAS PRESCRIPCIONES CON VISADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sara García Agudo, Antonio Marchena León, Mónica Ferrit Martín, Elza Aparecida Machado Domingues, Isabel Muñoz Castillo.

e-mail: saragarciaagudo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El visado es el acto a través del cual se autoriza, con carácter excepcional para un paciente concreto, la dispensación con cargo a fondos públicos de medicamentos y productos sanitarios de especial control.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar todas las prescripciones de visado del año 2015 en un hospital de tercer nivel.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes que precisaron cualquier tipo de visado desde Enero a Diciembre 2015. Se revisaron todas las prescripciones de visado a través del programa Microstrategy, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, medicamento, especialidad médica del prescriptor e incremento de recetas de cada fármaco respecto al año anterior. Para el registro y análisis de datos se utilizó Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron 12.145 pacientes, siendo el 54,2% hombres. La dosis diaria definida(DDD) fue de 1.683.320 y el número de recetas visadas 64.447, correspondientes a 92 medicamentos diferentes, siendo los más frecuentes: tacrolimus (13,6%), micofenolato de mofetilo (5,8%), liraglutida (5,5%), risperidona (5,3%), clopidogrel (5,0%), apixabán (4,9%), quetiapina (4,3%) y olanzapina (4,3%). Las especialidades médicas con mayor número de prescripciones fueron psiquiatría (20,6%), nefrología (18,7%), cardiología (14,6%), endocrinología (12,2%), neurología (6,9%) y urología (3,9%). Los fármacos que más han incrementado sus recetas respecto a 2014 fueron apomorfina(+504,5%), ondansetrón (+283,0%), apixabán(+108,9%), alprostadil (+82,5%). En 2015 se ha producido un descenso global del 13,98% respecto al número de recetas con visado del año anterior.

CONCLUSIÓN

Los grupos de fármacos más prescritos con visado son inmunosupresores, antipsicóticos, antiagregantes, anticoagulantes y un antidiabético. Todos ellos son medicamentos de alto riesgo que se encuentran incluidos en la lista del Institute for Safe Medication Practices (ISMP) en pacientes ambulatorios, constituyendo por tanto un área de elevado interés para implementar medidas que permitan mejorar la seguridad del paciente.

FACTORES DETERMINANTES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN EL ÁMBITO DE LA FARMACIA COMUNITARIA.

Beatriz Pérez-Escamilla, Shalom I. Benrimoj, Fernando Martínez-Martínez, Jinyan Li, Victoria García-Cárdenas.

e-mail: beatrizperezescamilla@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios han evaluado el impacto de diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos, con resultados positivos. Sin embargo, sólo un número limitado de dichos Servicios llegan a implantarse en la práctica diaria de la farmacia comunitaria. La implantación se define como el proceso de poner en práctica o integrar prácticas basadas en la evidencia en un contexto específico. Dicho proceso es complejo y multifactorial, condicionado por una serie de factores de

implantación, definidos como elementos moderadores de la implantación de dichas prácticas. La materialización práctica de uno o más factores que interactúan entre sí da lugar a barreras y facilitadores. Se considera barrera a cualquier obstáculo (material o inmaterial) que dificulta el proceso de implantación. Asimismo, un facilitador es cualquier elemento que puede ayudar a solventar las barreras o favorecer por sí mismo la implantación de un Servicio.

OBJETIVO

Analizar los factores determinantes para la implantación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en el ámbito de la farmacia comunitaria y su relación con la aparición de barreras y facilitadores.

MÉTODO

Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, consiguiendo triangulación con metodología mixta. Se describieron 38 factores que podían influir en la implantación del Servicio de SFT. Se diseñaron cuadernos de recogida de datos para identificar los factores de implantación descritos, así como su materialización durante el proceso de implantación en forma de barreras y facilitadores. Esta información se recogió mensualmente durante 12 meses, mediante observación participante en cada farmacia.

RESULTADOS

En la Tabla 1 (Factores de implantación más frecuentes) se muestra la frecuencia de los diez factores de implantación más frecuentes, relacionados con la aparición barreras y facilitadores.

Tabla 1. Factores de implantación más frecuentes.

FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS Y FACILITADORES			FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON BARRERAS			FACTORES DE IMPLANTACIÓN RELACIONADOS CON FACILITADORES		
Factor	Dominio	Frecuencia (%)	Factor	Dominio	Frecuencia (%)	Factor	Dominio	Frecuencia (%)
Tiempo	Servicio	911 (7,3)	Tiempo	Servicio	764 (11,4)	Motivación	Personal	411 (7,2)
Características personales	Personal	856 (6,9)	Registros	Servicio	678 (10,1)	Características personales	Personal	347 (6,1)
Registros	Servicio	846 (6,8)	Metodología del Servicio	Servicio	559 (8,3)	Apoyo externo	Farmacia	276 (4,8)
Metodología del Servicio	Servicio	683 (5,5)	Características personales	Personal	509 (7,6)	Etapa del cambio	Personal	273 (4,8)
Motivación	Personal	679 (5,5)	Bibliografía	Servicio	337 (5,0)	Liderazgo	Farmacia	230 (4,0)
Reclutamiento	Servicio	515 (4,1)	Reclutamiento	Servicio	301 (4,5)	Creencias	Personal	219 (3,8)
Etapa del cambio	Personal	494 (4,0)	Motivación	Personal	268 (4,0)	Identificación	Personal	216 (3,8)
Bibliografía	Servicio	457 (3,7)	Complejidad	Servicio	240 (3,6)	Reclutamiento	Servicio	214 (3,7)
Apoyo externo	Farmacia	396 (3,2)	Etapa del cambio	Personal	221 (3,3)	Equipo	Farmacia	210 (3,7)
Liderazgo	Farmacia	394 (3,2)	Red de trabajo con médicos	Entorno local	178 (2,6)	Conocimiento y experiencia	Personal	204 (3,6)
SUBTOTAL		6231 (50,0)	SUBTOTAL		4055 (60,3)	SUBTOTAL		2600 (45,4)

OTROS (28)		6223 (50,0)	OTROS (28)		2671 (39,7)	OTROS (28)		3128 (54,6)
TOTAL		12454 (100,0)	TOTAL		6726 (100,0)	TOTAL		5728 (100,0)

CONCLUSIÓN

Se han identificado los factores de implantación más frecuentes y su relación con la aparición de barreras y facilitadores. El tiempo dedicado a la provisión del Servicio de SFT, los registros de la investigación y la metodología del Servicio, fueron los factores de implantación más frecuentes relacionados con barreras. Por el contrario la motivación de los farmacéuticos, las características personales de los farmacéuticos y el apoyo externo, los factores más frecuentemente relacionados con la aparición de facilitadores para la implantación del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria.

Comunicaciones:

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA.

IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES-VIH MAYORES DE 50 AÑOS EN RIESGO MODERADO-ELEVADO.

Elza Aparecida Machado Domingues, Mónica Ferrit Martín, Miguel Ángel Calleja Hernández.

e-mail: eadomingues@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, a pesar del control de la infección por el VIH y el consecuente envejecimiento de los pacientes, estos padecen diversas comorbilidades, principalmente enfermedades cardiovasculares. Diversos estudios han concluido que la atención farmacéutica resulta en mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV), sin embargo son escasos los estudios enfocados a pacientes infectados por el VIH.

OBJETIVO

Medir el impacto de la atención farmacéutica realizada por medio del seguimiento farmacoterapéutico sobre el RCV de pacientes VIH mayores de 50 años.

MÉTODO

Estudio cuasi-experimental con un grupo de pacientes realizado de Abril/2013 hasta Noviembre/2014. Se realizaron intervenciones integradas dentro de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico según el método Dader. Las intervenciones fueron en educación sanitaria y farmacológicas sobre los factores de RCV. Se incluyeron pacientes atendidos en las consultas externas del servicio de farmacia de un hospital terciario en uso de terapia antiretroviral, mayores de 50 años y con RCV estimado por la ecuación SCORE $\geq 2\%$. Los pacientes que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado por escrito y se les realizó seguimiento farmacoterapéutico durante 12 meses. Las variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la infección VIH y con la farmacoterapia fueron recogidas de la historia clínica, registros de dispensación y entrevista con el paciente. Se han utilizado test estadísticos utilizando el programa SPSS y la significación $p < 0.05$.

RESULTADOS

42 pacientes completaron el estudio. El 93% hombres con edad media de 57 años y 15 años desde el diagnóstico VIH. La media del recuento de CD4 fue >700 células/mm³ al inicio y final del estudio. El 97% presentaban carga viral indetectable al inicio del seguimiento y el 100%, al final. Se verificó disminución significativa en las medias (inicio vs 12 meses) de los siguientes factores de RCV: presión arterial sistólica (136mmHg vs 131mmHg; $P=0,009$), presión arterial diastólica (82mmHg vs 79mmHg, $p=0,010$), colesterol total (196mg/dL vs 183mg/dL; $P=0,006$), LDL-c (112mg/dL vs 104mg/dL; $P=0,039$), triglicéridos (184mg/dL vs 145mg/dL; $P=0,010$) y colesterol total/HDL-c (4,3 vs 3,8; $P < 0,001$). Además

se verifico elevación significativa del HDL-c (48mg/dL vs 51mg/dL; P=0,037). La estimación media del RCV por la ecuación SCORE al inicio fue del 7,6% y al final de los 12 meses del 6,4% P=0,039. También disminuyó la estimación de RCV por REGICOR (6,0% vs 4,9%; P=0,002).

CONCLUSIÓN

La atención farmacéutica realizada mediante seguimiento farmacoterapeutico tiene un impacto positivo sobre el riesgo cardiovascular de pacientes VIH mayores de 50 años en terapia antiretroviral.

FACTORES DETERMINANTES EN LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: PERSPECTIVA DE MÉDICOS, FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS Y PACIENTES. ESTUDIO ADHERIZ.

Elena Labrador Barba, María José Faus, Javier Alonso Moreno, Marta Rodriguez de Miguel, María Luisa Orera Peña, Antonio Hernandez Mijares.

e-mail: elena.labrador@mylan.com

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia y persistencia en el tratamiento en patologías crónicas como la diabetes mellitus (DM) es un problema frecuente que compromete gravemente la efectividad de los tratamientos y la calidad de vida de los pacientes, con consecuencias económicas considerables. Existe una tendencia a centrar en el paciente la causa de falta de adherencia, aun cuando se trata de un problema complejo y multifactorial, que se beneficiaría de un modelo de decisiones compartidas.

OBJETIVO

Describir la percepción de la adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con obesidad, hipertensión arterial y/o Dislipemia, por parte de médicos, farmacéuticos comunitarios y pacientes.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal, no ligado a fármacos, realizado en una muestra de 1.019 médicos, 493 farmacéuticos y 1.013 pacientes con DM2. Se recabó información cualitativa y cuantitativa mediante un cuestionario auto-cumplimentado para médicos, farmacéuticos y pacientes. Los cuestionarios presentaban los mismos contenidos, adaptando las expresiones a la población diana.

RESULTADOS

Se incluyeron 998 médicos, 419 farmacéuticos y 963 pacientes. La edad media (DE) fue de 52,8 años (7,9), 43,9 años (9,9) y 60,4 años (15,5) respectivamente. En pacientes la media de tiempo de diagnóstico de DM2 fue de 11,3(8,9) años. Un 68,1% presentaba hipertensión, 59,7% hipercolesterolemia y 36,8% obesidad. El 47,3% tomaba entre 4-6 comprimidos diarios, el 31,6% tres o menos y un 21,2% siete o más. El test Morisky-Green mostró que el 34,6% eran no adherentes al tratamiento.

En relación a los factores determinantes de la adherencia al tratamiento, el 84,5% de médicos, el

47.3% de farmacéuticos y el 85,5% de pacientes consideraban importante una decisión compartida médico-paciente del tratamiento. La polimedicación era considerada importante principalmente para el médico (96,5 %), seguido del paciente (76,3%) y farmacéutico (74,8%). En cuanto al entorno del paciente, el 72,3% de los médicos consideraba importante para la adherencia que familiares o amigos tuvieran diabetes, siendo importante para pacientes un 55,4% y farmacéuticos en un 53,1%.

CONCLUSIÓN

Los pacientes consideran que la decisión compartida médico-paciente en el tratamiento es uno de los aspectos principales que influyen en la adherencia. Los médicos destacan la polimedicación y presencia de efectos adversos bastante más que los pacientes o los farmacéuticos. En general los farmacéuticos otorgaban menos importancia a estos aspectos.

RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CALI EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015.

Elizabeth Parody Rúa, Carlos Jose Bello Gándara.

e-mail: eparady@icesi.edu.co

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad crónica degenerativa, con un impacto considerable en la calidad de vida y en los costos. El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar, que varía dependiendo de la actividad de la enfermedad y comorbilidades, entre otros aspectos. El tratamiento farmacológico, incluye medicamentos biotecnológicos, que han supuesto mejoría en la salud y calidad de vida de estos pacientes, pero también incremento en costos y no están exentos de reacciones adversas y otros problemas relacionados con medicamentos. En muchas ocasiones estos pacientes requieren medicación concomitante, lo que aumenta la probabilidad de presentar Resultados Negativos de la Medicación (RNM).

OBJETIVO

Establecer estrategias de intervención farmacéutica en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide en tratamiento con medicamentos biotecnológicos en un centro de atención primaria (CAP) en Cali en el segundo semestre de 2015.

MÉTODO

Estudio de prospectivo en un CAP, empleando el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) para la identificación de RNM y posterior planteamiento de las intervenciones. Se realizó la clasificación de RNM según el Tercer Consenso de Granada. Se identificó las causas de RNM. El análisis estadístico incluyó variables clínicas de la enfermedad, información farmacológica y RNM. Se realizó análisis de asociación entre estas variables.

RESULTADOS

Se incluyó 40 pacientes (con edad promedio de 50 años y el 82,5% eran mujeres). El 60% de los

pacientes tenían entre 5 y 8 medicamentos prescritos. El 55% se encontraba en tratamiento con etanercept, 30% con tocilizumab, 7,5% con infliximab, 5% con adalimumab y 2,5% con certolizumab pegol. Se detectó 16 RNM en 12 pacientes, el 50% fueron de efectividad, el 43,75% de seguridad y el 6,25% de necesidad. El 75% de los RNM se encontraban asociados a los medicamentos biotecnológicos. Además se determinó un nivel de adherencia por parte de los pacientes al tratamiento farmacológico del 85%. Se plantearon 63 estrategias de intervención farmacéutica, de las cuales 19% fueron orientadas a cambios en la estrategia farmacológica y 81% estuvieron enfocadas en educación al paciente. Pacientes con DAS28 >3.2 tienen un riesgo relativo (RR) de 3 veces más que pacientes con DAS 28 >=3,2 (IC 95%: 1,25 -7,25).

CONCLUSIÓN

El 30% de los pacientes presentó por lo menos 1 RNM, principalmente de efectividad no cuantitativa y relacionada principalmente con medicamentos biotecnológicos, reflejando la importancia de hacer SFT de forma sistematizada y continua en esta población, en especial los pacientes con una actividad de la enfermedad considerable.

RESULTADOS NEGATIVOS DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIFERENTES ÁMBITOS DE ATENCIÓN EN SALUD, EN CALI (COLOMBIA).

Elizabeth Parody Rúa, Ana Isabel Rodriguez Huertas, Ana María Millán Vargas, María Alejandra Montaña Holguín.

e-mail: eparady@icesi.edu.co

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con riesgo cardiovascular (hipertensos, diabetes, hipercolesterolemia) normalmente son pacientes que presentan comorbilidades y son polimedicados, lo que los hace más susceptibles de presentar Resultados Negativos de la Medicación (RNM); Por tal motivo es importante identificar los RNM, con el fin de prevenirlos o resolverlos.

OBJETIVO

Proponer estrategias de intervención farmacéutica para resolver o prevenir RNM en pacientes con enfermedades de riesgo cardiovascular en diferentes ámbitos de atención de una Institución Prestadora de Salud (IPS), de Cali, Colombia: atención primaria, urgencias y hospitalización.

MÉTODO

Estudio de intervención farmacéutica. Para la identificación de los RNM se empleó la clasificación propuesta por el Tercer Consenso de Granada. Para obtener la información se usó la metodología más apropiada según las dinámicas de cada uno de los servicios: para atención primaria se consultaron historias clínicas y para los servicios de urgencias y hospitalización se complementó la revisión de historias con entrevistas a los pacientes. De acuerdo a los RNM identificados se propuso estrategias de intervención para la prevención y/o resolución de RNM. Se identificó las causas de los RNM. Se realizó análisis estadístico para cada ámbito de atención según variables estudiadas.

RESULTADOS

En total se estudiaron 292 pacientes, con un promedio de edad de 68 años, mayoritariamente hombres (58%). El número promedio de medicamentos prescritos fue de 6,8. En la tabla 1 se presenta por cada servicio de atención en salud, el número de pacientes estudiados y los RNM identificados por categoría. Como puede apreciarse los RNM de seguridad fueron los más frecuentes en los tres ámbitos de estudio. Entre los medicamentos implicados en los RNM están el losartán, metoprolol, metformina, insulina y ácido acetil salicílico entre otros. Las principales causas de RNM, fueron: dosis, pauta y/o duración no adecuada, problema de salud insuficientemente tratado e incumplimiento terapéutico. Para cada RNM identificado se propuso estrategias de intervención, de las cuales se resalta las orientadas a mejorar el cumplimiento terapéutico, recomendación de ajuste de dosis y adicionar un medicamento.

Tabla 1. Resultados negativos de la medicación en una IPS de Cali, Colombia.

No. Pacientes/Clasificación RNM	Servicio			Total [n (%)]
	Atención Primaria [n (%)]	Urgencias [n (%)]	Hospitalización [n (%)]	
Número de pacientes incluidos	145	73	74	292
Número de pacientes con RNM	94 (64,8%)	22 (30,1%)	13 (17,7%)	129 (44,2%)
RNM de Necesidad	10 (11,1%)	9 (33,3%)	8 (42,1%)	27 (19,9%)
RNM de Efectividad	10 (11,1%)	5 (18,5%)	0	15 (11,0%)
RNM de Seguridad	70 (77,7%)	13 (48,1%)	11 (57,9%)	94 (69,1%)
Total RNM	90	27	19	136

CONCLUSIÓN

Con estos resultados se evidencia la presencia de RNM en los diferentes ámbitos asistenciales estudiados; siendo en atención primaria donde se identificó mayor presencia de pacientes con RNM, especialmente de seguridad por la dosis / duración inadecuada. Se refleja la importancia de hacer seguimiento farmacoterapéutico en estos pacientes, donde la prevalencia es alta, y en nuestro contexto no se realiza de forma sistemática esta actividad por parte del farmacéutico.

MANEJO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE MEJORA.

Unax Lertxundi Etxebarría, María Angeles Solinis Aspiazu, Arantxazu Isla Ruiz, Saioa Domingo Echaburu, Gorka Mentxaka Atxalandabaso, Ismael Barbero Martínez, Ana del Pozo Rodríguez, Begoña Calvo Hernández.

e-mail: marian.solinis@ehu.eus

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) ingresan en el hospital más frecuentemente y durante más tiempo que otros pacientes del mismo grupo de edad. Tanto los errores en la administración del tratamiento antiparkinsoniano, como el uso inapropiado de fármacos con acción antidopaminérgica en el sistema nervioso central, conllevan un riesgo de deterioro motor y complicaciones de diversa gravedad.

OBJETIVO

Evaluar el uso de antidopaminérgicos con acción central (antipsicóticos y antieméticos) y la omisión parcial o total de las tomas de levodopa en pacientes ingresados con EP en los hospitales de agudos de Osakidetza-SVS en el periodo 2011-2012. Estudiar la influencia de estos errores sobre la mortalidad y estancia de los pacientes, y plantear posibles estrategias de mejora.

MÉTODO

Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica intrahospitalaria e-Osabide. Se recogieron datos de 2546 ingresos, correspondientes a 1628 pacientes. Se analizó y estimó la prevalencia de las variables de interés en la población. Con las variables que mostraron asociación significativa en el análisis bivariante simple, se llevó a cabo un análisis logístico multivariante y un análisis multivariante de regresión de COX para estudiar la asociación entre las variables y la mortalidad y la estancia, respectivamente.

