

Ars Pharmaceutica

Ars Pharm. 2011; 52(suppl1)

FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE GRANADA. ESPAÑA

<http://farmacia.ugr.es/ars>



FARMACIA SERVICIOS REALES

XI Simposium de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico

simpodader 2011

organizado por:

 Grupo de investigación en
Atención Farmacéutica
Universidad de Granada



COLEGIO OFICIAL DE
FARMACÉUTICOS
DE CANTABRIA

Ars Pharmaceutica

Ars Pharm. 2011; 52(suppl1)

FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE GRANADA. ESPAÑA

<http://farmacia.ugr.es/ars>

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

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

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

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

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

Consejo de Redacción: MA. Calleja (Atención Farmacéutica); R Delgado (Dpto. de Edafología); F. Fernández-Llimós (Atención Farmacéutica); M.A. Gallo (Dpto. Química Farmacéutica); T de Haro (Análisis Clínico Hospital Clínico); P. Hortelano (Dpto. Bioquímica y Biología Molecular); F. Lisbona (Dpto. de Fisiología); C. Martín (Farmacia y Tecnología Farmacéutica); J. Molero (Dpto. de Botánica); O. Moreno (Dpto. de Medicina Preventiva); C. Navarro (Dpto. de Farmacología); J. Niclos (Dpto. de Química Inorgánica); F. Ocaña (Dpto. de Estadística); A. Perez de la Cruz (Nutrición Clínica Hosp. Virgen de las Nieves); A. Plá (Dpto. de Toxicología); B. Quintero (Dpto. Química Física); A. Ramos (Dpto. Microbiología); L. Recalde (Dpto. Biología Vegetal); A. Ruiz-Bravo (Dpto. de Microbiología); A. Ruiz-Martínez (Dpto. de Tecnol. Farmacéutica); MD. Suarez (Dpto. de Bioquímica); A. valero (Dep. de Parasitología). Universidad de Granada.

Consejo Asesor: T. Alfonso, P. Bustamante, M. Rodríguez-Puyol, L. Gómez-Pellico (Alcalá de Henares); M. Sumnu (Ankara); T. Kakoulidou (Athens); J. M. Suñé (Barcelona); R. Pinzón (Bogotá); A. Fini (Bologna); J. Csöllei (Brno); J. Fontaine, B. Rombaut, R. K. Verbeeck (Bruxelles); Z. Vincze (Budapest); G. Ronsisvalle (Catania); C. Calvo (Concepción); C. B. Huespe, M. Martínez-Bertorello (Córdoba); C. Anaya (Cholula-Puebla); W. E. Muller (Frankfurt); R. Wintersteiger (Graz); D. D. M. Hamburger (Jena); M. Sapragnoniené (Kaunas); Z. Janeczko (Krakow); Breimer (Leiden); L. M. Rodrigues (Lisboa); J. Kristi (Ljubljani); B. Del Castillo (Madrid); G. Dannhardt (Mainz); J. L. Agbo (Mendoza); M. Adrián (Mérida); P. Faggiolino (Montevideo); G. Blaschke (Münster); A. Martí (Pamplona); A. Soto (Panamá); P. Cordopatis (Patras); T. Rescala (La Paz); T. A. do Carmo (Piracicaba); G. De Battista (Posadas); L. San Román (Salamanca); L. H. Tagle (Santiago); E. Raviña (Santiago de Compostela); J. Raba (San Luis); G. Bombi, I. Erös, G. Falkay, F. Fülöp, I. Máthé, G. Soós (Szeged); P. Veski (Tartu); J. L. Ríos (Valencia); J. Sallés (Vitoria); D. Wozniak (Wroclaw).

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

© UNIVERSIDAD DE GRANADA
ARS PHARMACEUTICA
ISSN: 0004-2927
Depósito Legal: GR.17-1960

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

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

ARS PHARMACEUTICA publica trabajos originales, originales breves, artículos de revisión, notas clínicas, notas metodológicas, artículos especiales y cartas al director relacionados con cualquier aspecto de la salud pública y farmacia.

Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación, en primer lugar por el comité editorial y, si procede, por revisores/as externos/as.

Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas en su versión de octubre de 2007 (disponibles aquí en español y en inglés en <http://www.icmje.org>), y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas instrucciones producirá inevitablemente un retraso en el proceso editorial y en la publicación del manuscrito, y también puede ser causa de rechazo del trabajo.

Tipos de artículos

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

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

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

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

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

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

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

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

Remisión de trabajos

Los/las autores/as deberán remitir los trabajos a la dirección de correo electrónico ars@ugr.es.

Más información sobre las normas de autores en <http://farmacia.ugr.es/ars>

FARMACIA SERVICIOS REALES

XI Simposium de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico

simpodader 2011

comités

COMITÉ ORGANIZADOR:

Marta Fernández-Teijeiro Alvarez (Presidente)
Antonieta de Andrés Dirube
Javier Rapado Santaolalla
Carmen Busto Barbarín
Javier Lombilla
Ana Santamaría de Pablos
Eduardo Méndez-Villamil Mata
María Asunción Compostizo Catalá
José P. García Corpas
Ana B. Moreno López

COMITÉ CIENTÍFICO:

María del Carmen Ramirez Tortosa
Fernando Martínez Martínez
María José Faus Dáder
María Isabel Baena Parejo
Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
Laura Tuneu i Valls
Emilio García Jimenez
Daniel Sabater Hernández
Pilar García Delgado
Paloma Fajardo Paredes
Jaime Vargas Rivas
José P. García Corpas
Ana Ocaña Arenas
Antonio Pintor Marmol
Loreto Saez-Benito Suescum
María José Casado de Amenzúa Sánchez
Narjis Fikri Bembrahim
Victoria García Cárdenas
Mercedes Torné Torres
Javier Rapado Santaolalla

programa

JUEVES 2 DE JUNIO

15:00h. Entrega de documentación. Colocación de Posters.

16:30h. Bienvenida a los congresistas.

Marta Fernández-Teijeiro (Presidenta del COF Cantabria)

Conferencia inaugural: "Programa conSIGUE: "Estado actual del programa y resultados preliminares". Dr. Martínez Martínez (GIAF-UGR)

17:30h. Mesa Redonda: "SFT en la farmacia comunitaria"

María José Casado de Amezúa Sánchez

Carla Castrillón Ocampo

Modesta Gil García

María Aranzazu Noainn Calabuig

19:00h. Bienvenida y acogida a la ciudad

20:00h. Cóctel de bienvenida

VIERNES 3 DE JUNIO

09:30h. Taller: "Investigación en Atención Farmacéutica"

Docentes: Daniel Sabater Hernandez y José P. García Corpas

09:30h. Taller: "Casos en SFT"

Docentes: Emilio García Jiménez

09:30h. Taller: "Comunicación Farmacéutico-Paciente"

Docentes: Victoria García Cardenas y Narjis Fikri Bembrahim

11:30h. Pausa Café

12:00h. Continuación de los talleres

13:00h. Comida de trabajo

15:30h. Mesa Redonda: "Colaboración entre profesionales sanitarios"

Daniel Sabater Hernández

Eduardo Satúe de Velasco

Flor Álvarez de Toledo - Raimundo Pastor Sánchez

Raquel Varas Doval

Javier Romero Sánchez

17:30h. Pausa Café

18:00h. Mesa Redonda : "Papel del Farmacéutico en las enfermedades crónicas"

Yolanda Tallaeche

Joaquina Cruz Puche

María Elena Jorge Rodríguez

Pilar Méndez-Mora Figueroa

21:00h. Cena de clausura

SABADO 4 DE JUNIO

09:45h. Comunicaciones orales

11:00h. Pausa Café

11:30h. Mesa Redonda: "El Farmacéutico en el equipo multidisciplinar"

Francisco José Marín

David de Pablo Marcos

Damià Barris Blundell

Encarna Álvarez Ruiz

13:00h. Entrega de premios

13:30h. Acto de clausura

Es una satisfacción para los farmacéuticos de Cantabria celebrar en Santander el XI Simposio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Es un punto de encuentro entre compañeros con inquietudes similares y con ganas de trabajar y seguir avanzando siempre en la mejora del paciente.

Este año, como bien dice nuestro lema “FARMACIA: SERVICIOS REALES” se aportan datos y conclusiones de los logros que a lo largo de estos años de trabajo en el Seguimiento Farmacoterapéutico hemos conseguido.

Pero no nos quedemos en la autocomplacencia sino que, ahora que este servicio es real, tenemos que buscar fórmulas para mejorarlo e ideas nuevas para seguir creciendo. Y eso es lo que se pretende a lo largo de las distintas Mesas de Trabajo, en los diferentes talleres y a través de los posters presentados.

Las Mesas sobre “Seguimiento farmacoterapéutico” y “El farmacéutico en el equipo multidisciplinar” son una buena oportunidad de formación para los compañeros que empiezan y, además, un reciclaje para aquellos que ya forman parte de este “servicio real de la Farmacia”.

El SIMPODADER XI supone, para los farmacéuticos comunitarios, un balón de oxígeno dentro de las preocupaciones diarias que tenemos y relacionadas con la gestión. Las medidas adoptadas por las Administraciones para controlar el gasto sanitario están teniendo una gran incidencia económica sobre la Farmacia y supone una preocupación que ocupa una parte muy importante de nuestro tiempo.

Una vez más, y como siempre hemos hecho, intentamos que el impacto de las mismas no afecten a la prestación farmacéutica que reciben los pacientes. Sin embargo, cada vez son más las oficinas de farmacia que no pueden mantener el nivel económico suficiente para garantizar esta calidad del servicio.

En este tipo de encuentros no podemos dejar de reivindicar nuestro papel esencial, mucho más allá de la dispensación del medicamento, que conlleva la colaboración con otros profesionales de la salud con el fin de optimizar los tratamientos de los pacientes y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos.

Es necesario que los gobiernos, en definitiva encargados de financiar los cuidados de salud de sus ciudadanos, reflexionen y ofrezcan los recursos y el marco normativo suficiente para fomentar estas prácticas.

Cada vez son más numerosas las corrientes que consideran que la retribución al farmacéutico por márgenes está agotado., que es necesario sustituirla por el “pago por servicio”, como un complemento al sistema actual. Por tanto, reivindicar el valor de la Farmacia adquiere aún más sentido por las medidas que ha sufrido en los últimos meses.

Debemos prepararnos e ir cimentando un futuro en el que se destaque el perfil profesional y el valor añadido de la Farmacia como agente sanitario, reforzando los servicios y ofreciendo una cartera de éstos que pueda ser remunerada por la Administración. En encuentros como el SIMPODADER se demuestra que podemos hacerlo porque como dice nuestro eslogan FARMACIA: SERVICIOS REALES.

Bienvenidos a Santander.

Marta Fernández-Teijeiro Álvarez
Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria
Presidenta del Comité Organizador del Simpodader 11

Conferencia inaugural

conSIGUE: programa para la evaluación e implantación del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados en farmacias comunitarias

Martínez Martínez F.
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

Diferentes factores socio-sanitarios que confluyen en la actualidad, tales como el envejecimiento de la población, el mayor consumo de medicamentos, la alta prevalencia de los fallos de la farmacoterapia, el excesivo gasto sanitario asociado, la necesidad de mejorar la calidad en el uso de los medicamentos así como el uso racional del medicamento y el momento profesional por el que pasa la farmacia comunitaria, han propiciado el nacimiento del programa conSIGUE.

El colectivo de pensionistas supone el 16.6% de los pacientes asegurados por el SNS a fecha de enero de 2009. Este colectivo, con altas tasas de polifarmacia, en esa misma fecha, contribuye al 77.1% del gasto en medicamentos y en productos sanitarios¹, a la vez que origina otros gastos sanitarios añadidos (ingresos hospitalarios, urgencias médicas, etc.). Las autoridades sanitarias tratan de abordar este problema utilizando diferentes medidas, en las que participen diferentes agentes de salud.

ConSIGUE pretende solucionar aquellos problemas asociados al uso de los medicamentos desde el ámbito de la farmacia comunitaria, contribuyendo a conseguir un sistema de salud coste-efectivo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además pretende demostrar que el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), como servicio cognitivo, puede ser una realidad en la farmacia comunitaria española.

ConSIGUE es un programa que integra una estrategia de investigación con una estrategia política y de comunicación desde un punto de vista eminentemente práctico. Además aborda el problema de la investigación de una manera holística, con el fin de obtener unos resultados sostenibles. El programa conSIGUE centra su estudio en los mayores polimedicados en la farmacia comunitaria y se realizará en dos fases de investigación; en la primera fase se persigue evaluar el impacto del servicio de SFT en los resultados clínicos económicos y humanísticos de los pacientes, mientras que en la segunda se pretende la implantación del servicio.

ConSIGUE está basado en la actual política sanitaria del Gobierno (mayores polimedicados) y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad así como del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) que participen en el mismo. Es por ello que conSIGUE puede entenderse como una buena plataforma de mejora tanto para los pacientes (mejoría clínica y de calidad de vida) como para las administraciones autonómicas (contención del gasto y racionalización del uso de medicamentos). En este sentido, conSIGUE pretende contar con la colaboración de los medios de comunicación profesionales, a nivel nacional y local. De esta forma se podrá trasladar a la sociedad de las diferentes comunidades autónomas (CCAA) los logros que se vayan consiguiendo, haciendo así visible a los usuarios de la farmacia comunitaria los beneficios potenciales del servicio a través de dicho programa, tanto para ellos a nivel clínico-sanitario, como para las autoridades sanitarias. Asimismo, es importante señalar que en relación con aspectos políticos, conSIGUE incluye a todas las organizaciones implicadas y busca su apoyo.

Como se ha comentado anteriormente, la estrategia de investigación se ha diseñado en dos diferentes fases.

Primera fase: "Impacto clínico, económico y humanístico del SFT"

En primer lugar se evaluó la aplicabilidad del diseño del estudio principal, realizándose en diferentes COF dos pre-pilotos (Granada y Murcia) y un piloto (Cádiz). Posteriormente se realizará el estudio principal en un número de provincias por determinar, entre tres y cinco, de manera que participen en el estudio unas 150 farmacias comunitarias con un total aproximado de 1.500 pacientes de intervención. Se medirá el impacto clínico, económico y humanístico del SFT mediante diferentes indicadores:

Clínicos:

- Indicadores de proceso de SFT.
- Indicadores de resultado de SFT.

Económicos:

- Análisis Coste-Efectividad.

Humanísticos:

- Años de vida ajustados por calidad de vida (AVAC).

Para abordar los objetivos del estudio principal de la primera fase, se ha previsto realizar una serie de intervenciones a diferentes niveles, que se describen a continuación:

El Grupo de investigación con:

- La formación de los Formadores Colegiales.
- Los farmacéuticos en la prestación del servicio.

Los Formadores Colegiales con:

- La farmacia comunitaria: apoyo para la realización del proceso del SFT y la investigación, colaborando con los farmacéuticos titulares. Además se incluyen aspectos de la organización y gestión de la farmacia.

El Farmacéutico con:

- El Paciente: proceso e impacto clínico del SFT.
- El Médico: proceso e impacto de la colaboración.

Una de las novedades que aporta conSIGUE para el desarrollo del SFT en la farmacia comunitaria es la figura del Formador Colegial. Se trata de un farmacéutico contratado por el COF de cada provincia participante, cuya función será facilitar la realización del servicio, tutelando, asesorando y sirviendo de nexo de unión entre los farmacéuticos comunitarios que realizan el SFT, el COF y el equipo investigador. Todo ello, supone la presencia del Formador Colegial en la farmacia comunitaria, ayudando al farmacéutico in situ. Además, el Formador Colegial actuará como un control necesario para la evaluación de los indicadores de proceso, que permitirán verificar que el servicio que se ofrece es sin duda el servicio de SFT.

Segunda fase del programa: "Implantación del servicio de SFT"

En la segunda fase del programa conSIGUE, se analizarán los resultados obtenidos en el estudio principal de la primera fase para aplicar definitivamente la estrategia de implantación del servicio. Es preciso aclarar que el objetivo de la implantación es alcanzar la provisión del SFT en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 20% de las farmacia españolas; entendiendo que todas las farmacias comunitarias deben tener la oportunidad de realizar (implantar) el

servicio. Esta fase de implantación supondrá un intenso trabajo con los COF, por lo que se debería incorporar en sus estructuras colegiales la figura del Formador Colegial, pieza clave en el estudio principal, pero más importante, si cabe, en la fase de implantación del servicio.

En la actualidad, incluso antes de haber iniciado el estudio principal, ya hay dos estudiantes de doctorado realizando una revisión bibliográfica sobre la implantación de servicios a nivel internacional que está poniendo de manifiesto los diferentes problemas, y las posibles soluciones, a la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria. Una idea clave, consecuencia de esta revisión, es que el pago por el servicio, siendo previo y fundamental, no parece ser la solución. A modo de ejemplo se puede decir que el pago del servicio es algo así como una puerta que se debe abrir para dar paso a todo un proceso posterior, la implantación real y sostenible del servicio en la farmacia comunitaria.

Resultados importantes del estudio piloto, de un mes de duración, en COF Cádiz

1. El grupo intervención utilizaba un mayor número de medicamentos (estadísticamente significativo), lo que indica que los farmacéuticos estaban seleccionando, para este grupo, pacientes más complicados que el grupo comparación.
2. En el grupo intervención, se redujo el número de medicamentos mientras que en el grupo comparación se elevó. La diferencia en el cambio del número de medicamentos utilizados, cuando éste se calcula sin ningún tipo de ajuste, se encuentra en el límite de la significación estadística con una $p=0.069$ (-0.39 vs. +0.10). Cuando se ajusta en función del número de medicamentos basales, edad y sexo, la diferencia obtenida es de -0.12 que sigue siendo significativa ($p<0.05$).
3. Este tipo de resultado coincide con los que se han obtenido a nivel internacional lo que permite estimar que en el estudio principal, tras seis meses de provisión del servicio, se obtendrán cambios todavía mayores, con una media de reducción esperada entre uno y dos medicamentos por paciente.
4. Cuando se realiza una regresión lineal, reagrupando los pacientes en tres categorías en función del número de medicamentos que utilizan, se observa que a medida que se avanza hacia el grupo de más medicamentos la disminución obtenida es mayor, alcanzándose casi reducciones de un medicamento en pacientes que utilizan 11 o más medicamentos. Los pacientes que utilizan entre 5 y 7 medicamentos tienen una tendencia a aumentar el número de medicamentos.
5. Aunque la formación realizada no estaba dirigida a identificar y disminuir medicamentos inapropiados, se obtuvo una reducción de 0.12 medicamentos inapropiados por paciente en el mes que duró el estudio piloto y en el grupo de intervención.
6. Los pacientes del grupo intervención tenían un número importante de problemas de salud con una media de 6.14. En ese grupo, aproximadamente la mitad de dichos problemas de salud no estaban controlados.
7. Más de la mitad de los casos no consiguieron ser controlados, independientemente de la atención sanitaria recibida a través del sistema. El SFT tiene un efecto positivo que puede contribuir al control de esos problemas de salud.
8. Una vez realizado el SFT, durante el mes del pilotaje, se mejoró el grado de control de los problemas de salud en un 12%.
9. El SFT es un servicio dirigido a mejorar el control del problema de salud al mismo tiempo que reduce el número de medicamentos que se utilizan, mediante la identificación, prevención y resolución de PRM (se obtuvo una media de 2.0/paciente) y RNM (se obtuvo una media de 1.5/paciente).
10. Se ha demostrado una clara relación entre el número de medicamentos que utilizan los pacientes y el número de RNM que presentan, obteniéndose un aumento de 0.131 RNM por medicamento adicional, con una $p=0.004$.
11. El 50% de los RNM identificados fueron de efectividad. Esto supone que se están gastando importantes sumas de fondos en medicamentos, que finalmente no son efectivos. Además, una tercera parte de los RNM lo fueron de

seguridad, con lo que la farmacia que realiza SFT está aplicando la filosofía de la actual política sanitaria (calidad, seguridad del paciente y uso racional de los medicamentos).

12. El farmacéutico realizó una media de, aproximadamente, dos intervenciones por paciente. 102 de las 292 intervenciones realizadas por el farmacéutico comunitario (35 %), se refirieron a mejorar el cumplimiento, realizar educación en medidas no farmacológicas y asesorar en la forma de uso del medicamento. Todas ellas fueron intervenciones directamente dirigidas al paciente, lo que realmente contribuye a mejorar la calidad en el uso del medicamento.
13. El SFT ahorra dinero (7 euros al mes por paciente). Cuando el estudio tenga más duración y según los resultados de la literatura internacional, se podrá conseguir una disminución de uno o dos medicamentos por paciente, lo que supondría un ahorro de 15 a 30 euros por paciente y mes (180 - 360 euros /año).
14. Utilizando dos tipos de medida de calidad de vida se ha obtenido el mismo resultado: en un mes, la calidad de vida de los pacientes del grupo intervención mejoró, mientras que la de los del grupo comparación disminuyó.
15. El Ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) de 3.128,94 se puede considerar un valor muy positivo.
16. El farmacéutico que realiza SFT, además de ayudar al paciente individualmente, está contribuyendo a las políticas de ahorro, liberando fondos que pueden ser utilizados en otros sectores de la sanidad de las CCAA. Al mismo tiempo, el farmacéutico comunitario se implica en las políticas de calidad, seguridad del paciente y uso racional de los medicamentos.
17. Los farmacéuticos comunitarios que reciben una formación holística, apropiada y bien orientada, con apoyo suficiente, como por ejemplo utilizando la figura del Formador Colegial, pueden realizar SFT con efectividad y eficiencia, aunque para confirmar la magnitud del efecto obtenido en este piloto es necesaria la realización del estudio principal.



Palacio de La Magdalena (Santander)

Experiencia personal en la implantación de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria, en San Sebastian (Gipuzkoa).

Castrillón Ocampo CC.

La implantación generalizada de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en una farmacia comunitaria del Barrio de Altza en San Sebastian (Gipuzkoa) se inició con la reestructuración de la farmacia y de las funciones de su equipo de trabajo.

Inicialmente se asignaron tareas a cada uno de los farmacéuticos y adjuntos (recepción, almacenamiento, dispensación, gestión de encargos, elaboración de fórmulas magistrales, gestión de recetas, realización de la facturación, preparación de pedidos a clientes externos, atención de pacientes con metadona, atención de paciente para test de screening de VIH, SPD y servicio de SFT). Esto, facilitó la organización de la farmacia y la optimización del tiempo, aspectos importantes previos a la implantación del servicio de SFT.

A nivel logístico se realizó una obra en la farmacia. Se adecuó una Zona de Atención Personalizada (ZAP) para la atención de los pacientes en SFT, se adquirieron equipos para química seca y se instaló un robot para ayudar en la recepción y mejora de la gestión del almacén de medicamentos.

Una vez reestructurada la farmacia, se inició la captación de pacientes durante diferentes situaciones como la medida de la presión arterial, la dispensación, una consulta sobre los medicamentos que toma, el servicio de indicación farmacéutica, una consulta sobre algún problema de salud que preocupa, química seca, medida de peso y talla, etc.

El servicio de SFT se fue incorporando dentro de las actividades diarias de la farmacia para lo que se asignaron citas para la atención de los pacientes, buscándose la organización, continuidad, generalización y continuidad del servicio ofertado.

El farmacéutico encargado inicia su labor diaria con el almacenamiento y dispensación. Posteriormente atiende las citas asignadas y luego se incorpora nuevamente a las actividades de la farmacia. Las citas largas (primera visita) duran entre 20-30 minutos. Las citas cortas, de control y de cumplimiento de objetivos farmacoterapéuticos, duran entre 8-12 minutos.

La implantación se puede considerar un éxito. Inicialmente se fueron captando alrededor de 10 pacientes nuevos al mes y a los 4 meses de implantación del servicio se inició su demanda espontánea y voluntaria.

Junto a la provisión del servicio el farmacéutico proveedor debía recoger mucha información adicional para la elaboración de una Tesis Doctoral, con lo que el trabajo se multiplicaba por dos. Aun así, en este momento hay 158 pacientes en seguimiento.

Se realizó una evaluación de la satisfacción de los pacientes con el servicio, siendo ésta muy alta. Se midió mediante un cuestionario tras la primera intervención y otro al finalizar los 18 meses de provisión del servicio en que consiste el trabajo de campo de la tesis citada. Además, se realizó un grupo focal para explorar la opinión de los pacientes que reciben el servicio de seguimiento farmacoterapéutico sobre la atención recibida.¹ Los aspectos tratados fueron:

diferencias percibidas entre el nuevo servicio y el que tradicionalmente se recibe en las farmacias (básicamente en la dispensación o venta de medicamentos), satisfacción con el nuevo servicio, así como relaciones con otros profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras.

Los participantes expresaron que se encontraban muy satisfechos con el servicio de SFT porque por fin, alguien les escuchaba, les daba información sobre el uso de los medicamentos y les hacía encontrarse más cómodos y seguros con su utilización. Además, se afirmaba que habían mejorado los resultados terapéuticos y, algo muy importante, que este servicio iba más allá de lo que ellos esperan que haga el farmacéutico.

Manifestaron su sorpresa por el trabajo que este profesional realiza al proveer este servicio, no siendo capaces de identificar esta actividad con la que habitualmente realiza el farmacéutico, hasta el punto de que la definían como si se tratara de una actividad realizada por otro profesional diferente, manifestándose expresiones como: *“ella (la farmacéutica) es mejor que mi médico”, o “ella es como si fuera un psicólogo”*.

Los propios pacientes opinaban que este servicio no se encuentra disponible y generalizado en las farmacias españolas porque los dueños de las farmacias, los titulares, pueden no darse cuenta de que se trata de un servicio que ofrece resultados a futuro y sólo ven la falta de resultados económicos a corto plazo.

Se opinaba que los titulares no se dan cuenta de que aunque en el corto plazo la realización del seguimiento suponga mayores gastos, se trata de un servicio que fideliza pacientes.

Los pacientes opinaban que se trata de un servicio que debería estar incluido en la Prestación Farmacéutica y que debería ser pagado por la Administración Sanitaria. En este sentido muchos pacientes demuestran esto con su actitud en las diferentes visitas que realizan durante el SFT. Traen obsequios, dejan dinero en un sobre, dejan dinero en la caja y exigen un cobro por el servicio. Entienden que éste es prestado por un profesional que invierte tiempo y recursos en la prestación del mismo.

En resumen, durante este tiempo se ha evidenciado que el farmacéutico comunitario, por su formación, cercanía, confianza y credibilidad, puede realizar SFT e incorporarlo en las actividades diarias de la farmacia, sin retrasar o disminuir la eficiencia y calidad del resto de servicios que se realizan.

Además, para implantar el servicio de SFT es importante contar con el apoyo del titular, tener una zona de atención personalizada e implicar a todo el equipo mediante la asignación de tareas por parte del titular. Éste, además debe tener una actitud y voluntad positivas para la implantación y continuidad del servicio.

Antes, los pacientes desconocían qué puede hacer la farmacia para dar respuesta a sus necesidades en relación con el uso de los medicamentos. Sólo esperaban que se les atendiera bien, que se tuviese el medicamento demandado, con un trato agradable y cercano, y que no tuviesen que esperar mucho a ser atendidos². Nuestra experiencia nos indica que hoy, los pacientes en seguimiento piensan que el SFT es un servicio que les ayuda a utilizar mejor sus medicamentos y a mejorar la salud.

Bibliografía

1. Castrillon CC, Faus MJ, Santos P, Calvo B, García-Delgado P, Gastelurrutia MA. Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care* 2010; 12(1): 4-11
2. Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci.* 2006;28(6):374-6.

Sostenibilidad económica del seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria.

Noain MA, Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F

Las oficinas de farmacia, en España, son establecimientos sanitarios privados de interés público. Su misión consiste en cubrir las necesidades de la población relativas a la medicación. Estas necesidades son: garantizar la existencia del medicamento; facilitar el acceso al medicamento a través de la dispensación; y colaborar con el paciente, para que obtenga el máximo beneficio del medicamento que utiliza, implicándose en los resultados de salud obtenidos.¹ Este último y nuevo cometido del farmacéutico, es descrito en el famoso artículo de Hepler y Strand, Oportunidades y responsabilidades de la Atención Farmacéutica (1990). Los autores entienden que ésta nueva manera de ejercer es, como ellos mismos la definen, la *raison d'être* de la profesión. Para ello es necesario, reprofesionalizar y justificar la función del farmacéutico. Y esto sólo se alcanzará al adquirir una filosofía de la práctica que denominan Atención Farmacéutica, que tiene que ser provista por el propio farmacéutico.²

Por otro lado, la farmacia comunitaria como empresa privada que también es, depende de su rentabilidad para funcionar y mantenerse a lo largo del tiempo. En este aspecto también, la farmacia está experimentando cambios que conducen a una pérdida notable de su rentabilidad.³ La farmacia comunitaria como centro sanitario y como empresa con interés lucrativo, se enfrenta a grandes retos.

En España, la Administración mantiene la potestad sobre la fijación de los precios de los medicamentos. Por lo tanto, desde el punto de vista de la farmacia como punto de venta exclusivo del medicamento, la utilización de su precio limita la estrategia competitiva del negocio. La supervivencia de la empresa se basa en disponer de alguna ventaja competitiva y duradera, que consiga atraer clientes y obtener su lealtad.

El servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), es un servicio profesional farmacéutico que se inscribe en la categoría de servicio único, ofrecido en exclusiva, por algunas farmacias comunitarias. Se trata de farmacias que tratando de garantizar no sólo su éxito como empresa sino también su éxito profesional, orientan todos sus esfuerzos al desarrollo de la Atención Farmacéutica (AF). En España, la AF se define como: la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la prestación de los servicios farmacéuticos de dispensación, de indicación farmacéutica y de seguimiento farmacoterapéutico.⁴

Los costes se definen, como la expresión monetaria de los recursos consumidos para la consecución de un objetivo determinado. Cuando el objetivo de una farmacia comunitaria es iniciarse en la práctica del SFT y mantener ésta actividad a lo largo del tiempo, un elemento fundamental de su proyecto estriba, en la correcta elaboración y el ajustado cálculo de los costes de inversión y gastos asociados a la prestación de este servicio. Además, evaluar esos costes de inversión y gastos de mantenimiento del servicio, es el paso previo necesario para estimar el importe a percibir por su prestación.

