

arspharmaceutica

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

Girona

Simpodader

2000 -2010

13, 14 y 15 de mayo 2010



Una década de seguimiento farmacoterapéutico

organiza:



Grupo de Investigación en
Atención Farmacéutica
Universidad de Granada
www.atencionfarmaceutica-ugr.es

arspharmaceutica

Suscripción

Las suscripciones a la revista Ars Pharmaceutica se podrán realizar en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

El precio es de 60 euros cada 2 años, correspondientes a dos volúmenes de cuatro números al año. El precio de cada número aislado es de 10 euros.

Se envía por correo.

Ars Pharmaceutica continúa disponible para su intercambio con otras revistas científicas.

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

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.

Secretaría Técnica: Pedro Rubio Mercado. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada.

Consejo de Redacción: MA. Calleja (Atención Farmacéutica); R Delgado (Dpto. de Edafología); F. Fernández-Llímós (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

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.

Administración y distribución:

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

© UNIVERSIDAD DE GRANADA
ARS PHARMACEUTICA

Imprime: Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada
ISSN: 0004-2927

Depósito Legal: GR.17-1960

(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. Sapragoniené (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).

Corresponsales: E. G. Aguilar; A. Ahmet; L. Arteaga; J. Atkinson; G. Blaschke; D. D. Breimer; J. Boiarski; T. A. do Carmo; F. Carrillo; B. J. Clark; G. Dannhardt; G. Dombi; A. Domínguez-Gil; I. Erös; B. Escalera; G. Falkay; A. Fini; L. Fonseca; J. Fontaine; F. Fülöp; Gil Otaiza; F. Gillet; D. Glombitza; L. Gómez-Pellico; G. González; M. Hamburger; P. Irahola; D. Ithakissios; R. Jachowicz; J. Kolár; F. Loghin; R. Lombardi; M. A. Lloret; D. Marcel; E. Marhuenda; A. Martí; I. Máthé; V. Melih Altan; R. Miatello; A. Montes; N. Moscoso; A. Mrhar; W. E. Muller; M. Pawlowski; L. M. Pereira; E. Raviña; R. Wintersteiger; D. Rekkas; J. L. Ríos; A. Roberto; L. M. Rodrigues; V. Rogiers; G. Ronsisvalle; J. Sallés; E. Sánchez-Arreola; A. Sánchez-Moscoso; J. L. Sánchez-Salas; C. Sandoval; M. Sapragoniené; L. Scaftounis; P. A. Silva; N. Solá; G. Soós; J. M. Suñé; J. Szymura; Y. Vander; R. D. Verbeeck; P. Veski; A. Welter; D. Wozniak; F. Zaragoza; R. Zekó.

Secciones de Ars Pharmaceutica

Artículos de revisión

Se publicarán sobre temas de actualidad e importancia, redactados por autores de reconocido prestigio.

Trabajos originales

Se recogen los trabajos de investigación, siempre que su contenido sea interesante desde el punto de vista farmacéutico en amplio sentido.

Farmacia profesional

Recogerá los temas abordados por diversas Instituciones, que sean interesantes en el ámbito de la Farmacia profesional.

Actividad científica

Esta sección pretende dar cuenta de datos científicos de actualidad aparecidos en otras publicaciones, así como de nuevos medicamentos.

Notas breves

Información científica y profesional de actualidad, redactada en forma resumida.

Cartas al editor

- a) Cualquier comunicación, sobre experiencia realizada que por su interés y relevancia aconseje su rápida publicación.
- b) Cartas de opinión en aspectos relacionados con la profesión y ciencias farmacéuticas, así como opiniones de los lectores respecto a temas libres, sugerencias y consultas.

Agenda

Información acerca de Congresos, Simposios, y otras Reuniones de carácter científico y/o profesional, tanto nacionales como internacionales.

Novedades bibliográficas

ARS PHARMACEUTICA SECTIONS

Review articles

They will be published on today's subjects of importance, written by authors of renown prestige.

Original works

Research works are admitted as long as their content is interesting in an ample sense from the pharmaceutical point of view.

Professional pharmacy

Those subjects which are interesting in professional pharmacy and which have been debated by the various Institutions, will be expounded.

Scientific activity

This section pretends to give today's scientific data which have appeared in other publications, as well as the new drugs.