RESULTADOS

Los errores en la farmacoterapia detectados afectaron a aproximadamente la mitad de los pacientes y a un tercio de los ingresos hospitalarios. Respecto al uso de antidopaminérgicos de acción central, destaca haloperidol como el antipsicótico prescrito y administrado con más frecuencia, a pesar estar contraindicado en pacientes con EP. Metoclopramida fue el antiemético/procinético inapropiado más prescrito y administrado. Se omitió aproximadamente el 1% de las tomas de levodopa sin motivo justificado, y en 45 ingresos se omitió completamente el tratamiento. Tanto la administración inapropiada de antidopaminérgicos de acción central, como la omisión de tomas en el tratamiento con levodopa, contribuyeron al incremento de la mortalidad intrahospitalaria y prolongaron el tiempo de estancia.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la urgente necesidad de tomar medidas que redunden en una mejor atención a los pacientes con EP en el ámbito hospitalario. Las medidas deben implicar y concienciar a los diferentes profesionales sanitarios, abarcando actuaciones que vayan desde evitar rupturas de stock de medicamentos antiparkinsonianos o establecer protocolos de intercambio terapéutico, hasta valorar la posibilidad de que el paciente o sus cuidadores gestionen el tratamiento antiparkinsoniano durante el ingreso, e incluso crear una figura de referencia "especialista en EP" en el hospital.

CONCORDANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE TERIPARATIDE O ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN COLOMBIA CON RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

Yuly Henao Zapata, Piedad Lucía Botero Soto, Ilsa Yadira Parrado Fajardo, Pedro José Amariles Muñoz.

e-mail: yhenao@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una preocupación creciente para la población adulto mayor. La incidencia anual

de fracturas aumenta con la edad, especialmente en las mujeres postmenopáusicas. Los bifosfonatos son el grupo farmacoterapéutico de primera línea para su prevención y tratamiento; siendo el zolendronato (Zol) el que muestra la mayor tasa de reducción de fracturas vertebrales.

Por su parte, la Teriparatida (TTP), medicamento desarrollado mediante tecnología del ADN recombinante, conocidos como agente anabólico, estimula directamente la formación de nuevo tejido óseo en pacientes con osteoporosis severa, reduce la incidencia de fracturas esqueléticas a niveles equivalentes, o superiores a los bifosfonatos. Sin embargo, dado su alto costo, su uso debería restringirse al tratamiento de los pacientes más gravemente afectados y también en pacientes que sufren nuevas fracturas luego de dos o más años de un adecuado tratamiento con un bifosfonato.

OBJETIVOS

Establecer el porcentaje de pacientes con osteoporosis, en tratamiento con teriparatide o ácido zoledrónico en Colombia, que se ajusta a recomendaciones de organizaciones internacionales reconocidas.

MÉTODO

Estudio de utilización de medicamentos retrospectivo, enero 2012-diciembre 2015, en pacientes con osteoporosis y en tratamiento con teriparatide o ácido zoledrónico. Se seleccionó una muestra aleatoria y se revisó el archivo de dispensaciones y la historia clínica. Se registró información sociodemográfica y clínica, y el grado de concordancia del uso de teriparatide o ácido zoledrónico con las recomendaciones de 3 guías clínicas internacionales sobre osteoporosis: National Osteoporosis Foundation, National Institute for Health and Clinical Excellence y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

RESULTADOS

Se incluyeron 103 pacientes, edad promedio en años (desviación estándar) de 78 (10,4), 74,8% mujeres. La osteoporosis posmenopáusica con o sin fractura patológica (61,2%) y la osteoporosis no especificada con o sin fractura (20,4%) fueron los diagnósticos principales. En el 36,9% de los 103 pacientes, la utilización de teriparatide y ácido zoledrónico fue acorde a las recomendaciones de las guías revisadas. No obstante, las principales causas de no concordancia con dichas guías se describen en la tabla 1. La utilización de estos medicamentos en diagnósticos diferentes a osteoporosis posmenopáusica (43,7%) o como terapia inicial (36,9%) fueron las principales causas de no concordancia.

Tabla 1. Causas de ausencia de concordancia del uso de teriparatide y ácido zoledrónico con las recomendaciones de las guías internacionales

Causa	Teriparatide (n=51)			Zoledrónico (n=52)	
	Guía			Guía*	
	NICE	NOF	SIGN	NOF	SIGN
Osteopenia (DMO>-2,5) y sin fractura previa, n (%)	N/A	2 (3,9)	N/A	3 (5,8)	N/A
DMO > -4, n (%)	3 (5,9)	N/A	N/A	N/A	N/A
DMO > -4, No O.P, n (%)	2 (3,9)	N/A	N/A	N/A	N/A
DMO > -4, sin fractura previa, n (%)	2 (3,9)	N/A	N/A	N/A	N/A
DMO > -4, No O.P, sin fractura previa, n (%)	1 (2,0)	N/A	N/A	N/A	N/A

DMO > -4, No O.P, sexo masculino, n (%)	2 (3,9)	N/A	N/A	N/A	N/A
DMO > -4, sin fractura previa, sin tratamiento previo, n (%)	1 (2,0)	N/A	N/A	N/A	N/A
DMO > -4, sin tratamiento previo, n (%)	4 (7,8)	N/A	N/A	N/A	N/A
No O.P, n (%)	3 (5,9)	N/A	5 (9,80)	N/A	1 (1,9)
No O.P, sexo masculino, n (%)	0 (0,0)	N/A	4 (7,84)	N/A	11 (21,2)
No O.P, sexo masculino, sin fractura previa, n (%)	1 (2,0)	N/A	2 (3,9)	N/A	0 (0,0)
No O.P, sexo masculino, sin tratamiento previo, n (%)	2 (3,9)	N/A	N/A	N/A	9 (17,3)
No O.P, sexo masculino, sin fractura previa, sin tratamiento previo, n (%)	1 (2,0)	N/A	N/A	N/A	N/A
No O.P, sin fractura previa, n (%)	0 (0,0)	N/A	2 (3,9)	N/A	0 (0,0)
No O.P, sin tratamiento previo, n (%)	1 (2,0)	N/A	N/A	N/A	2 (3,9)
Sin fractura previa, n (%)	1 (2,0)	N/A	6 (11,8)	N/A	N/A
Sin tratamiento previo, n (%)	12 (23,5)	N/A	N/A	N/A	4 (7,7)
Sin fractura previa, sin tratamiento previo, n (%)	2 (3,9)	N/A	N/A	N/A	N/A
Concordancia con la guía, n (%)	13 (25,5)	49 (96,1)	32 (62,8)	49 (94,2)	25 (48,1)
TOTAL, n (%)	51 (100,0)	51 (100,0)	51 (100,0)	52 (100,0)	52 (100,0)
* La Guía NICE no especifica información relacionada con el ácido zoledrónico. NOF: National Osteoporosis Foundation, NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence, SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, N/A: No aplica, O.P: Osteoporosis posmenopáusica, DMO: Densitometría mineral ósea.					

CONCLUSIÓN

En esta muestra de pacientes de Colombia con osteoporosis, sólo en un 40% de los casos, la utilización de teriparatide o ácido zoledrónico se ajusta a las guías de organizaciones internacionales reconocidas. La ausencia de concordancia se debe especialmente a uso en diagnósticos diferentes a osteoporosis posmenopáusica y utilización como farmacoterapia inicial.

EFFECTO DE LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA SOBRE LAS TENDENCIAS EN LA RESISTENCIA BACTERIANA DE MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS.

Yanire Llorens Villar, Fernando Tusell Palmer, Andrés Canut Blasco, María Ángeles Solinís Aspiazú, María Dolores Martínez García, Alicia Rodríguez Gascón.

e-mail: alicia.rodriguez@ehu.es

INTRODUCCIÓN

La descontaminación digestiva selectiva (DDS) es un procedimiento de prevención de la infección para pacientes críticos que consiste en la administración de antibióticos tópicos no absorbibles (pasta orofaríngea y solución a través de sonda nasogástrica con gentamicina, colistina y anfotericina B) más administración endovenosa de ceftriaxona. Esta técnica disminuye la incidencia de neumonía y la mortalidad en pacientes críticos, con un nivel de evidencia I y un grado de recomendación A; sin embargo, no es una medida ampliamente introducida en los Servicio de Medicina Intensiva (SMI) por la falta de estudios concluyentes sobre la influencia de la DDS en la posible selección de microorganismos multirresistentes.

OBJETIVOS

Evaluación del efecto de la implantación de la DDS sobre la evolución de la resistencia bacteriana de microorganismos Gram positivos a los antimicrobianos utilizados en el del Hospital Universitario de Álava (sede Santiago).

MÉTODO

Se han analizado las tendencias de la sensibilidad bacteriana de 10 combinaciones microorganismo-antibiótico desde el año 1998 hasta el año 2012, la implantación de la DDS se llevó a cabo en el año 2002. Los resultados de los antibiogramas de las muestras de los pacientes del SMI analizados en el Servicio de Microbiología se exportaron al programa WHONET 5.6 para obtener los porcentajes de sensibilidad trimestrales. Los datos se ajustaron a un modelo de series temporales incluyendo el número de aislados, la evolución de la sensibilidad en ausencia de DDS (obtenidos del proyecto ENVIN-UCI), y los datos de consumo. EL ajuste se llevó a cabo con el programa R. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05. Los datos de consumo, expresados como dosis diarias definidas (DDD) por 100 estancias-día se obtuvieron de las bases de datos del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

En la tabla 1 se recoge el efecto de la DDS sobre la sensibilidad de los microorganismos gram positivos frente a los antibióticos utilizados en el SMI. De las 10 combinaciones microorganismo antibiótico utilizadas, excepto en el caso de *E. faecalis* frente a gentamicina, la DDS no modificó la tendencia de la sensibilidad. Respecto a *E. faecalis*, los resultados revelan un aumento de la resistencia de alto nivel (medida a concentraciones elevadas) frente a gentamicina, que la descarta como tratamiento de combinación con β -lactámicos en infecciones graves por enterococos.

Tabla 1. Efecto de la DDS en la tendencia de la sensibilidad de los microorganismos gram positivos

Microorganismo	Antibiótico	S \leq CMI (mg/L)*	Significación estadística	Efecto de la DDS
<i>Enterococcus faecalis</i>	Gentamicina	≤ 500	0,0421	Reducción de la sensibilidad
<i>Enterococcus faecalis</i>	Estreptomicina	≤ 1000	0,8161	No
<i>Enterococcus faecalis</i>	Vancomicina	≤ 4	0,5691	No
<i>Enterococcus faecium</i>	Gentamicina	≤ 500	0,0712	No
<i>Enterococcus faecium</i>	Estreptomicina	≤ 1000	0,5623	No
<i>Enterococcus faecium</i>	Vancomicina	≤ 4	0,5046	No
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxaciclina	≤ 2	0,7003	No
<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina	≤ 4	0,4560	No
<i>Staphylococcus Coagulasa Negativo</i>	Oxaciclina	$\leq 0,25$	0,7489	No
<i>Staphylococcus Coagulasa Negativo</i>	Vancomicina	≤ 4	0,4832	No

Ten el SMI del Hospital Universitario de Álava. *Puntos de corte de sensibilidad del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) 2016. CMI: concentración mínima inhibitoria.

CONCLUSIÓN

La DDS únicamente incrementó la resistencia de alto nivel a gentamicina de *E. faecalis*, sin afectar a la resistencia del resto de combinaciones microorganismo/antibiótico.

ESTUDIO DE PERCEPCIÓN DEL RIESGO HACIA REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ENTRE ESTUDIANTES DE DIFERENTE PERFIL ACADÉMICO

Patricia Cristina Esquivel Ferriño, Omar González SantiagoO, Gloria Pedroza Cantú, Rosa Elena Mata Martínez, Jhonatan Oswaldo Osoria Quiñonez, Lucía Guadalupe Cantú Cárdenas.

e-mail: patricia.esquivel@uanl.edu.mx

INTRODUCCIÓN

La OMS estima que, cada año, a escala mundial, decenas de millones de pacientes son víctimas de lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia directa de prácticas médicas peligrosas. En los países industrializados, las reacciones adversas a medicamentos (RAM's) son responsables aproximadamente del 5% del total de ingresos hospitalarios. En muchas ocasiones se le da poca importancia a las RAM's, sobre todo cuando no está en peligro la vida o cuando no implican fármacos de reciente comercialización.

OBJETIVOS

Determinar la percepción del riesgo que experimentan estudiantes de la carrera de farmacia en comparación con los de ingeniería hacia la administración de diversas clases de fármacos.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal con la participación de 185 estudiantes de diferentes perfiles académicos. La muestra de estudiantes farmacéuticos se integró por 49 del género femenino y 36 del masculino con una edad promedio de 20 años, mientras que 58 mujeres y 42 hombres, con una edad promedio de 19 años, fue la muestra de los estudiantes de ingeniería. El instrumento empleado estuvo constituido por una escala visual analógica para definir una puntuación (que va de 0 a 10) de la percepción de riesgo de RAM's asociadas a nueve clases de fármacos. Se determinó la mediana de cada grupo de medicamentos y se realizó la prueba de Mann-Whitney para determinar la existencia de diferencia estadística significativa.

RESULTADOS

Se observó una diferencia significativa del riesgo experimentado entre los estudiantes de ingeniería y farmacia en los grupos terapéuticos clasificados como antiinflamatorios no esteroideos (AINES), anticonceptivos, antibióticos, anticoagulantes, opioides y sedantes, mientras que las clases de hormonas, antihipertensivos y antihiperlipidemicos no mostraron diferencia significativa, según la prueba no paramétrica Mann-Whitney. En referencia al género, se observó que en siete de los nueve grupos de fármacos, las mujeres mostraron mayor percepción de riesgo, siendo los hipnóticos sedantes y el grupo de las hormonas los que resultaron con valores mayores.

CONCLUSIÓN

El grupo terapéutico para el que se presentó menor percepción de riesgo fueron los AINES, sin embargo está reportado que éstos son uno de los grupos de fármacos que generan mayor número de reacciones adversas, lo cual representa una seria preocupación, debido a su alta disponibilidad para la automedicación al dispensarse sin receta médica, además se observa una subestimación del riesgo hacia medicamentos de uso común a nivel ambulatorio, como es el caso de los antihipertensivos y

los anticonceptivos orales.

AUTOMEDICACIÓN EN UNIVERSITARIOS DEL ÁREA MÉDICA Y ÁREA NO MÉDICA EN MONTERREY NL, MÉXICO 2014

Javier Alberto Garza Cervantes, Sandra Leticia Gracia Vásquez, Omar González Santiago, Lucía Guadalupe Cantú Cárdenas, Patricia Cristina Esquivel Ferriño.

e-mail: patricia.esquivel@uanl.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Se considera a la automedicación un problema de salud pública en México, sin embargo poco se sabe sobre los grupos poblacionales en los que esta práctica es más frecuente, así como los factores que la fomentan o limitan. Uno posiblemente relacionado es el grado de conocimiento del uso terapéutico de los medicamentos, su relación con la automedicación puede ser directa, por la confianza de saber cómo atender algunas sintomatologías de manera rápida o inversa, por la consciencia sobre los riesgos asociados al consumo de medicamentos, tanto por las posibles reacciones adversas, como debido a las interacciones y contraindicaciones.

OBJETIVO

Estudiar la influencia del área de estudio en la práctica de la automedicación.

MÉTODO

Los datos de las 1000 encuestas aplicadas se capturaron en una hoja de Excel, donde se calcularon las frecuencias de cada respuesta. La diferencia entre alumnos del área médica y del área no médica se realizó con una prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS

De la muestra total; 50% eran estudiantes del área médica; el 53% correspondían al género femenino; 80% contaba con algún tipo de servicio de salud. La automedicación fue reportada por el 91% de todos los estudiantes, siendo los analgésicos (53.8%) los principales medicamentos utilizados seguido de los antibióticos (34.8%), antimicóticos (4.21%) y antiparasitarios (2%). Las principales condiciones de salud que condujeron a la automedicación fueron; dolor de cabeza (43%), gripa (27%), cólicos (12.7), dolor estomacal (8.5%), acidez/reflujo (5.7%).

El 92% de los estudiantes del área médica reportó automedicarse, los analgésicos (58.3%), antibióticos (31.3%), antimicóticos (4.6%) y antiparasitarios (3.0%) fueron los más utilizados por ellos. En el caso de los estudiantes del área no médica, el 90% reportó automedicarse, en este grupo los principales medicamentos fueron, analgésicos (49.3%), antibióticos (37.5%), antimicóticos (3.8%) y antiácidos (2.6%), las condiciones de salud fueron las mismas que las de los estudiantes del área médica.

No se observó diferencia en la frecuencia de automedicación entre los estudiantes de las dos áreas de estudio. Sin embargo, la frecuencia de automedicación por antibióticos, analgésicos y antiparasitarios si fue estadísticamente diferente entre ellos.

CONCLUSIÓN

El porcentaje de alumnos que se automedican es bastante considerable. Los analgésicos son los medicamentos más utilizados para automedicarse. No se encontró diferencia significativa en la frecuencia de automedicación entre los alumnos. Los estudiantes del área médica se automedican más con analgésicos y antiparasitarios, mientras que los del área no médica se automedican más con antibióticos.

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES HACIA LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN MONTERREY, MÉXICO. UN ESTUDIO EXPLORATORIO.

Lucía Guadalupe Cantú Cárdenas, Patricia Cristina Esquivel Ferriño, Elida Marcela Aguilar Bravo, Elizabeth Orozco Beltrán, María Elena Cantú Cárdenas, Omar González Santiago.

e-mail: patricia.esquivel@uanl.edu.mx

INTRODUCCIÓN

El éxito de la terapia farmacológica depende directamente de la adherencia, la cual está en función de las expectativas positivas y negativas que el paciente tenga sobre los medicamentos. Ambos tipos están influenciadas por experiencias previas y por el impacto de la comunicación con los profesionales de la salud, quienes brindan información sobre la enfermedad, la importancia de su control, los beneficios esperados de los medicamentos, los cuidados durante su administración y la forma de tratar las reacciones adversas que pudieran presentarse.

OBJETIVO

Determinar las expectativas de los pacientes hacia la terapia farmacológica en una población del área metropolitana de Monterrey.

MÉTODO

Se aplicó una encuesta semiestructurada a una muestra aleatoria de 91 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 18 años, estar consumiendo medicamentos para alguna enfermedad. Las preguntas se tomaron de la encuesta desarrollada por de-Carvalho-Leite et al 2002. Estas evalúan expectativas positivas (5 preguntas) y negativas (4 preguntas) hacia la terapia farmacológica. Las respuestas se categorizaron en una escala tipo Likert que va de 0 (totalmente de acuerdo) a 4 (totalmente en desacuerdo). Los resultados se transformaron a una puntuación de 0 a 100 donde este último indica "totalmente de acuerdo". Para este estudio se consideró una expectativa baja un puntaje 0-30, regular 40-70 y buena > 80. Se compararon diferencias en los puntajes entre pacientes con diabetes y con hipertensión utilizando la prueba de U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 46.2 años, el 54% eran mujeres, el 21.3% padecía hipertensión, el 22.3% diabetes y el resto otra enfermedad. El puntaje total en las expectativas positivas y negativas fue de 75.3 y 48.7 respectivamente, mientras que para los pacientes con diabetes los valores fueron de 75.7 y 52.1, para el caso de los pacientes hipertensos los puntajes correspondientes fueron de 78.5

y 45.31. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las expectativas entre los pacientes con diabetes e hipertensión.

CONCLUSIONES

Las expectativas positivas y negativas hacia la terapia farmacológica de la muestra estudiada son regulares. No hay diferencias en las expectativas entre los pacientes con hipertensión y diabetes. Un programa de educación al paciente podría mejorar las expectativas positivas, esto resulta útil en el tratamiento de enfermedades crónicas, ya que el apego a la terapia ayuda a reducir el desarrollo de complicaciones y a mejorar la calidad de vida del paciente. Se necesitan más estudios al respecto.

EL ROL DEL FARMACÉUTICO COMO ASESOR EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN SEXUAL

María Gabriela Oliva, María Sol Erlj, Graciela Sandra Melito.

e-mail: congresos.fyb@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es importante para el bienestar de todas las personas, inclusive aquellas próximas a la tercera edad. La farmacia comunitaria, al ser un centro sanitario donde la población puede consultar sobre problemas de salud sin necesidad de cita previa y en presencia de un profesional, permite al farmacéutico abordar muchas patologías, entre ellas, la disfunción sexual, que afecta la salud integral y la autoestima del individuo, así como su relación de pareja.

OBJETIVO

Analizar el estado de situación de la población en relación a diferentes disfunciones sexuales y sus factores de riesgo y así replantear el rol del farmacéutico como eslabón esencial para la salud del paciente.