Actualmente en España, se desconoce con exactitud los costes de inversión y los gastos de mantenimiento, de la prestación del servicio de SFT, en cualquier farmacia comunitaria. Este desconocimiento impide analizar la sostenibilidad del

servicio. No se logrará la implantación de una actividad, ni por lo tanto su diseminación, mientras se desconozca el impacto que tiene en la rentabilidad del negocio. Para identificar los costes de inversión de la actividad y los gastos de su mantenimiento, se ha realizado un estudio cualitativo utilizando entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas se llevaron a cabo con dos grupos de farmacéuticos comunitarios (farmacéuticos que poseen la experiencia de la prestación del servicio durante años y farmacéuticos que se inician en la práctica del servicio, concretamente al amparo del programa conSIGUE). El proyecto de investigación conSIGUE pretende analizar el impacto clínico, humanístico y económico del servicio de SFT, en mayores polimedicados.

Por otra parte se realizará un estudio cuantitativo con el fin de cuantificar el impacto de los costes de inversión y los gastos de mantenimiento del servicio sobre la rentabilidad del negocio, utilizando el modelo de cálculo de Costes basados en el tiempo invertido por actividad (TDABC), de los autores Kaplan y Anderson (2008) que utiliza el tiempo para asignar los costes en recursos directamente a objetos.⁵ El tiempo es el principal inductor de costes de la actividad. Es necesario medir la capacidad de los recursos necesarios (equipos y personal) para llevar a cabo el servicio. Ésta capacidad está directamente vinculada a los costes, y depende del tiempo que el personal y equipos requieran para llevar a cabo la actividad.⁶

En definitiva se trata de facilitar a cualquier farmacia, mediante el empleo de una herramienta de gestión diseñada para tal fin: la puesta en marcha del servicio de seguimiento y su posterior implantación. No en vano, el mantenimiento de cualquier servicio vendrá dado por su rentabilidad individual e integrada en la farmacia como organización. Una organización cuya finalidad primordial es, como la de cualquier otra empresa, garantizar la perennidad financiera, construir y proteger patrimonio transmisible y salvaguardar su independencia.

Bibliografía

1. La misión del farmacéutico "Dispensar y seguir al paciente" (Editorial) Farmacéuticos Comunitarios 2009. 1(2):45.
2. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades de la Atención Farmacéutica. Traducido de Am J Hosp. Pharm 1990; 47: 533-543 (con autorización a Pharm Care España. Pharm Care 1999; 1:35-47.
3. Aspime. Informe Anual de las Oficinas de Farmacia. Barcelona: El Club de la Farmacia/Elsevier Doyma; 2008.
4. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
5. Kaplan RS y Anderson SR. Costes basados en el tiempo por actividad. Una ruta hacia mayores beneficios, Barcelona; Ediciones Deusto, 2008. ISBN 978-84-234-2543-3
6. Tse MSC and Gong MZ. Recognition of Idle Resources in Time-Driven-Activity-Based Costing and Resource Consumption Accounting Models. JAMAR 2009; 7(2): 41-54.

Opinión de los farmacéuticos comunitarios españoles sobre su futuro profesional y situación actual de las farmacias en el proceso de difusión de las innovaciones de Rogers.

Casado de Amezúa MJ, Martínez Martínez F, Gastelurrutia MA.

Tanto a nivel nacional, como internacional, la farmacia se encuentra inmersa en un proceso de cambio orientando su actividad hacia el paciente mediante la implantación de servicios cognitivos (SC). En España se ha logrado consensuar los servicios básicos que definen la práctica de la Atención Farmacéutica (AF) concretándolos en tres servicios: Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

Por eso, parece interesante, en un momento histórico en el que la farmacia aborda problemas estructurales, el estudio y análisis de la percepción de los farmacéuticos que ejercen su trabajo en la Oficina de Farmacia, sobre su actividad cotidiana y sobre su futuro profesional.

Objetivos:

1. Explorar en profundidad los motivos que explican la falta de implantación generalizada del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas, además de la situación actual y el futuro profesional de la Atención Farmacéutica.
2. Categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de decisión-innovación de Rogers en relación a la provisión del SFT.

Método:

Estudio multimétodo que combina una metodología de investigación cualitativa con otra cuantitativa.

Método del estudio Cualitativo:

Para el objetivo 1 se realizó un Grupo Focal (GF) y análisis posterior de la información obtenida en el programa N-Vivo.

Los participantes se segmentaron tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Segmentación de los participantes en los Grupos Focales.

Grupos Focales:

- ▶ Farmacéuticos
 - Titulares
 - Tipo de Farmacia:
 - Rurales
 - Semiurbanas - playa
 - Urbanas
 - Comerciales.
 - Adjuntos
 - Congreso
- ▶ Farmacéuticos innovadores, titulares o adjuntos expertos en seguimiento farmacoterapéutico que, además, lo han implantado

Método del estudio Cuantitativo

Para la recogida de los datos necesarios para estratificar las farmacias españolas según su situación en relación a la implantación del SFT, se empleó un cuestionario, no validado, previamente utilizado con el mismo objetivo, utilizando la metodología CATI (Computer Assisted Telephoning Interviewing) a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas.

Se definieron como variables dependientes, además de la fase anterior al conocimiento (no conoce), las cinco fases del proceso de decisión-innovación de Rogers en que se encuentran las farmacias comunitarias encuestadas. Estas fases se denominan: conocimiento (F-C), persuasión (F-P), decisión (F-D), implantación (F-I) y mantenimiento (F-M) (Figura 1). En este estudio, aquellas farmacias que se encuentran en la fase de mantenimiento se sub-categorizaron en función del número de pacientes a los que se realizaba el servicio, siempre que éste fuera superior a 1: (F-M1) de 2 a 5 pacientes; (F-M2) 6 a 10 pacientes; (F-M3) 11 a 25 pacientes; (F-M4) 26 a 50; (F-M5) 51 a 100 y (F-M6) 101 ó más pacientes. Las farmacias con un único paciente se incluyeron en la fase de implantación.

Resultados

► Resultados del estudio Cualitativo (Grupo Focal)

Los datos demográficos de los participantes en los diferentes GF se muestran en la Tabla 1

Tabla 1. datos demográficos de los participantes en los diferentes GF

Grupo Focal	Farmacéuticos Adjuntos	Farmacéuticos Titulares					
		Rurales	Semi-Urbanas	Urbanas	Comerciales	Innovadores	Congreso
Hábitat	Adjuntos - Urbanas	Rurales	Semi-Urbanas	Urbanas	Comerciales	Innovadores	Congreso
Número Hombres	3	7	2	4	4	5	Titular: 2 Adjunto: 1
Número Mujeres	7	2	4	3	0	5	Titular: 5 Adjunto: 2
Lugar Encuentro	San Sebastián	Granada	Murcia	Madrid	Marbella	Málaga	Sevilla
Tiempo reunión	70'	90'	90'	60'	100'	85'	75'

Los farmacéuticos opinan que el ejercicio profesional en el medio rural es muy difícil por lo “esclavo del trabajo”, “De lunes a sábado sin fiestas, sin vacaciones”

Se afirma que esta profesión carece de “identidad”, quizás debido a la manifiesta “desprofesionalización” del farmacéutico comunitario. Incluso se habla de que en la farmacia sólo se producen “transacciones comerciales” en las que no se ofrece ningún valor añadido al producto.

Se utiliza mucho el termino “AF protocolizada”. Los participantes opinan que con la “protocolización” que conlleva la utilización de protocolos y registros, se necesita tiempo, pero manifiestan que si se contratasen más farmacéuticos y con más organización en la farmacia se podría hacer AF de una manera más “metodológica”. Incluso expresan la alegría y satisfacción que sienten cuando ayudan a sus pacientes con algún problema o simplemente dándoles consejo y escuchando qué les ocurre. Aun así mantienen que se hace “Seguimiento” sin documentación, “de cabeza”.

La cercanía existente entre farmacéutico y “paciente” en determinados ámbitos, hace que los farmacéuticos se planteen la posibilidad de implantar servicios de AF. Sin embargo esta cercanía no parece suficiente, ya que se afirma que es necesario más tiempo, personal ó algún tipo de retribución. “El (seguimiento) oral es factible y, de hecho, se

hace”, “pero con fichas, por patologías,... alguien lo tendrá que pagar”, “falta tiempo y “falta personal”.”

Se manifiesta que para la inmensa mayoría de los pacientes que visitan una oficina de farmacia la palabra Farmacia no está relacionada con la definición “de establecimiento donde te pueden asesorar de salud” sino que tienen una percepción sobre este establecimiento muy ligado a lo puramente comercial.

Aunque no se realiza el seguimiento de una manera cotidiana, se manifiesta la percepción de que el SFT es “una tarea más”. Algunos titulares que han intentado realizar SFT afirman que lo han abandonado como consecuencia de la falta de apoyo por parte del médico, además de por falta de tiempo y por las “montañas de papeleo” que dicen tener en el despacho.

Se manifiesta que existe un conflicto entre médicos-farmacéuticos que contribuye a la desmotivación profesional de los farmacéuticos, a pesar de que se afirma que “lo importante es el paciente y que el médico se enfada es algo que por ahora no nos afecta”.

Se opina que se debe mantener el actual modelo de farmacia y aportar un valor añadido en el servicio. Incluso se habla de imagen de marca, diversificación o multinacionales farmacéuticas que pueden provocar un “deterioro sanitario del ciudadano”, ya que al tener mejores precios, horario más amplios..., tienen un mayor volumen de clientes y por tanto un servicio menos personalizado.

Durante el GF de Farmacéuticos innovadores se abordaron también los motivos por los realizan SFT en sus farmacias. Básicamente lo proveen porque son altruistas. Son farmacéuticos motivados que creen en su profesión. Creen que el SFT es bueno para los pacientes, porque dan respuesta a una necesidad existente. Este servicio les aporta una “satisfacción personal” manifestando, incluso, que es genético, que “debe estar en los cromosomas”. Afirman que el SFT fideliza pacientes

► Resultados del estudio Cuantitativo

- Sexo: Mujeres (67,67%) Hombres (32,33%).
- Perfil profesional: Titulares de la farmacia (68.19%) Adjuntos (31.81%).
- El 54% de los encuestados afirman tener formación en SFT y las farmacias se encuentran informatizadas en un 98,94%
- La edad media de los encuestados es de 44 años (41,3 - 46,9) con una experiencia profesional media de 17,5 años (15,4 - 20,8)
- El 64,84% de las farmacias encuestadas pertenecían al ámbito rural, frente al 35,07 que dicen pertenecer al Urbano.
- En cuanto a la clientela, los farmacéuticos encuestados refieren que la mayoría de su clientela es habitual (88.54%) frente al 11,5% de clientes estacionales o de paso.
- El 72% de los encuestados dice conocer en que consiste el SFT, pero solo el 49% tiene una zona de atención adecuada.
- Más del 60% de las farmacias encuestadas se encuentran en las fases de No Conocen (NC) N=353 (31,10%) y Conocimiento (C) N=351 (30,93%). Algo menos de un 13% se encuentran en la fase de Persuasión (P) N=145 (12,78%). Decisión (D) N=129 (11,37%). Implantación (I) N=126 (11,10%). Mientras que sólo un 2,7 % está en fase de mantenimiento (M) N=31 (2,73%). Total N=1135 (100,00%).
- La situación de las farmacias en relación con las fases del proceso de decisión-innovación de Rogers, incluyendo las sub-categorías en la fase de Mantenimiento, se muestra en la tabla 2.

Conclusiones

► Estudio Cualitativo

Se constata el desconocimiento existente sobre los conceptos y procedimientos de los servicios que conforman la Atención Farmacéutica. También se percibe una escasa implantación del servicio de SFT.

► Estudio Cuantitativo

Tabla 2. Fases del proceso de decisión/innovación de Rogers

		Número	%
Fases		N=1.135	
No conocen		353	31,1%
Conocimiento		(F-C)	30,9%
Persuasión		(F-P)	12,8%
Decisión		(F-D)	11,4%
Implantación		(F-I)	8,8%
Mantenimiento		(F-M)	5,0%
Mantenimiento	F-M1 (2 - 5)	15	26.3%
	F-M2 (6 - 10)	12	21.1%
	F-M3 (11 - 25)	10	17.5%
	F-M4 (26 - 50)	10	17.5%
	F-M5 (51 - 100)	4	7.0%
	F-M6 (≥ 101)	6	10.5%

A pesar de los esfuerzos realizados por diferentes organizaciones e instituciones para impulsar la implantación y sostenibilidad del SFT, de acuerdo con los datos obtenidos se confirma que este servicio se encuentra muy poco implantado en España.

El hecho de que en la farmacia exista una zona de atención personalizada (ZAP) se muestra como un elemento que facilita la implantación del SFT. Por otra parte, la existencia de un farmacéutico responsable del servicio aparece como un elemento que permite la sostenibilidad del mismo una vez implantado.

Es necesario modificar los objetivos de la formación postgrado de los farmacéuticos. Esta debe estar menos orientada a aumentar el conocimiento y más orientada a mejorar las habilidades y competencias, es decir, deben estar encaminadas al cambio de comportamiento.

Bibliografía

1. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*, 2010, 51(2); 69-88.
2. Grupo de Expertos. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
3. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
4. Rogers E. EM. *Diffusion of Innovations*. Fifth edition. New York: Free Press; 2003. ISBN: 0-7432-2209-1
5. McDaniel C, Gates RH. *Investigación de mercados*. Cengage Learning Editores, 2005

Mesa redonda

Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria

Priorización de facilitadores para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias españolas

Gil MI, Feletto E, Cardero M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA

INTRODUCCION:

El farmacéutico, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparte con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las Autoridades Sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos.

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), se basa en una mayor implicación del farmacéutico en el resultado del tratamiento farmacológico y el registro sistemático de la terapia que recibe el paciente. Además, la implantación del SFT representa una oportunidad de colaboración entre diferentes profesionales sanitarios para mejorar la salud de los pacientes¹.

A pesar de ello, el SFT tiene una implantación minoritaria en las farmacias comunitarias españolas.² Se han identificado facilitadores que, además de contribuir a superar las barreras que dificultan su implantación, actúan como moduladores independientes del cambio³⁻⁸.

OBJETIVO:

Priorizar los facilitadores para el cambio, identificados en estudios previos en España⁹, para poder diseñar estrategias que permitan la implantación generalizada del SFT y su sostenibilidad en nuestro país.

MÉTODO:

Se diseñó un cuestionario mediante la constitución de un panel de expertos y posterior utilización del método RAND/UCLA^{10,11}.

La encuesta se pasó a una muestra significativa de farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentran trabajando en farmacias comunitarias españolas utilizando el método CATI^{12,13}. Dicha muestra se obtuvo por muestreo aleatorio simple. El tamaño se calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 20% y un nivel de significación $\alpha=0.05$.

Dada la naturaleza exploratoria de los ítems que componían el cuestionario, al desarrollo inicial del mismo y al deseo de comprender los constructos subyacentes, se decidió realizar un Análisis Factorial Exploratorio¹⁴.

Se ensayaron diferentes abordajes como el Análisis Factorial de Componentes Principales y el Método de Factorización del eje principal. Los resultados fueron comparados utilizando también varios métodos de extracción (Oblimin y Promax), mediante los que se correlacionaron las diferentes variables¹⁵. Finalmente, para elegir la solución factorial más apropiada se utilizaron los siguientes criterios¹⁶⁻¹⁹: (1) El mayor porcentaje de varianza explicada; (2) Autovalores (eigenvalues) superiores a uno; (3) Valor del α -Cronbach superior a 0.600; (4) Que al menos hubiera tres ítems por factor. (5) Aplicación de la solución factorial a investigaciones previas (interpretabilidad e implicaciones teóricas de la solución).

RESULTADOS:

Se obtuvieron cuatro factores: **Factor 1: Incentivos** (fundamentalmente incluye incentivos económicos aunque también hace referencia a otro tipo de reconocimiento profesional). **Factor 2: Campañas externas** (para conseguir que el SFT sea conocido por la población y los agentes sanitarios. Incluye la cooperación con los médicos). **Factor 3: Experto en SFT** (los farmacéuticos creen que es precisa una formación adicional para la realización del SFT. Este factor incluye el liderazgo del Consejo). **Factor 4: Profesionalidad del farmacéutico** (la implantación del SFT contribuye a que se entienda la farmacia como un establecimiento sanitario y al farmacéutico como un profesional de la salud).

CONCLUSIONES:

Se detecta la necesidad del pago por servicios para la implantación del SFT y para que una vez implantado, éste sea sostenible. Así mismo son necesarias campañas de marketing dirigidas a la población general y al personal sanitario para dar a conocer este nuevo servicio. El cambio profesional debe ser liderado por el Consejo de Farmacéuticos y apoyado por la Administración Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
2. Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10.
3. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, Casado de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32-39 DOI 10.1007/s11096-008-9261-0
4. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Ed. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Madrid.2010.
5. Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci* .2008.30 (3): 211-5.
6. Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: Perceptions and experiences among Danish community pharmacies. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19: 55-64.
7. Roberts A, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Quantification of facilitators to accelerate uptake of cognitive pharmaceutical services (CPS) in community pharmacy. University of Sydney. 2004. Accesible en: <http://www.guild.org.au/public/researchdocs/2003-007finalreport.pdf>.
8. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008;42:861-868.
9. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, Casado de Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci* 2009; 31: 32-39 DOI 10.1007/s11096-008-9261-0
10. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, La Calle JR, Lázaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual [monografía en Internet]. RAND Health Santa Mónica; 2001 [acceso 24 de marzo de 2005]. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269/
11. Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Kamberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Eng J Med* 1998; 338: 1.888-1.895.
12. Carl McDaniel, Roger H. Gates, Roger Gates. Investigación de mercados. Cengage Learning Editores, 2005
13. Benassini M. Introducción a la investigación de mercados. Pearson Educación, 2001
14. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making Sense of Factor Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage Publications;2003.
15. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making Sense of Factor Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage Publications;2003.
16. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making Sense of Factor Analysis. Thousand Oaks, CA: Sage Publications;2003.
17. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate Data Analysis. 6th ed. New Jersey, NJ: Pearson Education International; 2006.
18. Ford JK, MacCallum RC, Tait M. The application of exploratory factor analysis in applied psychology: a critical review and analysis. *Personnel Psychol*; 1986::39291-39314. doi:10.1111/j.1744-6570.1986.tb00583.x.
19. Conway JM, Huffcutt AI. A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organ Res Methods* 2003;6(2):147-168. doi:10.1177/1094428103251541.

Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular

Sabater-Hernández D.

a detección, seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) requieren de la implicación y coordinación de todos los profesionales de la salud que asisten al paciente. Por su accesibilidad y formación especializada en el medicamento, el farmacéutico comunitario puede desarrollar una labor decisiva a la hora de conseguir estos propósitos^{1,2}.

Para poder realizar el trabajo asociado a estas actividades, el farmacéutico comunitario ha de adoptar una actitud proactiva e implantar servicios específicos dirigidos al paciente con RCV. Con el fin de facilitar la implantación de estos servicios, se ha elaborado un documento de consenso³, que pretende promover la gestión compartida de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y RCV entre farmacéuticos, médicos y otros profesionales sanitarios. Con otras palabras, dicho documento pretende ser una herramienta de referencia que dé soporte a los programas de Atención Farmacéutica dirigidos al paciente con HTA y RCV que se están desarrollando actualmente en farmacias comunitarias. El texto ha sido elaborado de forma consensuada entre expertos de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Por su parte, Laboratorios Lacer ha sido el promotor de los encuentros entre los farmacéuticos y los médicos participantes en la elaboración del documento.

A grandes rasgos, los aspectos más destacados u originales de la guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con HTA y RCV son los siguientes:

- Se describen las características de los sujetos y la periodicidad para realizar el cribado de la HTA (detección de nuevos casos).
- Se promueve la aplicación de los métodos de medida de la presión arterial (PA) considerados de referencia en la práctica clínica: monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y automedida domiciliaria de la PA (AMPA).
- Se describen las condiciones a tener en cuenta para realizar una correcta medida de la PA en la farmacia.
- Se definen los criterios de derivación al médico para el inicio de la farmacoterapia antihipertensiva.
- Se promueve la implicación del farmacéutico en la prevención, detección y resolución de los principales problemas que acontecen en el proceso de uso de los medicamentos antihipertensivos (Ej. falta de adherencia), así como de los resultados clínicos negativos derivados del uso de estos medicamentos.
- Se describen las principales modificaciones del estilo de vida dirigidas a prevenir la aparición de la enfermedad cardiovascular.
- Se promueve la evaluación periódica de los distintos factores de RCV que puede presentar el paciente.

Referencias

1. Tsuyuki R, Campbell N. 2007 CHEP-CPhA guidelines for the management of hypertension by pharmacists. *Can Pharm J*. 2007; 140: 238-239.
2. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y et al. European Society of Hypertension Practice Guidelines for home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens*. 2010; 24: 779-785.
3. Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, División JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregosa Z et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión extendida). *Ars Pharm*. 2011; 52: 38-58.

Comunicación médico-farmacéutico: hacia una comprensión mutua al servicio del paciente

Satue de Velasco E.

1. Situación general

En los últimos 30 años ha ido construyéndose un paradigma de servicio sanitario polifacético y complejo. Algunas de sus aristas son la universalidad, la accesibilidad, la importancia de la atención primaria... y entre ellas está la colaboración multidisciplinar del equipo de trabajo. Idealmente, un equipo de trabajo hace referencia a un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, abocados a resolver un problema complejo, es decir tienen un objetivo común, cuyo ejemplo típico sería una orquesta. En nuestro caso, el equipo de salud al cuidado del paciente. Este paradigma ha experimentado una desigual evolución en los distintos centros sanitarios.

Sin embargo, este proceso de integración y de sentimiento de pertenencia a un equipo multidisciplinar en el que eres parte activa de un todo, apenas existe en el ámbito de la farmacia comunitaria, ni siquiera en muchos casos como ideal u horizonte hacia el que dirigirse. La oficina de farmacia, en la situación actual, se parece más a un solista que a un grupo, si me permiten la comparación, que en ocasiones realiza duetos con otros profesionales sanitarios. Sería fácil culparnos y decir que depende de nuestra voluntad esta situación pero la cuestión no es tan simple.

Entre las razones de esta situación podemos encontrar las siguientes:

Déficit estructural:

- Legal:
 - Si bien la ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamento y productos sanitarios, en su art. 84, reconoce la responsabilidad del farmacéutico en el seguimiento farmacoterapéutico para asegurar su eficacia y seguridad en colaboración con el médico, apenas se describen modos y maneras de efectuarlo.
 - Además, las oficinas de farmacia están obligadas a dispensar los medicamentos que “se les demanden tanto por los particulares como por el SNS” lo que equivale en la práctica que su capacidad para decir “No” a una dispensación ante la que pueda tener duda es muy reducida.
- Retributivo:
 - El sistema de pago por producto encierra a la oficina de farmacia en un circuito donde se prioriza absolutamente el acceso al medicamento, esto es, que el paciente obtenga su medicación en tiempo y forma adecuados, pero desdeña en la práctica el uso racional del medicamento.
 - La obsesión por disminuir el gasto farmacéutico, que no racionalizarlo, implica una dificultad económica en la oficina de farmacia que obstaculiza la comunicación médico-farmacéutico respecto al seguimiento farmacoterapéutico ya que a menudo se relega a un segundo plano respecto de otras actividades que son económicamente sostenibles.

- Conceptual:
 - En el sistema de indicadores de salud y de calidad en Atención Primaria no existen apenas indicadores que se relacionen con la calidad del Uso Racional del Medicamento. Esto necesariamente comportará que el seguimiento farmacoterapéutico pierda prioridad en la evaluación de calidad y se postergue frente a otras actuaciones.
 - Los profesionales sanitarios están situados en una escala jerárquica que domina el médico especialista hospitalario. Una democratización de la forma de trabajo redundaría en una mayor comunicación, también con el farmacéutico.
 - La farmacia tradicionalmente ha tenido una estructura poco orientada a servicios cognitivos, que son los que interrelacionan a los profesionales.

Déficit relacional:

- Reales:
 - Espacial. La oficina de farmacia es un centro de trabajo físicamente separado al de los centro de salud al igual que las consultas privadas de los médicos.
 - Intereses: El modelo profesional de médicos y farmacéuticos comunitarios es diferente. A menudo, esto ha provocado roces por el control de la prescripción y dispensación, acusándose mutuamente de “intrusismo profesional”.
 - Formativo: La visión sobre el medicamento y el paciente de médicos y farmacéuticos puede y debe ser complementaria pero debe ser reconocida entre ambos para que se lleve a buen puerto
 - Responsabilidad: la responsabilidad última del triunfo o el fracaso de un tratamiento recae sobre el médico. Sin embargo, esta situación podría cambiar con una colaboración más intensa entre médico y farmacéutico.
- Tópicos, miedos, resistencias...:
 - Existen una variedad de clichés despectivos que circulan entre los profesionales de uno y otro lado que aparte de reforzar el sentimiento de grupo tiene la capacidad de inactivar esfuerzos por comunicarlos.
 - También existen miedos no reconocidos o poco confesables. El estamento médico se encuentra bajo diversas presiones respecto a la prescripción y a menudo practica una medicina defensiva. Por su parte, muchos farmacéuticos poco acostumbrados a realizar una labor de farmacia clínica pueden tener miedo de no estar a la altura.

2. Experiencia de colaboración medico – farmacéutico en la elaboración de guías terapéuticas

Desde Sefac y por definición siempre hemos entendido que la colaboración con el médico es indispensable para llevar a cabo una buena atención farmacéutica, no sólo en los tratamientos bajo prescripción médica sino también en aquellos medicamentos llamados OTC en los que habitualmente el farmacéutico es el único profesional al que se dirige el paciente. La última iniciativa llevada a cabo ha sido la redacción de una monografía sobre el uso del pantoprazol no sujeta a receta médica en colaboración con Semergen

La experiencia no sólo ha sido un éxito en el resultado objetivo de la publicación sino que ha sido muy enriquecedora en el plano personal, lo cual es una de las bases para poder seguir repitiendo estas experiencias en el futuro.

¿Qué lo ha hecho posible?

Antes que nada, lo obvio es la existencia de una sociedad científica farmacéutica que tuviera como interlocutor a otra sociedad científica en este caso médica. Este marco probablemente sea uno de los más favorables a dar este tipo de experiencias.

Por otra parte, las ideas se validan en la práctica y la realidad somete a un filtro innegable todas las empresas. De entre las Actitudes y Capacidades necesarias para llevar a cabo este tipo de tareas me gustaría destacar las siguientes

- Capacidades:
 - Formación
 - Experiencia con pacientes
 - Habilidades de comunicación
 - Investigación
- Actitudes: tan importante como las capacidades son las actitudes necesarias para desarrollar un trabajo en equipo multidisciplinar
 - Reconocimiento mutuo
 - Cooperación
 - Empatía
 - Ilusión

El problema que queda al farmacéutico en el desempeño de su labor es que este protocolo de actuación, consensado o no con sociedades médicas, sólo puede ser una recomendación. En este momento, la legislación prima el deseo del paciente a recibir un medicamento OTC sobre el criterio profesional. De esta forma, los criterios de derivación pueden ser inactivados por el paciente y exigir la entrega del medicamento a no ser que el farmacéutico detecte “un riesgo grave y evidente para la salud del paciente”, algo muy difícil en la práctica de poderse detectar en la farmacia en una dispensación de OTC. Esto conlleva inevitablemente una devaluación del criterio farmacéutico que en ocasiones debe competir con el criterio del no profesional. Lo adecuado sería que el farmacéutico pudiera bloquear una petición de medicamento EFP bajo “una duda razonable” al igual que en la sospecha de falta de validez de una receta.

Para concluir, me parece interesante destacar las recomendaciones de la prestigiosa revista *Prescrire* para mejorar el uso racional del medicamento. En las medidas referentes a prescripción, dispensación y administración, afirma de forma contundente la necesidad de una formación continuada e independiente y cabe destacar su recomendación 43: Desarrollar programas de formación multidisciplinar conjunto para médicos, farmacéuticos, enfermeras etc...

Por mi parte, entiendo que es un reto para todos nosotros conseguir que esta recomendación se vuelva lo habitual y no lo excepcional en los próximos años.

La Clasificación de Derivaciones Fármaco-Terapéuticas: una herramienta para la coordinación entre médicos y farmacéuticos

Álvarez de Toledo F, Pastor Sánchez R.

En el proceso asistencial característico de los servicios de Atención Farmacéutica (AF) se han definido nuevas actividades profesionales, y se han precisado las sucesivas actuaciones que caracterizan a cada una de ellas; generando protocolos de actuación para servicios tales como la Dispensación de medicamentos, la Indicación de resolución de síntomas menores o el Seguimiento Farmacoterapéutico.

En estos protocolos encontramos, repetidamente, que la intervención profesional acerca de la farmacoterapia del paciente con el objetivo de aumentar su efectividad, mejorar su seguridad, o cubrir necesidades terapéuticas no contempladas, excede de la capacidad resolutoria de los farmacéuticos, necesitando del contacto profesional con el médico responsable del paciente.

Cuando la intervención del farmacéutico es de esta naturaleza, tiene las mismas características básicas que los contactos profesionales generados entre otros profesionales sanitarios, y para esos contactos se ha generado el término administrativo-profesional de “derivación” (“referral” en inglés).