Brief notes

Today's professional and scientific information, written in a brief manner.

Letters to the editor

- a) Any communication about experiences performed, and that due to its relevance and interest, counsels its quick publication.
- b) Opinion letters in relation with the pharmaceutical science, as well as those opinions from the readers on free subjects, suggestions and advices.

AGENDA

Information about Conventions, Symposiums and other scientific character reunions and/or professional, national as well as internationals.

BIBLIOGRAPHICAL NOVELTIES

Simpodader

2000 -2010

Sumario

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

Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica: una oportunidad de inversión pública en prevención para mejorar la salud"

X Simposium de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico
Gerona (España). 13,14 ,15 de mayo de 2010

PROGRAMA	05
COMITE	08
EDITORIAL	09
CONFERENCIA INAGURAL: "Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico: "Programa conSIGUE: impacto clínico, económico y humanístico de SFT en adultos mayores polimedcados	11
MESA REDONDA: "Seguimiento Farmacoterapéutico: cómo, dónde y por qué"	28
CONFERENCIA-SEMINARIO: "Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica: una oportuni- dad de inversión en prevención para mejorar la salud"	37
CONFERENCIA-COLOQUIO: "10 años de historia del Programa Dáder de SFT"	48
COMUNICACIONES AL CONGRESO	51
CASOS CLÍNICOS DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO	85
INDICE DE COMUNICACIONES	125
INDICE DE AUTORES	127

Simpodader

2000 -2010

Programa

13 de mayo, jueves

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

16:30h. Bienvenida a los congresistas.

Carles Conejero Lobos (Presidente COF Girona)

María José Faus Dáder (Responsable del GIAF-UGR)

Montserrat Frigola Castellón (Vocal de Atención Farmacéutica. COF Girona)

Conferencia Inaugural: "Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico"

Dr. Shalom I. Benrimoj. Universidad de Sydney (Australia)

17:30h. Mesa Redonda: "Seguimiento Farmacoterapéutico: dónde, como y por qué"

Modera: Monserrat Frigola (Vocal Atención Farmacéutica del COF de Girona)

Participantes:

Pilar Gascón Lecha (Presidenta Pharmaceutical Care. Secretaria del Consell Català de COF)

Raquel Varas Doval (Consejo General de COF)

Fernando Martínez Martínez (Responsable del GIAF-UGR)

Laura Tuneu i Valls (Hospital Sant Pau de Barcelona)

19:00h. Recepción y acogida a la ciudad:

Anna Pagans Gruartmoner. Alcaldesa de Girona.

Carles Conejero Lobos. Presidente COF Girona.

19:30h. Visita guiada en tren turístico por "Girona temps de Flors"

20:30h. Cóctel de bienvenida: Restaurante "Els Jardins de la Mercè"

14 de mayo, viernes

09.30h. Taller: Investigación en Atención Farmacéutica

Docentes: José P. García Corpas y Daniel Sabater Hernández

09.30h. Taller: Casos en Seguimiento Farmacoterapéutico

Docentes: Emilio García Jiménez y Mónica Revilla López

09.30h. Taller: Seguimiento Farmacoterapéutico en Farmacia Hospitalaria.

Docentes: Miguel A. Calleja Hernández y María Queralt Gorgas Torner

09.30h. Taller: Comunicación en Seguimiento Farmacoterapéutico.

Docentes: Narjis Fikri Benbrahim y Victoria García Cárdenas

11.30h. Pausa Café

12.00h. Continuación de los talleres

13.30h. Comida de trabajo

15.30h. Mesa Redonda: "Financiación de los servicios de AF. Una oportunidad de inversión pública en prevención para la mejora de la salud?"

Modera: Margarita Casanovas Altarriba (Vocal de Oficina de Farmacia del COF de Girona)

Participantes:

Miguel A. Gastelurrutia Garralda (Vicepresidente del COF Guipuzcoa)

Eleonara Feletto (Universidad de Sydney - Australia)

Antoni Gilabert Perramon (Gerente de AF y Prestaciones Complementarias. CatSalut)

María Dolores Grande (Farmacias Trébol)

Carles Conejero Lobos (Presidente COF. Girona. Miembro Consell Català de COF)

17.00h. Pausa Café

17.30h. Continuación Mesa Redonda

18.30h. Presentación de Comunicaciones Orales.