MÉTODO

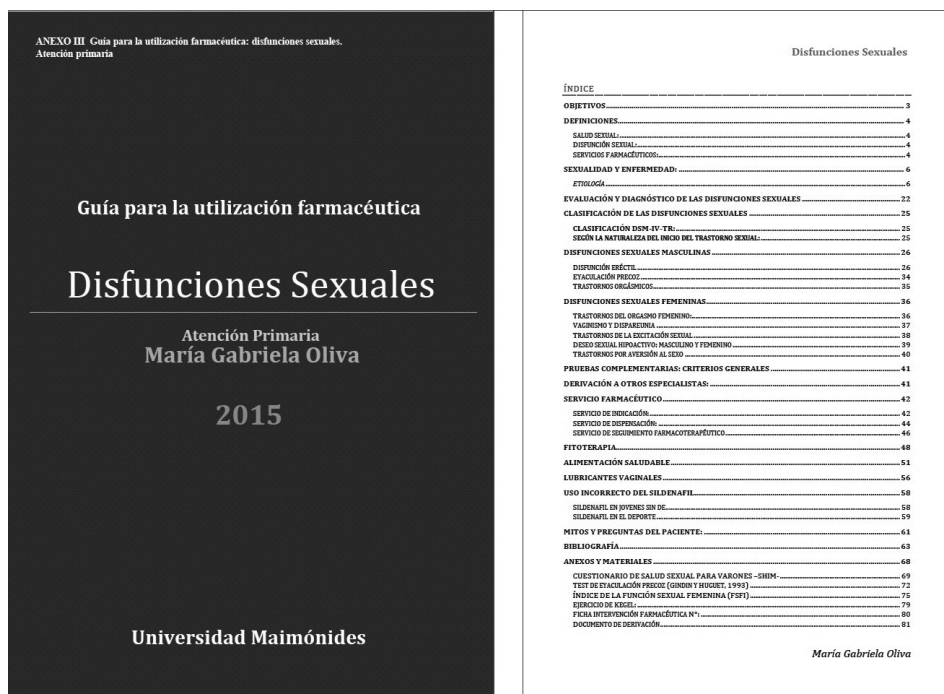
Estudio de corte transversal basado en encuestas cerradas y anónimas durante los meses de enero/ febrero de 2015, realizadas en consultorios médicos (18%) y redes sociales (82%).

RESULTADOS

A partir de 200 encuestados, 137 mujeres y 63 hombres, mayormente de 30 años y en un 39% universitarios, se observó que el 51% era sedentario lo cual se relaciona con el porcentaje de pacientes con sobrepeso (26%) y obesidad (11%), factores de riesgo para la salud sexual en ambos sexos. El 73% reveló consumir alcohol, factor causante de disfunción eréctil en varones. El 75% fue tabaquista en algún momento de su vida, el 12% padecía diabetes y el 28% hipertensión arterial, causas de disfunción eréctil en hombres y de deficiencia de lubricación, problemas orgásmicos y dispareunia en mujeres. Además, 90 pacientes utilizaron sildenafil siendo sólo el 29% por prescripción médica. La disfunción más prevalente en las mujeres fue el deseo hipoactivo (37%), correlacionado con un elevado porcentaje que manifestó dificultad en la lubricación. El 85% de las mujeres refirió tomar anticonceptivos combinados orales, posible explicación de lo anterior. El 70% de las mujeres encuestadas no conoce sobre la posible irritación de algunos lubricantes vaginales, siendo los más

adecuados los de base acuosa. Cabe destacar que el 80% del total de los encuestados nunca consultó a un profesional de la salud por alguna de estas manifestaciones.

Se creó una guía de utilización farmacéutica para el paciente con disfunción sexual y folletos informativos.



CONCLUSIÓN

Existe un alto porcentaje de pacientes con disfunciones sexuales que pueden ser tratadas inicial o paralelamente desde las Farmacias. Es necesario eliminar tabúes y promover la posibilidad de que las personas hablen de sus experiencias con el farmacéutico quien posee los recursos y capacidad para colaborar en el tratamiento de diversas patologías, convirtiendo a la sexualidad en un marcador adicional del estado de salud.

EL ROL DEL FARMACÉUTICO EN EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS RELACIONADOS CON LA MODIFICACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN MUJERES MENOPÁUSICAS.

Camila Walker, María Sol Erluj, Graciela Sandra Melito.

e-mail: congresos.fyb@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN

La menopausia marca el final de la vida reproductiva en la mujer conduciendo a un cambio hormonal donde el perfil lipídico puede modificarse aumentando la posibilidad de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.

OBJETIVOS

Analizar hábitos alimenticios en las mujeres menopáusicas y evaluar el conocimiento que poseen éstas acerca de los cambios que se producen en el perfil lipídico.

MÉTODO:

Estudio transversal de tipo descriptivo y correlacional con enfoque cuantitativo durante febrero y marzo de 2015. 195 mujeres encuestadas con media de edad de 46 años. 65 a través de redes sociales y 130 de manera personal en hospitales de la Provincia de Buenos Aires: Hospital de San Isidro "Dr. Melchor Ángel Posse" (60); Hospital General de Agudos "Petrona V. de Cordero" (45) y Hospital General de Agudos "Blas Dubarry" (25).

RESULTADOS

El 84% manifestó estar atravesando la menopausia. Se encontró una media de 25,2 del IMC que supone un mayor riesgo cardiovascular. 83 mujeres sufren sofocos y el 39% del total notó un aumento del colesterol sanguíneo. Se observó un 62% de sedentarismo (44% en las mujeres con menopausia y 18% para las mujeres sin menopausia) seguido por tabaquismo (32% y 11%). El 62% de la población estudiada desconocía los cambios hormonales durante la menopausia que pueden elevar los niveles de colesterol y triglicéridos y un 47% manifestó no conocer a las consecuencias que conlleva. Entre los medicamentos que modifican el perfil lipídico se destacaron las estatinas (11%), los diuréticos (10%) y la aspirina (10%), luego le siguieron la levotiroxina (3%), los anticonceptivos (3%) y el enalapril (2%). El 43% consume grasas y frituras más de 1 vez por semana, encontrándose mujeres que consumen diariamente galletitas, tortas, entre otros alimentos poco nutritivos.

Se confeccionó una Calculadora de riesgo cardiovascular, basada en las tablas de predicción de riesgo cardiovascular de la OMS, un folleto informativo sobre la alimentación adecuada en la menopausia y una ficha de intervención farmacéutica de manera que el farmacéutico acompañe a la paciente en el curso del climaterio volcando cualquier información que le resulte importante para su seguimiento.



CONCLUSIÓN

Hay un alto desconocimiento de riesgos y malos hábitos por parte de las mujeres menopáusicas que aumentan las posibilidades de padecer enfermedades crónico-degenerativas. Considerando que el farmacéutico es el profesional de la salud más cercano a la población, éste puede implementar las herramientas útiles para su prevención.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS QUE PROLONGAN EL INTERVALO QT EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta Lafuente González, Miguel Ángel Calleja Hernández, Mónica Ferrit Martín.

e-mail: marta_lafuente@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita cardiaca es una de las causas más comunes de muerte cardiovascular en países desarrollados, un factor de riesgo importante es el uso de medicamentos que prolongan el intervalo QT, que asociado a factores de riesgo predisponentes como edad avanzada, sexo femenino, disfunción hepática o renal, antecedentes de enfermedad cardiaca o tratamiento simultáneo con más de un medicamento que prolonga el intervalo QT, hace que cobre especial importancia revisar los tratamientos para prescribir alternativas más seguras.

OBJETIVO

Conocer la prescripción de medicamentos con riesgo conocido de prolongar el intervalo QT en pacientes ancianos polimeditados crónicos en dos Centros de Salud e informar a los médicos responsables con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal y observacional, de 8 meses de duración (junio 2014-enero 2015) en pacientes mayores de 65 años con más de 6 medicamentos prescritos durante al menos 6 meses en el programa informático de prescripción de recetas en nuestro Área de Salud. Los pacientes se han seleccionado de forma aleatoria simple. El tamaño muestral se determinó utilizando la fórmula para tamaños muestrales infinitos para medias, desviación típica 1,5, precisión de la estimación 0,15, confianza del 95%, riesgo alfa 5%, considerando un 5% de pérdidas para que fuera representativo de la población y con potencia estadística.

Procedimiento: Análisis de la prescripción farmacológica, detección de medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT, intervenciones farmacéuticas dirigidas al médico responsable del paciente.

RESULTADOS

Se han seleccionado aleatoriamente 388 pacientes (61% mujeres y 39% hombres) mayores de 65 años (edad media 78 años), con más de 6 medicamentos durante al menos 6 meses. Se ha realizado intervención farmacéutica en 64 pacientes (16,5%) que tenían prescrito algún medicamento con riesgo de prolongar el intervalo QT, siendo los medicamentos más frecuentemente prescritos los antidepresivos (72,4%), antipsicóticos (13,8%), antihistamínicos (10,3%), antiarrítmicos (9,2%) y medicamentos para la motilidad gastrointestinal (8,1%).

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha publicado alertas de seguridad de riesgo de prolongación del intervalo QT con medicamentos como citalopram, escitalopram, ondansetrón y domperidona, siendo respectivamente prescritos en el 9,2%, 26,4%, 0% y 4,6% de los pacientes respectivamente.

CONCLUSIÓN

La proporción de pacientes con prescripción de medicamentos implicados en la prolongación del intervalo QT se considera relevante. Su identificación permite mejorar la seguridad de los pacientes.

RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Mónica Ferrit Martín, Lourdes Gutiérrez Zúñiga, Sara García Agudo, Antonio Marchena León, Elza Aparecida Machado Domingues, Miguel Ángel Calleja Hernández

e-mail: martinmm@ugr.es

INTRODUCCIÓN

El arsenal terapéutico para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR) ha incrementado en los últimos años, pasando de Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FAMES) a Fármacos Biológicos (FB). Los FB más utilizados son los Fármacos Anti-Factor de Necrosis Tumoral Alfa (Anti-TNFa). Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) son frecuentes en estos FB y por tanto dan lugar a resultados negativos asociados a su utilización.

OBJETIVO

Analizar los resultados negativos asociados a los fármacos Anti-TNFa en pacientes con Artritis Reumatoide.

MÉTODO

Estudio observacional realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes adultos diagnosticados de AR y tratados con Anti-TNF-alfa al menos 6 meses durante el periodo de estudio (Enero de 2011-Diciembre de 2013). Los anti-TNFa estudiados fueron: Adalimumab (ADA), Etanercept (ETN), Infliximab (INF), Golimumab (GOL), Certolizumab (CTZ). Las variables fueron: edad, sexo, factor reumatoide, comorbilidades, manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, FAMES previos, Anti-TNFa, FAMES concomitantes, resultados negativos asociados al uso de los Anti-TNFa (medicamento innecesario, ineffectividad, inseguridad). Las variables se recogieron de los registros electrónicos de dispensación e historia clínica de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS®.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 234 pacientes con una edad media de 56 ± 7 años, el 77.8% y el 22.2% eran mujeres y hombres, respectivamente. El 56.9% presentaron positividad al factor reumatoide, 47.2% y 33.6% presentaban comorbilidades asociadas y manifestaciones clínicas, respectivamente. El 10.4% de los pacientes se encontraban en remisión y el 89.6% presentaban en periodos de actividad. El

90.56% tenía prescrito FAMES previos al Anti-TNFa. El perfil de utilización de los fármacos fue: 40.7% ADA, 35.5% ETN, 12.5% INF, 6.2% GOL, 5.1% CTZ. El 57.01% tenía FAMES concomitantes con el Anti-TNFa. Se detectaron 192 resultados negativos asociados a los Anti-TNFa de 335 Anti-TNFa prescritos, correspondiendo a: 8.7% medicamento innecesario, 24.7% ineffectividad, 17.0% inseguridad.

CONCLUSIÓN

El uso de Anti-TNFa conlleva resultados negativos asociados en pacientes con Artritis Reumatoide, de manera que la implantación de un servicio de seguimiento farmacoterapeutico mejoraría el control de los pacientes con este problema de salud.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA Y CONOCIMIENTO SOBRE LA MEDICACIÓN OFTÁLMICA EN PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS

Luis Montalbán Soler, Mónica Ferrit Martín, Elza Machado Domingues, Miguel Ángel Calleja Hernández.

e-mail: luis.montalban@um.es

INTRODUCCIÓN

La polimedicación, asociada a la edad y a la comorbilidad; aumenta el riesgo de que se produzca un conocimiento inapropiado sobre la medicación y una pérdida de adherencia terapéutica. En algunas enfermedades oculares crónicas como el glaucoma y el ojo seco, la falta de adherencia al tratamiento supone un problema significativo que puede afectar al control y evolución de la enfermedad.

OBJETIVOS

Estudiar el impacto sobre la adherencia y el conocimiento sobre la medicación crónica oftálmica de una intervención farmacéutica realizada a través de un nuevo Servicio Profesional Especializado en Salud Visual (SPESV) integrado dentro del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes crónicos polimedcados.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo realizado en Farmacia Comunitaria con Servicios implantados de Óptica y Optometría y SFT. Se seleccionaron pacientes con algún PSO diagnosticado o sospecha con más de 4 medicamentos crónicos para la realización de un Examen de Salud Visual Protocolizado (ESVP) integrado en el SFT realizado por el método DÁDER. Para la medida de la adherencia y conocimiento sobre la medicación crónica oftálmica se emplearon los cuestionarios SMAQ y test de conocimiento del paciente sobre su medicación.

RESULTADOS

Se incluyeron 92 pacientes; la mayor parte mujeres (70.7%), ≥65 años (58,7%), nacionalidad española (96.7%), amas de casa, jubiladas o en paro (64.1%), sin estudios (43.5%) y con estudios primarios (46.7%). El 36,9% empleaba al menos un medicamento de uso oftálmico crónico destinado al tratamiento de glaucoma y/o hipertensión ocular (15,91%) u ojo seco (22,82%). El 57% de estos pacientes en tratamiento con antiglaucomatosos y el 100% de los tratados para ojo seco denotaron una falta de adherencia al tratamiento; mientras que el 78,6% y el 71,43% respectivamente, no conocía de

forma satisfactoria esta medicación. Tras la intervención, el porcentaje medio de adherencia aumentó de 69,35% al 96,43% en los pacientes en tratamiento con antiglaucomatosos ($p=0.012$) y del 38 % al 51,3% en los pacientes en tratamiento para ojo seco ($p=0.017$). El porcentaje medio de pacientes que conocían su medicación pasó del 21,43% al 85,7% en los pacientes en tratamiento con antiglaucomatosos ($p=0,001$) y del 28.6% al 85.7% en los pacientes en tratamiento para ojo seco ($p<0.001$).

CONCLUSIONES

Los nuevos Servicios Profesionales Especializados en Salud Visual son una herramienta eficaz en la detección de PSO y mejoran la adherencia y el conocimiento de la medicación crónica oftálmica del paciente crónico polimedcado.

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE LA AUTOMEDICACION EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DE SALUD, JULIACA ENERO – MARZO, 2016

María Antonieta Loayza López, Rossana Elena Reyes Schultz, Juan Marco Enrique Carbajal Loayza.

e-mail: maloayzal@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La incidencia en la automedicación, en trabajadores de salud es un problema relacionado a una serie de complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, fomento de la drogodependencia, por lo cual es necesario conocer que tan serio es este problema en nuestra ciudad que está determinada por diversos factores asociados

OBJETIVO

Identificar los factores asociados a la incidencia de la automedicación en trabajadores de salud, Juliaca, enero a marzo 2016.

MÉTODO

Inductivo deductivo utilizando como instrumento una ficha de entrevista para recoger los datos.

RESULTADOS

De un total de 528 trabajadores asistenciales de salud, un 17% son menores de 30 años, 179 tiene entre 31 a 45 años, el 38 % tienen entre 46 a 55 años y un 11% son mayores de 48 años. Al relacionar la edad y la incidencia con la automedicación. Al relacionar la edad de los trabajadores y la incidencia con la automedicación, de 528 trabajadores de salud 66.8% se automedican, el 26,3% consultan con el médico y un 9,9% no toman ningún medicamento. Hallándose el mayor valor entre los trabajadores de 46 a 55 años, esto nos demuestra que la edad está asociada con la automedicación. Respecto a la Profesión y automedicación se encontró que de 528 trabajadores un 81,3 % se automedican encontrando a los médicos con un porcentaje mayor de 96,8% seguido de los técnicos de Salud con un 86,8%, Se puede afirmar que los porcentajes menores de automedicación se encuentran en los trabajadores de más de 55 años con 37,9% y los odontólogos con un 64,8%.

CONCLUSIÓN

Los factores asociados que están relacionados de manera significativa en la automedicación son la edad y la ocupación laboral, demostrándose un alto porcentaje de automedicación en los trabajadores asistenciales de salud, esto por tener una ocupación en ésta área y suponer erróneamente, que conocen lo suficiente sobre los medicamentos, sin considerar los efectos adversos que pudieran ocasionar.

CORRELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD CLÍNICA POR DAS-28 Y ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE .

Liliana Uribe Botero, Carmen Cerón Villaquiran, Pedro Amariles, Juan Fernando Llano, Margarita Restrepo, Nora Montoya, Luis Alonso González, Oscar Jair Felipe Díaz, Margarita Alejandra Saldarriaga, José A. Gómez-Puerta.

e-mail: luribe@medicarte.com.co

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad multifactorial, sistémica, crónica, autoinmune e inflamatoria, que afecta fundamentalmente las articulaciones. La ultrasonografía/ecografía ha demostrado utilidad en la detección de sinovitis subclínica; sin embargo, la mayoría de evidencia disponible es en pacientes en remisión y la evidencia para la correlación con el índice de actividad clínica (DAS-28), en nuestro medio, es limitada.

OBJETIVO

Establecer la correlación entre la actividad clínica medida por DAS-28 y ecografía en pacientes con artritis reumatoide.

MÉTODO

40 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que iniciaron terapia biológica o leflunomida, fueron incluidos en el estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo para evaluar la correlación entre el DAS-28 y la ecografía en la consulta basal y a los 4 meses.

RESULTADOS

Se encontró correlación entre el índice de actividad clínico de la enfermedad (DAS-28) y el índice de actividad ecográfico (DAS ecográfico), tanto por escala de grises ($r=0.943$, $p<0.01$) como por Power Doppler ($r= 0.946$, $p<0.01$); también se encontró correlación entre el DAS ecográfico por escala de grises y el DAS ecográfico por Power Doppler ($r=0.953$, $p<0.01$) Tabla 1.

CONCLUSIÓN

La ecografía es de utilidad en la detección de inflamación subclínica y los resultados son concluyentes cuando se compara el número de articulaciones inflamadas en la evaluación clínica, con el conteo obtenido en la evaluación ecográfica. La evaluación ecográfica sugiere que las manos son las articulaciones con mejor rendimiento para la medición del grado de sinovitis en la artritis reumatoide.

Tabla 1. Correlación de Spearman para las variables clínicas, ecográficas y radiológicas.

Variables	Total			Basal			a los 4 meses		
	r	p	N	r	p	N	r	p	N
DAS-28-DASECOEG	0.943	< 0.01*	80						
DAS-28-DASECOPD	0.946	< 0.01*	80						
DAS-28-NAI	0.740	< 0.01*	80	0.710	< 0.01*	40	0.749	<0.01*	40
DAS-28-NASEG	0.082	0.467	80	-0.163	0.315	40	0.275	0.086	40
DAS-28-NASPD	0.071	0.529	80	-0.075	0.647	40	-0.160	0.426	40
DASECOEG-DASECOPD	0.953	< 0.01*	80						
NAI-NASEG	0.115	0.308	80	-0.161	0.321	40	0.381	0.015**	40
NAI-NASPD	0.211	0.060	80	0.152	0.348	40	0.231	0.151	40
NASEG-NASPD	0.570	< 0.01*	80	0.495	<0.01*	40	0.666	<0.01*	40
DAS-28-ISVDH	-0.069	0.628	52	-0.065	0.757	25	-0.160	0.426	27
DASECOEG-ISVDH	0.000	0.999	52						
DASECOPD-ISVDH	-0.020	0.889	52						
NAI-ISVDH	-0.105	0.461	52	-0.028	0.894	25	-0.324	0.099	27
NASEG-ISVDH	0.153	0.279	52	0.300	0.145	25	0.067	0.738	27
NASPD-ISVDH	0.133	0.349	52	0.186	0.372	25	-0.017	0.933	27

DAS-28: disease activity score; NAI: número de articulaciones inflamadas; NASEG: número de articulaciones con sinovitis (hipertrofia sinovial) por escala de grises; NASPD: número de articulaciones con sinovitis (actividad inflamatoria) por Power Doppler; ISVDH: índice de Sharp/Van der Heijde. *correlación estadísticamente significativa para $p < 0.01$. ** Correlación estadísticamente significativa para $p < 0.05$.