Se “deriva” cuando la capacidad de resolver los problemas de salud del paciente atendido sobrepasa los medios, conocimientos o competencias del profesional que deriva, con el propósito de complementar la asistencia que no se puede prestar. En el caso de los farmacéuticos comunitarios, la derivación se realiza especialmente a los médicos de atención primaria por su mayor accesibilidad. La derivación del farmacéutico al médico (y viceversa) es, por tanto, una necesidad y obligación profesional para ofrecer una correcta atención sanitaria.

Clasificar esta actividad facilita su normalización, investigación y comparación, por lo que el grupo de trabajo MEDAFAR, que ya había realizado dos estudios observacionales de las relaciones médico-farmacéutico en Atención Primaria de Salud (Medafar Asma¹ y Medafar HTA²) decidió poner a punto una clasificación de las derivaciones que se producen entre ambos colectivos: “Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas” (CDF)³. Se publicó la primera edición, en español e inglés, en diciembre de 2008; y está disponible gratuitamente en internet: www.medafar.com. Actualmente se procede a su validación, mediante la medición del grado de acuerdo para variables cualitativas entre varios evaluadores (profesionales de atención primaria) que clasifican situaciones derivables entre médicos y farmacéuticos, según una serie de posibilidades (categorías) mutuamente excluyentes.

Metodología

La estructura y terminología utilizadas para esta clasificación sigue las normas de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), agrupando las derivaciones según cuatro criterios amplios y definidos en “Capítulos”, y dentro de cada capítulo se describen las “Rúbricas”, que resultan de aplicar un número de “componente” a la letra inicial del nombre del capítulo donde se ubica.

Los criterios para definir capítulos se refieren a las causas habituales que ocasionan la derivación fármaco-terapéutica, utilizando conceptos y términos ya clásicos en el ámbito de la Atención Farmacéutica como: Necesidad, Efectividad y Seguridad; añadiendo un capítulo de Información o Educación Sanitaria, que recoge todas aquellas derivaciones que

necesitan de estas actuaciones, y tienen restringido su ámbito a determinados servicios o profesionales del Sistema de Salud.

El número de componentes dentro de cada capítulo ha surgido de la experiencia profesional de los autores de la Clasificación, además de los datos aportados en los dos trabajos de campo realizados sobre derivaciones en HTA y asma⁴.

Con esta experiencia y aquéllos criterios, se reunieron un total de 38 rúbricas, repartidas en los cuatro capítulos mencionados. En la Clasificación se explica para cada una de ellas su definición, los criterios de inclusión y exclusión, y se ilustra con varios ejemplos.

Conclusiones

La utilidad de esta clasificación como herramienta interprofesional se basa en los siguientes puntos:

- Enlaza la teoría actual de la AF con la terminología y conceptualización de la Atención Primaria de Salud.
- Contribuye a insertar el trabajo de los farmacéuticos comunitarios en el Sistema Nacional de Salud (SNS), admitiendo sus derivaciones como punto final de atención, pero con retorno de información por parte de los médicos.
- Facilita la evaluación de la cantidad, la calidad y el valor económico de las actividades de AF. Ejemplos: ¿cuántas derivaciones y para cuántos pacientes según enfermedades, o según tratamientos? ¿De qué clase son las que producen más eficiencia en el sistema? ¿se repiten las mismas con determinados colectivos, con determinados entornos?....
- No existe en la actualidad ninguna clasificación específica de la nueva actividad asistencial de los farmacéuticos.
- La Clasificación sirve para cualquier tipo de situación que se presente en la farmacia comunitaria y hospitalaria, originada, bien por los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), bien por los Resultados Negativos asociados a Medicamentos (RNM) y que precise de la derivación a un médico, independientemente de donde este trabajo, aunque se haya desarrollado desde atención primaria.
- Diseñada como una Clasificación de Derivación Fármaco-terapéutica definitiva y global, al no ser necesario crear clasificaciones específicas en función de cada problema de salud.
- Un sistema codificado y normalizado de derivaciones interprofesionales contribuye a crear vínculos organizativos entre los colectivos que trabajan en la asistencia sanitaria.

Bibliografía

1. Andrés J, Barbero A, Fernández N, Herrero E, Martín G, Pastor R, et al. MEDAFAR asma. Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en asma. Madrid: IMC; 2007.
2. Baixauli VJ, Beato P, Fité B, García F, Llisterri JL, March M, Pastor R, et al. MEDAFAR hipertensión. Procesos de coordinación entre médicos y farmacéuticos en hipertensión. Madrid: IMC; 2007.
3. Pastor Sánchez R, Alberola Gómez-Escolar C, Álvarez de Toledo Saavedra F, Fernández de Cano Martín N, Solá Uthurry N. Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas / Classification of Pharmaco-Terapeutic Referrals. Madrid: IMC; 2008.
4. Pastor Sánchez R, Alberola Gómez-Escolar C, Álvarez de Toledo Saavedra F, Fernández de Cano Martín N, Dago Martínez A. MEDAFAR: A Coordination Strategy Study. PCNE 7th Working Conference. Pharm World Sci. 2009; 31(4):505.

Las enfermedades crónicas y la farmacia comunitaria

Tellaeché Bacigalupe Y.

La realidad de la farmacia comunitaria hoy es la incertidumbre, incertidumbre económica e incertidumbre profesional.

La economía de la farmacia como empresa está inmersa en la peor pesadilla imaginable:

- Disminución del margen real como consecuencia de los Decretos 4/2010 y 8/2010
- Disminución de la facturación en valor
- Disminución de la venta de productos de venta libre
- Aumento del número de recetas y por tanto del volumen de trabajo
- Aumento de los gastos fijos: personal, suministros, contratos de mantenimiento...

Algunas comunidades ya en el mes de abril pagan con retraso su deuda con las farmacias.

El Subdirector General del Ministerio de Economía, lanzaba a finales de abril un aviso para navegantes: "Medidas nuevas y dolorosas para contener el gasto en medicamentos".

Todo esto unido, dibuja un escenario que si no se corrige puede en poco tiempo pasar al terreno de los sueños imposibles y del recuerdo, simplemente por inviabilidad económica. La farmacia necesita un umbral de rentabilidad por debajo del cual no hay profesión, no hay servicios, no hay nada.

Incertidumbre asistencial, porque el gran proyecto asistencial que supuso en sus inicios la atención farmacéutica no ha dado los resultados esperados, no se ha hecho visible, ni para la sociedad ni para las administraciones. Hemos avanzado mucho, pero hemos gastado mucha energía y tiempo en discusiones muy alejadas del día a día de la farmacia.

La atención farmacéutica es un proceso asistencial complejo con distintos niveles de desarrollo, no todos los farmacéuticos pueden ni deben implantarlo de forma global y no debe ser el salvavidas de la farmacia como establecimiento sanitario. Muchos farmacéuticos se han alejado del proyecto al no encontrar estímulos y apoyos para abordar lo posible, lo que ha creado un cisma entre farmacéuticos excelentes, que con mucho esfuerzo y formación han implantado un servicio de seguimiento farmacoterapéutico, y una gran mayoría, que ven ya la atención farmacéutica como un proceso fallido.

Hay muchas posibilidades de liderar el futuro de la farmacia como establecimiento sanitario; la capilaridad de nuestro modelo nos posiciona cerca de cada ciudadano, de cada familia, cuidador y enfermo crónico.

Atención farmacéutica a enfermos crónicos

La esperanza de vida se ha duplicado en el siglo XX. En España (INE 2010), la esperanza de vida se sitúa en los 79 años en hombres y 84 años en mujeres; en 2050 la población mayor de 65 años alcanzará cifras del 35%, con el consiguiente aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Nuestro sistema sanitario está excelentemente preparado para extirpar un cáncer de pulmón, pero está menos preparado para ayudar a dejar de fumar. Los sistemas sanitarios no están evolucionando al ritmo necesario.

Hoy sabemos que los pacientes crónicos cuadruplican el consumo de recursos sanitarios y que existe una relación clara entre dependencia y enfermedad crónica. Esto exige una readaptación de los recursos sanitarios y una reconversión de las prestaciones que fueron planificadas para enfermedades agudas y empiezan a ser claramente deficitarias antes las nuevas demandas asistenciales.

En las intervenciones en crónicos el farmacéutico puede posicionarse en:

- Prevención y detección de enfermedades crónicas
- Ayuda al auto cuidado del enfermo, familia o cuidador
- Adherencia, seguridad y eficacia de los tratamientos
- En definitiva, ocupar un papel importante en la continuidad asistencial del paciente crónico

Todo ello desde una indicación informada, con una sistemática establecida para todo el personal de la farmacia, unos registros simples y una comunicación con el médico ágil y sin complejos.

En mi intervención profundizaré sobre las enormes posibilidades que tiene una dispensación personalizada en:

- Detección de uso incorrecto
- Duplicidades
- Reacciones adversas
- Información sobre la enfermedad y el tratamiento
- Detección de otros problemas de salud

Para finalizar deseo remarcar el hecho de que hay movimientos de diferente signo que reclaman un **“uso racional del farmacéutico”**:

Informe Bernat Soria: “Por su preparación, competencia y cercanía a los pacientes, las oficinas de farmacia pueden convertirse en el colaborador más eficaz del SNS, especialmente en atención primaria”

Fundación Bamberg: Último informe publicado sobre “El modelo de futuro de gestión de la salud”.

Castilla la Mancha, Extremadura, Andalucía, Cataluña, Valencia, Baleares, son partidarias de abrir un debate sobre la remuneración de los servicios de atención farmacéutica.

Ana María Matute, premio Cervantes de Literatura 2010, cito unas palabras suyas: “Sin amor estas muerto y si no inventas no vives”. La farmacia comunitaria tiene que reinventarse y la atención farmacéutica debe buscar una nueva manera de definir las actividades asistenciales que sea factible y que se acerque a la sociedad.

Servicio integral de cribado y seguimiento de la presión arterial en la farmacia comunitaria.

Cruz Puche J.

En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Jaén se encuentra constituido el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Jaén (GIAF-COFJAE). El GIAF-COFJAE es un grupo asociado al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR) cuyo uno de sus objetivos es poner en práctica proyectos de investigación en el marco de la Atención Farmacéutica. Durante los últimos años, como miembro del GIAF-COFJAE pude participar en distintos proyectos relacionados con la enfermedad del sueño o la diabetes entre otros. Mi última experiencia fue en hipertensión arterial (estudio AFenPA) y que tengo el placer de contar mi experiencia en estas escasas líneas.

La decisión de trabajar con pacientes hipertensos se debió a una propuesta muy interesante de GIAF-UGR, junto a las inquietudes que yo tenía acerca del número elevado de pacientes hipertensos en mi oficina de farmacia. Por ello, acepté la oportunidad que se me brindaba de poder trabajar con ellos ofreciéndoles una atención más especializada, así como conocer el efecto que podía causar en ellos una intervención individualizada.

Mi primer paso fue seleccionar a 10 pacientes hipertensos mayores de 18 años, de ambos sexos que acudieran a mi farmacia habitualmente y, que cumplieran con una serie de criterios concretados por la coordinación del proyecto. Propio de cualquier empiezo, ofrecer un nuevo servicio “me pareció un mundo”. No obstante en una semana pude captar un número de pacientes mayor de lo que pretendía.

La primera visita programada consistía en medir al paciente la presión arterial (PA) siguiendo las pautas correctas en una habitación que utilizo como Zona de Atención Personalizada en mi farmacia. En la siguiente visita y pasada una semana, acudía de nuevo el paciente a la farmacia con su bolsa de medicamentos, se le medía la PA, se le recogía sus datos bajo su consentimiento por escrito y, se le realizaba un recuento inicial de comprimidos de todos los medicamentos antihipertensivos que tomaba en este momento. Tras una semana, se volvía a citar el paciente para medirle la presión arterial.

A partir de allí, conseguido mi grupo de pacientes, comuniqué a GIAF-UGR que había finalizado el reclutamiento de mis pacientes, el cual me notificó la asignación de cada uno los 10 pacientes en el grupo Control (GC) o Intervención (GI).

Tanto al GC como GI les hice un recuento final de comprimidos tras pasar 3 semanas y así cerraba la etapa inicial del estudio.

Con el GI empecé la educación en automedida domiciliaria de la presión arterial y proporcioné a cada paciente un tensiómetro con el fin de medirse la PA en el domicilio. Durante 5 meses le iba citando para proporcionarle las pautas de medida de la PA, una vez a la semana, o cinco días seguidos dependiendo de la visita programada. En cada visita el paciente traía sus medidas apuntadas en un tríptico, así como su tensiómetro, para contrastar los datos memorizados en el aparato y derivarle al médico si fuese necesario. También les informaba sobre otras medidas no farmacológicas, como llevar una dieta sana y equilibrada, dejar de fumar, evitar el consumo de bebidas alcohólicas, realizar ejercicio, así

como comprobar que tomaban su medicación a diario, y todo ello, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias. Al mismo tiempo se le preguntaba si había tenido algún problema desde la última visita.

Tras pasar 5 meses, volví a realizar el recuento inicial y final de comprimidos separado de 4 semanas, con sus correspondientes medidas de PA, y recogida final de datos. Esta etapa correspondía a la fase final del estudio y se realizaba a todos los pacientes participantes.

Los resultados de mi trabajo fueron muy satisfactorios, ya que tras los 6 meses de seguimiento casi todos mis pacientes intervenidos y descontrolados al inicio, mejoraron notablemente su PA. En general todos los pacientes quedaron muy satisfechos con la atención ofrecida.

A modo de ejemplo, uno de ellos se propuso dejar de fumar el mismo día que empezamos con el proyecto al asustarse de su elevada PA. Hoy en día aún continúa sin probar un cigarrillo y su PA ha mejorado considerablemente.

Otro de mis pacientes había sufrido previamente una angina de pecho y un infarto al corazón, su PA me preocupaba porque la presión arterial sistólica no bajaba de 150-160 mmHg. Decidí derivarlo al médico mediante una carta escrita, pero como estábamos en los meses correspondientes al verano, su médico de cabecera estaba de vacaciones, y ningún médico sustituto quiso cambiarle la medicación. En el mes de septiembre por fin conseguí que su médico lo recibiera y cambiara su medicación; poco después su PA se normalizó y sigue siendo controlada a fechas de hoy.

Como profesional sanitario me gratifica haber instaurado, aunque sea en un grupo reducido de pacientes, el hábito de medirse regularmente la PA, hecho que ninguno hacía antes. Mejoró así su salud, y aumentó notablemente su confianza en mi farmacia. Hoy en día estos pacientes siguen acudiendo periódicamente a la farmacia para realizarles un control de la PA.

La única dificultad que encontré fue el tiempo de duración del proyecto y las numerosas medidas y visitas, ya que muchos pacientes me preguntaban cuando acabaríamos. Otra dificultad para mí fue el momento de recuento de comprimidos porque los pacientes olvidaban las cajas de medicamentos, o alguna de ellas en casa a pesar de recordárselo la visita anterior.

A pesar de ello y entendiendo el carácter exhaustivo que pueda tener un proyecto de investigación, considero una experiencia muy positiva, la cual podría ser instaurada en las oficinas de farmacia como práctica habitual. Para ello, podríamos quedarnos con la parte más práctica de la intervención: educar sobre adherencia o medidas no farmacológicas, enseñar al paciente medirse la PA como mínimo dos veces al mes para poder realizarles controles periódicos desde la farmacia, con el fin de mejorar la salud de nuestros pacientes y concienciarles de que la PA es un parámetro que han de vigilar periódicamente para evitar cualquier evento cardiovascular.

Aprovecho la ocasión para comunicar a GIAF-UGR que ha sido un trabajo muy interesante y satisfactorio, así como un placer haber trabajado con ellos.

Servicio integral de cribado y seguimiento de la presión arterial en la farmacia comunitaria.

Jorge Rodríguez ME

La opción de ofrecer servicios que den un valor añadido al trabajo cotidiano en la farmacia fue algo que tuve claro desde que comencé a trabajar hace 25 años en una farmacia de nueva apertura, en un entorno rural. Observé que, mayoritariamente, los pacientes que acudían en el día a día eran personas mayores, con varios problemas de salud, polimedicados, y que en muchos casos no conocían los medicamentos que tomaban ni para qué patología habían sido prescritos, detectando duplicidades y mucho incumplimiento terapéutico. Con frecuencia, también nos pedían que se les tomara la “presión” y/o el “azúcar”. Ante esta situación tomé la decisión de formarme bien y poner mis conocimientos al servicio de los pacientes, así como habilitar un pequeño espacio para tomar la presión arterial (PA) y la glucosa y, en algunos casos, ofrecer alguna infusión de tila o manzanilla. Por aquel entonces, desarrollé una pauta para tomar la PA, que, según el caso, consistía en:

1) Si el paciente solicitaba el servicio, le acompañaba al espacio de salud donde permanecía sentado, en reposo, durante 10 ó 15 minutos. En este tiempo teníamos una pequeña conversación con la intención de conocer la causa por la que deseaba tomarse la PA, si padecía alguna patología, si tomaba medicación, cuáles eran sus hábitos de vida, alimenticios, si fumaba, practicaba algún ejercicio.etc. De esta forma podía disponer de una referencia sobre qué factores de riesgo cardiovascular (FRCV) presentaba. A continuación determinaba los valores de PA en cada brazo y en el que los tuviera más altos, hacía dos medidas más (2 ó 3 minutos entre una toma y la siguiente). Dependiendo de cuál era la PA promedio, procedía de la siguiente forma: (1) si se encontraba dentro de los límites de normalidad, se animaba al paciente a continuar cuidando su salud; (2) si estaba por encima del objetivo terapéutico se le ofrecía la posibilidad de tomarle la PA en la farmacia durante 5 ó 6 días más, tres días a primera hora de la mañana y otros tres a última hora de la tarde. Además, le comentaba al paciente que otros FRCV presentaba y le ofrecía la posibilidad de colaborar para tratar de controlarlos. Si el paciente estaba de acuerdo, solicitaba su consentimiento informado para cumplir con la ley de protección de datos y concretábamos una cita.

2) Si durante la dispensación observaba que el paciente era hipertenso y/o diabético o retiraba medicamentos para alguna patología asociada, le ofrecía realizarle un control de su PA y procedía de una forma similar al primer caso.

Finalmente, los datos de PA obtenidos en la farmacia se recogían en un informe, que el paciente podía mostrar al médico en su próxima visita.

Cuando los pacientes presentaban alguna dificultad para acudir a la farmacia se les proponía realizar las medidas de PA en su domicilio (AMPA). En tal caso, les proporcionaba un dispositivo validado y educaba al paciente, o a un familiar próximo, para que realizara la toma de PA, durante cuatro días consecutivos (preferentemente laborales), siguiendo las recomendaciones especificadas para una correcta medida de la PA. Los valores obtenidos se recogían en un impreso que le proporcionaba y que me traía a la farmacia en la siguiente visita. Además de estos datos, descargaba las lecturas guardadas en la memoria del aparato y preparaba un informe que el paciente podía entregar al médico en su siguiente visita a la consulta.

Hace un par de años tuve la ocasión de conocer el manejo y la utilidad de un Holter de PA, más conocido como

“MAPA”. Entendí que para dar un servicio integral y de calidad en la medida de la PA tenía que incorporarlo en el espacio de salud. Con el Holter obtenemos un registro de las medidas de PA de forma continua durante 24 horas. Se programa para que realice tomas de PA, cada 20 minutos en horario diurno (de 7:00 a 22:00) y cada 30 minutos en la noche (de 22:00 a 7:00). Se trata de una medida ambulatoria, pues una vez colocado el holter, el paciente se va a su casa o trabajo y realiza su actividad cotidiana. Se coloca el brazalete en el brazo no dominante, debajo de la ropa, conectado con el grabador, el cual se fija con un cinturón, procurando que el paciente esté cómodo. Al paciente le advertimos que sentirá una pequeña presión en el manguito cada vez que se va a realizar una toma de PA para que mantenga el brazo en reposo, se relaje, no hable y resulte una medida válida; si no fuera así, transcurridos unos minutos la medida se repite. Es importante que el paciente no se bañe, o practique ejercicios intensos mientras tenga el holter conectado. Además, debe anotar a qué hora se levanta y cuando se va a la cama, así como las horas de la comida y el momento en el que realiza algún esfuerzo físico. La pantalla del equipo no muestra las lecturas de PA que realiza, por lo que el paciente no puede verse sugestionado por las mismas. Cuando el paciente vuelve, después de 24 h, se retira el equipo y se le cita unos días después para darle el informe, que podrá entregar a su médico para su valoración. La realización de la MAPA en la farmacia proporciona al médico información de gran valor pronóstico, que no es proporcionada por los anteriores métodos (ej. PA promedio de 24 horas, diurna, nocturna, perfil nocturno de la PA, elevación matutina de la PA, variabilidad de la PA).

En definitiva, desde que inicié el servicio de cribado y seguimiento de la hipertensión arterial instaurado en mi farmacia, éste ha ido evolucionando a medida que han ido surgiendo nuevas oportunidades que podían ir mejorándolo. Además de los datos de PA obtenidos en la farmacia, en el domicilio (AMPA) y de forma ambulatoria (MAPA), el informe al médico se completa con toda la información adicional que disponga sobre los FRCV del paciente (ej. edad, peso, índice de masa corporal, determinaciones analíticas, etc.). Finalmente, considero que el servicio prestado en la farmacia constituye una actividad de calidad y de gran valor que puede contribuir a mejorar la salud de los pacientes.



Colaboración de la Farmacia con el Centro de Salud

De Pablo Marcos D.

Durante los últimos 10 años, nuestra relación con los Centros de Salud era escasa pero buena gracias a las derivaciones de los pacientes que realizábamos mediante informes escritos. Entendiendo que no era suficiente y que hacía falta un contacto más cercano, decidimos (con cierto temor) ir al Centro de Salud (Dr. Castroviejo, Área 5 de Madrid) a proponer una mayor colaboración profesional y explicar el servicio de Atención Farmacéutica que teníamos implantado en la farmacia.

El primer contacto con el centro de salud fue a través del coordinador médico, el cual nos puso en contacto con dos médicos responsables de la formación. Le entregamos por escrito la propuesta y aceptaron darnos día y hora en sus sesiones para que se lo expliquemos a todo el personal del centro.

Para comenzar mi presentación (que duró una hora) y “para romper el hielo” empecé mediante un comentario realizado por el Dr. Julio Zarco, presidente de SEMERGEN: “Los profesionales sanitarios no somos compartimentos estancos, el farmacéutico tiene una labor coadyuvante al médico y a enfermería para que la prescripción salga reforzada y si dos profesionales quieren trabajar en sintonía la colaboración es posible y las reticencias se evaporan.”

Basándome en dos proyectos farmacéuticos (Medafar y Programa Polimedicado) y a modo de ejemplo, expliqué al personal sanitario del centro la intención positiva de la Atención Farmacéutica:

El proyecto Medafar creado por la fundación Pharmaceutical Care y la asociación médica SEMERGEN, entre otros objetivos elaboran protocolos de colaboración en patologías relevantes como es el asma o la hipertensión arterial.

El programa del mayor polimedicado en Madrid creado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid junto al Colegio de Farmacéuticos y los Centros de Salud de Atención primaria y especializada es un programa de atención al paciente anciano para mejorar su atención individual y una gestión eficiente de recursos sanitarios.

En ancianos polimedicados se favorece la aparición de reacciones adversas e interacciones, que se asocian a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición e incluso muerte. Sobre esto estuvieron de acuerdo de que vivimos en una sociedad muy polimedicada.

A continuación, expliqué brevemente el Método Dáder del Seguimiento Farmacoterapéutico.

El estado de situación les llamó la atención y les creó una sensación positiva de orden y lógica que desconocían.

La sesión resultó ser muy constructiva, comento las principales ventajas:

- Les gustó el material educativo (14 temas), principalmente síntomas menores que entregamos diariamente a los pacientes. Me solicitaron un ejemplar de cada uno.
- Comprendieron que la especialización en medicamentos nos hace conocer más detalles sobre formulación magistral, farmacocinética, interacciones, excipientes.etc.
- Aceptaron la propuesta de la hoja ínter consulta del proyecto Medafar entre farmacia y Centro de Salud.
- Les pareció acertado que tengamos una revista (con 17 ediciones) con artículos educativos de salud donde todos

están invitados a participar.

- Les informé que tienen a su disposición esta bibliografía que usamos para consultar la farmacoterapia (Martindale, Stockley, Bot Plus) que muchos no la conocían.
- Les pareció muy positivo nuestra participación en los programas del mayor polimedicado y Farmacia Centinela.
- Finalmente decidieron que teníamos “puerta abierta” para participar en las sesiones clínicas que organizan los jueves en el Centro de Salud. Nos pidieron además poner en marcha nuevas sesiones con los casos clínicos de Resultados Negativos de Medicamentos más relevantes en la farmacia.

Por supuesto les agradecí su colaboración y expliqué que puedo desarrollar una labor diaria de Atención Farmacéutica gracias al equipo de nuestra farmacia.

Por otra parte, cabe recordar actitudes particulares de rechazo que suelen surgir en las reuniones entre personal de medicina y enfermería, que debemos reconocer y rebatir para llevarles al terreno de la colaboración.

Pondré ejemplos de opiniones negativas sobre las farmacias que he escuchado en los últimos meses y como consejo solventarlas.

- “El aislamiento profesional de la farmacia”. No se da en todos los casos, la actitud de nuestra farmacia es contraria al aislamiento ya que participamos continuamente en programas educativos del Colegio, charlas educativas en centros de mayores, televisión y radio, congresos profesionales, nuestra docencia en el master de Atención Farmacéutica, la colaboración en el programa del polimedicado.
- Crítica concreta de una situación particular de un médico con un farmacéutico. Todos conocemos situaciones puntuales de fricción con otro profesional sanitario y no se puede generalizar para criticar una profesión.
- “El farmacéutico se centra en el mercantilismo y dudan de su capacitación técnica”. La farmacia no es una empresa pública sino una empresa privada que necesita gestionar gran parte de sus recursos con la gestión de la mercancía, la retribución actual es un margen “cada vez más escaso” por los productos dispensados. La respuesta positiva a todas sus consultas de medicamentos y la participación activa a las sesiones clínicas mejoraron su percepción sobre los conocimientos técnicos del farmacéutico.
- Sospecha de intromisión, principalmente al no conocer bien la ley y funciones de la AF, se les explica la ley 19/1998 del 25 de noviembre de la Comunidad de Madrid que es similar a otras comunidades autónomas.
- “Desconfían de la validez de datos analíticos realizados en la farmacia”. Para conocer si un medicamento es necesario, efectivo y seguro se necesita en muchas ocasiones realizar pruebas analíticas, el médico puede repetir la prueba analítica para corroborar nuestra sospecha.

A pesar de las barreras que nos podemos encontrar y las creencias negativas sobre el valor de la farmacia comunitaria, es importante señalar que cuando dos profesionales sanitarios trabajan juntos, cada uno adquiere poco a poco conciencia y aprecio por la función del otro. Esto es un claro beneficio mutuo y por consiguiente una gran ayuda para el paciente. Por ello, el farmacéutico comunitario ha de integrarse dentro del equipo multidisciplinar con el fin de mejorar los resultados en salud de los pacientes.

Con la implantación de los servicios cognitivos no sólo perseguimos una mejora en la calidad y diversidad del servicio directo a nuestros pacientes, sino también, una mayor integración en el sistema sanitario.

Los servicios de atención farmacéutica, que intentamos desarrollar en nuestro entorno, son los que nos deben aproximar al objetivo de que los centros de salud cercanos se constituyan en ejes naturales de convergencia.

Los principales procesos relacionados con este tipo de servicios son:

- Detección de posibles pacientes hipertensos. El indicador utilizado para evaluar el desempeño de esta acción es el número de informes de detección remitidos al médico. Por ejemplo, durante 15 meses (enero 2007-marzo 2008) se prepararon 55 informes.
- Dispensación de medicamentos. Disponemos de un documento de derivación al médico y medimos el número de derivaciones documentadas (en 2009 registramos 45 derivaciones).
- Seguimiento farmacoterapéutico. Se evalúan las intervenciones realizadas, analizando las vías de comunicación utilizadas para su resolución (en 2009 se registraron 41 intervenciones).
- Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos. En 2009 se comunicaron 19 sospechas.

A pesar de llevar a cabo este abanico de servicios asistenciales precisamos de más mecanismos que nos faciliten una comunicación fluida con el equipo sanitario, principalmente el médico prescriptor.

Respecto a los servicios de cribado (hipertensión arterial, presión intraocular, osteoporosis, etc.) sería necesario organizarlos en consenso con el equipo sanitario de los centros de salud más cercanos para establecer criterios de derivación.

La dispensación mediante receta electrónica en Andalucía no dispone de un canal de comunicación directo con el médico, lo que puede constituir una mejora del sistema informático. Este canal de comunicación podría sustituir a nuestro documento de derivación al médico del Sistema Andaluz de Salud

Adaptación del estado de situación al documento de consenso en atención farmacéutica definido por FORO

Rodríguez-Chamorro MA¹, García-Jiménez E², Rodríguez-Chamorro A³, Pérez Merino EM⁴, Martínez-Martínez F.

1. Farmacéutico Comunitario en Talavera de la Reina (Toledo). 2. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. 3. Farmacéutico Comunitario en Alcañizo (Toledo). 4. Profesora Asociada de la Cátedra de Cirugía. Facultad de Veterinaria. Universidad de Extremadura.

Correspondencia:

Miguel Ángel Rodríguez Chamorro.

c/ Luxemburgo, 5-2º B. 10005-Cáceres.