NUEVA ERA PARA LA FARMACIA ASISTENCIAL: MEDICAMENTOS CELULARES

Patricia Gálvez Martín, Adolfinia Ruiz Martínez, Beatriz Clares Naveros.

e-mail: beatrizclares@ugr.es

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de nuevos medicamentos biológicos incluye el uso de células madre como una nueva alternativa para tratar, prevenir o diagnosticar una enfermedad mediante la acción farmacológica, inmunológica o metabólica del medicamento celular. Existen diferentes tipos de medicamentos celulares y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha definido en los últimos años una regulación específica para cada uno de ellos: medicamentos de terapia celular somática, medicamentos celulares de uso consolidado, concentrados de médula ósea, plasma rico en plaquetas y medicamentos celulares de uso compasivo en fase de estudio clínico. El incipiente desarrollo de la terapia celular conlleva un gran desconocimiento para el paciente, por lo que el papel del farmacéutico debe de abordar este tipo de medicamentos, incluyéndolos en su portafolio dentro de la farmacia asistencial.

OBJETIVO

Definir un protocolo para la inclusión de medicamentos celulares en la farmacia asistencial, y cubrir así, las necesidades formativas del paciente sobre el uso personalizado de la terapia celular.

MÉTODO

Para la consecución de este trabajo se realizó una búsqueda en PUBMED, Agencia Europea del Medicamento (EMA), AEMPS y en clinicaltrial.gov.

RESULTADOS

El protocolo elaborado consta de 9 apartados: 1. Introducción; 2. Definición de Medicamento Celular; 3. Clasificación; 4. Medicamentos Comercializados en España y Europa; 5. Cómo y Donde Acceder a Tratamientos Personalizados; 6. Población Diana; 7. Reacciones Adversas; 8. Posología; 9: Bibliografía.

CONCLUSIÓN

La elaboración de este protocolo contribuye a la orientación asistencial por parte del farmacéutico sobre el uso de células madre como tratamiento farmacológico, acercando la terapia celular al paciente y guiándolo sobre los nuevos tratamientos y medicamentos que existen actualmente.

FOMENTO DE LA FARMACOVIGILANCIA, COMO UN SERVICIO PROFESIONAL FARMACÉUTICO: LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO CONJUNTO ENTRE ACADEMIA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Tatiana Calderón Díaz, Karen Brealey Gómez, Victoria Hall Ramírez.

e-mail: farmhall12@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Farmacovigilancia como “la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión, y la prevención de efectos adversos o cualquier otro problema relacionado a los medicamentos”. En Costa Rica, el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, permite el reporte de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos por parte de los profesionales de salud y también directamente de la industria farmacéutica, de ahí que la formación y capacitación en el tema, es de vital importancia para el correcto funcionamiento del sistema.

OBJETIVO

Describir los contenidos y los alcances que tiene una publicación científica desarrollada en conjunto por la academia y la industria farmacéutica, en aras de fomentar el desarrollo de actividades de Farmacovigilancia en la región de Centroamérica y El Caribe.

MÉTODO

La presente investigación consiste en una revisión bibliográfica sobre Farmacovigilancia.

La búsqueda de información se hizo en bases de datos especializadas como EBSCO, Access Pharmacy y PubMed, utilizando las siguientes palabras clave en español y en inglés: farmacovigilancia, plan de gestión de riesgo, detección de señal y reacción adversa. Igualmente se realizó una revisión de las legislaciones existentes y se comprobó la vigencia de dichos documentos con los documentos oficiales de las autoridades de cada país.

RESULTADOS

La publicación científica titulada "Elementos Básicos de la Farmacovigilancia" describe conceptos generales de Farmacovigilancia y de los sistemas de notificación espontánea, y las diferentes legislaciones vigentes en Centroamérica y El Caribe, así como el papel de la industria farmacéutica, a través de los informes periódicos de seguridad, de los planes de manejo del riesgo y de la implementación de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia.

La publicación desarrollada pretende ser un recurso de información y actualización para los profesionales en salud, a fin de incentivar las diversas actividades que conforman la Farmacovigilancia no solo a nivel de la industria, sino también de aquellos profesionales que a través de diferentes servicios farmacéuticos asistenciales, logran la detección, prevención y abordaje de las reacciones adversas a los medicamentos que presentan sus pacientes.

CONCLUSIÓN

Los esfuerzos desarrollados de manera conjunta entre industria y academia, permiten generar documentos de actualización profesional tanto para los farmacéuticos que trabajan en el área industrial como en el área asistencial. Se espera que el presente documento sea el primero de muchos que se desarrollaren de manera conjunta, a fin de fomentar el uso racional de medicamentos dentro de los pacientes de la región.

EFFECTO DE BATA BLANCA EN LA FARMACIA COMUNITARIA EN INDIVIDUOS NO HIPERTENSOS: ESTUDIO ScreenBPharm.

Fátima Rosario Marín-Rives, José Sendra-Lillo, Fátima Morales, Isabel María Morales-Marín, Luz María Morales-Marín, Daniel Sabater-Hernández.

e-mail: faromariv@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La evidencia disponible muestra que, en hipertensos tratados, el efecto de bata blanca (EBB) que afecta al método de medida de la presión arterial (PA) en la farmacia comunitaria disminuye a lo largo de las visitas realizadas y es inexistente en comparación con la consulta del médico. No obstante, no existen estudios disponibles que evalúen el EBB en individuos sanos

OBJETIVO

Medir el EBB producido en la farmacia comunitaria en pacientes sin tratamiento farmacológico antihipertensivo.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal. Se midió la PA en la farmacia (PAF) y en el domicilio: mediante Automedida de la PA (AMPA) y Medida ambulatoria de la PA (MAPA) en individuos sanos mayores de 18 años sin diagnóstico para la hipertensión.

Para calcular la PA promedio en la farmacia se descartó la primera medida realizada en cada visita

y todas las mediciones de la primera visita. Para calcular la PA domiciliaria, se descartaron las mediciones del primer día. El efecto de bata blanca (EBB) se definió como la diferencia (en mmHg) entre las cifras de PA en la farmacia y las cifras de PA domiciliaria. Para estimar tales diferencias se utilizó el test de la t-Student para muestras apareadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra de este estudio quedó constituida por 106 sujetos, de los cuales el 62.3% eran mujeres y que presentaron una edad media de 44.7 (DE: 15.2) años. Un 58.1% refirió tener algún familiar de primer grado con hipertensión. La frecuencia de otros factores de riesgo cardiovascular fue relativamente alta (dislipemia: 16.8%; tabaquismo: 18.1%; sobrepeso/obesidad: 58.8%), salvo en el caso de la diabetes

(2.9%). La magnitud del EBB en la primera visita a la farmacia [PAS/PAD: 4.2 (DE: 9.6) mmHg ($p < 0.001$)/1.3 (DE: 6.8) mmHg ($p = 0.043$)] fue decreciendo de forma significativa con el transcurso de las visitas hasta ser inapreciable en la visita final [PAS/PAD: 1.0 (DE: 9.1) mmHg ($p = 0.248$)/0.0 (6.8) mmHg ($p = 0.983$)]. Para el conjunto de todas las visitas, la magnitud del EBB fue reducida, pero estadísticamente significativa en la PAS: 2.4 (DE: 7.7) mmHg ($p = 0.002$); no en la PAD: 0.6 (DE: 5.4) mmHg ($p = 0.293$).

CONCLUSIÓN

El EBB hallado en la farmacia comunitaria en individuos sanos se redujo a lo largo de las visitas a la farmacia comunitaria y fue estadísticamente significativo para la PAS.

COSTES ASOCIADOS A LA INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS REUMÁTICAS

Mónica Ferrit Martín, Sara García Agudo, Laura Sanz Ceballos, Alberto Jiménez Morales, Elza Aparecida Machado Domingues, Miguel Ángel Calleja Hernández.

e-mail: martinmm@ugr.es

INTRODUCCIÓN

Los fármacos biológicos Anti-Factor de Necrosis Tumoral Alfa (Anti-TNF α) son utilizados en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias reumáticas (EIR). En la práctica clínica asistencial se está realizando la individualización posológica en pacientes con objeto de disminuir el riesgo para los pacientes, lo que conlleva asociado una disminución de costes en el tratamiento de estas enfermedades.

OBJETIVOS

Analizar la individualización posológica y costes asociados de fármacos biológicos en la práctica clínica asistencial en pacientes con EIR: artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (AP).

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo con un horizonte temporal de dos años (Enero 2012-Diciembre 2013). Se incluyeron pacientes en tratamiento durante al menos 6 meses con adalimumab (ADA), etanercept (ETN), golimumab (GOL), infliximab (INF). Las variables estudiadas fueron diagnóstico, Anti-TNF α , duración de tratamiento, dosis medias, porcentaje de pacientes individualizados, costes teóricos por paciente (posología según ficha técnica) y costes reales por paciente (individualización posología utilizada en la práctica clínica). Las variables fueron recogidas de los registros de dispensación. El análisis estadístico se realizó con SSPS®.

RESULTADOS

Se incluyeron 480 pacientes. Los diagnósticos fueron: 47.5% AR, 23.6% AP y 28.9% EA. El perfil de prescripción fue: 40.7% ADA, 40.0% ETN, 9.3% GOL y 19.1% INF. La duración del tratamiento fue: 84.5 \pm 34 semanas ADA, 77.2 \pm 37 semanas ETN, 85.2 \pm 26 semanas GOL y 135.4 \pm 23 semanas INF. Las dosis medias fueron: 36.1 \pm 6 mg/2 semanas ADA, 44.5 \pm 10 mg/semana ETN, 48.6 \pm 7 mg/mes GOL y 4.73 \pm 1 mg/Kg/8 semanas INF. El porcentaje de pacientes individualizados fueron: 29.0% ADA, 34.6% ETN, 17.0% GOL y 36.9% INF. Los costes teóricos anuales por paciente según la posología recomendada en la ficha técnica fueron: 12860€ ADA, 11846€ ETN, 12895€ GOL y 10755€ INF. Los costes reales anuales por paciente utilizadas en la práctica clínica fueron: 11608€ ADA, 10549€ ETN, 12552€ GOL y 11684€ INF. Las diferencias de costes anuales por paciente tras realizar individualización posológica fueron: -1252€ ADA, -1297€ ETN, -343€ GOL y +929€ INF.

CONCLUSIONES

La individualización posológica fue realizada en un elevado porcentaje de pacientes en la práctica clínica asistencial. En todos los fármacos biológicos la individualización posológica supuso una disminución de los costes anuales por paciente, excepto en infliximab que supuso un aumento.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Elisa Pareja Martínez, Elisabeth Esquivel Prados, José Pedro García Corpas.

e-mail: elisapama@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La hipertensión (HTA) es un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Aunque existen muchos medicamentos eficaces para el tratamiento de la hipertensión más de un tercio de los pacientes no tienen sus cifras de presión arterial (PA) controladas. Esto supone un elevado coste para la atención sanitaria. Uno de los factores que influyen en el bajo control de la PA es la falta de adherencia a la medicación. Es necesario conocer los factores que influyen en la adherencia a la medicación antihipertensiva para que los profesionales de la salud sepan diseñar estrategias que ayuden a mejorar la adherencia a la medicación.

OBJETIVO

Identificar los factores que influyen en la adherencia a la medicación antihipertensiva.

MÉTODO:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos PUBMED y LILACS, para identificar los factores que pueden influir en la mejora o empeoramiento de la adherencia a la medicación antihipertensiva. Se usaron términos de búsqueda como "Patient Compliance", "Medication Adherence", "Hypertension", "Antihypertensive Agents", "High blood pressure", "Blood pressure control" y "Questionnaires".

RESULTADOS

Se obtuvieron 41 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Se revisó la bibliografía de cada uno de ellos obteniéndose 19 artículos más. Del total de 60 artículos se identificaron las posibles barreras y facilitadores de la adherencia a la medicación antihipertensiva. Se hallaron factores relacionados con el paciente como son: la edad (la adherencia es mayor en los pacientes mayores de 65 años) y el nivel educativo (pacientes con nivel educativo alto son más adherentes). También influyen la etnia (pacientes de raza negra son menos adherentes) y las falsas creencias del paciente. Por otra parte influyen en la adherencia la percepción de enfermedad, su identificación, causa y control. Es destacable que los pacientes diagnosticados de depresión presentan una menor adherencia. En cuanto a factores relacionados con la medicación, tanto el elevado coste de los medicamentos como los efectos secundarios disminuirían la adherencia a la medicación antihipertensiva. Por último otro factor que influye en la adherencia es la relación médico-paciente.

CONCLUSIÓN

Sobre la adherencia influyen factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el régimen terapéutico, el entorno y la relación con los profesionales sanitarios. Es necesario conocer en profundidad dichos factores para poder desarrollar intervenciones eficaces para mejorar la adherencia a la medicación antihipertensiva.

LOS SYSADOA MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS, ¿PLANTEA ESTO UN NUEVO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN?

María Amparo Rodríguez Bonnín, Juana Benedí González, Irene Iglesias Peinado.

e-mail: m.amparo.rbn@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las patologías osteoarticulares son unas enfermedades crónicas y prevalentes que constituyen un problema de salud pública. La artrosis disminuye de manera importante la calidad de vida de los pacientes que la padecen, lo que repercute en el rol emocional.

OBJETIVOS

1. Evaluar el impacto de un programa de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en la mejora de la calidad de vida de pacientes con artrosis en una farmacia comunitaria.
2. Estudiar los grupos farmacoterapéuticos involucrados en el tratamiento de la artrosis.

3. Relacionar el perfil farmacoterapéutico con la calidad de vida inicial.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio experimental, aleatorizado y controlado de un programa de SFT durante un año (2013-2014), en una farmacia comunitaria. Se establecieron dos grupos, uno de Intervención, al que se le realizó SFT y otro grupo Control. La variable cuantitativa referida a la calidad de vida se determinó con el cuestionario SF-36 que ofrece una puntuación para cada una de las dimensiones: "puntuación global", "función física", "rol físico", "dolor", "salud general", "vitalidad", "función social", "rol emocional", "salud mental" y "transición de salud".

RESULTADOS

El 71,6% de los pacientes constituía el grupo Intervención y 28,4% el grupo Control. La calidad de vida en su "puntuación global" tuvo de media un valor de 68,5% en ambos grupos ($p=0,127$).

La mayoría de los pacientes al inicio del SFT eran tratados con AINES y analgésicos (62,6%), seguido de un alto porcentaje (31,3%) que no recibía ningún tratamiento. Se observa mayor puntuación en la calidad de vida en los pacientes tratados con SYSADOA (78,1%), con una diferencia significativa de más de 10 % respecto al resto de los tratamientos.

Tras las intervenciones farmacéuticas, en el grupo Intervención se redujo el porcentaje de pacientes no tratados (33,2%) y el de pacientes en tratamiento con AINES (25 %) ($p=0,001$) aumentando los pacientes tratados con SYSADOA (20%) ($p=0,008$). La calidad de vida en el grupo Intervención aumentó de 68,1 a 75,1%, siendo las mejorías más significativas en las dimensiones de "dolor", "salud general" y "transición en el estado de salud". La evolución en el grupo Control, mostró un empeoramiento en la calidad de vida en todas las dimensiones, demostrando el impacto de la atención farmacéutica en los pacientes con artrosis.

CONCLUSIÓN

La atención farmacéutica y el SFT generan un impacto positivo en los pacientes con artrosis al contribuir en la disminución del dolor y la incapacidad funcional. Los SYSADOA, además de cumplir con los objetivos principales que persigue un tratamiento eficaz para la artrosis, contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dicha patología, por ello, sería adecuado considerarlos fármacos de primera línea en el tratamiento de la artrosis.

MEDICAMENTOS CAUSANTES DE TOXICIDAD HEPÁTICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Alejandra Cano Paniagua, Laura Cifuentes Posada, Pedro Amariles Muñoz

e-mail: alejandra.cano@udea.edu.co

INTRODUCCIÓN

El hígado transforma las sustancias en metabolitos más polares para excretarlas del cuerpo. La exposición a fármacos u otros agentes no farmacológicos puede causar hepatotoxicidad y en pocos casos hay tratamiento específico. Los grupos farmacológicos con una mayor probabilidad de causar hepatotoxicidad son antibióticos, analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs)

y anticonvulsivantes. Las lesiones que se producen en el hígado pueden ser de tipo colestásica, hepatocelular o mixta, acompañadas de síntomas inespecíficos. Definir la causalidad de los medicamentos es compleja, debido al uso simultáneo de fármacos y omisión de causas potenciales.

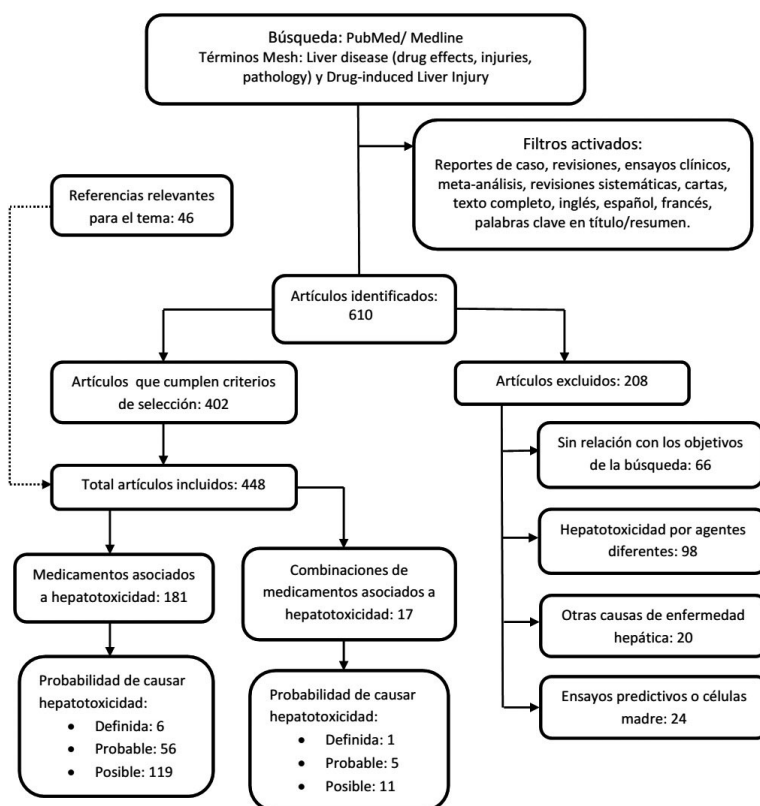
OBJETIVO

Elaborar un listado actualizado de medicamentos causantes de toxicidad hepática, soportado en la evidencia de la aparición de hepatotoxicidad y consolidar aspectos relacionados con la toxicidad.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en PubMed/Medline utilizando términos Mesh: Liver disease (drug effects, injuries, pathology) y Drug-induced Liver Injury. Los límites fueron: reportes de casos, revisiones, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, meta-análisis y cartas. Se incluyeron artículos hasta diciembre de 2015, en inglés, español y francés, con acceso a texto completo y palabras clave en el título o el resumen, que mostraron evidencia de hepatotoxicidad causada sólo por medicamentos y referencias consideradas relevantes para el tema; fueron excluidos artículos sin relación con los objetivos de la búsqueda, relacionados con hepatotoxicidad causada por agentes diferentes a medicamentos, concernientes a otras causas de enfermedad hepática y/o relacionados con ensayos predictivos de hepatotoxicidad o células madre. Por último, se identificaron aspectos como: clasificación farmacológica, código ATC, evidencia de hepatotoxicidad, tipo de lesión, evidencia del tipo de lesión, mecanismos de hepatotoxicidad, factores de riesgo y manifestaciones clínicas. Para

ESQUEMA 1. Resultados generales de la revisión sistemática: medicamentos causantes de toxicidad hepática.



valorar la evidencia de aparición de hepatotoxicidad y tipo de lesión se establecieron 3 categorías: definida, probable y posible.

RESULTADO

Se identificaron 610 artículos en la búsqueda realizada, 402 porque cumplían con los criterios de selección; se excluyeron 208 artículos y se tomaron 46 como referencias relevantes. Se elaboró un listado con 181 medicamentos y 17 combinaciones de los mismos con probabilidad de causar hepatotoxicidad: 6 medicamentos tuvieron probabilidad “definida” (metotrexate, minociclina, vancomicina, everolimus, isoniazida y tamoxifeno), 119 medicamentos y 11 combinaciones “posible”, 56 medicamentos y 5 combinaciones “probable” (Ver esquema 1).

CONCLUSIÓN

Hay más de 180 medicamentos asociados a hepatotoxicidad de los cuales 6 tienen una probabilidad definida, mientras que en su mayoría la probabilidad es posible. La consolidación de la información sobre hepatotoxicidad demuestra que diversas categorías de medicamentos tienen mayor evidencia de ser causantes de toxicidad hepática.

LAXANTES: QUIENES, CUALES Y COMO LOS CONSUMIMOS.

Pablo López Veiga, Juana Benedí Gonzalez, Irene Iglesias Peinado.

e-mail: plveiga@ucm.es

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento (o constipación) es una alteración crónica en muchos pacientes del mundo, constituyendo un problema sanitario importante. El abordaje graduado del tratamiento se basa en recomendar cambios en el estilo de vida y la dieta. Sin embargo, puede ser necesario utilizar laxantes en ciertas ocasiones.

OBJETIVO

i) Analizar y comparar las características de una población que adquiere laxantes en oficinas de farmacia pertenecientes a la Comunidad de Madrid; ii) Identificar de entre ellos cuales son los más consumidos.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo entre los años 2014 y 2016 basado en encuestas realizadas a 500 pacientes en 5 oficinas de farmacia que se encontraban incluidas en el programa de Practicas Tuteladas del Colegio Oficial de Farmacéuticos y la UCM.

RESULTADOS

El 92,6% de los encuestados afirman haber consumido laxantes durante el último mes antes del estudio, donde el 62,8% aseguraron padecer un estreñimiento puntual. Ésta es una sintomatología que aumenta con la edad (56,2% tiene más de 55 años), y es mayor en las mujeres (77,6%). Las

cuales utilizan los laxantes durante periodos más largos que los hombres. Cerca del 22% de los usuarios que acudieron solicitando un laxante, lo hacían para otra persona por diversos motivos. Más del 41% de los pacientes que han consumido laxantes, fueron aconsejados por el profesional farmacéutico seguido del médico de atención primaria (31,4%). Los laxantes más utilizados son los incrementadores de bolo (34,80%), destacando la ispaghula (58,57%), les siguen los estimulantes (24,43%), de estos sobresalen la cascara sagrada (26,04%) y el bisacodilo (22,69%), y en tercer lugar, los osmóticos (7,03%) fundamentalmente la lactulosa (7,03%). La vía de administración preferida es la oral (74,9%) frente a la rectal (25,1%), reservada para quienes buscan laxantes de acción más inmediata.

CONCLUSIÓN

Los pacientes buscan el consejo del profesional farmacéutico para saber que laxante deben tomar según sus necesidades. El perfil de los pacientes que consumen laxantes, es de personas mayores de 55 años, con predominio de mujeres y que padecen un estreñimiento catalogado como puntual. La vía de administración más utilizada es la oral y el principios activo más demandado es la ispaghula.

DIABETES MELLITUS TIPO 2: NUEVOS TRATAMIENTOS

Sara García Agudo, Mónica Ferrit Martín, Antonio Marchena León, Elza Aparecida Machado Domingues.

e-mail: saragarciaagudo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), también conocidos como gliflozinas, están indicados en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) para mejorar el control glucémico en monoterapia, cuando la dieta y el ejercicio por sí solos no logran un control suficiente en pacientes en quienes el uso de metformina se considera inadecuado; o como tratamiento complementario a otros medicamentos hipoglucemiantes como la insulina.

OBJETIVO

Estudiar las prescripciones que se han hecho de estos fármacos desde el inicio de su comercialización, analizando la eficacia, tolerabilidad y seguridad en los pacientes.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el uso de estos fármacos en un hospital de tercer nivel. Se buscaron las prescripciones a través del programa Microstrategy de los pacientes mayores de 18 años con DM2 que comienzan tratamiento con iSGLT2 (canagliflozina, dapagliflozina o empagliflozina) entre enero de 2014 y diciembre 2015 y se analizaron las variables sociodemográficas, analíticas y de efectos adversos en los pacientes.

RESULTADOS

Se identificaron 35 pacientes que tenían los criterios de inclusión de un total de 50, con una edad media de 66,3 años. El 53% eran hombres. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) media previa al inicio del tratamiento era 7,8%. En el 56% de los casos se prescribió empagliflozina y en el

44% dapagliflozina. El 97% de los pacientes tomaba antidiabéticos orales, el 19% análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP-1), y el 19% se administraba insulina. El tiempo mediano de seguimiento (entre el inicio del tratamiento y la primera revisión) fue de 4 meses. La HbA1c media en la primera revisión fue 7,4%, un descenso medio de 0,4 puntos. El 28% de los pacientes obtuvo un descenso de HbA1c igual o superior a 0,5 puntos, siendo mayor la proporción de pacientes que cumplió este objetivo en el grupo tratado con empagliflozina (33% frente a 21% con dapagliflozina). En el 19% de los casos apareció algún efecto secundario (todos ellos leves), el más frecuente las infecciones del tracto urinario.

CONCLUSIÓN

La inhibición del transportador de glucosa SGLT2 supone un nuevo abordaje terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2. En nuestro estudio los fármacos iSGLT2 parecen ser eficaces en el control glucémico en la práctica clínica a corto plazo pero será necesario un seguimiento a medio-largo plazo y mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

ACTITUDES HACIA EL CONSUMO DE MARIHUANA MEDICINAL EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN.

Omar González Santiago, María del Rosario González González, Myrna Laura Yeverino Gutiérrez, Sandra Leticia Gracia Vásquez, Yolanda Araceli Gracia Vásquez.

e-mail: gerisan6@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El término marihuana medicinal (MM) refiere el uso de toda la planta de marihuana o sus extractos crudos para tratar una enfermedad o síntoma; conocida como Cannabis, cuyos compuestos activos son: THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) y CBD (cannabidiol) cuyas propiedades pueden beneficiar pacientes con cáncer y epilepsia. En México, el uso legal de Cannabis sativa ha estado en debate y controversia desde hace décadas, el poder legislativo mexicano emitió una iniciativa de ley que pretende legalizar el uso medicinal e incrementar la cantidad de marihuana para consumo personal; los debates siguen actualmente.

OBJETIVO

Comparar las actitudes hacia el consumo de marihuana medicinal en estudiantes de Químico Farmacéutico Biólogo (QFB), de la Universidad Autónoma de Nuevo León, antes y después de cursar la unidad de aprendizaje Farmacología.

MÉTODO

Se encuestaron 200 alumnos de primero, segundo, tercero, octavo, noveno y décimo semestre de Químico Farmacéutico Biólogo, UANL, excepto los que cursaban farmacología (quinto y sexto). Las respuestas fueron de tipo Likert, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo) y se tricotomizaron en acuerdo, desacuerdo y respuesta neutra (ni acuerdo-ni desacuerdo). Se calcularon frecuencias y prueba Chi cuadrada (X^2) para analizar diferencias significativas entre grupos.

RESULTADOS

El 67.0% de los alumnos está de acuerdo en legalizar la MM, de ellos 44.0% han cursado farmacología y 56.0% no. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre grupos, ($\chi^2=0.04$, $p=0.84$).

El 83.0% del total considera que el uso responsable de MM es seguro. El 37.4% de los encuestados han cursado farmacología y 62.6% no. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre grupos, ($\chi^2=3.01$, $p=0.08$). Del total de estudiantes encuestados, solo el 39.5% considera que la legalización del uso de MM incrementará los índices delictivos; de ellos 35.4% han cursado farmacología y 64.6% no. Un 30.0% opina que al legalizar la MM no incrementará los índices de criminalidad en la sociedad mexicana y el otro 30.0% restante no sabe. No se observó diferencia significativa entre grupos, ($\chi^2=0.56$, $p=0.45$).

CONCLUSIÓN

Una alta proporción de estudiantes encuestados considera que el uso de la MM es seguro y están de acuerdo en su legalización; menos del 40% piensa que se incrementaría la criminalidad; sin embargo, no hubo diferencia significativa en la percepción entre los estudiantes de QFB que han cursado farmacología y los que no. Se espera que las autoridades mexicanas y sociedad, responsablemente puedan replantearse el abordaje al fenómeno del uso permitido de este tipo de drogas.

PRESCRIPCIONES MÉDICAS: GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LINEAMIENTOS OFICIALES MEXICANOS EN MUESTRA ALEATORIA DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA CD. DE MONTERREY, N.L., MÉXICO.

Sandra Leticia Gracia Vásquez, Ivonne Antonieta Camacho Mora, Teresa de Jesús Villanueva Ramírez, Yolanda Araceli Gracia Vásquez.

e-mail: gerisan6@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La receta o prescripción es una orden escrita emitida por el médico para que se surta o dispense uno o varios medicamentos y otros insumos para la salud, destinados al tratamiento del paciente. En México, el Reglamento de Insumos para la Salud (RIS) establece los lineamientos para una adecuada prescripción que el profesional de la salud debidamente autorizado debe conocer y aplicar, sin embargo, el profesional farmacéutico debe verificar que se cumplan las disposiciones legales al momento de efectuar la dispensación.

OBJETIVO

Caracterizar una muestra aleatoria de prescripciones médicas recolectadas en el área Metropolitana de Monterrey, México, en cuanto al cumplimiento de la legislación oficial mexicana vigente.

MÉTODO

Estudiantes de la unidad de aprendizaje de Farmacia Comunitaria recolectaron 508 prescripciones médicas dispensadas en instituciones de salud públicas y en farmacias comunitarias del Área Metropolitana de Monterrey, México. Se analizó el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la normativa mexicana en cuanto a: nombre del médico, cédula profesional, dirección, teléfono,

firma, fecha y nombre del paciente. En relación al medicamento se consideraron la denominación genérica y/o distintiva, presentación, dosis, vía de administración; y frecuencia y duración del tratamiento.

RESULTADOS

El 84.1% de las recetas analizadas pertenecieron al Grupo IV, el 8.7%, 3.7%, 2.6% y 1.0% a los Grupos V, VI, II y III de medicamentos, respectivamente. El 45.5% correspondieron a recetas del año 2015, el 27.6% al 2016 y el 1.8% careció con este dato. En el grado de cumplimiento, se observó que el 9.8% cumplió con los 13 datos analizados, el 24.2%, 23.6%, 20.1%, 14.6% y 5.3% cumplieron con 12, 11, 10, 9 y 8, respectivamente; la receta con menor cumplimiento contaba con 4 datos. Los incumplimientos fueron en orden descendente: vía de administración, teléfono, dirección, firma, presentación, duración, cédula profesional, dosis, nombre del médico, nombre del paciente, frecuencia y fecha. En relación a la legibilidad de las prescripciones el 86% de las recetas fueron legibles. El (87%) usaron abreviaturas, siendo las más frecuentes las correspondientes a miligramos, mililitros, horas, días, cápsulas, tabletas, suspensión, ampolletas, entre otros.

CONCLUSIÓN

La carencia de rasgos indispensables en una receta puede conducir a desinformación del paciente y con ello fallo en el resultado terapéutico esperado. Para garantizar un óptimo tratamiento farmacológico, médicos y farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias; para lograr este objetivo deben trabajar de manera cooperativa, lo que requiere comunicación efectiva, respeto, confianza y reconocimiento mutuo de las actividades profesionales de cada uno.

Comunicaciones: **CASOS CLÍNICOS.**

INTEGRACIÓN DE LA FC EN EL EQUIPO DE CONCILIACIÓN: MEJORA DE LA SEGURIDAD Y ADHERENCIA EN PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA DE ORIGEN NOSOCOMIAL Y BAJO NIVEL SOCIO-CULTURAL.

Mercedes Torné TorreS, Meritxell Salazar Bravo, Enrico Keber, Gonzalo Nozal Fernandez, Miguel Angel Calleja Hernandez, Fernando Martinez Martinez.

e-mail:

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Varón de 87 años, ingresado en el servicio de Medicina Interna por infección respiraría nosocomial y colectiasis residual. Además esta diagnosticado de: EPOC, Parkinson, Hiperplasia benigna de próstata y sospecha de neoplasia uretral. Se incluye en el programa de Conciliación del hospital.

FASE DE ESTUDIO

Siguiendo el protocolo de Conciliación, obtuvimos la medicación crónica del paciente en Receta XXI, a través de la estación clínica del hospital y la medicación prescrita al ingreso, por el programa de prescripción electrónica del mismo. Una vez recopilada esta información se procedió a realizar la entrevista al paciente con el fin de confirmar que su medicación crónica coincidía con la prescrita en Receta XXI, siguiendo el protocolo.

En el momento de la entrevista, el paciente no se encontraba en condiciones para respondernos debido a su deterioro cognitivo y su mal estado general. Preguntamos por el responsable habitual de su medicación y averiguamos que era su esposa.

Lo primero que nos comunicó, es que no saben ni leer ni escribir y que hace lo que puede. Al referirse a los medicamentos lo hace por el color de los mismos lo que dificultó mucho la entrevista. Finalmente la medicación quedó así:

Medicamentos activos en Receta XXI (21/03/2016)

Medicamentos Activos en Receta XXI	Posología indicada en Receta XXI	Posología referida en la entrevista
Ambroxol 15mg/5ml sol	1-1-1	1-1-1
Furosemida 40 mg	2-0-0	A demanda
Paracetamol 1 g	1-1-1	A demanda
Cloperastina 10mg/5ml	1-1-1	No lo toma
Acetilcisteina 200 mg	1-1-1	No lo toma
Acido ursodeoxicólico 300mg	1-1-1	1-0-0
Propranolol 40 mg	1,5-0-0	1,5-0-0
Ultibro Breezhaler 85/43 mcg	1-0-0	1-0-0
Acido acetilsalicílico 100 mg	1-0-0	No lo toma
Trifusal 300mg	1-0-1	0-0-1
Cinitaprida 1mg	0-1-0	A demanda
Primidona 250 mg	1-0-0	0-0-1
Pentoxifilina 600 mg	1-0-1	1-0-0

Duodart 0,4/0,5 mg	0-0-1	0-0-1
Diazepam 5 mg	0-0-1	A demanda

Entrevista 21/03/2016

Medicamentos Receta XXI	Posología entrevista paciente	Medicamentos Hospitalarios	Posología	Discrepancia
Ambroxol 15mg/5ml sol	1-1-1			3
Furosemida 40 mg	A demanda	Furosemida 40 mg	1-1-0	3
Paracetamol 1 g	A demanda	Paracetamol 1g IV	Si fiebre/ dolor	3
Ac. ursodeoxicólico 300mg	1-0-0	Ac. ursodeoxicólico 300 mg	1-1-1	3
Propranolol 40 mg	1,5-0-0	Propranolol 40 mg	1-0-0,5	3
Ultibro Breezhaler 85/43 mcg	1-0-0			3
AAS 100 mg	No lo toma	AAS 100 mg	0-1-0	1
Trifusal 300mg	0-0-1			8
Cinitaprida 1mg	A demanda			8
Primidona 250 mg	0-0-1	Primidona 250 mg	0-0-1	2
Pentoxifilina 600 mg	1-0-0			8
Duodart 0,4/0,5 mg	0-0-1			3
Diazepam 5 mg	A demanda			8
		Pantoprazolo IV	C/24 h	1
		Piperaciclina 4 g/ tazobactam 500 mg IV	C/8 h	1
		Ipratropio 500 mcg	1-1-1-1	1
		Budesonida 0,5 mg/ml	1-1-1-1	1
		Tamsulosina 400 mcg	0-0-1	1
		Finasteride 5 mg	0-0-1	1
		Bemiparina sodica 3500 UI	C/24 h	1

1. Inicio de medicación justificada por la situación clínica. No discrepancia
2. Ninguna. No Discrepancia
3. Suspension o modificacion. Justificada
4. Sustitución terapeutica según Guía. Justificada
5. Prescription incompleta. Requiere aclaración.
6. Diferentes dosis/via/frecuencia.Requiere aclaración.
7. Diferente Medicamento del mismo grupo terapeutico. Requiere aclaración.
8. Omisión de medicamento. Requiere aclaración.
9. Comision de medicamento. Requiere aclaración.
10. Duplicidad o similar Fco. Requiere aclaracion.
11. Interacción. Requiere aclaración.
12. Medicación controindicada. Requiere aclaración.

El farmacéutico consensuó con el médico especialista y enfermería una actuación conjunta para evitar posibles errores de medicación al alta, quedando en avisar al Servicio de Farmacia para realizar un informe conjunto y dar al paciente una explicación verbal del plan de actuación de su medicación.

Informe de Alta (30/03/2016)

- Dieta normal
- Oxigeno
- Suspender propranolol y trifusal
- Resto Del tratamiento habitual como venía realizando

Medicamentos Activos en Receta XXI	Posología que el paciente refiere en la entrevista	Medicamentos de Alta Hospitalaria	Posología	Discrepancia
Ambroxol 15mg/5ml sol	1-1-1	Ambroxol 15mg/5ml sol	1-1-1	2
Furosemida 40 mg	A demanda	Furosemida 40 mg	A demanda	2
Paracetamol 1 g	A demanda	Paracetamol 1 g	A demanda	2
Ac. ursodeoxicólico 300mg	1-0-0	Ac. ursodeoxicólico 300mg	1-0-0	2
Propanolol 40 mg	1,5-0-0			3
Ultibro Breezhaler 85/43 mcg	1-0-0	Ultibro Breezhaler 85/43 mcg	1-0-0	2
AAS 100 mg	No lo toma			2
Trifusal 300mg	0-0-1			3
Cinitaprida 1mg	A demanda	Cinitaprida 1mg	A demanda	2
Primidona 250 mg	0-0-1	Primidona 250 mg	0-0-1	2
Pentoxifilina 600 mg	1-0-0	Pentoxifilina 600 mg	1-0-0	2
Duodart 0,4/0,5 mg	0-0-1	Duodart 0,4/0,5 mg	0-0-1	2
Diazepam 5 mg	A demanda	Diazepam 5 mg	A demanda	2

1. Inicio de medicación justificada por la situación clínica. No discrepancia
2. Ninguna. No Discrepancia
3. Suspension o modificacion. Justificada
4. Sustitución terapeutica según Guía. Justificcada
5. Prescription incompleta. Requiere aclaración.
6. Diferentes dosis/via/frecuencia.Requiere aclaración.
7. Diferente Medicamento del mismo grupo terapeutico. Requiere aclaración.
8. Omisión de medicamento. Requiere aclaración.
9. Comision de medicamento. Requiere aclaración.
10. Duplicidad o similar Fco. Requiere aclaracion.
11. Interacción. Requiere aclaración.
12. Medicación controindicada. Requiere aclaración.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Tras repasar el informe de alta, el Servicio de Farmacia procedió a realizar el informe de conciliación, consensado con el médico especialista, quedando de la siguiente manera:

DISCUSIÓN DEL CASO

Ante la duda acerca del correcto uso de los medicamentos y las dificultades que presentaron el paciente y su responsable-cuidador por no saber leer, se decidió incluir en el proceso de conciliación a la Farmacia Comunitaria (FC) de la que ellos eran pacientes habituales. Se modifico el informe, de forma que cada medicamento estaba asociado a un número y se pactó con la FC añadir dicho número, equivalente a cada

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NEVIAS
Servicio de Farmacia Teléfono: 958 120118

Paciente: 433 (AN0678295121) 30/03/2016

MEDICACION CONCILIADA AL ALTA

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medio	Comida	Mañana	Tarde	Noche
1. FUROSEMIDA 40 MG							
A. Sembrado							
2. PARACETAMOL 1 G							
A. Sembrado							
3. IRISORILANE 300 MG	1 CAPS						
A. Sembrado							
4. ULTIBRO BRONZHALER 800 MG	1 COMP						
A. Sembrado							
5. CINITAPRIDA 1 MG							
A. Sembrado							
6. MYBOLINE 50 MG						1 COMP	
A. Sembrado							
7. PENTOXIFILO 100 MG	1 COMP						
A. Sembrado							
8. DUODART 0,5/4 MG							1 CAPS
A. Sembrado							

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NEVIAS
Servicio de Farmacia Teléfono: 958 120118

9. DIAZEPAM 5 MG							1 COMP
A. Sembrado							
10. AMBROXOL 150 ML SOL.	15 ML		15 ML				15 ML
A. Sembrado							

Observación: Si tiene algún tipo de problema con la medicación hágalos saber a su médico o farmacéutico. Por favor acudir al médico de familia a informar del alta hospitalaria y confirmar tratamiento.

una de las cajas de medicamentos para que no hubiera posibilidad de error. Además, in situ en el mostrador se realizó un refuerzo en la explicación y una comprobación de que esto era claro para la paciente, con la finalidad de afianzar la seguridad. La FC, es una pieza fundamental en el proceso de conciliación y el posterior Seguimiento Farmacoterapeutico que este proceso necesita para estar en permanente actualización

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios. Enero 2009. [consultado 5/2010] Disponible en: http://www.scfarmclin.org/docs/conciliacion_medica_es.pdf.
2. Valverde-Bilbao E, et al. Conciliación de la medicación en atención primaria tras el alta hospitalaria. Rev Calid Asist. 2014;29(3):158-164.
3. Lopez-Martin C, et al. Conciliación de la medicación en el paciente crítico. Med Intensiva. 2014;38(5):283-287.
4. Corral Baena S, et al. Impacto de una aplicación informática en la mejora de una conciliación de la medicación al alta hospitalaria. Rev Cald Asist. 2014;29(5):278-286.
5. Budiman T, et al. Evaluation of Pharmacist Medication Education and Post-discharge Follow-up in Reducing Readmissions in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). Ann Pharmacother. 2015 Dec 17.
6. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente – Mayo de 2007. [consultado 3/2010]
7. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/patientSolutionsSPANISH.pdf>.
8. Delgado O, Nicolás J, Martínez I, Serrano A, Anoz L, Fernández F. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. Med Clin (Barc) 2009;133(19):741-4.
9. Bot PLUS 2.0. Base de datos del conocimiento sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos 2015. Fichas tecnicas de los medicamentos citados.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UN PACIENTE CON CANSANCIO Y CONTRACTURA MUSCULAR COMO PARTE DEL CURSO ATENCIÓN FARMACÉUTICA II DE LA LICENCIATURA EN FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Carolina Arias Bogantes, Victoria Hall Ramírez.

e-mail: farmhall12@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente masculino de 74 años al que se le ofertó el servicio de seguimiento farmacoterapéutico pues últimamente ha sentido mucho cansancio. Durante la primera entrevista llevada a cabo el 19 de marzo del 2015, además del cansancio se detectaron los siguientes problemas de salud: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dolor de cabeza, tos seca, acidez estomacal, contractura muscular y problemas de memoria a corto plazo. El paciente tenía prescritos los siguientes medicamentos para tratar sus problemas de salud: metformina 500mg (1-0-0); amlodipina 5mg (2-0-0); famotidina 40mg (0-0-1) y ácido fólico 1mg (1-0-0). Además tenía prescrito acetaminofén 500mg (1-1-1) e ibuprofeno 400mg (1-1-1), los cuales no consumía del todo.