Tel: 927232820/ 678180250/ 925675575

e-mail: miguelrodriguez@redfarma.org

Palabras Clave: Estado de situación, seguimiento farmacoterapéutico, farmacia comunitaria

ANTECEDENTES

En la primera farmacopea oficial española o "Pharmacopoea matritensis" publicada en 1739, que era obligatoria para todos los boticarios españoles por un Decreto aprobado por Felipe V, aparecen numerosos preparados químicos y los "Modus faciendi", que nos informan sobre el trabajo realizado por estos farmacéuticos del Siglo XVIII¹. En ese momento el farmacéutico era quien preparaba los medicamentos y disponía de un auténtico laboratorio químico-farmacéutico, donde realizaba con toda solvencia sus formulaciones. El desarrollo de la industria farmacéutica durante el Siglo XX propició que el farmacéutico pasase a ser principalmente un dispensador de medicamentos donde su papel principal ya no era elaborar los medicamentos, convirtiéndose el servicio de dispensación, generalmente, en el centro de la actividad del farmacéutico, y representando la principal demanda del consumidor². En los últimos años, y con la entrada del nuevo siglo, se produce un nuevo cambio, que deja atrás la farmacia de la era industrial y busca una nueva reprofesionalización del farmacéutico mediante la farmacia clínica o asistencial.

Para realizar este cambio el farmacéutico de este siglo debe centrarse en el paciente, donde el nuevo objetivo son los problemas de salud y medicamentos que presentan, constituyendo este enfoque el llamado "nuevo paradigma"³. Este nuevo papel del farmacéutico no significa dejar de atender a los problemas de la utilización de los medicamentos en cada paciente, ya que esta labor es también fundamental. Este cambio preferencial de resultados sobre proceso, se hace necesario ante la evidencia de que no existe una relación directa entre elementos de proceso y resultados conseguidos. De este modo, el farmacéutico pasa a interesarse directamente por los resultados de la farmacoterapia⁴. En concreto, por los resultados intermedios, que son los resultados que determinarán el grado de beneficio o daño en un paciente y que derriba el argumento utilizado en contra de la conveniencia de la intervención del farmacéutico^{5,6,7}

En 1966 Donabedian⁸ dividió en tres grandes áreas las actividades de la atención sanitaria evaluables desde el punto de vista de la calidad: estructura, proceso y resultados (paradigma SPO). La estructura son los recursos de que se dispone, el proceso se refiere a lo que se hace y los resultados hacen referencia a las consecuencias de esas acciones, es decir, de los procesos⁹. Los resultados en salud básicamente son cambios en el estado de salud que pueden ser atribuidos al proceso de la atención sanitaria¹⁰. Además, se asume que los tres aspectos están correlacionados directamente, aunque no existe evidencia científica que lo demuestre, pero si está demostrado que una estructura adecuada y un proceso correcto no tienen por qué conducir a la consecución de un resultado positivo^{9,11}.

La definición de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) ha evolucionado en los últimos años desde la aportación de los profesores Hepler y Strand¹² en 1990. En el año 2007, el Tercer Consenso de Granada¹³ asume la entidad de los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), entendidos como causas de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), que posteriormente son adaptados por FORO¹⁴, definiéndose como "aquellas situaciones que el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación". Asimismo,

este mismo documento de Foro, admite que estas causas pueden ser múltiples, aceptando por tanto la existencia de un listado de PRM¹⁴ (Tablas 1 y 2) que no es exhaustivo ni excluyente, y que podrá ser modificado con su utilización en la práctica clínica. Igualmente, se definen los RNM como “resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos”.

Dentro de este documento de consenso en Atención Farmacéutica propuesto por FORO¹⁴, se definen todos los servicios que engloba esta visión asistencial del paciente, actualizándose entre otras, la definición del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico, como “el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio se caracteriza por presentar una metodología de trabajo definida y estructurada, siendo el estado de situación del paciente uno de los documentos más importantes para poder desarrollarlo desde un punto de vista eficiente.

ESTADO DE SITUACIÓN

El primer modelo de estado de situación (ES) fue aportado por Aguas et al¹⁵ en el año 2002, y permitió simplificar enormemente el proceso de evaluación de resultados negativos sobre el diseñado y propuesto inicialmente en el programa Dáder¹⁶. Las modificaciones introducidas posteriormente en este documento de estado de situación, supusieron mejoras para la evaluación e intervención de los RNM que presentaban los pacientes, aunque el estado de situación continúa teniendo una configuración de emparejamiento horizontal entre problemas de salud y los medicamentos que el paciente está utilizando para ese problema de salud. La razón de emparejamiento entre problemas de salud y medicamentos, no es la indicación, sino que es el objetivo terapéutico de cada medicamento. Además, como indican Fernández-Llimós et al³ se deben incluir, no los medicamentos que fueron prescritos, sino los que verdaderamente se están utilizando. Es durante los años 2007 y 2008 cuando FORO^{13,14} aconseja hacer una ligera modificación que considere los PRM y RNM durante el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, englobándose los procesos y resultados, ya que de esta forma se aumenta la eficacia, y se evita mezclar causas (proceso) con resultados de acuerdo con los pilares Donabedianos, pero esta mejora no se refleja en el documento de estado de situación, motivo por el cual se propone una nueva adaptación tal y como se refleja en la Figura 1.

Identificación de los problemas de salud asociados a los medicamentos causante de RNM.

Emparejados también de forma horizontal con los problemas de salud y los medicamentos se encuentra la evaluación, que incorpora dos de las áreas de la atención sanitaria, evaluación del proceso mediante la detección de las sospechas de PRM y evaluación de los resultados para la prevención y resolución de las sospechas de RNM. Se hace, por tanto necesaria, la identificación de los elementos de proceso (PRM) para la resolución de los resultados negativos asociados a la medicación. Por ejemplo, la identificación del incumplimiento como PRM causante de una inefectividad cuantitativa puede permitir su resolución y puede evitar que la intervención farmacéutica ante el médico produzca una valoración errónea de la efectividad del tratamiento con aumento innecesario de dosis, o la introducción de nuevos medicamentos

Tabla 1: Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).

- Administración errónea del medicamento.
- Características personales.
- Conservación inadecuada.
- Contraindicación.
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada.
- Duplicidad.
- Errores en la dispensación.
- Errores en la prescripción.
- Incumplimiento.
- Interacciones.
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.
- Probabilidad de efectos adversos.
- Problema de salud insuficientemente tratado.
- Otros.

Tabla 2: Listado de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

- Problema de salud no tratado.
- Efecto de medicamento innecesario.
- Inefectividad no cuantitativa.
- Inefectividad cuantitativa.
- Inseguridad no cuantitativa.
- Inseguridad cuantitativa.

Figura 1. Estado de situación

Fecha:		Nombre:		Sexo:	Edad:	Peso:	IMC:	Alergias:				
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				IF
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta Prescrita	Pauta Usada	Proceso		Resultados		
								Sospecha PRM	N	E	S	Sospecha RNM
	A											
	B											
	C											
	D											
	E											
	F											
	G											

Contr: Controlado; Preoc: Preocupa; p.a.: principio activo; N: Necesario; E: Efectivo; S: Seguro

innecesarios o más potentes y con más riesgo, así como la no utilización de fármacos más seguros y eficaces, o la aparición de incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento. Por tanto en el recuadro de sospecha de PRM se anotará el PRM de la tabla 1 que se considere causante del RNM correspondiente. Al igual que la modificación del ES¹⁵ que dispuso las dos columnas diferentes para la pauta y que, además, servía para controlar elementos que debían de haberse realizado en la dispensación¹⁷, esta nueva estructura del ES implica un control sobre el propio seguimiento farmacoterapéutico y en concreto sobre las causas de los RNM, que deben estudiarse para una buena resolución de cada caso.

Es importante seguir el método y completar correctamente el estado de situación, lo cual va a representar una parte muy importante del éxito de la futura evaluación. Sin embargo el núcleo o punto crítico se encuentra en la evaluación e intervención farmacéutica que conseguirá la prevención y resolución de los PRM y de los RNM.

Por este motivo, en esta propuesta de actualización del estado de situación se incorpora una numeración alfabética de los problemas de salud. Cuando un medicamento es inseguro se debe anotar en el estado de situación el problema de salud o el riesgo de que aparezca un determinado problema de salud producido por el medicamento inseguro. Asimismo, junto al riesgo de RNM identificado anotaremos la letra del problema de salud que ha originado. De esta forma quedan relacionados los RNM con los problemas de salud o con los riesgos de problemas de salud que han producido (se muestra un ejemplo en la Figura 2).

Aunque el anterior estado de situación de Aguas et al¹⁵ responde perfectamente a las necesidades que se requieren para la resolución de los casos mediante la metodología Dáder¹⁷, esta actualización del estado de situación complementa el déficit de información que se producía en relación con los PRM, elementos de proceso necesarios para la resolución de los casos. Además permite la relación directa visual de los RNM de inseguridad con las inseguridades producidas por ellos, que quedan reflejadas como nuevos problemas de salud y que se diferencian claramente de los RNM de necesidad "problema de salud no tratado".

En este estado de situación se percibe con más claridad la diferencia entre los resultados clínicos negativos asociados a la medicación y los fallos relacionados con el proceso de uso de los medicamentos, es decir, de las causas (PRM). Asimismo, esta separación visual de los elementos de proceso de los resultados asociados a la medicación permite encuadrar a los efectos adversos producidos por los medicamentos entre los RNM y diferenciarlos de los errores o fallos

Figura 2. Estado de situación

Fecha: 5/4/2010		Nombre: xxx		Sexo: Hombre		Edad: 66		Peso: 86		IMC: 31		Alergias: No conocidas		
Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación					IF	
Inicio	Problema de salud		Contr	Preoc	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta Prescrita	Pauta Usada	Proceso			Resultados		
									Sospecha PRM	N	E	S	Sospecha RNM	
2007	A	Hipercolesterolemia*	S	N	2007	Simvastatina 40 mg	0-0-1	0-0-1	Interacción con Verapamilo	S	S	N	Inseguridad cuantitativa (E)	
2008	B	HTA*	S	S	2008	Verapamilo 180 mg (D) Trandolapril 2 mg	0-1-0	0-1-0	Idiosincrasia paciente	S	S	N S	Inseguridad no cuantitativa (D)	
2009	C	DM2*	N	S	2009	Metformina 850 mg	1-1-1	0-1-0	Incumplimiento	S	N	S	Inefectividad cuantitativa	
2009	D	Estreñimiento	N	S										
2010	E	Riesgo de Hepatotoxicidad	N	S										
	F													
	G													

OBSERVACIONES:
El incumplimiento del tratamiento de la diabetes se produjo por el efecto adverso de diarrea que sufrió el paciente por lo que disminuyó las dosis de la metformina.

PARÁMETROS
PA: 130/60 mmHg; ALT-GPT: 89 UI/L; HbA1c: 9%.

Contr: Controlado; Preoc: Preocupa; p.a.: principio activo; N: Necesario; E: Efectivo; S: Seguro; HTA: Hipertensión arterial; DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

en el proceso de tratamiento, es decir, de los acontecimientos que preceden a los resultados.

Es importante reseñar, que no existen cambios en la sistemática de identificación de RNM ni en ningún otro aspecto del seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder¹⁷.

Intervención farmacéutica

La intervención farmacéutica consiste en una acción que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa, o de las condiciones que lo envuelven¹⁸. Por tanto, la intervención se realizará sobre la persona que pueda modificar el proceso de uso de los medicamentos. Frecuentemente será el paciente, y en estos casos el farmacéutico no necesitará de la intervención del médico.

Pero, en muchos casos, el destinatario de la intervención será el médico, en los casos que sean necesarias modificaciones de la farmacoterapia prescrita. En estas ocasiones, y cuando se elija la forma escrita de comunicación, aunque existen informes específicos para ello, tanto en formato carta o mediante diversos modelos interconsulta, el propio estado de situación completado, se convierte en el medio apropiado de comunicación con el médico, al contener la mayor parte de la información necesaria (paciente, problemas encontrados y el juicio clínico del farmacéutico, a través de la identificación de los PRM y RNM), solamente quedaría incluir los datos del farmacéutico y firmar el documento.

CONCLUSIONES

El Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico ha demostrado ser un procedimiento operativo muy eficaz que ha permitido a los farmacéuticos solucionar problemas de salud de muchos pacientes, la actualización propuesta del estado de situación que se presenta en este artículo sólo pretende mejorar y perfeccionar los documentos de registro de la metodología para hacer seguimiento farmacoterapéutico, convirtiéndose el estado de situación en uno de los recursos más importantes ante la evidencia de los fallos en la farmacoterapia, ya sea cuando provoca daños o cuando no se consiguen los objetivos terapéuticos buscados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pharmacopoea Matritensis. Nunc primun elaborata. Matriti MDCCXXXIX (1739).
2. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM. Investigación de proceso y de resultados en salud (IPRS), otro peldaño hacia la excelencia profesional del farmacéutico comunitario. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(1): 23-27.
3. Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con medicamentos: resultados como el centro del nuevo paradigma. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 167-188.
4. García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2008; 49(2): 145-157.
5. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Chamorro AR, Merino EM, Martínez FM, Dader MJ. Effect of pharmacist involvement in adherence to medications in patients with high to moderate cardiovascular risk (Study EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria*. 2011 May;43(5):245-253. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21211865.
6. Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Marzo 2009.
7. García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis Doctoral. Granada 2003.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XLIV 1966 (3): 166-206.
9. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Dispensación. *Aula de la farmacia* 2004; 3(1):10-26.
10. Donabedian A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science* 1978; 200: 856-864.
11. Tully M. Measuring outcomes in Pharmaceutical care: En Proceedings of the International working conference on outcomes measurements in pharmaceutical care. JWF van Mil. Hilleroid. Denmark. 1999; 7-13). (Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F. Dispensación. *Aula de la Farmacia*. 2004. 3:10-26.
12. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en Atención Farmacéutica. *Pharm Care España* 1999; 1: 35-47.
13. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48(1): 5-17.
14. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid. 2008.
15. Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Benegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharmaceutical care España* 2002; 4:60-63.
16. Caelles N, Ibáñez J, Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2002; 4(1):55-59.
17. Grupo de investigación en atención farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). *Pharmacy Practice* 2006; 4(1):44-53.
18. Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 90-97.





Comunicaciones

1. Efecto del asesoramiento estructurado en síntomas menores sobre a la derivación al médico desde el Servicio de Indicación Farmacéutica y factores asociados (Estudio IND-DÁDER)

Ocaña Arenas AM, Sáez-Benito L, Olry de Lima A, Baena-Parejo MI, Martínez-Martínez F, Faus-Dáder MJ
correspondencia: anaocana_8@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Se ha postulado que el profesional farmacéutico puede beneficiar a los sistemas de salud a través del asesoramiento de síntomas menores que permitiría mejorar la eficiencia de las consultas al médico. Sin embargo, en España no se ha profundizado en este tema ante el temor de que pueden ocurrir retrasos diagnósticos graves, debido a la creencia de que los farmacéuticos derivan en pocas ocasiones. Es importante describir la derivación desde la farmacia y sus condicionantes. El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de un asesoramiento estructurado en síntomas menores sobre la derivación del farmacéutico a otro profesional desde el Servicio de Indicación Farmacéutica y algunos de los factores relacionados.

MÉTODOS

Diseño: Estudio cuasiexperimental con grupo control multicéntrico. Ámbito: Farmacias comunitarias de 23 provincias españolas durante Junio a Noviembre de 2008. La población de estudio fueron las consultas de Indicación Farmacéutica de usuarios mayores de 18 años y que habían solicitado la consulta para ellos mismos, o para alguien a su cuidado.

La variable resultado fue la intervención del farmacéutico comunitario en cuanto a si eran derivadas al médico o el farmacéutico indicaba un tratamiento.

Los farmacéuticos del Grupo Intervención (GI) aplicaban una entrevista semiestructurada al paciente y apoyaban sus recomendaciones en una guía de manejo de síntomas menores que incluía criterios de derivación consensuados con los médicos. El Grupo Control (GC) recibía la atención habitual.

Análisis estadístico

Se utilizó el software SPSS 15.0, como medida de asociación se utilizó la OR con su intervalo de confianza al 95%. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple, la bondad del modelo fue comprobada mediante el coeficiente de Hosmer-Lemeshow. Se estableció un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recogieron 4215 consultas (54,6% GI vs 45,5% GC). El porcentaje de intervenciones en las que el farmacéutico indicaba un medicamento fue mayor en el GC (87,6% vs 84,75%), mientras que en el GI se derivó en más ocasiones a otro profesional (15,25% vs 12,39%). Al realizar el análisis multivariante (prueba de ajuste de Hosmer-Lemeshow 0,139) se encontró que el GI mostró una mayor probabilidad de derivar al usuario al médico que el GC (OR 1,273 IC95% 1,058-1,532). Los factores que de forma independiente se asociaron a que el paciente fuese derivado a otro profesional fueron llevar más días de evolución de los síntomas (OR 1,004; IC95%: 1,000-1,007); tomar más de 5 fármacos al día (OR 2,188; IC95% 1,481-3,234); acudir a la farmacia por síntomas de dolores moderados (OR 3,787; IC95%: 2,848-5,034), otros síntomas menores (OR 2,147; IC95% 1,569-2,939) o problema de salud no banal (OR 5,952; IC95%: 3,896-9,094). En el límite de la significación, los farmacéuticos no propietarios de la farmacia (OR 0,833; IC95% 0,674-1,039) mostraron una menor probabilidad de derivar a los usuarios.

CONCLUSIÓN

Contar con herramientas adecuadas en el Servicio de Indicación Farmacéutica aumenta la derivación desde la farmacia. Las características de los pacientes y sus consultas son los factores que se han relacionado con la decisión de derivar del farmacéutico.

2. Propuesta de un modelo explicativo para la conducta de automedicación

Cacín Barbero MC, Martínez-Martínez F,
correspondencia: conchi_gym@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Con el estudio y profundización en la conducta de automedicación, comprendimos la dificultad de nuestro propósito, desarrollar un cuestionario para medir la automedicación, y la necesidad de apoyarnos en alguna de las teorías explicativas de conductas en salud existentes, y desarrolladas en la Psicología Social de la Salud, adaptando alguna de ellas a nuestro estudio. Tras entender y analizar algunos esquemas teóricos optamos por ajustar el Modelo Integrado (MI) de Martin Fishbein, extensión de la Teoría de la Conducta Planificada (I. Ajzen & M. Fishbein), a la automedicación, pero advertimos que necesitábamos incluir otros aspectos muy importantes y significativos, como es el hecho de la “percepción de levedad de los síntomas” por parte de las personas, y no incluido en el MI. Al investigar sobre este aspecto llegamos hasta el Modelo de Autorregulación de Leventhal, el cual a su vez tampoco nos resultó totalmente satisfactorio para nuestro estudio. Tras sopesar las opciones comprendimos la necesidad de consultar a un grupo de expertos, para la concreción de la estructura teórica explicativa de la automedicación, dada la trascendencia que tiene este aspecto para el desarrollo del cuestionario, fin de nuestro trabajo.

Objetivo: Desarrollar un modelo teórico elemental, para el estudio de la automedicación, que nos permita sintetizar un número aparentemente ilimitado de variables y correlaciones, en un conjunto de constructos capaces de explicar nuestra conducta objeto de estudio de modo simplificado.

MÉTODOS

Técnica de Grupo Nominal, técnica cualitativa de consenso grupal, presencial y ordenada, considerada idónea para identificar las partes componentes esenciales de un fenómeno clínico, y especialmente ajustable a áreas que tienen tanto una dimensión social como clínica, como es nuestro caso. Técnica realizada en dos sesiones espaciadas en el tiempo, Enero y Marzo de 2011, en el departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid, con la participación de 5 expertos en psicología social.

RESULTADOS

En la primera sesión (Enero) se desarrollaron los dos primeros pasos de la técnica, 1: Generación silenciosa de ideas por escrito y 2: Registro de la Interacción múltiple, se obtuvieron 41 propuestas, entre variables y constructos, enunciadas en respuesta a nuestra Pregunta Nominal planteada al inicio de la sesión, más una agrupación preliminar de las mismas. En la sesión dos (Marzo) se realizaron los pasos 3: Discusión seriada, para la aclaración de las propuestas y paso 4: Voto preliminar sobre la importancia de los planteamientos, incluyéndose finalmente los que lograron el 100% de acuerdo, dado el número reducido de expertos participantes en la consulta. También se volvieron a reagrupar las variables y constructos en cuatro “epígrafes” y se hicieron varias propuestas relacionales de las mismas, que tras su estudio, discusión y consenso se logró un esquema de interrelaciones: Variables Estructurales (I)→ Variables Grupales → Variables Individuales (III) ↔ Variables Específicas (IV) ↔ AUTOMEDICACIÓN.

CONCLUSION

Los resultados de esta consulta nos han proporcionado un peldaño básico que necesitábamos para la continuación de nuestro estudio de un modo menos impreciso, y avalado, reduciendo las incertidumbres, que siempre existen, cuando se inicia una línea de investigación.

3. Resultados de la implantación de una herramienta informática integrada en el sistema de gestión para la dispensación de medicamentos en una farmacia comunitaria

Barris Blundell D, Sánchez Gómez R, Navarro Sánchez E, Cueto Jiménez A, Soto Sánchez N
correspondencia: consulta@farmaciazarzuelo.com

INTRODUCCIÓN

La gran cantidad de información necesaria para el ejercicio de la Atención Farmacéutica hace conveniente contar con herramientas informáticas que faciliten el acceso a la información, que proporcionen protocolos de actuación y que permitan el registro y evaluación de datos.

El programa de gestión Nixfarma ha integrado una nueva herramienta que permite el registro de las dispensaciones (BOT Plus), de forma que conllevaría una integración automática de la actividad en la labor cotidiana del farmacéutico, en cada paciente asistido.

Objetivo: Conocer los resultados de la implantación de una herramienta, integrada en el sistema de gestión Nixfarma, para la dispensación de medicamentos en una farmacia comunitaria.

MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga), con las intervenciones registradas desde enero hasta abril de 2011.

RESULTADOS

Se han registrado 105 intervenciones farmacéuticas durante las dispensaciones realizadas entre los meses enero-abril de 2011, en las que el 83,3% correspondía a mujeres y el 16,6% a hombres. Respecto a la edad un 68,7% son pacientes entre 30 y 69 años, un 13,5% de 1 a 14 años, un 8,3% de mayores de 70 años, un 7,3% de 15 a 29 años y un 2,1% de menores de 1 año. El 71,4% de las intervenciones estuvieron relacionadas con la primera vez que el paciente va a adquirir un medicamento, un 17,1% con la pauta de dosificación, en un 5,7% se ha detectado un RNM, en un 3,8% con la indicación farmacéutica y en un 1,9% se trató de una interacción farmacológica.

CONCLUSION

Se ha comprobado que un buen sistema de alertas/avisos relacionados con contraindicaciones, interacciones, precauciones,... facilita la labor del farmacéutico a la hora de detectarlas durante la dispensación.

Cabe destacar el gran número de registros en cuanto a la primera vez que el paciente va a tomar un medicamento, debido a la importancia que el farmacéutico da a la primera dispensación.

Aunque el número de dispensaciones registradas es satisfactorio, es necesario mejorarlo ya que en ciertas ocasiones, debido al exceso de trabajo o la poca disponibilidad del paciente, no se registran todas las intervenciones, por lo que se han perdido oportunidades para registrar cierto tipo de intervenciones.

Debido a las características de la herramienta informática, se ha observado que existen situaciones en las que no se permite especificar el tipo y contenido de la información ofrecida al paciente, como por ejemplo la proporcionada cuando es la primera vez que el paciente va a tomar el medicamento, por lo que son necesarias futuras mejoras en la aplicación informática.

4. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con alteraciones oculares y/o refractivas en Farmacia comunitaria (I): Detección e intervención en Resultados Negativos de la Medicación (RNM) general

Montalbán Soler L, Calleja Hernández MA.
correspondencia: luis.montalban@um.es

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de información y consejo, acerca de trastornos oftalmológicos y su tratamiento, unido al elevado incremento de pacientes con un tratamiento crónico oftálmico, hacen de estos pacientes importantes objetivos de monitorización por parte del farmacéutico en la farmacia comunitaria; principalmente en el caso de pacientes con problemas refractivos, hipertensión ocular y/o glaucoma, DMAE y ojo seco.

Objetivo: Cuantificar y clasificar los RNM detectados, referentes a la medicación general; y valorar la intervención llevada a cabo por el farmacéutico.

MÉTODOS

Método DÁDER de seguimiento farmacoterapéutico y exámen visual protocolizado. Ámbito: Farmacia comunitaria adherida a un establecimiento de Óptica. Inclusión: 25 Pacientes polimedicados (mínimo tres medicamentos por paciente), con alguna alteración ocular, ya sea de tipo refractivo o patológica.

RESULTADOS

Cuantificación y clasificación de los RNM:

El número total de problemas de salud general (PS) de la muestra fue de 198 (7.92 ± 2.69 por paciente) y el número de fármacos asociados fue de 246 (9.84 ± 2.81 por paciente). El número de RNM total detectados fue de 104; 43 de necesidad (41,38%), 40 referentes a PS no tratados y 3 a efecto de medicación innecesaria; 46 de efectividad (44,23%), 26 referentes a inefectividad no cuantitativa y 20 a inefectividad cuantitativa; y 15 de inseguridad (14,42%), 13 referentes a inseguridad no cuantitativa y 2 a inseguridad cuantitativa. Valoración de la intervención: El número total de intervenciones fue de 75; 19 sobre la cantidad de medicamento (25,33%), 37 sobre la estrategia farmacológica (49,33%) y 19 sobre la educación al paciente (25,33%). El número de RNM resueltos al final del estudio fue de 41 (39,42%) y el de RNM no resueltos de 63 (60,57%). El número de intervenciones aceptadas fue de 43 (57,3%) y el de no aceptadas 32 (42,66%). 29 intervenciones fueron aceptadas con resolución de RNM (38,66%), 14 fueron aceptadas sin resolución de RNM (18,66%), 12 no fueron aceptadas con resolución de RNM (16%) y 20 no fueron aceptadas sin resolución de RNM (26,66%). El impacto total de las intervenciones se midió mediante la Odds ratio= 3,45 (>1), medida de riesgo de que un RNM no se resuelva si la intervención farmacéutica no es aceptada.

CONCLUSION

Los RNM detectados se debieron en nuestra muestra principalmente a problemas de salud no tratados, seguidos de los de inefectividad cuali y cuantitativa, de ahí que nuestra intervención se centrara más en la estrategia farmacológica. La Intervención del Farmacéutico por medio del seguimiento farmacoterapéutico va a ser crucial para la detección, clasificación y resolución de RNM, así como la aceptación de dicha intervención por parte del paciente. Esta labor proporciona una mejora de los parámetros de necesidad, efectividad y seguridad de la medicación y a la larga un incremento de la satisfacción general y calidad de vida del paciente..

5. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con alteraciones oculares y/o refractivas en Farmacia comunitaria (II): Detección e intervención en Resultados Negativos de la Medicación ocular (RNM) y de Resultados Negativos de la Refracción (RNR)

Montalbán Soler L, Calleja Hernández MA.
correspondencia: luis.montalban@um.es

INTRODUCCIÓN

La creciente demanda de información y consejo, acerca de trastornos oftalmológicos y su tratamiento, unido al elevado incremento de pacientes con un tratamiento crónico oftálmico, hacen de estos pacientes importantes objetivos de monitorización por parte del farmacéutico en la farmacia comunitaria; principalmente en el caso de pacientes con problemas refractivos, hipertensión ocular y/o glaucoma, ojo seco y DMAE.

Objetivo: Cuantificar y clasificar los RNM referentes a la medicación de tipo oftálmico y RNR detectados. Valorar la intervención directa llevada a cabo por el farmacéutico-óptico, centrándonos en la refracción, hipertensión ocular, ojo seco y DMAE.

MÉTODOS

Método DÁDER de SFT y examen visual protocolizado en Farmacia comunitaria adherida a un establecimiento de Óptica. Muestra: 25 Pacientes polimedcados (mínimo tres medicamentos por paciente), con alguna alteración ocular, ya sea de tipo refractivo o patológico.

RESULTADOS

El número de RNM detectados fue de 35; 24 de necesidad (68,57%), 23 referentes a problemas de salud ocular no tratados y 1 a efecto de medicación innecesaria; 8 de efectividad (22,86%), 2 referentes a ineffectividad no cuantitativa y 6 a ineffectividad cuantitativa; y 3 de inseguridad (8,57%), 3 referentes a inseguridad no cuantitativa y 0 a inseguridad cuantitativa. El número total de RNR fue de 29; 7 de necesidad (24,13%), 5 referentes a “problemas refractivos no tratados”, 2 a “efecto de refracción innecesaria”; 19 de efectividad (65,51%), 1 referente a “ineffectividad no dióptrica” y 18 a “ineffectividad dióptrica”; y 3 de inseguridad (10,34%), 1 referente a “inseguridad no dióptrica” y 2 a “inseguridad dióptrica”. a) Refracción: Llevamos a cabo la prescripción de 4 nuevas refracciones en visión lejana (15,38%) y 7 en visión cercana (26,92%); resolviendo 11 RNR de necesidad asociados a “problema refractivo no tratado”. Se realizó además el cambio de otras 7 prescripciones en visión lejana (26,92%) y 11 en visión cercana (42,31%); resolviendo, 18 RNR de efectividad asociados a “ineffectividad cuantitativa/dióptrica”. La mejora de Agudeza Visual media tras la intervención (%) en condiciones binoculares, la fue del $14,72 \pm 15,21\%$ en visión lejana y del $19,58 \pm 18,25\%$ en visión cercana. b) Hipertensión ocular : 5 pacientes (19,23%) de la muestra se encontraban en tratamiento con antiglaucomatosos; 2 de ellos no controlados (40%) por falta de adherencia al tratamiento (RNM de ineffectividad cuantitativa). La intervención educacional, propició la resolución de los dos RNM al final del estudio. c) Ojo seco: Se realizaron 19 diagnósticos (73% del total); 9 positivos para el test cuali y cuantitativo (47% de los diagnosticados); 6 positivos sólo para el test cualitativo (31,57%) y 4 positivos sólo para el test cuantitativo (21%). 6 de los 19 pacientes diagnosticados (31,58%), ya se encontraban en tratamiento con lágrima artificial, al resto se les indica su uso. d) DMAE: Se detectaron 2 casos positivos para la prueba de la rejilla de Amsler. Estos pacientes fueron derivados al oftalmólogo para la obtención de un diagnóstico más preciso.

CONCLUSION

La Intervención del farmacéutico-óptico va a ser crucial para la detección, clasificación y resolución de RNM y RNR para el control de las principales alteraciones oculares. Esta intervención supone una mejora significativa de la AV en los pacientes y supone un importante cribaje y control de la tensión ocular, ojo seco y DMAE.

6. Atención Farmacéutica en alimentación y estilo de vida del paciente con patologías crónicas de riesgo cardiovascular

Zaragoza Fernández MP, Oruezabal Moreno L, Sánchez Arango P, Aguirre Martínez O
correspondencia: oscar@cofrm.com

INTRODUCCIÓN

Los distintos organismos internacionales sostienen que la intervención sobre el Riesgo Cardiovascular (RCV) se basa en primer lugar en cambios en los estilos de vida, siendo la dieta un elemento fundamental. Una alimentación saludable es fundamental para controlar el RCV.

Objetivos: Formar a los farmacéuticos de la Región de Murcia con monografías y charlas dirigidas a ellos.

Asesorar a la población de la Región con el objetivo de llevar una alimentación y estilo de vida saludables para el control del RCV, a través de trípticos y el asesoramiento personalizado del farmacéutico.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica, remisión de materiales y realización de sesiones formativas.

RESULTADOS

- Monografías y trípticos:
 - Protocolo Alimentario de Diabetes Mellitus.
 - Protocolo Alimentario en Hipertensión.
 - Protocolo Alimentario en Dislipemias.
 - Protocolo Alimentario en Obesidad y Sobrepeso.
 - Alimentos con ingredientes bioactivos (funcionales) en Enfermedades Cardiovasculares.
- Sesiones formativas:
 - 31 de enero de 2008 Recomendaciones Dietéticas en la Diabetes Mellitus impartida por el Dr D.Salvador Zamora Navarro.
 - 10 de abril de 2008 Recomendaciones Dietéticas Hipertensión Arterial impartida por el Dr. D. José Abellán Alemán.
 - 21 de octubre de 2008 Recomendaciones Dietéticas en Dislipemias impartida por el Dr. D José Antonio García-Galbís Marín.
 - 28 de noviembre de 2008. Recomendaciones dietéticas en Obesidad y Sobrepeso impartida por el Dr. D Francisco Zaragoza García.
 - 7 de marzo de 2011. Ingredientes funcionales en alimentos y efectos bioactivos de los mismos impartida por el Dr. D. José María Esteban Fernández.

CONCLUSION

Los farmacéuticos a través de las sesiones formativas acompañadas de un material de apoyo, toman parte activa en esta educación para la salud. Desde la Vocalía de Farmacéuticos ejercientes en Alimentación del Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia se ha comprobado como este tipo de acciones favorece un cambio en la alimentación y estilo de vida de la población que se traduce en un mejor control de los factores de RCV.

Esta acción se puede continuar con un proyecto de valoración en la relación de alimentación y estilo de vida con los factores de RCV en la Región de Murcia.

7. Alimentos funcionales desde la Atención Farmacéutica en enfermedades cardiovasculares

Zaragoza Fernández MP, Esteban Fernández JM, Rosique Tabuenca A, Oruezabal Moreno L, Aguirre Martínez O.
correspondencia: oscar@cofrm.com

INTRODUCCIÓN

En un alimento, aparte de nutrientes, existen otras muchas sustancias que también pueden ser beneficiosas para la salud. Y de hecho la tecnología alimentaria actual, permite adicionar todo tipo de ingredientes, incluso los no presentes naturalmente en el alimento. Dentro de aquellos ingredientes sin un efecto nutricional directo, nos encontramos los denominados ingredientes funcionales o bioactivos: que son aquellos que poseen determinados efectos fisiológicos beneficiosos para la salud humana.

Objetivo: Desarrollar y establecer un enfoque profesional sobre las características que son necesarias para considerar qué productos alimenticios pueden tener un efecto beneficioso sobre los problemas cardiovasculares y mejorar el estado de salud.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica, envío de ficha formativa para el farmacéutico comunitario y trípticos informativos y realización de sesión formativa.

RESULTADOS

- Monografía y tríptico, “Recomendaciones Dietéticas: Alimentos con ingredientes bioactivos (funcionales) en Enfermedades Cardiovasculares” con los siguientes apartados:
 - ¿Qué son los ingredientes funcionales de un alimento?
 - ¿Cuáles son las principales aplicaciones?
 - ¿Tipos de alimentos o tipos de ingredientes funcionales?
 - ¿Existen riesgos en la ingesta de ingredientes funcionales?
 - ¿Se puede poner cualquier sustancia en un alimento?
 - ¿Ingredientes funcionales como parte de hábitos de vida cardiosaludable?
 - Pautas básicas para prevenir enfermedades cardiovasculares empleando ingredientes funcionales
 - Recomendaciones dietéticas con ingredientes funcionales en hipercolesterolemia e hiperlipidemia
 - Recomendaciones dietéticas con ingredientes funcionales en hipertensión
 - Recomendaciones dietéticas con ingredientes funcionales en patologías isquémicas
 - ¿Pero tengo que comer de todo

CONCLUSION

Desde la Vocalía de Farmacéuticos ejercientes en Alimentación del Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia entendemos que este tipo de formación, tanto al farmacéutico comunitario como al paciente, mejora la atención farmacéutica a los pacientes y refuerza al farmacéutico como profesional en la educación para la salud.

8. Diferencias sobre el grado de conocimiento que tiene el paciente mayor polimedcado comparando una oficina de farmacia rural con una oficina de farmacia urbana de Cantabria

Martínez-Vaquero López A, Fiz Valero MJ.
correspondencia: amvaquero@cofcantabria.org

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ancianos con 5 o más tratamientos activos, son susceptibles de mayor riesgo de resultados negativos asociados con medicamentos (RNM), reacciones adversas, inseguridad, interacciones, incumplimiento, etc. Por ello es importante conocer qué saben sobre su tratamiento farmacológico para evitar su aparición.

Objetivos:

- Evaluar desde la oficina de farmacia de Cantabria el grado de conocimiento que el paciente anciano ≥ 75 años, polimedcado y que retira el mismo la medicación tiene sobre los medicamentos que está tomando.
- Comparar este conocimiento entre una Oficina de Farmacia Rural y una Oficina de Farmacia de Ciudad.

MÉTODOS

Estudio observacional transversal, en 2 oficinas farmacia de Cantabria, (Cabezón y El Alisal), usando un cuestionario validado para el análisis del grado de conocimiento en pacientes ≥ 75 años polimedcados sobre su tratamiento, dentro del proyecto de investigación llevado a cabo desde las OF de farmacia de Cantabria en colaboración con la Consejería de Sanidad y COF Cantabria. Análisis de las siguientes variables cualitativas: nombre del medicamento, número de medicamentos, grado de preocupación del problema de salud que se trata, conocimiento de la indicación, y conocimiento de las contraindicaciones, usando el programa Excel versión 2003.

RESULTADOS

Se incluyó en el análisis un total de 26 pacientes, 12 de una farmacia de Cabezón de la Sal (6 varones y 6 mujeres) y 14 de una farmacia de Santander, El Alisal, (10 mujeres y 4 varones). Entre las dos farmacias un 76% de los pacientes incluidos conocían el nombre del medicamento, un 62% sabe responder al número de medicamentos que toma, un 70% conoce la indicación.

Respecto a contraindicaciones y grado de preocupación del problema de salud que se trata los resultados son muy dispares entre ambas farmacias:

contraindicaciones en la farmacia urbana el 43 % conoce y en la rural tan solo un 9% y en cuanto a grado de preocupación del problema de salud, el 50% en farmacia urbana esta muy preocupado mientras que en la rural solo un 9%.

CONCLUSION

En términos generales el conocimiento que tiene el paciente anciano sobre su medicación, es insuficiente. Respecto a conocimiento del nombre, medicamentos que toma en total e indicación, la diferencia entre los porcentajes resultantes en dichas farmacias no es muy llamativa. Donde hay grandes diferencias es en contraindicaciones y grado de preocupación del problema de salud, cabe preguntarse si ello es debido a factores como: nivel de estudios, nivel económico, estilo de vida diferente abriéndose nuevas vías de investigación, pero sobre todo, que caminos a seguir para corregir este conocimiento insuficiente detectado y tener un mayor grado de seguridad en los tratamientos farmacológicos de estos pacientes, cumplimiento, etc.

9. Dispensación de metformina en el síndrome de ovario poliquístico

Barris Blundell D, Soto Sánchez N
correspondencia: consulta@farmaciazarzuelo.com

INTRODUCCIÓN

Según el documento de consenso "Foro de Atención Farmacéutica 2008" para una dispensación profesional el farmacéutico ha de tener en consideración una serie de datos o informaciones relacionados con el paciente y sus medicamentos. Ante la petición de un medicamento, el farmacéutico, mediante una breve entrevista, obtendrá información clave para evaluar si el paciente o cuidador conoce el proceso de uso del medicamento. Una de las preguntas a plantear hace referencia a la indicación terapéutica del medicamento (¿sabe para qué lo va a usar?).

El uso de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, conocido como el uso de medicamentos en indicaciones no autorizadas o "off-label drug uses", constituye una práctica muy habitual en la actividad asistencial. Esta situación viene regulada en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

MÉTODOS

Se expone el caso de una dispensación de metformina en el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Mujer de 32 años que acude a nuestra farmacia a retirar metformina (850 mg/día) para SOP.

RESULTADOS

El SOP es la causa más frecuente de exceso de andrógenos en adolescentes y mujeres jóvenes. Se acompaña de hiperinsulinismo y resistencia a la insulina, entre otros factores. El tratamiento de elección del hipernadrogenismo ovárico ha sido la administración de anticonceptivos orales, pero esta aproximación se ha reconsiderado, después de estudios que ha demostrado la utilidad de los sensibilizantes de la insulina, como metformina, mejoran el perfil endocrinometabólico (normalización del exceso de andrógenos) y los marcadores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSION

Es importante disponer de una sistemática en la farmacia comunitaria que permita identificar o buscar las evidencias científicas disponibles sobre el uso del medicamento en condiciones no reflejadas en la ficha técnica.

Una de las funciones de los profesionales sanitarios es la de promover el uso racional de los medicamentos. Un aspecto fundamental para que los farmacéuticos podamos contribuir a esta labor es el conocimiento de la información incluida en la ficha técnica de los medicamentos combinada con un rápido acceso a las fuentes bibliográficas.

El gran número de nuevos medicamentos comercializados dificulta el conocimiento exacto de las indicaciones aprobadas para ellos y, por tanto, la posibilidad de actuar de filtro en determinadas situaciones.

Es evidente que es muy importante proporcionar correctamente la información ya que cada vez los pacientes están más informados, y no debemos proporcionar información contradictoria que les pueda hacer dudar de la práctica médica.

10. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el servicio de dispensación de una farmacia comunitaria

Barris Blundell D, Sabio Sánchez B, Navarro Visa E, Sánchez Gómez R, Cueto Jiménez A, Soto Sánchez N
correspondencia: consulta@farmaciazarzuelo.com

INTRODUCCIÓN

La dispensación además de ser el servicio más demandado, se trata de un proceso crucial para derivar a los pacientes al servicio de seguimiento farmacoterapéutico con el objetivo de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación.

Objetivo: Valorar la satisfacción de los pacientes con el servicio de dispensación de una farmacia comunitaria.

MÉTODOS

Se ha utilizado el cuestionario desarrollado por Armando et al. Dicho cuestionario es anónimo autoadministrable y semiestructurado, está formado por una introducción en la que se explica la finalidad del cuestionario, 10 preguntas cerradas en una escala de intervalos de 5 puntos, un apartado abierto para expresar comentarios y, finalmente, los datos demográficos de los pacientes.

Los cuestionarios fueron distribuidos a los pacientes o a sus cuidadores por el equipo de farmacéuticos al finalizar la dispensación durante el mes de septiembre de 2010. Los datos obtenidos han sido procesados con el programa informático G-Stat.

RESULTADOS

Contestaron satisfactoriamente/correctamente la encuesta 45 pacientes. En una escala de 1 a 5, los pacientes respondieron que cuando acuden a la farmacia para adquirir medicamentos el personal se mostró interesado en colaborar con el uso de los medicamentos en 4,93, que recibieron la información adecuada sobre cómo deben utilizar sus medicamentos en 4,93 y fueron eficientes en la atención en 4,91.

Como consecuencia del servicio recibido en nuestra farmacia los pacientes contestaron que conocen mejor los medicamentos que utilizan en 4,75, son conscientes de la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito en 4,80, conocen los efectos secundarios de los medicamentos en 4,35, continuarían visitando nuestra farmacia para que les asesoren sobre sus medicamentos en 4,91, recomendarían a sus familiares o amigos que acudan a nuestra farmacia para que les brinden este servicio en 4,88, informarían al personal de la farmacia sobre cualquier cambio en sus medicamentos en 4,82 y están satisfechos con el servicio en 4,95.

Los pacientes expresaron comentarios adicionales en 12 encuestas (26,6%) que se relacionaron con la calidad y profesionalidad del servicio ofrecido.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el alto grado de confianza que tienen los pacientes en la farmacia para recibir asesoramiento sobre el uso de los medicamentos dispensados.

Creemos que la puntuación obtenida en las diferentes preguntas planteadas es alta, especialmente si tenemos en cuenta nuestros indicadores del proceso de dispensación (número de derivaciones al médico documentadas, número de intervenciones farmacéuticas) utilizados para evaluar el desempeño profesional del servicio de dispensación. Este planteamiento se ve reforzado si además consideramos que las expectativas de los pacientes son bajas o poco exigentes respecto a la actuación farmacéutica en la dispensación.

Al tratarse de un cuestionario validado será interesante poder establecer comparativas con otras farmacias comunitarias.

11. Efecto de la educación sanitaria impartida por el farmacéutico a adolescentes sobre anticoncepción de emergencia

Gómez López-Tello P, Calvo Hernández B.
correspondencia: ftandino@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, durante el año 2009 se realizaron en España 112.000 interrupciones voluntarias del embarazo. Parece evidente que la disminución de esta cifra se puede conseguir mediante la conjunción de diversos factores, de los cuales el más importante, es una adecuada formación e información sexual a los adolescentes. No obstante, en situaciones de fallo u olvido en el uso de los anticonceptivos, el recurso de la anticoncepción de emergencia supone una segunda oportunidad para muchas mujeres que desean evitar un embarazo no deseado.

Objetivos:

- Averiguar el grado de conocimiento de los adolescentes sobre la anticoncepción de urgencia.
- Analizar el efecto de una formación adecuada sobre las diferentes alternativas en anticoncepción en la perspectiva global de los jóvenes sobre de este tema.

MÉTODOS

El estudio se ha llevado a cabo en un grupo constituido por los 52 estudiantes de primero de Bachillerato (16-18 años) de un Instituto de Educación Secundaria de Castro Urdiales (Cantabria).

Se ha realizado una primera encuesta de doce preguntas para valorar el conocimiento previo que poseen sobre la anticoncepción de urgencia. A continuación se impartió una sesión formativa sobre anticoncepción y en particular sobre la píldora postcoital o "píldora del día después (PDD)". Posteriormente, se realizó la misma encuesta al grupo de adolescentes en la que se valoraron diferentes aspectos de la PDD: Conocimiento, Grado de utilización de la PDD, Efectividad, Posibles efectos adversos, Condicionantes para tomar la PDD.

RESULTADOS

Antes de la sesión formativa: un 84,6% de los encuestados dice saber que es la píldora postcoital frente a un 1,9% que no sabe qué es y un 13,5% que "sabe algo sobre ella". Un 61,5% sabe que se puede adquirir la PDD en la farmacia, un 17,3% piensa que deben ir al médico para que les extienda una receta, un 5,8% cree que hay que ir acompañado de algún mayor de edad y un 13,5 no sabe como se consigue. Un 67,3% dice saber cómo y cuándo se toma la pastilla frente a un 32,7% que no lo sabe. El 69,2% sabe que se puede tomar la pastilla hasta las 72 horas después de la relación de riesgo, mientras que un 30,8% no conoce el plazo máximo para tomarla. Destacar que un 92,3% asegura no haber tomado nunca la pastilla frente a un 5,8% que la ha tomado alguna vez (bien la persona interesada o su pareja). Después de la sesión formativa, en general, todo el grupo de adolescentes encuestados poseen un conocimiento más preciso sobre la anticoncepción y en particular sobre la anticoncepción de urgencia. Asimismo, en caso de necesidad, saben dónde adquirir la PDD y cómo tomarla. La información mejor valorada, se refiere al plazo máximo que debe transcurrir 72h (Levonorgestrel) para tomar la píldora para que sea efectiva.

CONCLUSION

Existe un aumento en el uso de la PDD en los jóvenes, aunque no conocen bien la forma de administración, modo de actuación, efectos secundarios, etc.

- Factores importantes que contribuyen al abuso que se está haciendo de la PDD son el alcohol, las drogas y el desfase del fin de semana.
- Una formación adecuada en los adolescentes sobre las diferentes alternativas en la anticoncepción es esencial para prevenir la alta incidencia de embarazos no deseados.

12. Acuerdo entre la farmacia comunitaria, la consulta del médico y la automedida domiciliaria de la presión arterial. El estudio Palmera

Sendra-Lillo J, Sabater-Hernández D, Sendra-Ortolá A, Martínez-Martínez F.
correspondencia: jsendralillo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La medida de la presión arterial (PA) es fundamental en el manejo de la hipertensión. El método de medida de la PA en la farmacia comunitaria (PAF) se utiliza en la práctica habitual pero está poco estudiado, pese a estar recomendado por sociedades científicas y no presentar efecto de bata blanca.

Objetivos: Evaluar el acuerdo entre la PAC, la AMPA y la PAF en pacientes hipertensos tratados. Además, se midió la prevalencia de hipertensión aislada e hipertensión enmascarada en la farmacia comunitaria.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal que englobó a todos los hipertensos tratados, mayores de 18 años, usuarios de la Farmacia Sendrade Palmera (Valencia). Se midió la PA en tres ámbitos: farmacia comunitaria (5 visitas, 3 medidas), consulta del médico (3 visitas, 3 medidas) y domicilio del paciente (4 días consecutivos, 3 medidas por la mañana y 3 por la tarde).

Para medir el acuerdo cuantitativo se empleó el coeficiente correlación-concordancia de Lin (CCC). El acuerdo cualitativo para clasificar el estado de la PA (controlado/no controlado) se evaluó empleando el coeficiente Kappa (κ). Se definió la hipertensión enmascarada como PAF controlada y AMPA no controlada. Se definió hipertensión aislada con PAF no controlada y AMPA controlada. Utilizando la AMPA como método de referencia se calculó la sensibilidad, especificidad y los cocientes de probabilidades positivo (CPP) y negativo (CPN) de los métodos de medida de PA en la farmacia y en la consulta médica.

RESULTADOS

La muestra estudiada constó de 70 pacientes. Los CCC mostraron un acuerdo cuantitativo aceptable-moderado entre la PAF y la AMPA [PAS: 0.79 (IC95%: 0.68-0.86); PAD: 0.66 (IC95%: 0.51-0.77)], moderado entre la PAF y la PAC [PAS: 0.57 (IC95%: 0.43-0.69); PAD: 0.61 (IC95%: 0.45-0.73)] y moderado-pobre entre la AMPA y la PAC [PAS: 0.56 (IC95%: 0.42-0.68) PAD: 0.49 (IC95%: 0.30-0.64)]. El acuerdo cualitativo entre el método de medida de PAF y la AMPA fue moderado ($\kappa=0.56$; IC95%: 0.46-0.66). Las prevalencias de HE y HA en la farmacia fueron 15.7% (IC95%: 8.1-26.4) y 4.3% (IC95%: 0.8-12.0), respectivamente. La sensibilidad y especificidad del método de medida de PAF fueron 60.7% (IC95%: 40.9-80.6) y 92.9% (IC95%: 83.9-100.0), respectivamente. El acuerdo cualitativo entre PAC y AMPA fue débil ($\kappa=0.28$; IC95%: 0.17-0.38). La sensibilidad y especificidad del método de medida de PAC fueron 75.0% (IC95%: 57.2-98.8) y 54.8% (IC95%: 38.5-71.0), respectivamente. El CPP fue superior para el método de medida de PAF que para el método de medida de PAC (8.5 frente a 1.7). El CPN del método de medida de PAF fue menor que el del método de medida de PAC (0.4 frente a 0.5). Finalmente, el acuerdo cualitativo entre los métodos de medida de la PA en la farmacia y en la consulta fue débil ($\kappa=0.35$; IC95%: 0.26-0.45).

CONCLUSION

El acuerdo entre el método de medida de PAF y la AMPA fue superior al resto de acuerdos entre los métodos (PAF-PAC y PAC-AMPA). El método de medida de PAF se mostró muy fiable para confirmar la presencia de cifras de PA no controladas y la prevalencia de HA fue reducida, debido a su elevada especificidad. Sin embargo, su baja sensibilidad, indicó que el método de medida de PAF no fue fiable para confirmar las cifras de PA controladas y originó que la prevalencia de HE en la farmacia fuera elevada.

13. Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente. Caracterización de la muestra inicial del estudio AFenPA.

Fikri-Benbrahim N, Sabater-Hernández D, Martínez-Martínez F, Faus MJ en representación del grupo de trabajo AFenPA*
correspondencia: narjisfikri@yahoo.es

Grupo de trabajo AFenPA: María Luisa Díaz Rodríguez, Javier Lamenca González, Juan Pedro Lorca González, Sebastián Ramón Martínez Pérez, María Jesús Molina Fernández, Andrea Cecilia Molina Guerra, María Rocío Rivas Pinto, Francisco Javier Sánchez Alonso, Jesús Sierra Ávila, María del Mar Trigo Hervas.

INTRODUCCIÓN

Son diversos los organismos que recomiendan desarrollar estrategias donde han de implicarse todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente hipertenso para la mejora del control de la presión arterial (PA). El farmacéutico comunitario por ser un agente cercano a la población, ha de tener una participación activa en el seguimiento de estos pacientes para optimizar el control de la PA. Por ello, en Marzo de 2010 se puso en marcha el estudio AFenPA como iniciativa del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada para comprobar el efecto que podría tener una intervención farmacéutica prediseñada sobre la PA y la adherencia terapéutica y, en su caso, poder integrarla como práctica habitual enmarcada dentro de la Atención Farmacéutica.

Objetivo: Describir las características iniciales de la muestra.

MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental con grupo control en el que se compara el efecto de una intervención farmacéutica (grupo intervención) con el proceso de atención habitual (grupo control), sobre la PA y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente en farmacias comunitarias de Jaén y Granada. Se incluyeron pacientes hipertensos mayores de 18 años, tratados farmacológicamente, que acudían a la farmacia para retirar cualquier fármaco antihipertensivo para uso propio. Los pacientes fueron distribuidos de forma equitativa en uno de los 2 grupos y seguidos durante un periodo de 6 meses. El programa constaba de tres partes fundamentales: 1) Educación/información al paciente sobre aspectos relacionados con la hipertensión y adherencia terapéutica para lo cual se utilizaba una guía educativa impresa, que servía de referencia para que el paciente adoptara voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados, 2) Automonitorización de la PA y, 3) Interacción con el médico mediante informes personalizados cuando las cifras de PA en el domicilio superaban el objetivo terapéutico. Se midió la PA y la adherencia al principio y al final del estudio en ambos grupos. La PA se midió durante 3 visitas en 3 semanas consecutivas utilizando el tensiómetro VISOMAT comfort 20/40.

RESULTADOS

Se captó un total de 209 pacientes, de los cuales 17 pacientes (8,1%) fueron excluidos antes de iniciar el estudio. Las características sociodemográficas fueron las siguientes: la edad media fue 62,4 (DE:11,6) años; predominaron las mujeres (65,1%), los pacientes que vivían con pareja (74,9%), aquellos sin estudios o con estudios primarios/bachiller (39,2% y 38,3% respectivamente) y los amo/as de casa (44,9%). Respecto a las características clínicas, el 42,0% presentaba sobrepeso, el 17,7% fumaba, el 36,9% consumía alcohol, el 54,6% realizaba algún ejercicio físico, el 52,1% tenía alguna enfermedad cardiovascular y el 7,3% había sufrido anteriormente algún accidente cardiovascular. En lo se refiere al uso de fármacos antihipertensivos, el número promedio de medicamentos fue de 1,4 (DE: 0,6), donde el 86,7% era adherente a su tratamiento farmacológico. El 44,0% presentaba una HTA controlada. Finalmente, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos de comparación en ninguna de las variables resultado (PA sistólica, PA diastólica, control de la PA y adherencia).

14. Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente. Resultados obtenidos en la provincia de Jaén.

Fikri-Benbrahim N, Sabater-Hernández D, Faus MJ, Martínez-Martínez F, en representación del grupo de trabajo AFenPA*
correspondencia: narjisfikri@yahoo.es

Grupo de trabajo AFenPA: José Manuel Arias de Saavedra Sánchez, Enrique Peñas Cruz, Raquel López Liebanas, Joaquina Cruz Puche, Malika El-Amrani El-Mrini, María Ángeles Carrascosa Medina, Miguel Alberto Moreno Carrascosa.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es un importante problema de salud pública y representa uno de los factores de riesgo cardiovascular más importantes, por lo que su prevención y control es un objetivo fundamental para el sistema sanitario. Por su accesibilidad y conocimiento en materia de medicamentos, el farmacéutico comunitario ha de tener una participación activa dentro del equipo multidisciplinario de salud y contribuir a mejorar el control de la presión arterial (PA).

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención farmacéutica conjuntamente con la automedida domiciliaria de la presión arterial (AMPA) sobre el control de la HTA y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente, en comparación con la atención habitual en la farmacia

MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental con grupo control. Se incluyeron pacientes hipertensos, mayores de 18 años, que retiraban cualquier fármaco antihipertensivo para uso propio en 6 farmacias comunitarias de Jaén. El programa de la intervención farmacéutica duró 6 meses y constó de tres partes fundamentales: 1) Educación/información al paciente sobre aspectos relacionados con la HTA y adherencia terapéutica, 2) AMPA 3) Interacción con el médico mediante informes personalizados cuando las cifras de PA en el domicilio superaban el objetivo terapéutico. Para evaluar el efecto de la intervención farmacéutica, se midió la PA en la farmacia (3 visitas, 3 medidas por visita) y el adherencia terapéutica (mediante recuento de comprimidos) al principio y al final del estudio, en ambos grupos. Para comparar el control de la PA (controlada/no controlada) y la adherencia terapéutica (adherente/no adherente) en el mismo grupo entre el inicio y el final del estudio se empleó el test de McNemar y, entre el grupo control (GC) y grupo intervención (GI) al final del estudio se utilizó el test de Chi cuadrado. Se consideró un valor de p menor a 0,05.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 71 pacientes: 35 en el GC y 36 en el GI. La edad media fue de 63,3 años (DE: 10,9) y el 57,7% fueron mujeres. Tras los 6 meses de seguimiento, solamente en el GI hubo un aumento estadísticamente significativo del porcentaje de pacientes que alcanzaron el control de las cifras de PA (de 52,8% a 80,6%; $p = 0,02$). Al final del estudio, el porcentaje de pacientes con la PA controlada en el GI fue superior al del GC (80,6 % vs. 51,7%; $p = 0,03$). Se produjo un aumento medio (no estadísticamente significativo) en la adherencia de 8,4% en el GI y de 2,9% en el GC. Finalmente la prevalencia de la adherencia al final del estudio fue levemente superior en el GI: 88,6% en el GC vs 91,7% en el GI.

CONCLUSIÓN

En esta muestra de pacientes hipertensos tratados la intervención del farmacéutico comunitario, centrada en la educación del paciente, conjuntamente con la AMPA y en colaboración con el médico, consiguió incrementar el porcentaje de pacientes con cifras de PA controladas, en comparación con la atención habitual. El porcentaje de pacientes adherentes al final del estudio en el grupo intervención es mayor que el del grupo control, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa.

15. Análisis del grado de conocimiento que tiene el paciente mayor polimedocado sobre su tratamiento en farmacias de Cantabria

Santamaria Pablos A, Cuaresma Lasheras ME, González M, Fiz Valero MJ, Martinez Vaquero A, Redondo Figuero C, en representación del Grupo Cántabro de AF*.

correspondencia: anaspablos@hotmail.com

Grupo Cántabro de AF*: Ana Santamaría Pablos, María Esmeralda Cuaresma Lasheras, Mario Gonzalez, María Jose Fiz Valero, Alicia Martínez Vaquero, Carlos Redondo Figuero, Mónica Samperio, Isabel Ordoñez Aparicio, Pilar Alonso Lecue, Vanessa Fernández Fernandez, Carmen Busto Barbarín, Rita de la Plaza Zubizarreta, Pilar Alvarez Sainz de la Maza, María Angeles Lanza Salas, Silvia Quiñones Piquero, Romina García Sardina, Pilar Higuera Anuarbe, Marta Fernandez-Teijeiro, Antonieta de Andrés Dirube, Carmen Ruigómez Martínez, Ana Martínez Fernandez, Eduardo Mendez Villamil Mata, Javier Rapado Santaolalla, Isabel Iraola Botas, Javier Lombilla Gutiérrez, María Antonia Muñoz Garcia, Miguelina Estévez, Teresa Barros Herrera.

INTRODUCCIÓN

El grado de conocimiento se ha utilizado casi siempre como un método indirecto aceptable para cuantificar el grado de adherencia a la farmacoterapia. Hay pocos artículos que asocien esta variable como posible factor de riesgo directo a la aparición de RNM. A pesar de que es lógica su relación, es necesario incluirla en más estudios para confirmar la relación entre el grado de conocimiento y los RNM, así como valorar con métodos adecuados el comportamiento de esta variable, especialmente en la población más vulnerable, como es, según la literatura, el paciente polimedocado con 75 y más años de edad.