El valor promedio de la presión arterial (PAméd), los días anteriores a la primera entrevista fue de 124/83 mm de Hg. No se contaba con valores de hemoglobina glicosilada, más si se tenían dos valores de glicemia en ayunas, 242 mg/dl y 172 md/dl, del 9 y el 11 de marzo respectivamente.

FASE DE ESTUDIO

Metformina

Necesidad: Medicamento utilizado para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II ¹.

Efectividad: En aquellas presentaciones de liberación inmediata, la dosis inicial es de 500mg cada 12 horas u 850mg una vez al día; si la dosis a utilizar es mayor a los 2000 mg por día, se debe dividir en 3 dosis con una dosis máximo de 2550mg /día ¹. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de hemoglobina glicosilada y glicemia del paciente.

Seguridad: Cansancio y debilidad hasta en un 9% de los pacientes ¹.

Moringa

Necesidad: Planta medicinal de la cual se ha reportado su uso en casos de diabetes mellitus ^{2,3}.

Efectividad: No hay datos sobre la dosis a utilizar ^{2,3}. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de hemoglobina glicosilada y glicemia del paciente.

Seguridad: Hipoglicemia ^{2,3}.

Amlodipino

Necesidad: Medicamento utilizado para el tratamiento de la hipertensión arterial y la enfermedad arterial coronaria ⁴.

Efectividad: Dosis inicial de 5mg o 2.5mg una vez al día con dosis máxima de 10mg al día ⁴. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de presión arterial del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso ².

Famotidina

Necesidad: Medicamento que se utiliza para el alivio de la indigestión y acidez estomacal, así como en el tratamiento de úlceras duodenales, ERGE y otras condiciones hipersecretoras ⁵.

Efectividad: La dosis usuales son de 10-20mg una vez al día, hasta 40mg cada 12 horas, según la patología⁵. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente o bien a través de una nueva gastroscopia.

Seguridad: No relevante para el caso ⁵.

Acetaminofén

Necesidad: Se utiliza para el alivio temporal del dolor leve y la fiebre ⁶.

Efectividad: Dosis de 650mg cada 4-6 horas, hasta un máximo de 4g /día ⁶. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso ⁶.

Ibuprofeno

Necesidad: Antiinflamatorio no esteroideo. Se utiliza para el manejo de enfermedades inflamatorias como osteoartritis y artritis, así como dolor, fiebre, dismenorrea, dolor de cabeza, dolor dental, dolor menores en músculos, huesos y articulaciones, dolor de espalda y dolor asociado a cuadros de gripe y resfrío ⁷.

Efectividad: Dosis 400mg cada 4-6 horas ⁷. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso ⁷.

Ácido fólico

Necesidad: Para el tratamiento de anemias por deficiencia de folato ⁸.

Efectividad: Dosis de 0.4 a 0.8mg por día ⁸. La evaluación de la efectividad se hace con base a los exámenes de laboratorio del paciente

Seguridad: No relevante para el caso ⁸.

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Cansancio	Metformina 500mg	INSEGURIDAD NO CUANTITATIVA	Reacción adversa	La RAM está reportada en la literatura y además el paciente la asocia con el uso de la metformina
Dolor de cabeza		PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	Problema de salud insuficientemente tratado	Paciente no tiene tratamiento prescrito.
Tos seca		PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	Problema de salud insuficientemente tratado	El paciente utilizaba enalapril hasta hace poco más de 1mes. Dado que la tos puede permanecer por algún tiempo después de retirado el medicamento, se da seguimiento para ver la evolución.

Contractura muscular y tendinitis	Tratamiento prescrito pero con incumplimiento total	PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	Problema de salud insuficientemente tratado por presentar incumplimiento total	El paciente tiene prescrito acetaminofén 500mg (1-1-1) e ibuprofeno 400mg (1-1-1), sin embargo el paciente no los toma del todo, por tanto es como si no tuviera tratamiento
Problemas de memoria	Ácido fólico	INEFECTIVIDAD NO CUANTITATIVA	Problema de salud insuficientemente tratado	El paciente utiliza la dosis máxima y aún así, no ve mejora.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En general, el plan de actuación con el paciente consta de las siguientes acciones:

1. Mejorar la adherencia a los tratamientos
2. Establecer horarios adecuados de alimentación
3. Mejorar el problema de falla de memoria
4. Educar al paciente en cuanto a sus problemas de salud
5. Brindar opciones no farmacológicas para el tratamiento de la contractura muscular
6. Aplicar medidas farmacológicas para tratar el cansancio

A continuación, el desglose de cada una de ellas:

Cansancio

Dado que el cansancio se relacionó con la metformina y es un medicamento que no puede cambiarse del esquema de tratamiento, se optó por tratar dicho afecto adverso.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Se hace entrega del material informativo elaborado y se recomienda el uso de un multivitamínico llamado DayaMineral[®] el cual puede usar de manera alterna con el ácido fólico prescrito por el m tomando sus medicamentos como fueron prescritos. comendadas por la terapr el dolor y facilitar la movilidad.r las actividad aédico.

Se elabora un horario de medicamentos y alimentación, en el cual se incluye el nuevo multivitamínico, y se hizo entrega de un pastillero como ayuda adicional para fomentar la adherencia.

Fecha: 02 de junio del 2015

El paciente está tomando el multivitamínico y refiere mejoría en las últimas 2 semanas; ha podido realizar las actividades que había dejado de hacer desde que se presentó el cansancio.

Contractura muscular y tendinitis

El paciente tiene prescrito acetaminofén 500mg (1-1-1) e ibuprofeno 400mg (1-1-1), sin embargo el paciente no los toma del todo, por tanto es como si no tuviera tratamiento.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Dado que para el problema de contractura muscular y tendinitis tiene prescrito acetaminofén e ibuprofeno, se trabaja en la adherencia y se le explica al paciente que tomando estos 2 medicamentos puede aliviar 2 problemas de salud al mismo tiempo, incluyendo también el dolor de cabeza.

Se elabora un horario de medicamentos y alimentación y se hizo entrega de un pastillero como ayuda adicional para fomentar la adherencia.

Además se contactó con una terapeuta física, la cual diseñó una serie de ejercicios especiales para el paciente, en aras de disminuir el dolor y facilitar la movilidad.

Fecha: 02 de junio del 2015

El paciente ha seguido las rutinas de ejercicio recomendadas por la terapeuta física y se está tomando sus medicamentos como fueron prescritos. El paciente manifiesta una mejoría en su dolor.

Tos seca

El paciente utilizaba enalapril hasta hace poco más de 1mes. Dado que la tos puede permanecer por algún tiempo después de retirado el medicamento, se da seguimiento para ver la evolución.

Fecha: 27 de abril del 2015

La tos ya no está presente, por lo que desaparece del estado de situación.

Dolor de cabeza

Al inicio del SFT, mediante una Escala Visual Analógica (EVA) se determinó un dolor entre 7-8 de una escala de 10.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Dado que para el problema de contractura muscular y tendinitis tiene prescrito acetaminofén e ibuprofeno, se trabaja en la adherencia y se le explica al paciente que tomando estos 2 medicamentos puede aliviar 2 problemas de salud al mismo tiempo.

Se elabora un horario de medicamentos y alimentación y se hizo entrega de un pastillero como ayuda adicional para fomentar la adherencia.

Fecha: 02 de junio del 2015

El paciente aceptó la intervención y en una nueva valoración del dolor con la EVA, se determinó un valor de 0, es decir, que el paciente estaba sin dolor.

Problemas de memoria

El paciente presenta problemas de memoria.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Se opta por dejar el medicamento prescrito y sugerir actividades que ejerciten la memoria, como por ejemplo libros con sopas de letras o el uso de notas (post-it) para recodar las actividades diarias.

Fecha: 02 de junio del 2015

El paciente manifiesta que ya no olvida las cosas, pero es necesario seguir la evolución del caso.

Con respecto a la diabetes mellitus, si bien es cierto no fue posible identificar un RNM debido a la ausencia

de valores de hemoglobina glicosilada, se elaboró material informativo para el paciente, de forma que conozca más su enfermedad, y mejore su alimentación como parte del tratamiento no farmacológico de la misma.

DISCUSIÓN DEL CASO

La evaluación del ácido fólico podría ser de otra manera diferente a la planteada, pues el medicamento no está indicado oficialmente para problemas de memoria, sino para el tratamiento de anemias asociadas a la deficiencia de folato y para prevención de defectos del tubo neural durante el embarazo ⁸.

Visto de esta manera, el medicamento podría ser evaluado como no necesario, sin embargo no se detectaría un RNM de Efecto de Medicamento Innecesario, pues su uso no está generando ningún problema asociado.

Alguna otra fuente reconoce su uso para la pérdida de la memoria, la enfermedad de Alzheimer, la pérdida de audición relacionada con la edad, para prevenir la enfermedad ocular llamada degeneración macular relacionada con la edad (AMD) o para reducir los signos de envejecimiento, entre otros ⁹. Considerando esta información y que es promotor de reacciones metabólicas de importancia en el cuerpo, se consideró como necesario en la evaluación del estado de situación que se presenta a continuación.

Una vez concluida esta primera etapa del seguimiento, se podrían mencionar algunos puntos importante referentes a las intervenciones por parte de un profesional en farmacia:

- Es indispensable que un paciente diabético cumpla horarios adecuados de alimentación con el fin de controlar los niveles de glicemia.
- La confección de pastilleros y horarios son de gran utilidad para fomentar adherencia terapéutica en los pacientes.
- La indicación farmacéutica, como otro servicio más de los que se brindan en una farmacia, puede mejorar un problema de salud de un paciente, tal como lo hizo en este caso, la indicación de un multivitáminico para el problema de cansancio.
- Durante el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes es importante el trabajo interdisciplinario en el establecimiento de las intervenciones, tal como sucedió en este caso donde el trabajo conjunto entre farmacéutico y terapeuta física, mejoró el estado de salud del paciente.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	Vía comunicación	Intervención (Describir acción)	Resolución del RNM (Sí/No)
Cansancio	Metformina 500mg	Inseguridad no cuantitativa	Verbal F-P	Se recomienda el uso de un multivitamínico	Sí
Dolor de cabeza		Problema de salud no tratado	Escrita F-P	Se elabora un horario de medicamentos y alimentación y se hizo entrega de un pastillero para fomentar la adherencia.	Sí
Tos seca		Problema de salud no tratado			Sí
Contractura muscular y tendinitis		Problema de salud no tratado	Escrita F-P	Se elabora un horario de medicamentos y alimentación y se hizo entrega de un pastillero para fomentar la adherencia.	Sí

ANEXO I. PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 19.03.2015				Sexo: Varón		Edad: 74		IMC: 26,87 kg/m ²		Alergias: No			
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación					
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	Pauta presc.	Pauta usada	PRM	N	E	S	RNM	
Ene.2015	DM2	¿?	B	Ene.2015	Metformina 500mg	1-0-0	1-0-0	Reacción adversa	S	¿?	N	Inseguridad no cuantitativa	
				Feb.2015	Hojas de moringa	1-0-1	1-0-1				S		
2014	HTA	Si	R	Ene.2015	Amlodipina 5mg	2-0-0	2-0-0		S	S	S		
	Dolor de cabeza	No	B					PSIT				Problema de salud no tratado	
Ene.2015	Tos seca	No	B					PSIT				Problema de salud no tratado	
Oct.2014	Acidez estomacal	Si	R	Dic.2014	Famotidina 40mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S		
Sep.2013	Contractura muscular y tendinitis	No	B					PSIT				Problema de salud no tratado	
Ene.2015	Cansancio	No	B										
Dic.2014	Problemas de memoria	No	B	Dic.2014	Ácido fólico 1mg	1-0-0	1-0-0	PSIT	S	N	S	Inefectividad no cuantitativa	

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado; HTA: Hipertensión Arterial; DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2.

Observaciones y datos clínicos:

PASmed: 124/83 mmHg. Glicemia en ayunas: 242 mg/dl y 172 mg/dl, del 9 y el 11 de marzo respectivamente. Al inicio del SFT, mediante una Escala Visual Analógica (EVA) se determinó un dolor entre 7-8 de una escala de 10.

ANEXO II. ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 2.06.2015				Sexo: Varón		Edad: 74		IMC: 26,87 kg/m ²		Alergias: No			
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación					
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	Pauta presc.	Pauta usada	PRM	N	E	S	RNM	
Ene.2015	DM2	¿?	B	Ene.2015	Metformina 500mg	1-0-0	1-0-0		S	¿?	N	Inseguridad no cuantitativa	
				Feb.2015	Hojas de moringa	1-0-1	1-0-1				S		
2014	HTA	Si	R	Ene.2015	Amlodipina 5mg	2-0-0	2-0-0		S	S	S		
	Dolor de cabeza	Si	B		Acetaminofén 500mg	1-1-1	1-1-1		S	S	S		
					Ibuprofeno 400mg	1-1-1	1-1-1				S		
Oct.2014	Acidez estomacal	Si	R	Dic.2014	Famotidina 40mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S		
Sep.2013	Contractura muscular y tendinitis	Si	B		Acetaminofén 500mg	1-1-1	1-1-1		S	S	S		
					Ibuprofeno 400mg	1-1-1	1-1-1				S		
Ene.2015	Cansancio	Si	B	Abr.2015	Dayamineral Jarabe	1-0-0	1-0-0						
Dic.2014	Problemas de memoria	Si	B	Dic.2014	Ácido fólico 1mg	1-0-0	1-0-0		S	N	S		

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado; HTA: Hipertensión Arterial; DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2.

Observaciones y datos clínicos:

PASmed: Cotrolados. Glicemia en ayunas: 164 mg/dl y 154 mg/dl, del 27 y el 29 de mayo respectivamente. Al inicio del SFT, mediante una Escala Visual Analógica (EVA) se determinó un dolor entre 0 de una escala de 10.

Problemas de memoria	Ácido fólico	Inefectividad no cuantitativa	Escrita F-P	Dejar el medicamento prescrito. Sugerir actividades que ejerciten la memoria.	Sí
----------------------	--------------	-------------------------------	-------------	---	----

Escrita F-P: Escrita Farmacéutico - Paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Metformina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/metformin-drug-information?source=search_result&search=metformina&selectedTitle=1%7E150
2. Olson, M; Fahey J. Moringa oleifera: un árbol multiusos para las zonas tropicales secas. Revista Mexicana de Biodiversidad. 2001; (82): 1071-1082
3. Martin, C; Martin, G; García, A et al. Potenciales aplicaciones de la Moringa oleifera: una revisión crítica. Pastos y Forrajes. 2013; (2): 137-149.
4. Amlodipina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/amlodipine-drug-information?source=search_result&search=amlodipina&selectedTitle=1%7E114
5. Famotidina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/famotidine-drug-information?source=search_result&search=famotidina&selectedTitle=1%7E75
6. Acetaminofén: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/acetaminophen-paracetamol-drug-information?source=search_result&search=acetaminofen&selectedTitle=1%7E150
7. Ibuprofeno: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/ibuprofen-drug-information?source=search_result&search=ibuprofeno&selectedTitle=1%7E150
8. Ácido fólico: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/folic-acid-drug-information?source=search_result&search=FOLIC+acid&selectedTitle=1%7E150
9. Ácido fólico: Medlineplus [Internet]. Estados Unidos: U.S. National Library of MEDicine. [citado 2015 Abril 29]. Disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/1017.html>

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UNA PACIENTE CON FIBROMIALGIA COMO PARTE DEL CURSO ATENCIÓN FARMACÉUTICA II DE LA LICENCIATURA EN FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Laura Barton Elizondo, Victoria Hall Ramírez.

e-mail: farmhall12@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente femenina de 50 años a la que se le ofertó el servicio el seguimiento farmacoterapéutico pues presentaba mucho dolor asociado a la fibromialgia, lo cual estaba afectado sus actividades diarias. Durante la primera entrevista llevada a cabo el 23 de marzo del 2015, además de la fibromialgia, se detectaron los siguientes problemas de salud: dislipidemias, hipotiroidismo, insomnio, síntomas de la menopausia, resequedad ocular y alergia nasal y en la piel. La paciente tenía prescritos los siguientes medicamentos para tratar sus problemas de salud: levotiroxina sódica 100mcg (1-0-0) de lunes a sábado; fluoxetina 20mg (0-0-2); sulindaco 200mg (1-0-1); acetaminofén con codeína 500mg/30mg (1-1-1); acetaminofén 500mg (2-2-2-2); estrógenos conjugados 0,625mg (0-0-1), estrógenos conjugados 0,0625% vía tópica 2g HS 3 veces por semana; lovastatina 20mg (0-0-1) y hidroxizina 10mg (1-0-1) y lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa) 1-2 gotas en cada ojo, en caso necesario.

La paciente presenta un IMC de 23.12 Kg/m² y los valores de hormonas tiroideas 3 meses antes de iniciar con el SFT se encuentran dentro de los valores normales, siendo 1,42ng/dL para la T4 libre y de 0,43 µIU/ml para la TSH.

Según el instrumento de valoración de puntos de dolor de la fibromialgia, al inicio del SFT, la paciente presentaba dolor en 9 de los 19 puntos, más 4 puntos adicionales, para un total de 13 puntos de dolor

FASE DE ESTUDIO

Fluoxetina

Necesidad: Antidepresivo utilizado además para el tratamiento de la fibromialgia (uso off-label) ¹.

Efectividad: La dosis inicial para fibromialgia es de 20mg/día, haciendo ajustes de dosis hasta 80mg/día ¹. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: Puede generar insomnio (10-33% de los pacientes), sin embargo como no se conoce la fecha de inicio del insomnio, no es relevante para el caso ¹.

Sulindaco

Necesidad: Antiinflamatorio no esteroideo. Se utiliza para el manejo de enfermedades inflamatorias como osteoartritis y artritis gotosa aguda ².

Efectividad: Dosis de 150-200mg cada 12 horas, para un máximo de 400mg/día ². La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso ².

Acetaminofén

Necesidad: Se utiliza para el alivio temporal del dolor leve y la fiebre ³.

Efectividad: Dosis de 650mg cada 4-6 horas, hasta un máximo de 4g/día³. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso³.

Codeína

Necesidad: Se utiliza para el manejo del dolor desde leve y moderado hasta severo⁴.

Efectividad: Se recomienda una dosis inicial de 15-60mg cada 4 horas según necesidad, hasta una dosis máxima de 360mg/días asociados con la menopausia⁷. Vía vaginal y vulvar, asociados con la menopausia⁷. TSH, artritis gotosa aguda. M, ía, aunque la dosis debe ser ajustada según el dolor del paciente⁴. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso⁴.

Levotiroxina

Necesidad: Terapia de reemplazo o suplementario, en casos de hipotiroidismo⁵.

Efectividad: Dosis usuales menores de 200mcg/día, con un rango usual de 100-125 mcg/día en adultos de 70Kg⁵. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de las hormonas tiroideas del paciente, a saber T3, T4 y TSH.

Seguridad: No relevante para el caso⁵.

Estrógenos conjugados

Necesidad: Vía oral se utilizan para el tratamiento de síntomas (de moderados a severos) vasomotores asociados a la menopausia⁶. Vías asociadas con la menopausia⁷. Vía vaginal y vulvar, asociados con la menopausia⁷. TSH, artritis gotosa aguda. M, ía tópica se utilizan en casos de atrofia vaginal y vulvar, asociados con la menopausia⁷.

Efectividad: La dosis inicial vía oral es de 0.3mg/día, sin embargo la dosis se puede ajustar según la respuesta de la paciente⁶. Vía tópica, la dosis puede variar según la indicación: si es para casos de atrofia vaginal, la dosis vía intravaginal es de 0.5g/día hasta un máximo de 2g/día administrados cíclicamente (21 días seguidos y luego 7 días sin tratamiento); en el caso de dispareunia de moderada a severa, asociada con la menopausia, la dosis vía intravaginal es de 0.5g administrados dos veces a la semana (lunes y jueves, por ejemplo) o una vez al día de manera cíclica (21 días seguidos y luego 7 días sin tratamiento)⁷. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso^{6,7}.

Lovastatina

Necesidad: Utilizado para el tratamiento de dislipidemias⁸.

Efectividad: 20mg/día hasta un máximo de 80mg/día⁸. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores del perfil lipídico del paciente.

Seguridad: No relevante para el caso⁸.

Hidroxizina

Necesidad: Antihistamínico utilizado en casos de prurito⁹.

Efectividad: En caso de prurito, 25mg 3-4 veces al día⁹. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: Somnolencia ⁹.

Lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa)

Necesidad: Utilizado para resequeidad ocular ¹⁰.

Efectividad: Instilar 1-2 gotas en cada ojo, 3-4 veces al día ¹⁰. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología del paciente.

Seguridad: Somnolencia ¹⁰.

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Fibromialgia no controlada	Fluoxetina 20mg Sulindaco 200mg Acetaminofén con codeína 500mg/30mg Acetaminofén 500mg	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Incumplimiento	Sólo toma regularmente la fluoxetina. Aunque existe duplicidad con el acetaminofén, no se considera de importancia, pues la paciente no toma los medicamentos en las dosis prescritas.
Alergia nasal y en piel	Hidroxizina 10mg	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Dosis no adecuada	El medicamento se puede utilizar en dosis de hasta 25 mg /6-8 horas. La paciente utiliza 10mg/12 horas.
Resequeidad ocular	Lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa)	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Dosis no adecuada	El medicamento se utiliza en caso necesario. Si la paciente utilizara 1-2 gotas cada 6-8 horas, es probable que el cuadro mejore.
Insomnio		PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	Incumplimiento	Si bien el cuadro de insomnio es probable que sea un síntoma asociado con la fibromialgia, se decidió tratarlo de manera no farmacológica, mientras los medicamentos para la fibromialgia, una vez que se tomen según la pauta prescrita, empiezan a hacer efecto.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En general, el plan de actuación con la paciente consta de las siguientes acciones:

1. Mejorar la adherencia a los tratamientos
2. Educar a la paciente y a su red de apoyo (familia) sobre la fibromialgia
3. Brindar medidas no farmacológicas para el tratamiento de los problemas de salud
4. Modificar la dosificación de los medicamentos no efectivos

A continuación, el desglose de cada una de ellas:

Fibromialgia e insomnio

En el caso de la fibromialgia, se pretende disminuir los puntos de dolor de la paciente, a través de educación sobre el problema de salud, no sólo con ella sino con su red de apoyo. Se pretende mejorar su adherencia al tratamiento y dado que el insomnio es un síntoma que se enmarca dentro de la fibromialgia, se sugieren medidas propias de la higiene del sueño.

En el recurso informativo sobre fibromialgia se abordan temas como definición, síntomas, tratamiento farmacológico y no farmacológico, recomendaciones generales y papel de la red de apoyo. En el caso del insomnio, se brinda información sobre medidas coadyuvantes relacionadas con alimentación, ejercicio, establecimiento de horario para ir a dormir, creación de una rutina, el no consumo de bebidas estimulantes y el evitar las siestas durante el día. Además se instaló en el celular de la paciente, una aplicación para escuchar música relajante antes de dormir.

La paciente no presenta una buena adherencia al tratamiento, por lo que se decide realizar un horario de toma de sus medicamentos, con información adicional de cada uno de ellos.

Fecha: 06 de abril del 2015

Se realiza la segunda entrevista con la paciente y se aplica el instrumento de valoración de los puntos de dolor de fibromialgia. La paciente presentaba dolor en 9 de los 19 puntos posibles, más 4 puntos adicionales, para un total de 13 puntos de dolor.

Fecha: 18 de mayo del 2015

Se hace entrega del material informativo elaborado y se hace una sesión educativa con la red de apoyo de la paciente

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente presenta una leve mejoría después de 15 días de utilizar sus medicamentos para la fibromialgia, tal como fueron prescritos. Se aplica nuevamente el instrumento de valoración de los puntos de dolor de fibromialgia. La paciente presentaba dolor en 7 de los 19 puntos posibles, más 4 puntos adicionales, para un total de 11 puntos de dolor.

La paciente decide no implementar las medidas de higiene del sueño recomendadas.

Alergia nasal y en piel

En este caso, dado que la dosis de hidroxizina utilizada por la paciente es inferior a la que podría utilizar, se sugiere cambiar el esquema de 10mg cada 12 horas a 20 mg cada 6-8 horas en caso de presentar un cuadro agudo de alergia.

Fecha: 18 de mayo del 2015

Se incluye la nueva dosis de la hidroxizina en el horario de medicamentos y la paciente inicia el nuevo esquema.

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente indica que al tener casos agudos de alergia y utilizar la nueva dosis, el problema de salud se resuelve.

Ressequedad ocular

En este caso, las lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa) se utilizan en caso necesario y podría ser con un esquema de dosificación establecido, de 1-2 gotas cada 6-8 horas, por tanto se insta el esquema propuesto.

Fecha: 18 de mayo del 2015

Se incluye la nueva dosis de las lágrimas artificiales en el horario de medicamentos y la paciente inicia el nuevo esquema.

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente indica no sentir más el problema de sequedad ocular.

DISCUSIÓN DEL CASO

Considerando que el tratamiento de elección de la fibromialgia es con antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina, y con anticonvulsivantes como la gabapentina y pregabalina, el abordaje del caso pudo haber sido directamente solicitar al médico tratante la modificación del tratamiento de la paciente ¹¹ dado que los medicamentos prescritos no son de primera línea para la fibromialgia, pero si indicados para el dolor.

- Sin embargo, considerando que:
- La fluoxetina reporta el uso off-label en casos de fibromialgia
- El acetaminofén y la codeína se utilizan para el manejo del dolor

La paciente es vista en la Caja Costarricense del Seguro Social y que ni gabapentina ni la pregabalina se encontraban en ese momento dentro de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la institución

Se consideró pertinente mejorar primero la adherencia al tratamiento y posteriormente, si el problema de salud seguía si mejorar, solicitar al m ostarricense de Seguro Social dentro de la Lista Oficial de MEDicamentos a de salud segse considere haber sido directamente solédico el cambio en el tratamiento. Si efectivamente el médico tratante consideraba realizar el cambio, la paciente hubiese tenido que comprarlo.

Recientemente la gabapentina 300mg, fue incluida dentro de la LOM, sin embargo no se ha autorizado su uso para la fibromialgia. Tal como consta en la LOM, su uso es ¹² "exclusivo para Neurología, para el tratamiento de epilepsia refractaria. Neurología, Medicina Interna, Geriátría, Medicina Paliativa, Medicina Familiar y Comunitaria, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos formalmente constituidas, para el manejo del dolor neuropático, neuropatía diabética, neuralgia trigeminal y neuralgia postherpética, según protocolo CCF-0712-02-16. Endocrinología para el tratamiento de la neuropatía diabética según protocolo CCF-0712-02-16. Medicina Física y Rehabilitación para el manejo del dolor neuropático según protocolo CCF-0712-02-1628-0791".

Una vez concluida esta primera etapa del seguimiento, se podrían mencionar algunos puntos importante referentes a las intervenciones por parte de un profesional en farmacia:

- El farmacéutico juega un papel importante en la individualización de la terapia farmacológica en cada paciente, como en este caso, que se realizó un horario de toma de medicamentos específico para la paciente y se ajustaron las dosis de hidroxizina y de las lágrimas artificiales, a unas dosis que le resultasen efectivas.
- El farmacéutico es de vital importancia en cuanto a la educación al paciente en sus patologías y el uso correcto de los medicamentos, ya que esto puede mejorar su calidad de vida y obtener el máximo beneficio de los medicamentos. En este caso particular se brindó educación sobre fibromialgia no solo

a la pacientes sino también a su red de apoyo.

- La intervención farmacéutica puede ayudar a mejorar la adherencia terapéutica, al explicarle al paciente la importancia de cumplir el tratamiento y apoyar con otros recursos como horarios y , aplicaciones móviles, entre otros.

• **RESUMEN DEL CASO**

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	Vía comunicación	Intervención (Describir acción)	Resolución del RNM (Sí/No)
Fibromialgia no controlada	Fluoxetina 20mg Sulindaco 200mg Acetaminofén con codeína 500mg/30mg Acetaminofén 500mg	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Escrita F-P	Educación a la paciente y a su familia. Fomento de adherencia a través de horario de toma de medicación.	Parcialmente
Alergia nasal y en piel	Hidroxizina 10mg	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Verbal F-P	Modificación de la dosis de la hidroxizina	Sí
Resequedad ocular	Lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa)	INEFECTIVIDAD CUANTITATIVA	Verbal F-P	Modificación de la dosis de las lágrimas artificiales	Sí
Insomnio		PROBLEMA DE SALUD NO TRATADO	Escrita F-P	Medidas de higiene del sueño, y aplicación en el celular con música relajante. Somnolencia de Hidroxizina podría ayudar.	No

Escrita F-P: Escrita Farmacéutico - Paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Fluoxetina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/fluoxetine-drug-information?source=search_result&search=fluoxetina&selectedTitle=1%7E150
2. Sulindaco: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/sulindac-drug-information?source=search_result&search=sulindaco&selectedTitle=1%7E29
3. Acetaminofén: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/acetaminophen-paracetamol-drug-information?source=search_result&search=acetaminofen&selectedTitle=1%7E150
4. Codeína: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/codeine-drug-information?source=search_result&search=codeina&selectedTitle=1%7E150
5. Levotiroxina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/levothyroxine-drug-information?source=search_result&search=levotiroxina&selectedTitle=1%7E111
6. Estrógenos conjugados (vía sistémica) : Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/conjugated-equine-estrogens-systemic-drug-information?source=search_

ANEXO I. PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 25.03.2015				Sexo: Mujer				Edad: 50				IMC: 23,12 kg/m ²				Alergias: Penicilina			
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación											
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	P. presc.	P. usada	PRM	N	E	S	RNM							
5 años	Fibromialgia	No	B	5 años	Fluoxetina 20mg	0-0-2	0-0-2	Incumplimiento	S	N	S	S	Inefectividad cuantitativa						
				5 años	Sulindaco 200mg	1-0-1	PRN												
				5 años	Acetaminofén codeína 500mg/30mg	1-1-1	PRN												
				Años	Acetaminofén 500mg	2-2-2-2	PRN												
5 años	Hipotiroidismo	Si	P	5 años	Levotiroxina 100mcg	1-0-0 Lunes a Sábado	1-0-0 Lunes a Sábado		S	S	S	No hay							
3-4 años	Síntomas de la menopausia	Si	P	3-4 años	Estrógenos conjugados 0.625mg (vía oral)	0-0-1	0-0-1		S	S	S	No hay							
				3-4 años	Estrógenos conjugados 0.0625% (vía tópica)	2g HS 3 veces/sem.	2g HS												
3-4 años	Dislipidemias	¿?	P	3-4 años	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	?	S	¿?	S	?							
Años	Alergia nasal y en piel	No	P	2015	Hidroxizina 10mg	1-0-1	1-0-1	Dosis no adecuada	S	N	S	Inefectividad cuantitativa							
3 años	Resequedad ocular	No	P	3 años	Lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa)	1-2 gotas PRN	1-2 gotas PRN	Dosis no adecuada	S	N	S	Inefectividad cuantitativa							
Años	Insomnio	No	B					PSIT				PS no tratado							

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado

Observaciones y datos clínicos:

Hormonas tiroideas 3 meses antes de iniciar con el SFT: T4 libre: 1,42ng/dL ; TSH:0,43 µIU/ml. Dolor de la fibromialgia: 9 de los 19 puntos, más 4 puntos adicionales, para un total de 13 puntos de dolor, al inicio del SFT.

ANEXO II. ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 2.06.2015				Sexo: Mujer				Edad: 50				IMC: 23,12 kg/m ²				Alergias: Penicilina			
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación											
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	P. presc.	P. usada	PRM	N	E	S	RNM							
5 años	Fibromialgia	?	B	5 años	Fluoxetina 20mg	0-0-2	0-0-2	?	S	?	S	?	?						
				5 años	Sulindaco 200mg	1-0-1	PRN												
				5 años	Acetaminofén codeína 500mg/30mg	1-1-1	PRN												
				Años	Acetaminofén 500mg	2-2-2-2	PRN												
5 años	Hipotiroidismo	Si	P	5 años	Levotiroxina 100mcg	1-0-0 Lunes a Sábado	1-0-0 Lunes a Sábado		S	S	S								
3-4 años	Síntomas de menopausia	Si	P	3-4 años	Estrógenos conjugados 0.625mg (vía oral)	0-0-1	0-0-1		S	S	S								
				3-4 años	Estrógenos conjugados 0.0625% (vía tópica)	2g HS 3/sem.	2g HS												
3-4 años	Dislipidemias	?	P	3-4 años	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	?	S	?	S	?							
Años	Alergia nasal y en piel	No	P	2015	Hidroxizina 10mg	1-0-1*	1-0-1*		S	N	S								
3 años	Resequedad ocular	No	P	3 años	Lágrimas artificiales (carboximetilcelulosa)	1-2/6-8h	1-2/6-8h		S	N	S								
Años	Insomnio	No	B					PSIT				PS no tratado							

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado

Observaciones y datos clínicos:

Hormonas tiroideas 3 meses antes de iniciar con el SFT: T4 libre: 1,42ng/dL ; TSH:0,43 µIU/ml. Dolor de la fibromialgia: 9 de los 19 puntos, más 4 puntos adicionales, para un total de 13 puntos de dolor, al inicio del SFT.

result&search=conjugated+estrogens&selectedTitle=1%7E113#F8090925

7. Estrógenos conjugados (vía tópica) : Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/conjugated-equine-estrogens-topical-drug-information?source=search_result&search=conjugated+estrogens&selectedTitle=3%7E113
8. Lovastatina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/lovastatin-drug-information?source=search_result&search=lovastatina&selectedTitle=1%7E123
9. Hidroxizina: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/hydroxyzine-drug-information?source=search_result&search=hidroxizina&selectedTitle=1%7E66#F181159
10. Carboximetilcelulosa: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 Abril 10] Disponible en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/carboxymethylcellulose-drug-information?source=search_result&search=carboximetilcelulosa&selectedTitle=1%7E37
11. Crofford LJ. Chapter 396. Fibromyalgia. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. [Internet]. 19e. Estados Unidos: McGraw-Hill; 2015. [citado 29 de abril de 2016]. Disponible en <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/content.aspx?bookid=1130&Sectionid=79751176>
12. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud de Costa Rica; [citado 29 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/informacion/productos-registrados>

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UNA PACIENTE CON FIBROMIALGIA COMO PARTE DEL CURSO ATENCIÓN FARMACÉUTICA II DE LA LICENCIATURA EN FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Johana Sánchez Zamora, Victoria Hall Ramírez.

e-mail: farmhall12@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente femenina de 56 años de edad, habitante de la ciudad de Heredia. La paciente es cuidadora de su padre, el cual tiene una edad de 102 años.

En octubre del 2014, por medio de exámenes de laboratorio, el médico de cabecera le informó que sus valores de lípidos eran lo suficientemente altos como para iniciar una terapia con estatinas. Los valores reflejados en los exámenes, eran los siguientes: Colesterol Total: 282 mg/dL; Triglicéridos: 114 mg/dL; LDLc: 201 mg/dL. En marzo del 2015, al momento de la primera entrevista, los valores son los siguientes: Colesterol Total: 225 mg/dL; Triglicéridos: 131 mg/dL; LDLc: 138 mg/dL

Lo anterior demuestra que aunque los valores del perfil lipídico no han llegado aún a valores meta, los mismos están disminuyendo.

Dado que la paciente es cuidadora de su padre, y en virtud de la gran cantidad de labores y el esfuerzo asociado a dicho cuidado, la paciente comenta que constantemente siente dolor de rodilla y cadera. Indica que el dolor lo siente principalmente al levantar a su padre para bañarlo, o al enderezarlo sobre la cama para alimentarlo. A marzo del 2015, la paciente no había recibido un tratamiento médico para dicho problema de salud y se automedicaba con celecoxib.

En el 2012, el ginecólogo le diagnosticó osteopenia, y desde entonces ha estado tomando tratamiento, sin embargo admite que lo olvida de vez en cuando.

A nivel emocional, la paciente indica que por más de un año, ha presentado estrés, ansiedad e inclusive se siente deprimida, producto del horario de cuidado del papá. Menciona que el cansancio que siente es tan grande, que en varias ocasiones ha tenido deseos de morir.

Durante las entrevistas, la paciente menciona que duerme menos de 30 horas semanales pues su padre - como sufre de demencia senil y presenta miedo a la oscuridad de la noche - no logra dormir, inclusive durante períodos de 24 horas, por lo tanto, la paciente tampoco logra dormir.

A la paciente se le realizó el Test de Morisky-Green-Levine con el fin de medir su adherencia a los medicamentos que consume, y el resultado mostró que no es adherente.

A marzo del 2015, la paciente utiliza los siguientes medicamentos: Lovastatina 20 mg, Osteomax 70 PLUS (Ácido alendrónico 70 mg/ Vitamina D3 2800 UI), Celebra (Celecoxib 200 mg).

FASE DE ESTUDIO

Celecoxib^{1,2}

Necesidad: Medicamento utilizado para el manejo de dolor agudo.

Efectividad: La dosis es de 200mg cada 12 horas. La evaluación de la efectividad se hace con base a la sintomatología de la paciente.

Seguridad: 0,1- 1,9 % asociada a riesgos cardiovasculares. Sin relevancia para el caso en estudio

Vitamina d₃^{1,5}

Necesidad: Medicamento utilizado como suplemento. Se reporta el uso off-label en caso de osteoporosis.

Efectividad: En el caso de osteoporosis, en personas mayores de 50 años, la dosis vía oral es de 800-1000 unidades por día. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de densitometría ósea.

Seguridad: Sin relevancia para el caso en estudio

Ácido alendrónico^{1,3}

Necesidad: Medicamento utilizado para el tratamiento de la osteoporosis.

Efectividad: 70 mg semanales. Administrar el medicamento en las mañanas y 30 minutos antes de comidas. No acostarse en los 30 minutos siguientes. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores de densitometría ósea.

Seguridad: Sin relevancia para el caso en estudio

Lovastatina^{1,4}

Necesidad: Medicamento utilizado para el tratamiento de las dislipidemias.

Efectividad: Inicialmente 20 mg al día administrados con la cena. Ajustar en un intervalo de 4 semanas. Dosis máxima 80 mg. La evaluación de la efectividad se hace con base a los valores del perfil lipídico.

Seguridad: Dolores de cabeza se pueden presentar de un 2 a un 3%, sin embargo la paciente presenta los dolores de cabeza desde hace más de un año, por lo tanto el medicamento es considerado seguro.