Objetivos: Estimar el grado de conocimiento que el paciente con 75 o más años, polimedocado tiene sobre los medicamentos que está tomando.

MÉTODOS

Estudio transversal multicéntrico en 18 Oficinas de Farmacia de Cantabria adheridas al programa de colaboración entre el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria y la Consejería de Sanidad, centrado en el paciente mayor polimedocado, junto con el Centro de Farmacovigilancia de Cantabria.

A todos los pacientes con 75 o más años, que cumplieran los criterios de inclusión, se les pasó un cuestionario validado para valorar el grado de conocimiento (García-Delgado P, et al 2010). La elección del medicamento se hizo al azar mediante una tabla de números aleatorios. Cada farmacéutico mandó los cuestionarios al coordinador colegial del programa. Los resultados son enviados desde el colegio de manera periódica a cada uno de los farmacéuticos, así como al Centro de Farmacovigilancia para llevar un control y favorecer y dinamizar el registro de nuevos casos.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables cualitativas y cuantitativas de este estudio mediante porcentajes e intervalo de confianza del 95%. Se realizó además un análisis estadístico bivalente con el programa estadístico R version 2.12.2 para Windows.

RESULTADOS

Se incluye a 63 pacientes ancianos polimedocados. El 30.2% (IC-95% 20.2 a 42.4) de los pacientes fueron hombres y el 69.8% (IC-95% 57.6 a 79.8) fueron mujeres. La edad media fue de 80.4 años (DE=4.5) con un mínimo de 75 años y un máximo de 92 años. La mediana de recetas dispensadas fue de 10 (IQR=2.5). La mediana de medicamentos distintos dispensados fue 7 (IQR=3). Se categorizó el grado de conocimiento en: Incorrecto, No Sabe, Insuficiente y Completo. Respecto a la indicación, un 61.9% (IC-95% 49.6 a 72.9) de los pacientes conoce completamente el tratamiento, en cuanto a la posología y la pauta se observó que un 88.9 (IC-95% 78.8 a 94.5) y un 82.5% (IC-95% 71.4 a 90.0) de los pacientes conocían de manera completa el tratamiento. Sin embargo tan sólo un 49.2% (IC-95% 37.3 a 61.2) de los pacientes conocían de manera completa la duración del tratamiento prescrito. Un 3.2% (IC-95% 0.9 a 10.9) de los pacientes conocían de manera completa los efectos adversos del medicamento sobre el que se realizaba el cuestionario.

CONCLUSION

Un 65% (IC-95% 52.8 a 75.7) de los pacientes no conoce bien el medicamento sobre el que se preguntaba.

16. Calidad de sueño en pacientes mayores de 65 años de Marchena (Lorca) y factores asociados

Cadenas-García M, García-Corpas JP.
correspondencia: miricadenas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado de reposo periódico y reversible, que se caracteriza por una reducción de la conciencia, de la actividad motora y de la reactividad. Permite el restablecimiento físico y emocional, el ahorro de energía y la consolidación de los recuerdos almacenados durante la vigilia.

Sin embargo, a pesar de que el cuerpo se encuentra físicamente en reposo, existe una actividad que produce cambios en las funciones corporales y en las actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. La edad altera considerablemente los patrones de sueño haciendo que los ancianos tengan una percepción del sueño bastante mala. Se han detectado otros factores de riesgo que pueden alterar la calidad de sueño como la depresión, el dolor crónico, la diabetes, etc.

Objetivo: Describir la calidad de sueño (CS) de las personas mayores de 65 años de Marchena (Lorca-Murcia) y comprobar los posibles factores de riesgo que pueden afectarla.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años que acudieron a la única farmacia de la zona. Se excluyó a aquellos que tuviesen problemas psiquiátricos o cognitivos que impidiesen mantener una entrevista, y a pacientes con trastornos del movimiento (enfermedad de Parkinson, síndrome de piernas inquietas). Se les pidió consentimiento informado de forma oral.

Para medir la CS, se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). Este tiene un punto de corte que indica buenos dormidores (puntuación menor o igual que 5) y malos dormidores (mayor de 5). Además se les preguntó su edad, su estado civil (con pareja/sin pareja), el índice de masa corporal (IMC), si hipnóticos o ansiolíticos, y si tenían o no diabetes, depresión, dolor crónico.

Para caracterizar la muestra se realizó un análisis de frecuencias para las variables cualitativas y se usaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica; DT) para las variables cuantitativas. Se calculó el riesgo (OR) mediante una regresión logística multivariante. Para comprobar la bondad de ajuste de los datos se utilizó test de Hosmer-Lemeshow (calibración).

RESULTADOS

De 272 personas mayores de 65 años que viven en Marchena, 69 fueron incluidos en este estudio. El 56,5% fueron hombres y el 81,2% vivía con pareja. La edad media fue 72,3 años (DT: 6,2) y del IMC fue 28,4 (DT: 3,6). Por otro lado, 71% indicó no tener diabetes, el 63,8% indicó no tener dolor crónico y el 85,5% indicó no tener depresión. El 68,1% no tomaba hipnóticos-sedantes. La media del PSQI fue de 7,0 (DT: 3,8) y se clasificaron 63,8% de los pacientes como malos dormidores.

La regresión logística mostró como factores de riesgo al sexo (OR:9,02; p:0,01), a la edad (OR: 1,19; p:0,02). La prueba de Hosmer-Lemeshow no fue significativa (p=0,84).

CONCLUSIÓN

La mayor parte de la muestra estudiada se clasificó como malos dormidores. Sólo el sexo y la edad fueron factores de riesgo. Tener dolor crónico, diabetes, depresión o tomar hipnóticos no fueron factores de riesgo de ser mal dormidor.

17. El aula de práctica farmacéutica de la Universidad como método pedagógico

Villagrasa V, Moreno L, Sanahuja MA, López A, Olivar T, Castillo E, Martínez-Solís I, Martínez-Romero F.
correspondencia: willa@uch.ceu.es

INTRODUCCIÓN

Es misión de la Universidad liderar y hacer posible que la formación de los alumnos sea la que permita que los futuros farmacéuticos cumplan con su labor sanitaria en la sociedad. Para ello, es muy positivo que el alumno de Farmacia tenga contacto con el paciente desde que inicia el Grado, aprenda a detectar sus necesidades a medida que va cursando sus estudios, y desarrolle las habilidades necesarias para poner en práctica con los pacientes los conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera.

El Aula de Práctica Farmacéutica se implantó con el objetivo de que nuestros alumnos desarrollen todas las competencias que necesitan como futuros farmacéuticos. Está diseñada para poder trabajar en grupos y está dotada de medicamentos y productos sanitarios, así como de mobiliario similar al de una oficina de farmacia, libros, cañón de proyección, acceso directo a internet; necesarios para adaptar las enseñanzas a las nuevas metodologías docentes.

Objetivo: Que alumnos y profesores puedan trabajar con pacientes reales, interaccionando con ellos, recabando información y adquiriendo habilidades para dar respuesta a sus necesidades en materia de medicamentos

MÉTODOS

Organización de reuniones, programadas de antemano, con pacientes y asociaciones de ciudadanos, así como entrevistas de profesores con pacientes en seguimiento farmacoterapéutico. Todas las sesiones son presenciadas por alumnos en pequeños grupos.

La fase piloto se desarrolla desde mayo a fin del presente curso académico 2010-11.

RESULTADOS

1. Presentación a los profesores, alumnos, farmacéuticos y asociaciones de pacientes.
2. Dinámicas de grupo con alumnos, profesores, farmacéuticos y asociaciones de ciudadanos.
3. Consultas con pacientes acompañados de su farmacéutico, presenciadas por alumnos.

18. Registro del tratamiento domiciliario en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

Chinchilla Fernández MI, Calleja-Hernández MA.
correspondencia: maribelchinchill@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son comunes en el ámbito hospitalario y conducen a un incremento de morbilidad, mortalidad y de los costes económicos. Los más frecuentes ocurren en las etapas de la prescripción y administración. Se ha determinado que hasta un 67 % de prescripciones médicas tienen uno o más errores y que de éstos, un 46% ocurren en el ingreso y en alta hospitalaria, es decir en la transición de los pacientes entre diferentes niveles asistenciales.

Objetivos:

1. Determinar las discrepancias entre la medicación domiciliar que utiliza un paciente y la registrada en la historia clínica en los servicios de urgencias hospitalarios.
2. Clasificar las discrepancias detectadas en los pacientes objeto de estudio.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal llevado a cabo entre noviembre 2009 y mayo de 2010 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con estancia de al menos 24 horas en el hospital, se excluyeron las urgencias ginecológicas y psiquiátricas. El tamaño muestral fue de 188 pacientes. La variable principal fue la discrepancia en pacientes atendidos en urgencias, entendiéndose por discrepancia la existencia de al menos una diferencia en un medicamento y/o en la posología y/o en la vía de administración, entre la información de la medicación domiciliar registrada en la historia clínica y la registrada por el farmacéutico. La medicación domiciliar utilizada por el paciente se obtuvo mediante una entrevista personalizada al paciente y/o cuidadores y tras la consulta de informes clínicos previos del hospital, residencias asistidas o de atención primaria. Además en todos los casos se preguntó de forma explícita por la medicación sin receta, terapias alternativas y medicación de rescate.

La clasificación de las discrepancias encontradas se divide en los siguientes tipos:

- Omisión del medicamento: Medicación por paciente registrada por farmacéutico y no reflejada en la historia clínica.
- Comisión de medicamento: Medicación por paciente reflejada en la historia clínica y no registrada por el farmacéutico.
- Incompleto: Medicación por paciente incompleta (falta dosis y/o vía y/o intervalo de dosificación) en la historia clínica.
- Medicamento distinto: Medicación por paciente reflejada en la historia clínica diferente a la registrada por el farmacéutico, pero del mismo grupo ATC.
- Medicamento erróneo: Medicación por paciente reflejada en la historia clínica diferente a la recogida por el farmacéutico, sin pertenecer al mismo grupo ATC.
- Pauta posológica distinta: La posología que figura recogida en la historia clínica para un medicamento es incorrecta.

RESULTADOS

Se incluyeron 188 pacientes, de los cuales 174 (92,60%) presentaron discrepancias entre la información registrada en la historia clínica y la medicación domiciliar registrada por el investigador.

Se detectaron 1.321 discrepancias, de las cuales, 646(48.90%) fueron de tipo incompleto, 559(42,32%) fueron por omisión de medicación, 77(5,83%) por comisión de medicación, 23(1,74%) fueron por pauta posológica distinta, 10(0,76%) fueron errores por medicamento distinto y 6(0,45%) por medicamento erróneo.

CONCLUSIÓN

El registro de la historia farmacoterapéutica de los pacientes del servicio de urgencias es incompleto.

19. ¿Piel de rinoceronte? el día a día de la dermatitis atópica

Álvarez Sainz de la Maza P, Compostizo Catalá MA.
correspondencia: mcompostizo@cofcantabria.org

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad que ocasiona numerosas consultas en las oficinas de farmacia. Su prevalencia es mayor en la infancia y se estima alrededor del 10-20%, dentro de la cual, el 80-90% de casos se manifiesta antes de los 5 años de edad.

El manejo de la dermatitis atópica es complejo y requiere diferentes tipos de estrategias, teniendo en cuenta tratamiento farmacológico antiinflamatorio (corticoides, inmunomoduladores...), medidas generales tales como evitar factores desencadenantes, sustancias irritantes y el uso de productos hidratantes y emolientes como adyuvante.

Objetivos:

1. Concienciar de la importancia de la dermatitis atópica a padres y cuidadores.
2. Ofrecer información sobre la enfermedad y hacer recomendaciones básicas para el cuidado de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida.
3. Instaurar unos hábitos de cuidados básicos de la piel del niño con dermatitis atópica y crear conciencia en el paciente para que cuando crezca empiece a tomar manejo de la enfermedad.
4. Ayuda al diagnóstico precoz, orientando a padres a acudir al médico en caso de sospecha de la enfermedad.

MÉTODOS

Mediante charlas formativas a padres de niños con edades donde la dermatitis atópica tiene mayor prevalencia, en las cuales se tratarán los siguientes puntos:

- La piel del niño
- La Dermatitis Atópica
- Tratamiento
- Coadyuvancia al tratamiento
- Consejos para el cuidado de los pacientes con Dermatitis Atópica

Se realizan encuestas antes y después de la charla, en las cuales se recogen preguntas sobre la enfermedad y sobre cuidados básicos, valorando la evolución del conocimiento sobre ésta enfermedad. Las preguntas de dicha encuesta tendrán una naturaleza técnica (30%) y práctica (70%).

RESULTADOS

En la encuesta previa a la sesión informativa el 45% de las respuestas fueron erróneas frente al 55% de las correctas.

Y en la encuesta post-sesión se recoge un 15% de respuestas erróneas frente a un 85% de respuestas correctas.

CONCLUSION

La relación entre la sesión informativa y los buenos resultados, está clara; se observa cómo se pasa de un 55% de respuestas correctas a un 85%.

Así podemos afirmar que los objetivos propuestos se han cumplido, puesto que hemos concienciado a los padres y cuidadores de niños con dermatitis atópica de la importancia de dicha enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente. Estos conocimientos les ha permitido instaurar unos hábitos de cuidados básicos de la piel del niño con dermatitis atópica.

Referido a los cuidadores la información transmitida les servirá de ayuda al diagnóstico precoz, orientando a padres a acudir al médico en caso de sospecha de la enfermedad.

20. Efecto de una intervención farmacéutica sobre el grado de control del paciente asmático (AFasma): Diseño del estudio y caracterización de la muestra.

García-Cárdenas V, Benrimoj SI, Faus MJ, Martínez-Martínez F, en representación del grupo de trabajo AFasma*.
correspondencia: mavigc@gmail.com

AFasma: David de Pablo Marcos, Lorena Gómez Belinchón, Lucía Benítez del Prado, Elena Gil Sáenz, Pilar Méndez-Mora Figueroa, Ana M^a Colino González, M^a Magdalena Colino González, Adela Martín Oliveros, Allende Ibáñez Gandasegui, Esperanza Álvaro Delgado, M^a Jesús Alcocer Muñoz, Lucía Albarran Rodríguez, Nuria Montero Sánchez, M^a Carmen Magro Horcajada, Blanca Aparicio de Lázaro, Margarita Lobo Alonso, M^a Isabel Blas Salas, Sonsoles Yolanda Pontes Torrado, Nieves Pérez y Piedrahita, Begoña Ruiz Ayestarán, Juan Trilleros Jiménez, Ángeles Páez Matas, M^a Alejandra Aranda Casas, Estela Abaurre Labrador, Eva Cristina Venegas Morente, Óscar Muñoz Valdés, Noelia Soto Sánchez, Belén Sabio Sánchez, Ana M^a Cueto Jiménez, Rocío Sánchez Gómez, Elena Navarro Visa, Pedro Quesada Gómez, Alberto Barrionuevo Torres, Antonio Sánchez Cobo, Raquel Abaurre Labrador, Lourdes Padilla León, Rafael García Maldonado, Nicolás Salmerón Olvera, Rossana Rugeiro, Luisa M^a Navarro Villén, M^a de los ángeles Ruiz Lobato, Joaquín Alba Moscoso, Eugenia Gómez Bermúdez, Bibiana Ibañez Quesada, Luis Barrionuevo Torres, Iván Franco González, Fernando Martín Romero, Ana Auxiliadora Portero Palma, Enrique López de Vinuesa Pérez, Mónica Trueba Alba, Víctor Rivas Alameda, José Enrique Alba Palomo, M^a Jesús Alfaro Almagro, Susana Lasarte Castro, Javier Romero Sánchez, Guillermo Velasco Lasarte.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios ponen de manifiesto que en la actualidad el asma es una patología no controlada en la mayoría de los pacientes, incluso cuando el tratamiento establecido es aparentemente apropiado. Este hecho puede ser atribuible al uso subóptimo que los pacientes realizan de su farmacoterapia, incluyendo la baja adherencia a la medicación antiasmática y uso incorrecto de sus inhaladores. Guías internacionales para el manejo del asma recomiendan que el farmacéutico debería formar parte del equipo multidisciplinar educador del paciente asmático. El objetivo del estudio AFasma es determinar la efectividad de una intervención farmacéutica sobre el grado de control del paciente asmático.

Objetivo: Describir el diseño del estudio AFasma y las características de la muestra al inicio del mismo.

MÉTODOS

El estudio AFasma es un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en el que participan 55 farmacias de las provincias de Madrid y Málaga asignadas de forma aleatoria a un grupo control o un grupo intervención. Se incluyeron pacientes asmáticos, mayores de 18 años en tratamiento con Symbicort[®] y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. El proyecto tiene una duración de 6 meses, en los que cada paciente debe realizar un mínimo de tres visitas a la farmacia. Los pacientes incluidos en el grupo intervención reciben una intervención farmacéutica individualizada que abarca las siguientes áreas: estrategias para la mejora del control de asma, adherencia a la medicación antiasmática y uso correcto de los inhaladores. Los pacientes incluidos en el grupo control reciben atención habitual. El control de asma, adherencia a la medicación y la técnica de inhalación se miden en cada visita del paciente a la farmacia.

RESULTADOS

Actualmente se encuentran incluidos en el estudio 298 pacientes, cuyas características sociodemográficas son: Edad media 55,95 (DE:18,50), mayoritariamente mujeres (54,8%), residentes en la provincia de Málaga (66,1%), con estudios primarios (38,7%) o secundarios /FP (28,4%) , casados (56,8%), y trabajadores o amas de casa (34,6% y 23,6% respectivamente). El 51,0% de ellos no fuma, el 60,3% no realiza ningún ejercicio físico de forma habitual y el 63,4% presenta sobrepeso. El número medio de medicamentos antiasmáticos por paciente es 1,54 (DE:0,69). En cuanto a las variables resultado al inicio del estudio, el 68,5% de los pacientes estaban no controlados o parcialmente controlados, el 60,8% no eran adherentes a su medicación antiasmática y la puntuación media de la técnica de inhalación 7,10 (DE: 2,01) sobre una escala de 10.





El Puntal (Santander)

Casos Clínicos

Caso Clínico 1

Seguimiento farmacoterapéutico en paciente con insuficiencia cardiaca y dislipemia no controlada

Ramos Martín J.
correspondencia: jramos@farmaciastrebol.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente mujer de 48 años, no fumadora, y que camina diariamente 30-40 minutos. Su peso es de 57 kg, y su IMC: 19,2. Presenta los siguientes problemas de salud:

- Insuficiencia cardiaca: Desde hace 3 años, con tratamiento de digoxina, instaurado por su cardiólogo.
- Hipercolesterolemia: Desde hace 1 año, y en tratamiento con atorvastatina, establecida por su médico de atención primaria. Problema de salud no controlado (275mg/dL).
- Dolor de cabeza: lo tiene desde hace años en tratamiento con paracetamol.
- Estreñimiento: Desde hace 1 año, y en tratamiento con bisacodilo, recomendado por su médico de atención primaria. No controlado en la actualidad.

FASE DE ESTUDIO:

Atorvastatina:

Necesidad: Tratamiento para disminuir los valores de colesterol en sangre¹.

Efectividad: No es efectivo en la paciente, ya que los valores siguen elevados.

Seguridad: La atorvastatina, puede ocasionar estreñimiento, que se relaciona por fechas².

Digoxina:

Necesidad: Tratamiento para tratar la insuficiencia cardiaca³.

Efectividad: Insuficiencia cardiaca controlada, por tanto es efectivo.

Seguridad: La atorvastatina, interacciona con la digoxina, aumentando los niveles plasmáticos, y pudiendo producir intoxicación digitálica, reflejándose en visión borrosa y taquicardias⁴.

Bisacodilo:

Necesidad: Tratamiento para el estreñimiento. Lo pongo en interrogante, ya que el estreñimiento es un efecto secundario de la atorvastatina, y podría ser un medicamento no necesario, siempre y cuando su médico de atención primaria, no haya evaluado el caso.

Efectividad: No es efectivo, y no se puede aumentar más la dosis.

Seguridad: No hay ningún problema de seguridad.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

-Se pretende bajar los niveles de colesterol de la paciente, con educación sanitaria y tratamiento farmacológico, pero sin producir efectos secundarios asociados.

- Evitar intoxicación digitálica por interacción.

- Mejorar su problema de estreñimiento, tanto si está asociado a un efecto secundario, como si es un problema de salud indiferente de la interacción.

06/09/2010: La paciente acude a la farmacia para realizar la primera entrevista, que dura una hora. La paciente comprende la necesidad de tomar de forma crónica su medicación.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Elevación de los valores de colesterol total.	Atorvastatina 20mg	Inefectividad cuantitativa e inseguridad no cuantitativa	Características personales	El paciente toma la medicación en dosis normales terapéuticas y se puede aumentar la dosis a 80mg/día, pero no le es efectivo y además le genera estreñimiento.
Taquicardias y visión borrosa	Digoxina 0,25mg	Inseguridad cuantitativa	Interacción	El paciente presenta una interacción entre la atorvastatina y digoxina, aumentando los niveles plasmáticos de ésta, produciendo una posible intoxicación digitalica, debido principalmente al estrecho margen terapéutico de la digoxina.
Estreñimiento	Bisacodilo	Inefectividad no cuantitativa	Características personales	El paciente, presenta estreñimiento, por una inefectividad del tratamiento, a dosis máxima terapéutica. A parte, se piensa que este medicamento no es necesario, debido a que está asociado a un efecto secundario de otro tratamiento. Informe al médico de atención primaria, para ponerle en conocimiento la toma de este medicamento, y detectar automedicación.

08/09/2010: Después de estudiar todos los medicamentos de la paciente, se le cita dos días después de la primera cita, para realizarle pruebas analíticas y procesos de educación sanitaria.

Los datos reflejan, ese mismo día la inefectividad del tratamiento para la dislipemia: CHOL: 255 mg/dl, y la posible interacción que recibe la digoxina, produciendo un efecto secundario por intoxicación.

Del 18/10/10 al 12/01/11: Se sigue valorando, la efectividad del tratamiento para la hipercolesterolemia:

18/10/10	12:10	CHOL	265 mg/dl
12/12/10	11:30	CHOL	269 mg/dl
12/01/11	12:15	CHOL	275 mg/dl

Debido a esto se realiza, comunicación al médico de atención primaria, indicándole la inefectividad del tratamiento, a parte de la interacción que recibe la digoxina.

DISCUSIÓN DEL CASO

La paciente, teniendo en cuenta las recomendaciones del farmacéutico, y su comunicación escrita a su médico de atención primaria, acudió al centro de salud.

Su médico, reorganizó el tratamiento de la paciente, eliminando la estatina y pautando un fibrato, el cual al cabo de 3 meses, empezó a controlar los valores de colesterol total de la paciente.

Este fibrato, no presentaba interacción con la digoxina, mejorando la calidad de vida de la paciente.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Hipercolesterolemia	Inefectividad cuantitativa	Atorvastatina 20 mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Posible cambio de tratamiento, debido a que también toma digoxina.	SI
Estreñimiento	Inseguridad no cuantitativa	Atorvastatina 20 mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Eliminación del medicamento, para evitar el efecto secundario.	SI
Taquicardias	Inseguridad cuantitativa	Digoxina	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Comunicación de la interacción, que recibe la digoxina por la estatina. Eliminación del fármaco que produce la interacción.	SI
Visión borrosa	Inseguridad cuantitativa	Digoxina	Escrita farmacéutico paciente- médico	Comunicación de la intoxicación por digoxina.	SI

BIBLIOGRAFIA

1. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Bot Plus. 2010. Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos.
3. Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Prevención Cardiovascular. 2 ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2003; Disponible en:<http://www.papps.org/publicaciones/cardio.pdf>
4. Stockley. 2009 (primera edición)

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 06.10.2010	Género: mujer	Edad: 48	IMC: 19,2	Alergias: No conocidas
-------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1 año	Hipercolesterolemia	N	B	1 año	Atorvastatina 20mg	0/0/1	0/0/1	S	N	N	INEF CUANT INSEG NO CUANT
3 años	Insuficiencia cardiaca	S	P	3 años	Digoxina	0/0/2	0/0/2	S	S	N	INSEG CUANT
años	Dolor cabeza	S	P	años	Paracetamol 1g	AD	AD	S	S	S	
1 año	Estreñimiento	S	P	1 año	Bisacodilo	0/0/2	0/0/2	S?	N	N	INEF NO CUANT
1 año	Visión borrosa	N	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 12.04.2011	Género: mujer	Edad: 48	IMC: 19,2	Alergias: No conocidas
-------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1 año	Hipercolesterolemia	S	B	3 meses	Fenofibrato 160mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
3 años	Insuficiencia cardiaca	S	P	3 meses	Digoxina	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
años	Dolor cabeza	S	P	años	Paracetamol 1g	AD	AD	S	S	S	

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

Caso Clínico 2**Incumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes y riesgo de hepatotoxicidad por interacción entre estatina y verapamilo**

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

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 66 años de edad, con tratamiento para la hipercolesterolemia, DM2 y la presión arterial elevada. El paciente acude a la farmacia a enseñarnos los análisis que le han realizado en consulta médica, en los cuales presenta valores elevados de GPT ALT-GPT: 69 UI/L, casi al doble de lo normal; además nos comenta que está un poco estreñido. Se incluye al paciente en seguimiento farmacoterapéutico. El paciente es hipertenso desde comienzos de 2008 al detectar la PA elevada en una toma rutinaria, que fue confirmada posteriormente y se le instauró tratamiento con: (verapamilo 180 mg + trandolapril 2 mg). Es diabético desde 2008, y está siendo tratado con Metformina 850 mg (1-1-1). Además, para la hipercolesterolemia tiene prescrito simvastatina 40 mg, un comprimido por la noche, desde 2007. Es un paciente obeso (Peso: 86; IMC: 31). Ante los valores de los análisis que nos entrega (PA: 130/60 mmHg; ALT-GPT: 69 UI/L; HbA1c: 9%, CT: 180 mg/dL) realizamos al paciente un test de incumplimiento.

- Realizamos el test de Haynes-Sackett, que es un test de incumplimiento que consta de 2 partes:

1. "la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos"
2. ¿tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?

El paciente confiesa que no se toma la metformina porque cuando empezó con el tratamiento le produjo diarrea y por ello dejó de tomar los 3 comprimidos que le recetaron y actualmente sólo está tomando 1 comprimido del antidiabético oral. Por otra parte, la presión arterial está controlada, las cifras de colesterol total también se hallan en límites normales. En un primer momento nos preocupa la no obtención de objetivos terapéuticos en la diabetes al presentar una hemoglobina glicosilada muy alta (HbA1c: 9%), y la existencia de dos nuevos problemas de salud que preocupan al paciente, el estreñimiento y los altos valores de enzimas hepáticas. (Primer estado de situación: Anexo 1)

FASE DE ESTUDIO:

Verapamilo:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial que el paciente tiene diagnosticada.

Efectividad: Mantenimiento de la presión arterial a lo largo de las 24 horas, por debajo de unas cifras determinadas a su situación clínica (130/80mmHg), ya que es diabético.

Seguridad: Los calcioantagonista esencialmente verapamilo y diltiazem, son inhibidores enzimáticos importantes de cit-P450, lo que puede llevar a incrementar los efectos de las estatinas. La importancia de la relevancia clínica de la interacción (en una escala de 1 a 4) sería 2, por tanto:

1. NO EXISTE contraindicación absoluta de uso simultáneo de AC y estatinas.
2. Se debe tener precaución, iniciar con dosis bajas de estatinas cuando se utiliza AC. Generalmente, la inhibición exhibe la máxima intensidad a las 24 h, y puede permanecer hasta 2-3 días, por ello no se puede prevenir por la separación de los medicamentos. En algunos casos, la administración a diferentes horas del día podría reducir el impacto de la interacción.

-Por otra parte entre las reacciones adversas del verapamilo encontramos:

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Hipercolesterolemia y riesgo de toxicidad hepática	Simvastatina 40mg	Inseguridad cuantitativa	Interacción entre simvastatina y verapamilo por inhibición del metabolismo hepático de la estatina.	La interacción ha producido un aumento en la concentración de simvastatina que ha ocasionado un aumento de la transaminasa ALT-GPT, específica del hígado.
Estreñimiento	Verapamilo 180 mg	Inseguridad no cuantitativa	Características personales del paciente	La presión arterial del paciente está controlada por el tratamiento actual, sin embargo el efecto adverso ocasionado deberá ser tratado o será necesario sustituirlo.
Diabetes tipo 2 con valores de HbA1c del 9%.	Metformina 850 mg	Inefectividad cuantitativa	Incumplimiento del tratamiento para la diabetes. El paciente lo disminuyó por la presencia de diarrea.	El paciente presenta riesgo cardiovascular alto al ser diabético y el descontrol de los valores de glucemia puede ocasionar riesgos en órganos diana como el corazón, ojos y el riñón.

-10-25% Estreñimiento, 1-9% Alt. CV., mareos, náuseas, dermatitis y <1% palpitaciones, visión borrosa, etc. Este elevado porcentaje de la reacción adversa de estreñimiento nos hace relacionarlo con el problema que presenta nuestro paciente.

Simvastatina:

Necesidad: Tratamiento de la hiperlipidemia, junto con la dieta, para la reducción del colesterol total, LDL y triglicéridos elevados en pacientes con hipercolesterolemia primaria cuando la respuesta a la dieta y otras medidas no farmacológicas sea inadecuada.

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

Seguridad: Se han encontrado en algunos pacientes aumentos persistentes (a más de 3 veces el límite superior normal) de las transaminasas séricas en menos del 1% de los pacientes tratados con dosis de hasta 40 mg diarios y en un 1,8% en los pacientes tratados con 80 mg al día. Tras la interrupción del fármaco estos valores suelen descender lentamente hasta alcanzar los valores anteriores al tratamiento. Asimismo, se han comunicado elevaciones moderadas (menos de 3 veces el límite superior normal) de las transaminasas séricas tras el tratamiento con simvastatina. El verapamilo es un posible inhibidor hepático del metabolismo de la simvastatina que puede aumentar las concentraciones de esta estatina con los consiguientes riesgos asociados.

La reacción adversa estreñimiento también aparece asociada a simvastatina, aunque en menor porcentaje que con el verapamilo (<1% de los casos).

Metformina:

Necesidad: Tratamiento de la diabetes que le ha sido diagnosticada.

Efectividad: El tratamiento con metformina 850 mg no está consiguiendo los objetivos de disminuir la hemoglobina glicosilada a valores cercanos al 6%, debido al incumplimiento del paciente.

Seguridad: No existen problemas relevantes para el caso relacionados con la seguridad de la metformina.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En esta intervención el primer objetivo que se nos presenta es el mismo paciente, la educación sanitaria constituye el eje más importante en la lucha contra el incumplimiento, en concreto una educación sanitaria relacionada con la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico que motive al paciente y promueva la adherencia al tratamiento. El paciente debe conocer los parámetros de control de su enfermedad, hecho que facilitará la cumplimentación del tratamiento. El paciente comprendió la importancia de tomar su medicación y empezó a cumplir el tratamiento de metformina 850 mg (1-1-1). El hecho de que no reapareciera el efecto adverso de diarrea facilitó el cumplimiento de las órdenes médicas. La educación sanitaria individual, aparte de ser sobre incumplimiento y sus consecuencias, se realizó sobre RCV, diabetes, colesterol e HTA.

La segunda intervención se realizó con el médico a través del paciente, y fue de forma escrita, para informar al médico de la necesidad de valorar el tratamiento antihipertensivo debido a la posible interacción con la estatina y al estreñimiento que estaba produciendo, además se informó de la necesidad de valorar el tratamiento hipolipemiente debido al riesgo de hepatotoxicidad que se estaba produciendo.

La actuación del médico fue retirar el verapamilo 180 mg + trandolapril 2 mg, e instaurar un nuevo tratamiento para la presión arterial con Enalapril 20 mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg. con ello conseguía de una sola vez eliminar la interacción y los efectos adversos existentes. El médico no modificó la dosis de la estatina. Además, fue informado de nuestra intervención en relación al incumplimiento del paciente.

A los 6 meses de intervención la PA continúa controlada, el estreñimiento ha mejorado bastante y la ALT-GPT presenta valores normales. También, el colesterol presenta valores aceptables. Asimismo, los valores de hemoglobina glicosilada han disminuido hasta el 7%. (Segundo estado de situación: Anexo II)

DISCUSIÓN DEL CASO

La diabetes independientemente de su etiología de base, presenta como manifestación común la hiperglucemia, que va asociada a manifestaciones agudas o crónicas. Los objetivos terapéuticos son aliviar los síntomas, lograr el control metabólico y prevenir las complicaciones agudas y a largo plazo de la diabetes. El objetivo es obtener valores promedio de glucemia preprandial de 80-110 mg/dL y hemoglobina glicosilada del 7% o menor. En nuestro paciente el logro de una HbA1c del 7% puede evitar las complicaciones que se pueden producir a largo plazo.

Es fundamental el SFT en diabéticos debido a que una hiperglucemia aguda puede desencadenar un accidente cardiovascular, cerebrovascular o, incluso, lesiones neurológicas. Asimismo, una hiperglucemia crónica afecta a los ojos, causando retinopatía diabética, a los riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

El farmacéutico debe, mediante la educación sanitaria, contribuir a que el paciente conozca los riesgos de su enfermedad y de esta forma conseguir una mayor adherencia al tratamiento y un mayor cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas, entre las que se encuentran el ejercicio físico adecuado. Además, el paciente debe conocer los síntomas de la hipoglucemia, cómo paliar estos síntomas y, también debe saber realizarse autocontroles de glucosa. El paciente debe comprender que los tres pilares de su tratamiento son la dieta, el ejercicio físico y los medicamentos y que si uno de los tres falla el resultado será un control insatisfactorio de la diabetes.

En relación con la interacción de simvastatina y verapamilo, se produce una inhibición enzimática que origina una disminución de la biotransformación sistémica de la simvastatina. Este hecho puede ocasionar una acumulación y aumento de la magnitud y efectos de la estatina, lo que puede llevar a una inseguridad cuantitativa.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Riesgo de Hepatotoxicidad del tratamiento de hipercolesterolemia	Inseguridad cuantitativa	Simvastatina	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Informar al médico de la existencia de una posible interacción	SI
Estreñimiento	Inseguridad no cuantitativa	Verapamilo	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Informar al médico de la existencia de la interacción con simvastatina y del efecto adverso estreñimiento	SI
Diabetes Mellitus tipo 2	Inefectividad cuantitativa	Metformina	Oral farmacéutico-paciente	Hablar al paciente de la importancia del incumplimiento y del control de la diabetes	SI

BIBLIOGRAFIA

- Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
- Catálogo de medicamentos. 2010. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Manual Washington de terapéutica médica. 30 edición. 2001.
- Harrison. Principios de medicina interna. 13 edición. Compendio. 1995.
- García-Jiménez E, Amariles P, Machuca M, Parras-Martín M, Espejo-Guerrero J, Faus MJ. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharm* 2008; 49(2): 145-157.
- National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
- Stockley. Interacciones Farmacológicas (2008) Pharma editores. S.L.
- Foro de Atención Farmacéutica, documento de consenso 2008.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Chamorro AR, Merino EM, Martínez FM, Dader MJ. Effect of pharmacist involvement in adherence to medications in patients with high to moderate cardiovascular risk (Study EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria*. 2011 May;43(5):245-253. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21211865.
- Rodríguez Chamorro MA. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Marzo 2009.
- García-Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico. Tesis Doctoral. Granada 2003

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 05.04.2010	Género: hombre	Edad: 66	IMC: 31	Alergias: No conocidas
-------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
2007	Hipercolesterolemia*	S	P	2007	Simvastatina 40 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	N	INSEG CUANT
2008	HTA*	S	B	2008	Verapamilo 180 mg Trandolapril 2 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	N S	INSEG NO CUANT
2000	DM2*	N	B	2000	Metformina 850 mg	1-1-1	0-1-0	S	N	S	INEF CUANT
2009	Estreñimiento	N	B								
2010	Riesgo de hepatotoxicidad	N	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 18.10.2010	Género: hombre	Edad: 66	IMC: 29	Alergias: No conocidas
-------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
2007	Hipercolesterolemia*	S	P	2007	Simvastatina 40 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2008	HTA*	S	P	2010	Enalapril 20 mg Hidroclorotiazida 12,5	1-0-0	1-0-0	S	S	S S	
2000	DM2*	S	P	2000	Metformina 850 mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	

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

Caso Clínico 3

Control de la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular a través del Seguimiento Farmacoterapéutico

Bofí Martínez P, García-Jiménez E, Martínez Castelló MC
correspondencia: mabopy@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 55 años y un IMC de 42,8 en tratamiento con telmisartán 80 mg, lansoprazol 20 mg, oseína-hidroxiapatita 830 mg, 450 mg diosmina y 50 mg hesperidina, que acude a la farmacia a recoger su medicación habitual. La paciente nos pide que le tomemos la Presión arterial (PA). Notamos a la paciente bastante fatigada así que le pedimos que se siente y descanse antes de tomarle la PA, mientras le buscamos la medicación. Detectamos un valor de PA de 175 / 87 mmHg y 83 pulsaciones. La paciente nos dice que últimamente suele tener la PA alta cuando se la toma en casa pero que no se lo ha comentado al médico porque éste siempre le dice que tiene que adelgazar.

Le comentamos a la paciente que la mayoría de sus problemas (PA, dolor de piernas, fatiga,...) están agudizados por su exceso de peso. Tras hablar con ella de las ventajas que obtendría para su salud si consiguiera disminuir peso, le ofrecemos el servicio de SFT y la posibilidad de seguir una dieta personalizada con el servicio de dietista que ofrecemos en la farmacia.

La paciente hace más de un año que no se hace ninguna analítica, así que la citamos al día siguiente a primera hora en ayunas para hacerle una analítica en la farmacia y realizar la primera visita del SFT.

FASE DE ESTUDIO:

Telmisartán:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión esencial en adultos.

Efectividad: La dosis de telmisartán puede aumentarse hasta un máximo de 80 mg una vez al día. Alternativamente, puede administrarse telmisartán en asociación con diuréticos tiazídicos, tales como hidroclorotiazida, que han demostrado ejercer un efecto hipotensor aditivo con telmisartán.

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Hidroclorotiazida:

Necesidad: La asociación a dosis fijas de 80 mg de telmisartán y 12,5 mg de hidroclorotiazida, está indicado en pacientes cuya presión arterial no puede controlarse adecuadamente sólo con telmisartán.

Efectividad: La dosis de hidroclorotiazida puede aumentarse de 12,5 mg a 25 mg en combinación con 80 mg de Telmisartán en pacientes cuya presión arterial no puede controlarse adecuadamente con dosis de 80 mg/12,5 mg o pacientes que previamente han sido estabilizados con telmisartán e hidroclorotiazida por separado.

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Lansoprazol:

Necesidad: Tratamiento y profilaxis de la esofagitis por reflujo. Tratamiento de la úlcera duodenal y gástrica.

Efectividad: Para el tratamiento y profilaxis de la esofagitis por reflujo, Lansoprazol debe utilizarse a dosis de 15-30 mg una vez al día, 30 minutos antes de la comida ya que la ingestión de alimentos retrasa la tasa de absorción de lansoprazol y reduce la biodisponibilidad aproximadamente en un 50%.

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Complejo oseína-hidroxiapatita:

Necesidad: Tratamiento de los procesos que cursan con descalcificación: osteoporosis.

Efectividad: De 2 a 4 comprimidos recubiertos por día ingeridos con un poco de líquido. En casos de osteoporosis avanzada, puede aumentarse la dosificación, siempre según criterio facultativo.

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Diosmina+Hesperidina:

Necesidad: Alivio a corto plazo (durante dos-tres meses) del edema y síntomas relacionados con la insuficiencia venosa crónica.

Efectividad: La dosis terapéutica usual es la de 2 comprimidos al día, repartidos en dos tomas, un comprimido al medio día y otro por la noche, con las comidas.

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Gemfibrozilo:

Necesidad: Dislipidemia mixta caracterizada por hipertrigliceridemia y/o bajos niveles de HDL-colesterol. Hipercolesterolemia primaria, especialmente cuando las estatinas no resulten adecuadas o exista intolerancia.

Efectividad: El rango de dosis es de 900 a 1200 mg al día. La dosis de 900 mg se toma como una dosis única media hora antes de la cena. Los pacientes deben seguir una dieta hipolipemiente estándar que se deberá continuar durante el tratamiento.

Son necesarias durante el tratamiento con gemfibrozilo las determinaciones periódicas de los lípidos séricos. A veces puede producirse un aumento paradójico de los niveles de colesterol (total y LDL) en pacientes con hipertrigliceridemia. Si tras 3 meses de tratamiento con las dosis recomendadas, la respuesta es insuficiente, debe interrumpirse el tratamiento y considerar métodos alternativos.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Dolor en los gemelos algunos días	Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg	Inefectividad cuantitativa	Problema de salud insuficientemente tratado	La dosis diaria recomendada de los comprimidos de Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg es de dos al día. Nos ponemos en contacto con el médico para que reevalúe la dosis, aunque el problema está agudizado por el exceso de peso.
Dislipemia		Necesidad de tratamiento	Falta de diagnóstico médico	En una analítica con sangre capilar en la farmacia detectamos niveles de colesterol total ligeramente elevados y niveles de triglicéridos muy elevados. Nos ponemos en comunicación con el médico para que evalúe la necesidad de tratamiento ante dichos valores.
Obesidad mórbida		Necesidad de tratamiento (dietético)	Problema de salud insuficientemente tratado	Necesidad de tratamiento dietético.

Seguridad: Muy frecuente: dispepsia. Frecuentes: dolor abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, vómitos, estreñimiento.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Los objetivos que se pretenden son: reducir peso, reducir los valores de PA por debajo de 140/90 mmHg, reducir los valores de glucemia basal por debajo de 110 mg/dl y reducir los los valores de colesterol total y triglicéridos por debajo de 200-220 mg/dl y 150 mg/dl respectivamente.

2-9-2010: Citamos a la paciente el día 2-9-2010 a primera hora en ayunas para realizarle una analítica en la farmacia. Los valores que obtuvimos son los siguientes: CT: 225 mg/dl; TAG: 315 mg/dl; GB: 138 mg/dl. Los valores de PA siguen elevados: 185/86 mmHg

Tras realizar el primer estado de situación el plan de actuación que decidimos conjuntamente con la paciente es el siguiente:

- Ponerse en comunicación con el médico vía verbal farmacéutico-paciente-médico para que reevalúe el tratamiento antihipertensivo, valore los parámetros analíticos que hemos detectado y reevalúe la dosis de Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg
- La paciente acudirá todos los Jueves a la farmacia para que nuestra dietista vaya adaptando la dieta de la paciente de forma semanal según su evolución.
- Analíticas trimestrales en la farmacia durante el tiempo que esté a dieta para poder valorar la evolución de los parámetros bioquímicos relacionados con su exceso de peso y riesgo cardiovascular.

12-9-2010: Tras realizar el primer estado de situación la paciente se puso en contacto con el médico quien cambió telmisartán 80 por telmisartán 80 + hidroclorotiazida 12,5, y mandó realizar una analítica general. El médico mantuvo la dosis de Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg. La paciente lleva 10 días a dieta bajo la supervisión de nuestra dietista y ha conseguido pasar de 116,5 kg a 112,1 kg. La paciente está muy animada con la dieta.

Como el médico ha cambiado el tratamiento antihipertensivo, recomendamos a la paciente que en las próximas semanas venga a la farmacia a tomarse la PA 1-2 veces a la semana (un día por la mañana y otro día al final de la tarde) con tal de poder realizar una curva de PA y evaluar la efectividad del nuevo tratamiento antihipertensivo.

30-9-2010: La paciente acude a la farmacia con los resultados de la analítica que realizó el médico (CT: 225 mg/dl, TAG: 335 mg/dl, GB: 126 mg/dl). El médico ha incorporado Gemfibrozilo a su medicación crónica. La paciente ha conseguido un peso de 108,5 kg en 28 días.

23-12-2010: Citamos a la paciente a primera hora de la mañana para comprobación analítica y sesión de SFT. Comprobamos que todos los parámetros han mejorado (CT: 205 mg/dl, TAG: 160 mg/dl, GB: 112 mg/dl, Peso: 99,9 kg, PA: 132 / 66 mmHg).

La paciente está muy animada con los resultados que está consiguiendo con su pérdida de peso.

10/3/2011: La paciente lleva 6 meses a dieta y ha conseguido disminuir 21,9 kg y ha pasado de un IMC clasificado en el escalón de obesidad mórbida (IMC= 42,8) a un IMC clasificado en el escalón de obesidad (IMC=34,7). Además a día de hoy le realizamos una analítica en la farmacia y comprobamos que los parámetros de CT, TAG y GB están ahora controlados: CT: 207 mg/dl; TAG: 129 mg/dl; GB: 89 mg/dl. Además la calidad de vida de la paciente ha aumentado ya que según ella ahora puede caminar sin cansarse.

El objetivo que hemos pactado con la paciente para los próximos meses es de 79 kg y mantener todos los parámetros dentro del rango de normalidad.

DISCUSIÓN DEL CASO

El principal problema de salud de la paciente era su exceso de peso. El médico durante años le había recordado que tenía que disminuir de peso pero en ningún momento le orientó en ningún tipo de dieta y/o tratamiento farmacológico.

En la farmacia le ofrecimos a la paciente el servicio de SFT con el apoyo de una dietista que le iría guiando semanalmente en su objetivo. La paciente al verse apoyada por el equipo de la farmacia e ir comprobando que su esfuerzo iba dando resultados positivos en su salud se animó a continuar. A día de hoy la paciente lleva 6 meses de SFT con el apoyo semanal de nuestra dietista y mediciones trimestrales en la farmacia de parámetros analíticos.

A lo largo de estos 6 meses la paciente ha conseguido disminuir 21,9 Kg, pasando de 116,6 Kg a 94,7 Kg y de un IMC clasificado en el escalón de obesidad mórbida (42,8) a un IMC clasificado en el escalón de obesidad (34,7). Además esta disminución de peso ha ido acompañada del control del resto de factores de riesgo cardiovascular ya que la paciente ha disminuido los niveles de colesterol de 225 mg/dl a 207 mg/dl, los niveles de triglicéridos de 315 mg/dl a 129 mg/dl y los niveles de glucosa basal de 138 mg/dl a 89 mg/dl.

La paciente está animada a seguir hasta conseguir su objetivo de 79 kg.

Si no hubiéramos complementado el servicio de SFT con el servicio de analíticas y de dietista, sólo habríamos detectado en el primer estado de situación una ineffectividad del tratamiento antihipertensivo, pero no habríamos podido

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Valores de PA no controlados	Inefectividad no cuantitativa	Telmisartán 80 mg	Verbal-farmacéutico-paciente- médico	Nos ponemos en contacto con el médico quien sustituye telmisartán 80 mg por telmisartán 80 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg	SI
Dolor en los gemelos algunos días	Inefectividad cuantitativa	Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg	Verbal-farmacéutico-paciente- médico	El médico no aumentó la dosis de Diosmina 450 mg + hesperidina 50 mg, pero el problema se solucionó a medida que la paciente fue perdiendo peso.	SI
Dislipemia	Necesidad de tratamiento		Verbal-farmacéutico-paciente- médico	El médico prescribió Gemfibrozilo 900. La resolución del problema vino apoyado por la pérdida de peso	SI
Obesidad mórbida	Necesidad de tratamiento	Extracto acuoso de cola de caballo, arenaria roja, boldo, nopal, rabo de gato, romero, grama de las boticas y ortiga. + Compuesto de jalea real y vitaminas + Dieta personalizada con control semanal por parte de una dietista	Verbal farmacéutico-paciente	Le ofrecimos a la paciente la posibilidad de seguir una dieta personalizada en la farmacia y desde entonces ha perdido 21,9 kg. Aunque la paciente no está en un IMC de normopeso, sí ha conseguido pasar de obesidad mórbida al escalón de obesidad. Además la paciente seguirá en tratamiento dietético en los próximos meses.	

comprobar la dislipemia y la Glucemia Basal elevada, ni hubiéramos podido prescribir a la paciente dietas semanales acopladas a sus necesidades, simplemente le hubiéramos dado recomendaciones dietéticas de forma general.

En esta paciente hemos conseguido integrar los servicios de analíticas y dietista para mejorar los resultados del SFT.

En este caso se pone de manifiesto la intervención global en el paciente con factores de riesgo cardiovascular importantes, y cómo gracias a la colaboración del equipo multidisciplinar (farmacéutico, dietista, médico), se consiguen los objetivos clínicos marcados o necesarios para una buena salud cardiovascular en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Moliner de la Puente J. R., Domínguez Sardiña M., González Paradela MC. Alfaro Alonso G., Crespo Sabarís J., Rodríguez Fernández M., Pérez García M., Castiñeiras Pérez MC. Toma de presión arterial. Instrumentos de medida. Disponible en <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp> . Consultado el 2-9-2010.
2. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. SEMERGEN 2009; 35(2):73.
3. Amariles Muñoz P, Machuca M, Sabater D, Faus Dáder MJ. Guía de Seguimiento en Prevención cardiovascular. Universidad de Granada. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_FRCV.pdf . Consultado el 2-9-2010.
- 4 Machuca M., Parras M., Faus Dáder MJ. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre hipertensión. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf . Consultado 2-9-2010
- 5 Agencia Española del medicamento y productos sanitarios. <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm&version=new> . Consultado 2-9-2010
- 6 OMS. Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Consultado 13-3-2011.
- 7 INE. <http://www.viladiet.com/2010/01/01/preocupantes-estadisticas-de-obesidad-y-sobrepeso-nuestro-pais/> . Consultado 13-3-2011.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 02.09.2010	Género: mujer	Edad: 56	IMC: 42.8	Alergias: No conocidas
-------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
2005	HTA*	N	B	2008	Telmisartán 80mg	1/0/0	1/0/0	S	N	S	INEF NO CUANT
2000	Hernia de hiato*	S	B	2000	Lansoprazol 15mg	1/0/0	1/0/0	S	S	S	
2009	Osteoporosis*	S	B	2009	Complejo oseína-hidroxiapatita 830mg	1/día	1/día	S	?	S	INEF CUANT
2005	Insuficiencia venosa*	N	B	2005	450 mg diosmina 50 mg hesperidina	1/día	1/día	S	S	S	
2-9-2010	GB elevada	N	B								
2-9-2010	Dislipemia	N	B					S			NECES
Años	Obesidad mórbida	N	B					S			NECES

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

OBSERVACIONES

- La paciente nos dice que últimamente cuando se toma la PA en casa le "suele salir bastante alta". Al tomarle la PA el día anterior (1-9-2010) y a día de hoy (2-9-2010) a distintas horas comprobamos que la PA no está controlada.
- La paciente toma lansoprazol inmediatamente después del desayuno, junto con el resto de comprimidos. Aunque el tratamiento con lansoprazol es efectivo, le recomendamos que lansoprazol debe tomarse 30 minutos antes del desayuno para poder obtener el máximo efecto del medicamento (La ingestión de alimentos retrasa la tasa de absorción de lansoprazol y reduce la biodisponibilidad aproximadamente en un 50%).
- La paciente nos dice que hace un año le hicieron una densitometría y le salió un poco de descalcificación en cadera y rodillas. Nunca ha sufrido de dolor de tipo óseo. No sabemos si el tratamiento con el complejo oseína-hidroxiapatita es efectivo hasta la próxima densitometría.
- La dosis recomendada de 450 mg diosmina + 50 mg hesperidina es de 2 comprimidos al día. La paciente toma sólo 1 comprimido al día por lo que el dolor de gemelos que sufre muchos días podría deberse a una inefectividad cuantitativa agravada por el sobrepeso.

PARÁMETROS

- PA: 175/87 mmhg; 83 puls (1/9/2010: 19h)
- PA: 185/86 mmhg; 94 puls (2-9-2010: 9h) no se ha tomado aún el tratamiento antihipertensivo)
- Medidas en sangre capilar (02-9-2010):
 - CT: 225 mg/dl
 - TAG: 315 mg/dl
 - GB: 138 mg/dl
- Peso: 116,5 kg
- Cintura: 133 cm
- Cadera: 139 cm

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 10.03.2011	Género: mujer	Edad: 56	IMC: 34.7	Alergias: No conocidas
-------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
2005	HTA*	S	B	2008 12.09.10	Telmisartán 80mg Hidroclorotiazida 12.5mg	1/0/0	1/0/0	S	S	S	
2000	Hernia de hiato*	S	B	2000	Lansoprazol 15mg	1/0/0	1/0/0	S	S	S	
2009	Osteoporosis*	S	B	2009	Complejo oseína- hidroxiapatita 830mg	1/día	1/día	S	?	S	
2005	Insuficiencia venosa*	S	B	2005	450 mg diosmina 50 mg hesperidina	1/día	1/día	S	S	S	
2-9-2010	Dislipemia	S	B	30.09.10	Gemfibrozilo 900 mg	0/0/1	0/0/1	S	S	S	
14-10-2010	Obesidad	N	B	2.09.10	Medicamento 1 ¹ Medicamento 2 ²	30ml/0/0 1vial/0/0	30ml/0/0 1vial/0/0	S	?	S	

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

Medicamento 1¹: Extracto acuoso de cola de caballo (85,5 mg), arenaria roja (49,5 mg), boldo (42 mg), nopal (25,5 mg), rabo de gato (25,5 mg), romero (25,5 mg), grama de las boticas (25,5 mg) y ortiga (25,5 mg). (cantidad en mg para 90 ml)

Medicamento 2²: Jalea real fresca 1 g + vit B1 (1,1mg) + vit B2 (1,4mg) + vit B3 (16 mg) + vit B5 (6 mg) + vit B6 (1,4 mg) + vit B9 (200µg) + vit B12 (2,5 µg) + vit B8 (50 µg) + vit E (92mg) + βcaroteno (4mg) (cantidades por vial de 10 ml)

OBSERVACIONES

- A lo largo de estos 6 meses de SFT la paciente ha conseguido controlar los valores de PA, colesterol, triglicéridos, glucosa basal y ha disminuido 21,9 kg, pasando de un IMC clasificado en el escalón de obesidad mórbida (IMC=42,8) al escalón de obesidad (IMC=34,7). El objetivo para los próximos meses será llegar a 79 kg y mantener todos los parámetros dentro de la normalidad.
- Durante los 6 meses que la paciente lleva a dieta toma como complemento nutricional VITAL (Comprimidos de jalea real y vitaminas 1/ DÍA) y DREN (Compuesto de extracto acuoso de cola de caballo y otras plantas con efecto diurético y saciante 30 ml / día).
- La paciente todos los días sale a caminar 1 hora, cosa que hace unos meses la paciente casi no salía de casa por la fatiga y el dolor de gemelos producido por el sobrepeso cuando caminaba.

PARÁMETROS

- PA: 133/68 mmhg; 67 puls (1/9/2010: 19h)
- PA: 185/86 mmhg; 94 puls (2-9-2010: 9h) no se ha tomado aún el tratamiento antihipertensivo)
- Medidas en sangre capilar (30-9-2010):
 - CT: 207 mg/dl
 - TAG: 129 mg/dl
 - GB: 89 mg/dl
- Peso : 94.7 kg
- Cintura: 116 cm
- Cadera: 128 cm

Caso Clínico 4**Interacción farmacológica de acenocumarol con propafenona.**

Robina Hidalgo C, Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E.
correspondencia: mariadelcarmenrobina@redfarma.org

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 60 años, integrado en el programa de seguimiento farmacoterapéutico de la oficina de farmacia desde Febrero de 2010 al serle diagnosticada fibrilación auricular paroxística. Este paciente presenta los siguientes valores de INR:

9-2-2010: 2.1

26-3-2010: 2.3

26-5-2010: 3.1

25-8-2010: 2.5

20-10-2010: 2.3

18-1-2011: 2.4

Desde que le diagnosticaron la fibrilación auricular, el paciente ha tenido como tratamiento habitual: bisoprolol 5mg (1-0-1), rabeprazol 20mg (1-0-0) flecainida 100mg (1/2-0-1/2) y acenocumarol.

El 15 de Febrero de 2011, tras otra consulta con el cardiólogo, acude a la farmacia a retirar una nueva prescripción: propafenona (1-1-1). Se le retira la flecainida 100mg. Actualizamos el estado de situación (anexo I).

FASE DE ESTUDIO:

Acenocumarol:

Necesidad: Profilaxis del tromboembolismo asociado a fibrilación auricular crónica.

Efectividad: Prevención de trombos a nivel venoso o arterial. Parámetro de efectividad con INR entre 2 - 3, siendo el valor deseado 2,5.

Seguridad: La administración simultánea con propafenona potencia la acción y la toxicidad del anticoagulante con el consiguiente riesgo de sangrado, por lo que el paciente debe ser cuidadosamente controlado clínicamente.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

La intervención farmacéutica fue informar al médico mediante informe farmacoterapéutico sobre la hemorragia nasal,

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Hemorragia nasal	Acenocumarol	Inseguridad Cuantitativa	Interacción con propafenona	Se le pregunta por los alimentos consumidos en la última semana para descartar posible interacción con el acenocumarol. El paciente siempre cumplió con las prescripciones médicas y farmacológicas.

posiblemente debida a la interacción entre acenocumarol y propafenona.

15/02/2011: Durante la dispensación de la nueva prescripción se identifica la interacción de acenocumarol 4 mg con propafenona 300 mg. Con la debida prudencia y con explicaciones sencillas se le indica al paciente la necesidad de que le sean controlados clínicamente los valores del INR (posible potenciación del efecto anticoagulante por la aplicación de tales medicamentos).

21/03/2011: Un mes después el paciente acude a la farmacia solicitando algún producto adecuado para detener una hemorragia nasal. Decidimos derivar al paciente al médico, el cual le envía al hospital por la hemorragia que padece.

23/03/2011: El paciente acude a la farmacia para mostrarnos los resultados de su último valor de INR, que resultó ser 6.8. La dosis de anticoagulante fue reajustada.

8/04/2011: El paciente tras un nuevo control clínico presenta un valor de INR de 2,4. Estado de situación final.

DISCUSIÓN DEL CASO

La naturaleza de esta interacción se basa en la potenciación de la acción y la toxicidad del anticoagulante, con el consiguiente aumento de los niveles plasmáticos del referido anticoagulante, incrementándose el tiempo de protrombina, lo que conlleva riesgo de episodios hemorrágicos.

Se ignora cuál es el mecanismo de esta interacción (Kates, 1987), aunque existe la certeza de que no consiste en un desplazamiento del anticoagulante de las proteínas plasmáticas por la propafenona. Se ha sugerido la posibilidad de un bloqueo del metabolismo hepático de los anticoagulantes cumarínicos.

La interacción ha sido demostrada a nivel clínico, habiéndose descrito aumentos significativos del tiempo de protrombina en la mayoría de los pacientes tratados con esta combinación. En principio no parece necesario suspender ninguno de los tratamientos, pero es recomendable un riguroso control de la coagulabilidad sanguínea y, eventualmente, podría ser necesaria una reducción de la dosis de anticoagulante.