FASE DE EVALUACIÓN

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Estrés Crónico	-	Problema de Salud no Tratado	Problema de Salud no Tratado	Asociado a la situación que enfrenta la paciente como cuidadora de un adulto mayor.
Falta de Sueño	-	Problema de Salud no Tratado	Problema de Salud no Tratado	Paciente realiza jornadas de cuidado de hasta 24 horas. No duerme lo suficiente y la calidad de su sueño depende del estado físico y mental de su padre.
Cansancio	-	Problema de Salud no Tratado	Problema de Salud no Tratado	Asociado a la falta de sueño, a la depresión y al horario con el que cuida a su padre.
Depresión	-	Problema de Salud no Tratado	Problema de Salud no Tratado	Paciente comenta que tiene deseos de morir. No siente que su problema tenga solución
Dolores de Cabeza	-	Problema de Salud no Tratado	Problema de Salud no Tratado	Paciente se queja de fuertes dolores de cabeza, que presenta principalmente a la hora de dormir.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En general, el plan de actuación con la paciente consta de las siguientes acciones:

1. Mejorar la actitud de la paciente ante la problemática que actualmente se encuentra viviendo.
2. Mejorar los hábitos de alimentación y la calidad de horas de sueño.
3. Disminuir y controlar los niveles de estrés y cansancio que presenta la paciente.

4. Controlar los dolores de cabeza de la paciente.
5. Mantener controlados los dolores de rodilla y de cadera de la paciente.
6. Continuar con el descenso en los niveles de lípidos en la sangre.

A continuación, el desglose de cada una de ellas:

Estrés crónico

Dado que el estrés crónico se relacionó con las jornadas asociadas al cuidado del padre de la paciente, y mientras se logra reorganizar el horario de cuidado, con la colaboración de otros familiares, se optó por indicar medidas no farmacológicas para ayudar en el problema de salud.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Se hace entrega del material informativo elaborado sobre ejercicio y técnicas de respiración. Con el fin de mejorar la actitud que presenta la paciente ante la situación que se encuentra viviendo, como cuidadora de un adulto mayor, se le adecúa a una rutina de ejercicio acompañada de técnicas de respiración. La paciente llena un cuadro en el cual indica la fecha en que realizó ejercicio, la actividad que realizó (caminar, pilates o yoga), la duración de la actividad y cómo se sintió al finalizar la actividad.

Asimismo se le entrega a la paciente una guía de ejercicios de estiramiento que debe de realizar previo a cualquier actividad física.

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente indica sentirse menos estresada y ansiosa; se siente mucho mejor al realizar ejercicio.

Cansancio

Dado que el cansancio se relacionó con las jornadas asociadas al cuidado del padre de la paciente, y mientras se logra reorganizar el horario de cuidado, con la colaboración de otros familiares, se optó por tratar dicho problema de salud con el medicamento Potenciator (aspartato de arginina), indicándose 1 ampolla bebible por día, por 20 días.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Se hace entrega del material informativo elaborado sobre alimentos funcionales y rutinas de ejercicios, y se recomienda el uso de aspartato de arginina.

Se le confeccionan 2 pastilleros a la paciente, de forma que no olvide tomar sus medicamentos, incluyendo el Potenciator; uno de los pastilleros es para tenerlo en su casa y otro en casa de su padre.

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente indica que con el consumo del fármaco y con la ayuda de su rutina de ejercicios, su cansancio ha disminuido considerablemente.

Dolor de cabeza

Si bien el dolor de cabeza es posible que esté ligado a las jornadas asociadas al cuidado del padre de la paciente, mientras se organizaba la reunión familiar, se solicitó a la paciente realizarse un examen de la vista para descartar problemas oculares.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Se solicitó a la paciente el realizarse un examen de vista para descartar que el dolor de cabeza se deba a problemas oculares. Asimismo se monitoriza la presión arterial de la paciente en los días de cuidado y en los días de no cuidado. Con lo anterior se logra observar que en realidad los valores de presión arterial no se ven afectados por los días de cuidado.

Fecha: 02 de junio del 2015

La paciente no ha realizado el examen de la vista; indica que aún presenta dolores de cabeza, pero de menor intensidad y con menor frecuencia.

Depresión y problemas de sueño

Dado que el cuadro de depresión y la falta de sueño se relacionaron directamente con las jornadas asociadas al cuidado del padre de la paciente, se organizó una reunión familiar, donde se planteó la situación por la que pasa la paciente y la necesidad de contar con la colaboración de otras personas en el cuidado del adulto mayor.

Fecha: 15 de mayo del 2015

Durante la reunión se abordan temas como el costo asociado a cuidar al adulto mayor, si el servicio se contratara de manera externa y por otro lado, la afectación que estaba teniendo las jornadas extenuantes de cuidado, sobre la vida de la paciente. Una vez finalizada la reunión y con el apoyo de su familia, la paciente pasó de tener una jornada de 18 horas de cuidado, de lunes a viernes, a una jornada de 18 horas de cuidado los lunes y los miércoles. Adicionalmente, se elaboran varios mensajes positivos para que la paciente pueda leerlos cuando se sienta triste.

Fecha: 10 de junio del 2015

La paciente indica sentirse mejor, descansada y positiva.

De manera adicional, se trabajó con la paciente los siguientes temas:

- Adherencia, a través de dos pastilleros, uno para tenerlo en su casa y otro en casa de su papá. Varias semanas después, se volvió a pasar el instrumento de medición de la adherencia y el resultado es positivo.
- Recomendaciones no farmacológicas para el manejo del dolor de rodilla y de cadera, incluyendo ejercicios de estiramiento, ejercicios como caminatas, yoga y pilates, uso de zapatos cómodos y el uso de compresas de hielo. Al mismo tiempo se le indicó a la paciente que apenas le fuera económicamente posible, la importancia de realizarse un nuevo examen de densitometría ósea.
- Continuar con la disminución de los valores del perfil lipídico: se le entregó a la paciente una lista de alimentos que debía consumir, tales como: espinacas, remolacha, té verde, y frutos secos, con el fin no solo de fomentar su buena alimentación, sino de aportarle energía.

DISCUSIÓN DEL CASO

Una de las principales funciones del profesional farmacéutico consiste en la promoción del uso correcto de los medicamentos. Un estudio completo de la medicación de un paciente, puede lograr que los objetivos

terapéuticos planteados sean más fácilmente alcanzables.

Si bien es cierto, el abordaje farmacológico del presente caso no es complejo, la intervención realizada por el profesional farmacéutico, demostró ir más allá del mero estudio de los medicamentos y sus efectos, recalcando la verdadera meta de nuestra profesión, es decir, mejorar la calidad de vida del paciente, a través de diferentes intervenciones farmacéuticas.

La paciente tenía una serie de problemas de salud no tratados, que en realidad, la mayoría, podían asociarse al cansancio extremo y a la soledad que afrontaba a cuidar a su padre.

Con la ayuda de un profesional, no sólo se cambió la vida de esta paciente, sino que se logró sensibilizar a la red de apoyo de la pacientes y del adulto mayor.

Una vez concluida esta primera etapa del seguimiento, se podrían mencionar algunos puntos importante referentes a las intervenciones por parte de un profesional en farmacia:

- Es indispensable que una persona cumpla no solo con horarios adecuados de alimentación sino, horarios establecidos de sueño.
- La confección de pastilleros es de gran utilidad para fomentar adherencia terapéutica en los pacientes.
- La indicación farmacéutica, como otro servicio más de los que se brindan en una farmacia, puede mejorar un problema de salud de un paciente, tal como lo hizo en este caso, la indicación del aspartato de arginina para el problema de cansancio.
- Durante el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes es importante realizar intervenciones farmacéuticas que van más allá de los medicamentos y que como en este caso, abordaron acciones que finalmente terminaron por empoderar a la paciente de su situación.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	Vía comunicación	Intervención (Describir acción)	Resolución del RNM (Sí/No)
cansancio extremo	PS no Tratado	-	Escrita F-P	Se le recomendó a la paciente consumir alimento funcionales. Además se le indicó a la paciente el uso de aspartato de arginina (Potenciador) con el fin de aumentar sus niveles de energía. Se le entregó a la paciente una lista de los alimentos que debía consumir más a menudo, para que la pegara en su refrigeradora.	Sí
Estrés Crónico	PS no Tratado	-	Escrita F-P	Se le recomendó a la paciente realizar ejercicio. Asimismo con la implantación del nuevo horario de cuidado, la paciente logró sentirse más motivada.	Sí
Depresión	PS no Tratado	-	Escrita F-P	Reunión familiar para modificar el horario de cuidado de la paciente hacia su padre adulto mayor.	Sí

Dolor de Cabeza	PS no Tratado	-	Verbal F-P	Se le indicó a la paciente la importancia de realizarse un examen ocular, sin embargo la paciente indica que no se lo realizó. Sus dolores de cabeza son menos frecuentes, pero siguen estando presentes.	No
Falta de Sueño	PS no Tratado	-	Escrita F-P	Reunión familiar para modificar el horario de cuidado de la paciente hacia su padre adulto mayor.	Sí

Escrita F-P: Escrita Farmacéutico - Paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Pharmacists Association. (2014). Drug Information Handbook with International Trade Names Index. 23rd edition. Unites States: Lexicomp.
2. Celecoxib: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 mayo 20] Disponible en: http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/celecoxib-drug-information?source=search_result&search=celecoxib&selectedTitle=1-97
3. Alendronate: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 mayo 20] Disponible en: http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/alendronate-drug-information?source=search_result&search=alendronic+acid&selectedTitle=1-75
4. Lovastatin: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 20 de mayo] Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/lovastatin-drug-information?source=search_result&search=lovastatina&selectedTitle=1-123
5. Vitamina D3: Drug Information Lexicomp® [Internet]. Estados Unidos: Wolters Kluwer. [citado 2015 mayo 20] Disponible en http://www.uptodate.com/contents/vitamin-d3-cholecalciferol-drug-information?source=search_result&search=vitamina+d3&selectedTitle=1-150#F150797

ANEXO I. PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 18.03.2015		Sexo: Mujer		Edad: 56		IMC: 25,63 kg/m ²		Alergias: No				
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	Pauta. presc.	Pauta usada	PRM	N	E	S	RNM
>1 año	Dolor (cabeza)	N	B					PSIT				PS no tratado
Oct.2014	Dislipidemias	S	P	Oct.2014	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	Incumplimiento	S	S	S	
2013	Osteopenia	¿?	R	2013	Ác. alendrónico 70mg	1/sem.	1/sem	Incumplimiento	S	¿?	S	
					Vit D ₃ 2800UI	1/sem.	1/sem				S	
Oct.2014	Dolor (rodilla y cadera)	S	B	Oct.2014	Celecoxib 200mg	0-1-0	0-1-0	Incumplimiento	S	S	S	
?	Falta de sueño	N	B					PSIT				PS no tratado
?	Cansancio	N	B					PSIT				PS no tratado
?	Depresión	N	B					PSIT				PS no tratado
?	Estrés crónico	N	B					PSIT				PS no tratado

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado

Observaciones y datos clínicos:

Octubre 2014: Colesterol Total: 282 mg/dL; Triglicéridos: 114 mg/dL; LDLc: 201 mg/dL

Marzo 2015: Colesterol Total: 225 mg/dL; Triglicéridos: 131 mg/dL; LDLc: 138 mg/dL

Lo anterior demuestra que aunque los valores del perfil lipídico no han llegado aún a valores meta, los mismos están disminuyendo.

ANEXO II. ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Fecha: 16.06.2015		Sexo: Mujer		Edad: 56		IMC: 25,63 kg/m ²		Alergias: No				
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				
Inicio	PS	Cont	Preoc	Inicio	Principio Activo	Pauta. presc.	Pauta usada	PRM	N	E	S	RNM
>1 año	Dolor (cabeza)	N	B					PSIT				PS no tratado
Oct.2014	Dislipidemias	S	P	Oct.2014	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1		S	S	S	
2013	Osteopenia	¿?	R	2013	Ác. alendrónico 70mg	1/sem.	1/sem		S	¿?	S	
					Vit D ₃ 2800UI	1/sem.	1/sem				S	
Oct.2014	Dolor (rodilla y cadera)	S	B	Oct.2014	Celecoxib 200mg	0-1-0	0-1-0		S	S	S	
?	Falta de sueño	S	B									
?	Cansancio	S	B									
?	Depresión	S	B									
?	Estrés crónico	S	B									

PS: Problema de salud; Cont: Controlado; Preoc: Preocupa; Poco (P); Regular (R); Bastante (B). PSIT: PS insuficientemente tratado

Observaciones y datos clínicos:

Octubre 2014: Colesterol Total: 282 mg/dL; Triglicéridos: 114 mg/dL; LDLc: 201 mg/dL

Marzo 2015: Colesterol Total: 225 mg/dL; Triglicéridos: 131 mg/dL; LDLc: 138 mg/dL

Lo anterior demuestra que aunque los valores del perfil lipídico no han llegado aún a valores meta, los mismos están disminuyendo.

Indice de comunicaciones

- 71 ¿Se implica lo suficiente el paciente en el control de su diabetes mellitus tipo 2?
- 69 A qualitative meta-synthesis of factors that influence the implementation of community pharmacy services in australia: the perspectives of patients, nurses and general practitioners.
- 107 Actitudes hacia el consumo de marihuana medicinal en estudiantes de la carrera de químico farmacéutico biólogo de la universidad autónoma de Nuevo León.
- 49 Adquisición de habilidades de comunicación con el paciente en el aula simulada de la facultad de farmacia de albacete durante las prácticas de atención farmacéutica y técnicas de comunicación.
- 57 Atención fitofarmacéutica en el tratamiento de los efectos adversos de la terapia contra el cáncer.
- 87 Automedicación en universitarios del área médica y área no médica en monterrey nl, méxico 2014
- 48 Caracterización del servicio de SFT en pacientes con enfermedades infecciosas: principales resultados de la estrategia didáctica de análisis de caso como proyecto de la maestría en atención farmacéutica de la universidad de Costa Rica.
- 82 Concordancia de la utilización de teriparatide o ácido zoledrónico en pacientes con osteoporosis en Colombia con recomendaciones internacionales.
- 58 Confección de guías para la toma de decisión en el manejo de pacientes pediátricos febriles en el ámbito de la farmacia comunitaria.
- 39 Conocimiento del rol del farmacéutico en orientar acerca del uso de medicamentos por los alumnos de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- 96 Correlación entre la actividad clínica por das-28 y ecografía en pacientes con artritis reumatoide .
- 52 Coste-efectividad de los servicios profesionales farmacéuticos realizados en farmacia comunitaria: resultados preliminares de una revisión sistemática.
- 100 Costes asociados a la individualización posológica de fármacos biológicos en enfermedades inflamatorias reumáticas
- 61 Desarrollo de modelos de servicio de cuidado farmacéutico en la red de atención a la salud de un municipio de grande porte de Brasil.
- 62 Desarrollo de un mecanismo de referencia y contrarreferencia de servicios de cuidado farmacéutico en la red de atención a la salud de un municipio de Grande Porte de Brasil.
- 56 Desarrollo e implementación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico en usuarios adultos mayores polimedcados de un centro de atención primaria de salud.
- 46 Desarrollos en la adquisición de competencias clínicas entre los estudiantes de licenciatura en farmacia.
- 106 Diabetes mellitus tipo 2: nuevos tratamientos.
- 44 Diseño de un blog y repositorio con experiencias en casos de atención farmacéutica de medicina tradicional en iberoamérica, un recurso educativo digital.
- 63 Diseño de un esquema de atención farmacéutica de aplicación en medicina tradicional. (caso croton draco schltld. & cham.).
- 68 Diseño de un protocolo para la atención farmacéutica a los pacientes diabéticos .
- 60 Educational training program for primary care pharmacists to establish pharmaceutical clinical services integrated with health care networks in a large municipality in Brazil.
- 99 Efecto de bata blanca en la farmacia comunitaria en individuos no hipertensos: estudio screenbpharm.
- 84 Efecto de la descontaminación digestiva selectiva sobre las tendencias en la resistencia bacteriana de microorganismos gram positivos.
- 89 El rol del farmacéutico como asesor en pacientes con disfunción sexual
- 90 El rol del farmacéutico en el manejo de los síntomas y consecuencias relacionados con la modificación del perfil lipídico en mujeres menopáusicas.
- 73 Estudio de las prescripciones con visados en un hospital de tercer nivel
- 86 Estudio de percepción del riesgo hacia reacciones adversas a medicamentos entre estudiantes de diferente perfil académico
- 88 Expectativas de los pacientes hacia la terapia farmacológica en monterrey, méxico. un estudio exploratorio.
- 70 Experiencia en la implementación de atención farmacéutica en pacientes ambulatorios.
- 95 Factores asociados a la incidencia de la automedicacion en trabajadores asistemciales de salud, juliaca enero – marzo, 2016
- 78 Factores determinantes en la adherencia en el tratamiento en el paciente con diabetes mellitus tipo 2: perspectiva de médicos,

- farmacéuticos comunitarios y pacientes. estudio adheri2.
- 74 Factores determinantes para la implantación del servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria.
- 101 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antihipertensivo
- 98 Fomento de la farmacovigilancia, como un servicio profesional farmacéutico: la experiencia del trabajo conjunto entre academia e industria farmacéutica
- 44 Impact of distance education on academic achievement in pharmaceutical care course.
- 77 Impacto de la atención farmacéutica sobre el RCV de pacientes-VIH mayores de 50 años en riesgo moderado-elevado.
- 110 Integración de la FC en el equipo de conciliación: mejora de la seguridad y adherencia en paciente con infección respiratoria de origen nosocomial y bajo nivel socio-cultural.
- 47 Integration of the pharmacists' patient care process to the doctor of pharmacy program.
- 94 Intervención farmacéutica para la mejora de la adherencia y conocimiento sobre la medicación oftálmica en pacientes crónicos polimedicados
- 40 Intervenciones farmacéuticas en la comunidad: un acercamiento de los estudiantes a la atención centrada en las necesidades del paciente.
- 105 Laxantes: quienes, cuales y como los consumimos.
- 102 Los Sysadoa mejoran la calidad de vida de los pacientes con artrosis, ¿plantea esto un nuevo protocolo de actuación?
- 81 Manejo farmacoterapéutico del paciente hospitalizado con enfermedad de parkinson. desarrollo de estrategias de mejora.
- 65 Medicación potencialmente inadecuada en pacientes ancianos polimedicados en atención primaria y mejora de la seguridad de los pacientes.
- 103 Medicamentos causantes de toxicidad hepática: revisión sistemática
- 97 Nueva era para la farmacia asistencial: medicamentos celulares
- 42 Perception of pharmaceutical care students about distance education.
- 51 Planning a leading cardiovascular care model integrating community pharmacy services: preliminary results of a stakeholder proposal.
- 41 Preferencias de los alumnos en su formación práctica en las diferentes actividades profesionales farmacéuticas.
- 92 Prescripción de medicamentos que prolongan el intervalo qt en atención primaria
- 108 Prescripciones médicas: grado de cumplimiento de lineamientos oficiales mexicanos en muestra aleatoria del área metropolitana de la cd. de Monterrey, n.l., México.
- 64 Propuesta de inclusión del farmacéutico en el abordaje de la enfermedad de chagas - maza desde la farmacia comunitaria.
- 66 Propuesta de un algoritmo para la actuación profesional en la dispensa y educación continua, con plantas medicinales y fitoterapicos utilizados en el tratamiento del insomnio en farmacias comunitarias.
- 54 Protocolo de conciliación de la medicación entre farmacia hospitalaria, atención primaria y farmacia comunitaria en pacientes ingresados en el servicio de medicina interna.
- 93 Resultados negativos asociados a fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide
- 79 Resultados negativos de la medicación en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con medicamentos biotecnológicos en un centro de atención primaria en cali en el segundo semestre de 2015.
- 80 Resultados negativos de la medicación en pacientes con riesgo cardiovascular en diferentes ámbitos de atención en salud, en Cali (Colombia).
- 53 Revisión sistemática de intervenciones farmacéuticas en pacientes con asma: componentes principales y dosis reportada.
- 114 Seguimiento farmacoterapéutico a un paciente con cansancio y contractura muscular como parte del curso atención farmacéutica ii de la licenciatura en farmacia de la universidad de Costa Rica.
- 121 Seguimiento farmacoterapéutico a una paciente con fibromialgia como parte del curso atención farmacéutica ii de la licenciatura en farmacia de la universidad de Costa Rica.
- 129 Seguimiento farmacoterapéutico a una paciente con fibromialgia como parte del curso atención farmacéutica ii de la licenciatura en farmacia de la universidad de Costa Rica.
- 47 Seguimiento farmacoterapéutico en la formación de posgrado: el caso de la maestría profesional en atención farmacéutica de la universidad de Costa Rica.
- 67 Use of telemedicine in spanish patients with type 2 diabetes mellitus.
- 72 Validación de un instrumento de registro de consultas de indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Costa Rica



Diagnostics