En estos pacientes se requiere el control del tiempo de protrombina (expresado como INR). En este sentido se resalta que el valor adecuado del INR se encuentra en el rango de 2 a 3.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Epistaxis	Inseguridad cuantitativa	Acenocumarol	Farmacéutico-paciente-médico	Derivar al médico para control clínico del paciente	Sí

BIBLIOGRAFIA

1. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1a ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2004.
2. Stockley. Interacciones farmacológicas. Pharma Editores 2007. Barcelona.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catalogo de Especialidades Farmacéuticas.
4. Kates RE. Clin Pharmacol Ther 1987; 42:30.
5. Sabater Hernández, D.; Silva Castro, M.M; Faus Dader, M.J. Guía de seguimiento farmacoterapéutico, 3 Edición, 2007.
6. Bot Plus, Consejo General de Colegio Farmacéuticos (CGCOF).

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 21.03.2011	Género: hombre	Edad: 60	IMC: 26.33	Alergias: No conocidas
-------------------	----------------	----------	------------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
15/02/11	Fibrilación auricular paroxística	S	P	15/02/11	Bisoprolol 5mg Propafenona 300mg	1-0-1 1-1-1	1-0-1 1-1-1	S	S	S S	
2010	Gastroprotección	S	P	2010	Rabeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2010	Profilaxis cerebrovascular	S	P	2010	Acenocumarol	S/I	S/I	S	S	N	INSEG CUANT
21/03/11	Epistaxis	N	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 21.03.2011	Género: hombre	Edad: 60	IMC: 26.33	Alergias: No conocidas
-------------------	----------------	----------	------------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
15/02/11	Fibrilación auricular paroxística	S	P	15/02/11	Bisoprolol 5mg Propafenona 300mg	1-0-1 1-1-1	1-0-1 1-1-1	S	S	S S	
2010	Gastroprotección	S	P	2010	Rabeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2010	Profilaxis cerebrovascular	S	P	2010	Acenocumarol	S/I	S/I	S	S	S	

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

Caso Clínico 5

Paciente con mialgias por rosuvastatina.

De Pablo Marcos D.
correspondencia: david-pablo@cofm.es

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Acude a la farmacia una mujer de 66 años a retirar su medicación, al interesarnos en la dispensación por su tratamiento farmacológico nos comenta su elevada preocupación por una sensación de “debilidad y agotamiento en las piernas”. Se la invita a estudiar su caso en la Zona de Atención Personalizada.

Tiene sobrepeso 79kg y un IMC de 28.

Desde hace seis meses se le ha diagnosticado una dislipemia (colesterol total: 291mg/dl), inició tratamiento con lovastatina 20mg y medidas no farmacológicas, al no resultar eficaz por tener a los tres meses niveles elevados de colesterol (259mg/dl) la pautaron un tratamiento con rosuvastatina de 20mg.

FASE DE ESTUDIO:

Es conocida la bibliografía sobre los riesgos de debilidad muscular de las estatinas², la rosuvastatina es la estatina más potente en la reducción de colesterol total y en consecuencia tiene un perfil de mayor riesgo de reacciones adversas.

Se determinan los niveles de colesterol total: 177mg/dl, GOT: 63mg/dl, GPT: 51mg/dl y GGT de 109 mg/dl. Creatinina: 1,8mg /dl.

Rosuvastatina:

Necesidad: Tratamiento de la hipercolesterolemia primaria, familiar y dislipidemia mixta².

Efectividad: La Rosuvastatina ha mostrado su eficacia frente a placebo para reducir los niveles de c-LDL en pacientes con hiperlipidemia y dislipemia mixta⁵.

Seguridad: Como ocurre con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, la incidencia de reacciones adversas parece ser dosis-dependiente⁶.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

La evaluación de la paciente con dislipemia tiene como objetivo:

- Asesorar sobre estilos de vida, dieta e identificar otros FRCV.
- Si se sospecha de daño muscular por estatinas, se recomienda la toma de coenzima Q₁₀.
- Realizar un control analítico del colesterol y enzimas hepáticas en la farmacia.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Debilidad muscular	Rosuvastatina	Inseguridad no cuantitativa	Probabilidad de efectos adversos	Se informa por escrito al médico.

- Informar al médico para que valore el beneficio riesgo de la estatina y pruebas analíticas que crea oportuno.

10/07/10: Se manda un informe al médico explicando el riesgo de la rosuvastatina y solicitando un cambio de estatina.

15/07/10. El médico acepta el informe y suspende la rosuvastatina durante 15 días y pauta simvastatina de 20mg. Aconsejamos a la paciente la toma de coenzima Q₁₀.

18/09/10. Comprobamos que los niveles analíticos (de colesterol, enzimas hepáticas y creatinina) están en valores normales y las molestias musculares han desaparecido. (No se dispone de datos de CK ,ni de CPK).

La CoQ₁₀ es una provitamina endógena que también se conoce como ubiquinona. Se encuentra enlazada a lipoproteínas en la sangre y sirve para limitar la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés). El tratamiento con estatinas, reduce las concentraciones en sangre de CoQ₁₀ entre 20% a 40%. Cuando hay concentraciones bajas de CoQ₁₀ se puede alterar la cadena de respiración celular y el metabolismo mitocondrial, contribuyendo así a la miotoxicidad inducida por estatinas. Los estudios que han investigado el desarrollo de miotoxicidad se han caracterizado por tener pocos pacientes y utilizar metodologías diferentes, lo cual limita la posibilidad de obtener conclusiones válidas. Existen estudios aislados que sugieren que las estatinas inducen la disfunción mitocondrial, pero sus implicaciones clínicas son limitadas. Hay estudios que sugieren que los pacientes con hipercolesterolemia familiar, fallo cardíaco o mayores de 65 años son poblaciones que están a riesgo de miopatía y pueden beneficiarse de un suplemento de CoQ₁₀.

DISCUSIÓN DEL CASO

Gracias a la intervención farmacéutica el médico ha reconsiderado el riesgo de la rosuvastatina en la paciente y ha cambiado a simvastatina, desapareciendo los síntomas y las alteraciones analíticas pasan a valores normales. Se ha documentado el caso a farmacovigilancia.

Las evidencias disponibles no apoyan que el tratamiento con rosuvastatina ofrezca ventajas frente a las estatinas ya disponibles en terapéutica, de las que se dispone de mayor experiencia clínica y con mejor relación coste-eficacia. Adicionalmente, cabe destacar la ausencia de información sobre los resultados del tratamiento con rosuvastatina sobre la morbimortalidad cardiovascular cuando se utiliza como prevención cardiovascular primaria o secundaria⁸.

Esta fuente de información independiente nos indica que la tasa de problemas renales con rosuvastatina es 75 veces superior que en pacientes que toman otros hipocolesteromiantes. La creatinina pasó de 1,8 mg/dl con rosuvastatina a 0.78mg/dl con simvastatina⁷.

La rosuvastatina ha mostrado mayor potencia que otras estatinas para reducir los niveles plasmáticos de colesterol total; si bien, se desconoce si esta mayor reducción, comportaría diferencias en cuanto la prevención de episodios cardiovasculares⁸.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Debilidad muscular	Inseguridad cuantitativa	Rosuvastatina	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Informar al médico para que cambie de estatina	Sí

BIBLIOGRAFIA

1. Martindale Guía completa de consulta fármaco terapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Ficha Técnica del Crestor 20mg®, Enalapril 20mg®, Almax®, en la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en : <https://sinaem4.agemed.es/consaem/> . Acceso en 11/03/2011.
3. The Annals of Pharmacotherapy FEB 2006: Vol. 40, No. 2, pp. 290-294. DOI 10.1345/aph.1G409
4. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (CTS-131), Grupo de Investigación en Farmacología de la Universidad de Granada (CTS-164), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007; 48(1): 5-17.
5. US Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research. Crestor®. Label approved on 03/27/2009. Disponible en URL: http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2003/21-366_Crestor_Statr_P1.pdf.
6. Managing lipids, reducing cardiovascular risk. *NPS News* 2011; (71). Disponible en URL: www.nps.org.au. Tomado el 06/03/11.
7. Worst Pills, Best Pills 2004; 10(12): 92. Tomado el 12/03/11.
8. Comparative effectiveness of rosuvastatin versus other statins: a review of clinical effectiveness. *CADTH* 2011; (15 Feb). Disponible en URL: www.cadth. Tomado el 7/03/11.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 10.07.10	Género: mujer	Edad: 66	IMC: 28	Alergias: No conocidas
-----------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1997	Hipertensión arterial	S	P	1997	Enalapril 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1999	Dislipemia	S	B	02/05/10	Rosuvastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	N	INSEG CUANT
1995	Acidez	S	P	1995	Almagato	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
23/06/10	"Debilidad cansancio y desgarro muscular"	N	B								

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

OBSERVACIONES

- Analítica de bioquímica líquida realizada con un espectrofotómetro marca RAL®

PARÁMETROS

- GOT: 63mg/dl
- GPT: 51mg/dl
- GGT: 109mg/dl
- Colesterol total: 177 mg/dl
- Creatinina: 1,8 mg/dl.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 10.07.10	Género: mujer	Edad: 66	IMC: 28	Alergias: No conocidas
-----------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1997	Hipertensión arterial	S	P	1997	Enalapril 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1999	Dislipemia	Si	No	15/07/10	Simvastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
1995	Acidez	S	P	1995	Almagato	0-1-0	0-1-0	S	S	S	

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

OBSERVACIONES

- Analítica de bioquímica líquida realizada con un espectrofotómetro marca RAL®

PARÁMETROS

- GOT: 21mg/dl
- GPT: 28mg/dl
- GGT: 16mg/dl
- Colesterol total: 181 mg/dl
- Creatinina: 0,78 mg/dl

Caso Clínico 6

Resultados negativos de necesidad efectividad y seguridad de gliclazida.

De Pablo Marcos D.
correspondencia: david-pablo@cofm.es

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Un cliente varón de 71 años, viene a la farmacia a retirar su medicación, omeprazol y valsartan 160 mg, al interesarnos en la dispensación por su tratamiento, nos comenta que no le preocupa su tratamiento actual, es la glucosa lo que necesita vigilar. Se le cita en ayunas en la Zona de Atención Personalizada para hacer un control analítico y estudiar su caso.

FASE DE ESTUDIO:

Gliclazida:

Necesidad: Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2) en el adulto cuando las medidas dietéticas, el ejercicio físico y la pérdida de peso no son suficientes por sí solos para controlar la glucemia

Efectividad: Si la glucemia está adecuadamente controlada, esta dosis se puede utilizar como tratamiento de mantenimiento. Si el control de la glucemia no es el adecuado, esta dosis se podrá aumentar a 60, 90 ó 120 mg al día, en pasos sucesivos. El intervalo entre cada incremento de dosis deberá ser de al menos 1 mes, salvo si la glucemia del paciente no se reduce después de dos semanas de tratamiento. En este caso, la dosis puede aumentarse al final de la segunda semana de tratamiento. La dosis diaria máxima recomendada es de 120 mg.

Seguridad: La hipoglucemia puede producirse después de la administración de sulfonilureas. Algunos casos pueden ser graves y prolongados. Puede ser necesaria la hospitalización, así como la administración de glucosa durante varios días.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Glucemia elevada 208 mg/dl	No hay	Necesidad de tratamiento	Problema de salud insuficientemente tratado.	Se informa al médico para que realice el diagnóstico y ponga un tratamiento farmacológico.
Glucemia no controlada	Gliclazida (1-0-0)	Inefectividad cuantitativa	Dosis no adecuada	Se informa al médico para que valore subir la dosis de gliclazida
Temblor, debilidad, sudor frío	Gliclazida (3-0-0)	Inseguridad cuantitativa	Dosis no adecuada	Se informa al médico para que valore bajar la dosis o equilibrar la dieta y el ejercicio.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se pretende proporcionar al paciente formación, información y adiestramiento para responsabilizarse del control de su enfermedad y mejorar su autonomía.

El programa educativo debe tener unos objetivos realistas, asumibles y pactados con el paciente. Las intervenciones educativas serán frecuentes con lenguaje sencillo y complementadas si es posible con material educativo de soporte. En

la farmacia lo realizamos en sesiones de 20 – 30 minutos cuando vienen a las citas de seguimiento de la medicación.

En la fase inicial. Estos son contenidos básicos:

- Qué es la diabetes
- Importancia del peso en el control.
- Cambios en la alimentación
- Manejo de los medicamentos que necesite, (antidiabéticos orales, insulina).
- Hipoglucemias, como se detectan y que hacer para resolverlas.
- Manejo del glucómetro (si lo precisa).

Fase de refuerzo:

La cantidad de información que se imparta dependerá de la capacidad para comprender y su nivel cultural.

- Conocimiento general de la diabetes y su relación con otras enfermedades (dislipemia, hipertrigliceridemia, hipertensión...).
- Equilibrio y relación entre la dieta, el ejercicio físico y la glucemia.
- Alimentación, plan personalizado en función de la edad, costumbres, índice de masa corporal.
- Ejercicio físico, explicar los beneficios, iniciar de forma paulatina, ser regular y animar a la práctica.
- Conocer la medicación, para que sirve, como se toma, ventajas y posibles inconvenientes.
- Hipoglucemias, conocer las causas, síntomas, detección, prevención y correcta solución.
- Complicaciones crónicas, explicar sin alarmar cuales son y las revisiones que debe seguir. Exploración del pie como prevención de lesiones posteriores.

Los altos niveles de glucemia que presenta el paciente sin tener síntomas que le avisen hacen que a medio plazo pueda desencadenar serios problemas micro y macrovasculares.

Por ello se realiza cuanto antes (07/03/11) un informe para el médico detallando las glucemias muy elevadas por el corticoide oral y la necesidad de un tratamiento para el control de la glucosa. El médico acepta nuestro informe y pauta un nuevo tratamiento con Gliclacida (1-0-0) además lo confirma con un control de Hemoglobina glicada obteniendo: 8,8 %.

16/03/11. Los controles analíticos (perfiles) con su glucómetro nos indican que a pesar de la dieta y el ejercicio la glucemia no esta controlada.

DIA	GLUCEMIA (mg/dl) (En ayunas)	GLUCEMIA (mg/dl) (A las 2h.)
16/03/11	192	175
18/03/11	185	174
20/03/11	178	166

Está aceptado que la hemoglobina glicada o glicosilada (HbA1c) es el mejor parámetro de control glucémico. Por ello informamos de las glucemias elevadas y solicitamos este dato al médico pero no desea realizarlo en este momento. El doctor decide aumentar la dosis de glicacida de 1-0-0 a 3-0-0.

22/03/11. A la hora de tomar el desayuno con su tratamiento, el paciente se queja de “sudor frío, temblor y cansancio” que es característico de hipoglucemia. Con su glucómetro registra un valor de 62 mg/dl. Se le manda con rapidez al centro de salud para que el médico reconsidere la dosis de la gliclacida o aumente la cantidad de desayuno.

El médico acepta bajar la dosis de gliclacida de 3-0-0 a 2-0-0. Con esta nueva dosis y controlando la cantidad de comida y ejercicio, los síntomas desaparecen y los perfiles de glucosa pasan a valores normales.

DISCUSIÓN DEL CASO

El éxito del control de la diabetes se centra en el equilibrio de tres factores: Los medicamentos que la persona toma, la comida que consume y la cantidad de ejercicio que hace, la intervención educativa del personal sanitario (Farmacéutico) es fundamental para controlar la enfermedad.

Una actitud activa en el mostrador provoca la resolución del problema de salud del paciente.

Además la intervención farmacéutica, sin demora, colaborando con el médico se ha conseguido controlar la glucemia a niveles normales y solucionar resultados negativos de necesidad, efectividad y seguridad de su tratamiento farmacológico.

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Glucemia elevada	Necesidad	-	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Informar al médico para que valore un tratamiento y dar consejos Higiénico dietéticos	Sí
Glucemia no controlada	Inefectividad cuantitativa	Gliclacida	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Aconsejar al médico que suba la dosis 1-0-0	Sí
Temblor, debilidad, sudor frío Glucosa: 62mg/dl	Inseguridad	Gliclacida	Oral farmacéutico-paciente-médico	Informar al médico para que ajuste el equilibrio el medicamento, dieta y ejercicio físico.	Sí

BIBLIOGRAFIA

1. Martindale Guía completa de consulta fármaco terapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Ficha Técnica del Diamicron® en la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en : <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/> . Acceso en 04/03/2011
3. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (CTS-131), Grupo de Investigación en Farmacología de la Universidad de Granada (CTS-164), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007; 48(1): 5-17.
4. Habilidades en el manejo práctico de la Diabetes tipo 2. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Edimsa. 2008.
5. <http://www.clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/index.htm> tomado el 04/05/11.
6. <http://www.sediabetes.org> . Tomado el 02/05/11.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 1.03.11	Género: hombre	Edad: 71	IMC: 29	Alergias: No conocidas
----------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1995	Hipertensión arterial	S	P	1996	Valsartan 160mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2003	Hernia de hiato	S	P	02/05/10	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
05/03/11	Glucemias Elevadas 208mg/dl.	N	S								NECES

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

OBSERVACIONES

- Analítica de bioquímica líquida realizada con un espectrofotómetro marca RAL®

PARÁMETROS

DIA	Glucemia (mg/dl) (En ayunas)	Glucemia (mg/dl) (A las 2h.)
16/03/11	192	175
18/03/11	185	174
20/03/11	178	166

- Tensión arterial media: 131/74 mmHg.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 7.04.11	Género: hombre	Edad: 71	IMC: 27	Alergias: No conocidas
----------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
1995	Hipertensión arterial	Si	No	1996	Valsartan 160mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2003	Hernia de hiato	Si	No	02/05/10	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
08/03/11	Diabetes Tipo2	Si	No	09/03/11	Gliclazida	2-0-0	2-0-0	S	S	S	

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

OBSERVACIONES

- Analítica de bioquímica líquida realizada con un espectrofotómetro marca RAL®

PARÁMETROS

DIA	Glucemia (mg/dl) (En ayunas)	Glucemia (mg/dl) (A las 2h.)
11/04/11	106	85
13/04/11	111	93
18/04/11	102	97
05/05/11	HbA1c: 7.2 % (Con su médico)	

- Tensión arterial media: 131/74 mmHg.

Caso Clínico 7

Paciente hipertenso controlado con arritmia de nueva aparición

López Regueiro S.
correspondencia: sofialopez@redfarma.org

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 74 años que viene habitualmente a la farmacia, hipertenso desde hace años y tratado con LISINOPRIL 20 mg,(1-0-0) y CLORTALIDONA 50 mg (1-0-0) también desde hace años. Nos comenta que en Enero de este año en una revisión cardiológica rutinaria, le diagnostican una Fibrilación Auricular, y le pautan BISOPROLOL 2,5 mg (1-0-0) y ACENOCUMAROL 4 mg (0-1/2-0). Nos pide que le tomemos la tensión pues desde que le han puesto este tratamiento se encuentra cansado.

Le medimos la P.A. y obtenemos una media de 100/55 mmHg. Frecuencia Cardiaca: 55ppm.

FASE DE ESTUDIO:

Hipertensión arterial:

Características del problema de salud:

- Elevación de los valores de P.A. por encima de 140-90mm Hg
- Riesgo de daño de vasos sanguíneos
- Factor de riesgo cardiovascular^{1,2}

Lisinopril:

Necesidad: Fármaco para el tratamiento de la Hipertensión Arterial (perteneciente al grupo de los IECA).

Efectividad: Disminución de los valores de P.A. por debajo de 140/90mmHg

Seguridad: Puede provocar Hipotensión en pacientes con hipertensión renovascular, hipovolemia, insuficiencia cardíaca o hipertensión grave. En el tratamiento de Insuficiencia Cardíaca, la aparición de Hipotensión intensa es frecuente al introducir un IECA en pacientes que toman diuréticos del asa^{1,3}.

Clortalidona:

Necesidad: Es un diurético tipo tiazídico. Se emplea para el tratamiento de la Hipertensión.

Efectividad: Disminución de los valores de P.A. por debajo de 140/90 mmHg

Seguridad: Se debe controlar el equilibrio electrolítico en pacientes tratados con diuréticos, pues puede provocar hipopotasemia, e hiponatremia^{1,3}.

Bisoprolol:

Necesidad: Antagonista de los receptores β -adrenérgicos cardioselectivo. Se utiliza para el tratamiento de hipertensión, angina de pecho, y como coadyuvante en el tratamiento de insuficiencia cardíaca crónica estable, y arritmias cardíacas.

Efectividad: Se utiliza para prevenir episodios tromboembólicos asociados a arritmias.

Seguridad: Pueden provocar insuficiencia cardíaca, bloqueo cardíaco y broncoespasmo. También pueden provocar fatiga^{1,3}.

Acenocumarol:

Necesidad: Anticoagulante cumarínico oral. Usado para prevención y tratamiento de tromboembolia venosa, sistémica

y en ictus isquémico en pacientes con fibrilación auricular.

Efectividad: Disminución de los valores de P.A. por debajo de 140/90 mmHg

Seguridad: Puede provocar hemorragias, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea...^{1,3}.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Disminución de la presión arterial (PA media: 100/55 mmHg). Fatiga-Cansancio	Bisoprolol	Inseguridad cuantitativa	Dosis, pauta de la estrategia antihipertensiva	El paciente tenía la P.A. controlada mientras tomaba sólo LISINOPRIL y CLORTALIDONA, desde que le han pautado el BISOPROLOL y ACENOCUMAROL los valores de P.A. han descendido hasta valores de Hipotensión

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se pretende controlar la PA del paciente en valores de 140/90 mmHg.

Se remite al paciente al médico para que revise la posología del tratamiento antihipertensivo, con un informe farmacéutico.

6/4/11. El paciente acude a la farmacia y nos cuenta que ha acudido al médico y le llevó el informe que le preparamos en la farmacia. El médico después de realizarle un control de la P.A., le ha efectuado unos ajustes en su tratamiento de la hipertensión. Le ha rebajado la dosis del LISINOPRIL de 20mg a 10 mg y le ha cambiado la hora de la toma a la comida, y además le ha retirado la CLORTALIDONA. Además el médico nos lo remite a la farmacia para que le efectuemos un control semanal de la P.A. Le decimos al paciente que acuda semanalmente para controlar su P.A.

11/4/11. Se le realizan 3 tomas y obtenemos la media y se obtienen los siguientes valores de PA.

11.4.11 10:10 PAS/PAD (mmHg) 125/85

11.4.11 10:12 PAS/PAD (mmHg) 120/80

11.4.11 10:15 PAS/PAD (mmHg) 122/87

MEDIA: 122/84 mmHg

18/4/11. Se le realizan de nuevo 3 tomas y obtenemos la media y se obtienen los siguientes valores de P.A.

18.4.11 10:45 PAS/PAD (mmHg) 128/90

18.4.11 10:47 PAS/PAD (mmHg) 125/80

18.4.11 10:50 PAS/PAD (mmHg) 122/85

MEDIA: 125/85 mmHg

DISCUSIÓN DEL CASO

ECuando tenemos un paciente hipertenso con niveles de P.A. controlados desde hace años y se le diagnostica una Fibrilación Auricular y se le pauta tratamiento para ello, hay que controlar los valores de P.A. pues los β -bloqueantes utilizados para la reducción de la Frecuencia Cardíaca pueden provocar a su vez un descenso de los valores de P.A.. En este caso, ha sido importante remitir el caso al médico como se ha visto después por el cambio de tratamiento para la Hipertensión que éste le realizó al paciente^{1,2}

RESUMEN DEL CASO

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Sí/No)
Cansancio-Fatiga	Inseguridad cuantitativa	Bisoprolol	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Remitir al médico para valorar la dosis de toda estrategia antihipertensiva	Sí

BIBLIOGRAFIA

1. Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica, 3º Ed En Castellano. Barcelona: Pharma Editores 2008
2. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. SEH-LELHA 2005. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm>
3. Catálogo General de Medicamentos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos, ed 2011

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 4.04.11	Género: hombre	Edad: 74	IMC:	Alergias: No conocidas
----------------	----------------	----------	------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
Años	HTA	N	B	Años	Lisinopril 20 mg Clortalidona 50 mg	1-0-0 1-0-0	1-0-0 1-0-0	S	S	S	
Enero 2011	Fibrilación auricular	S	B	Enero 2011	Bisoprolol 2,5 mg Acenocumarol	1-0-0 0-1/2-0	1-0-0 0-1/2-0	S	S	N S	INSEG CUANT
Días	Cansado-fatiga	N	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 18.04.11	Género: hombre	Edad: 74	IMC:	Alergias: No conocidas
-----------------	----------------	----------	------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescrita	Usada				
Años	HTA	S	B	Años	Lisinopril 20 mg	0-1/2-0	0-1/2-0	S	S	S	
Enero 2011	Fibrilación auricular	S	B	Enero 2011	Bisoprolol 2,5 mg Acenocumarol	1-0-0 0-1/2-0	1-0-0 0-1/2-0	S	S	S	

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

índice de autores

A

Aguirre Martínez O	47, 48
Álvarez de Toledo F	24
Álvarez Sainz de la Maza P	60

B

Baena-Parejo MI	42
Barris Blundell D	34, 44, 50, 51
Benrimoj SI	12, 61
Bofí Martínez P	73

C

Cacín Barbero MC	43
Cadenas-García M	57
CalvoHernándezB.....	52
Calleja Hernández MA	45, 46, 59
CarderoM.....	18
Casado de Amezúa MJ	14
Castillo E	58
Castrillón Ocampo	10
Compostizo Catalá MA	60
Cruz Puche J	28
Cuaresma Lasheras ME	56
Cueto Jiménez A	44, 51
Chinchilla Fernández MI	59

D

De Pablo Marcos D	32, 83, 87
-------------------------	------------

E

Esteban Fernández JM	48
----------------------------	----

F

Faus-Dáder MJ	42, 54, 55, 56, 61
Feletto E	18
Fikri-Benbrahim N	54, 55
Fiz Valero MJ	49, 56

G

García-Cárdenas V	61
García-Corpas JP	57
García-Jiménez E	35, 68, 73, 80
Gastelurrutia MA	12, 14, 18
Gil M	18
Gómez López-Tello P	52
González M	56

J

Jorge Rodríguez ME	30
--------------------------	----

L	
López Regueiro S	91
M	
Martínez Castelló MC	73
Martínez-Martínez F	6, 12, 14, 18, 35, 42, 43, 53, 54, 55, 61
Martínez-Romero F	58
Martínez-Solís I	58
Martínez-Vaquero López A	49, 56
Montalbán Soler L	45, 46
Moreno L	58
N	
Navarro Sánchez E	44
Navarro Visa E	51
Noain MA	12
O	
Ocaña Arenas AM	42
Olivar T	58
Olry de Lima A	42
Oruezabal Moreno L	47, 48
P	
Pastor Sánchez R	24
Pérez Merino EM	35, 68
R	
Ramos Martín J	64
Redondo Figuero C	56
Robina Hidalgo C	80
Rodríguez-Chamorro A	35, 68
Rodríguez-Chamorro MA	35, 68, 80
Rosique Tabuenca A	48
S	
Sabater-Hernández D	20, 53, 54, 55
Sabio Sánchez B	51
Sáez-Benito L	42
Sanahuja MA, López A	58
Sánchez Arango P	47
Sánchez Gómez R	44, 51
Santamaria Pablos A	56
Satue de Velasco E	21
Sendra-Lillo J	53
Sendra-Ortolá A	53
Soto Sánchez N	44, 50, 51
T	
Tellaeché Bacigalupe	26
Villagrasa V	58
Z	
Zaragoza Fernández MP	47, 48

Índice de comunicaciones

Acuerdo entre la farmacia comunitaria, la consulta del médico y la automedida domiciliaria de la presión arterial. El estudio Palmera	53
Alimentos funcionales desde la Atención Farmacéutica en enfermedades cardiovasculares	48
Análisis del grado de conocimiento que tiene el paciente mayor polimedcado sobre su tratamiento en farmacias de Cantabria	56
Atención Farmacéutica en alimentación y estilo de vida del paciente con patologías crónicas de riesgo cardiovascular	47
Calidad de sueño en pacientes mayores de 65 años de Marchena (Lorca) y factores asociados	57
Diferencias sobre el grado de conocimiento que tiene el paciente mayor polimedcado comparando una oficina de farmacia rural con una oficina de farmacia urbana de Cantabria	49
Dispensación de metformina en el síndrome de ovario poliquístico	50
Efecto de la educación sanitaria impartida por el farmacéutico a adolescentes sobre anticoncepción de emergencia ..	52
Efecto de una intervención farmacéutica sobre el grado de control del paciente asmático (AFasma): Diseño del estudio y caracterización de la muestra	61
Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente. Caracterización de la muestra inicial del estudio AFenPA.....	54
Efecto de una intervención farmacéutica sobre la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente. Resultados obtenidos en la provincia de Jaén.....	55
Efecto del asesoramiento estructurado en síntomas menores sobre a la derivación al médico desde el Servicio de Indicación Farmacéutica y factores asociados (Estudio IND-DÁDER).....	42
El aula de práctica farmacéutica de la Universidad como método pedagógico.....	58
Piel de rinoceronte? el día a día de la dermatitis atópica	60
Propuesta de un modelo explicativo para la conducta de automedicación	43
Registro del tratamiento domiciliario en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.....	59
Resultados de la implantación de una herramienta informática integrada en el sistema de gestión para la dispensación de medicamentos en una farmacia comunitaria.....	44
Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con alteraciones oculares y/o refractivas en Farmacia comunitaria (I): Detección e intervención en Resultados Negativos de la Medicación (RNM) general.	45
Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con alteraciones oculares y/o refractivas en Farmacia comunitaria (II): Detección e intervención en Resultados Negativos de la Medicación ocular (RNM) y de Resultados Negativos de la Refracción (RNR)	46
Valoración de la satisfacción de los pacientes con el servicio de dispensación de una farmacia comunitaria	51



AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER



Palacio de la Magdalena



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS



Almirall



Roche



MSD
Consumer Care



cinfa

Nos mueve la **vida**

Lilly

Respuestas que importan.



MERCK



**Boehringer
Ingelheim**



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



fundación HEFAME



**GRUPO
COFARES**



Cenfarte



COFAS



ACEFAR



ugr

Universidad
de **Granada**