Moderador: Rosa Sacrest Güell. Vocal de imagen profesional. COF Girona

21.30h. Cena de Clausura

15 de mayo, sábado

09.45h. Presentación de Comunicaciones Orales.

Moderador: Emília de Puig de Cabrera. Vocal de Farmacia Hospitalaria. COF Girona.

11.30h Pausa Café

12.00h. Conferencia - Coloquio: "10 años de historia del Programa Dáder"

Dra. María José Faus Dáder (GIAF-UGR)

13.30h. Entrega de premios

14.00h. Acto de Clausura

Hble. Consellera Marina Geli Fàbrega. Consejera de Salud. Generalitat de Catalunya.

María José Faus Dáder (Responsable del GIAF-UGR)

Carles Conejero (Presidente COF Girona)

Jordi de Dalmasas Balañá (Presidente del Consell Català de COF)

14.30h. Cóctel de despedida.

Comités

Comité Organizador

PRESIDENTE: Carles Conejero Lobos (Presidente)

Lluís Pla i Cama
Margarita Casanovas Altarriba
Emília de Puig de Cabrera
Laura Albert Pagès
Sílvia Cabarrocas
Marta Riera Juncà
Anna Bonmatí Tomàs
José P. García Corpas

Comité Científico

PRESIDENTE: Fernando Martínez Martínez

M^a Isabel Baena Parejo
Shalom I. Benrimoj
Eleonora Felleto
M^a José Faus Dáder
Narjis Fikri Bembrahim
Victoria García Cárdenas
José P. García Corpas
Emilio García Jiménez
Miguel A. Gastelurrutia
Ana Ocaña Arenas
Inés Azpilicueta Cengotitabengoa
Daniel Sabater Hernández
Loreto Saez-Benito Suescum
Mercedes Torné Torres
Laura Tuneu i Valls
Montserrat Frigola Castellón

Editorial

El tiempo vuela y los acontecimientos no se hacen esperar. Lo que en su día pudiera parecer la audacia de unos pocos, hoy se ha convertido en uno de los principales referentes del mundo farmacéutico. La décima edición del SIMPODADER se celebra en un clima enrarecido por las dificultades económicas que está padeciendo nuestra sociedad, siendo éste uno de los motivos que justifica, más si cabe, la participación de los farmacéuticos y farmacéuticas interesados por su futuro profesional.

A pesar del desánimo que cunde derivado de las últimas medidas legislativas y el efecto general de la crisis, no podemos resignarnos a la autocompasión y al eterno lamento. Frente al cambio y la constante evolución de nuestro entorno, la profesión farmacéutica tendrá que adaptarse a los nuevos ritmos que marca la economía y planificar las estrategias que permitan un desarrollo completo y sostenible de nuestra actividad, dentro del Sistema Sanitario. En este sentido cabe destacar el énfasis que, políticos y representantes del mundo empresarial, han puesto en el "Sector Salud" a lo largo del primer trimestre de 2010.

Durante el mes de febrero, en un acto convocado por la Generalitat de Catalunya y la Cambra de Comerç, se presentó la publicación de un estudio sobre la consolidación económica del mencionado Sector, por su gran capacidad en la generación de empleo altamente cualificado y la creación de valor añadido, a la vez que se reafirma como un actor fundamental de cohesión social y de mejora del bienestar general de la sociedad frente a los retos de cambio global y la renovación de los modelos productivos.

Como ejemplo, en su capítulo dedicado a nuevos retos, cabría señalar la mención explícita de la Receta Electrónica entre los tres proyectos de mayor envergadura que se están desarrollando en Catalunya en el ámbito de las TIC, junto a la Historia Clínica Compartida y la Imagen digital... Dicho de otra manera: el Sector de la Farmacia no debería perder el tren de la innovación y el desarrollo, si no quiere verse relegado a un segundo nivel en la gestión sanitaria.

También de gran interés fueron sendas Convenciones celebradas en Barcelona durante el mes de marzo, bajo el lema "eHealth Week 2010". Por primera vez se han llevado a cabo los dos acontecimientos más importantes de Europa en e-Salud, en los que se dirimieron propuestas sobre la atención sanitaria sostenible y se presentaron los proyectos más innovadores impulsados por la UE en los diferentes países. Igualmente, cabe destacar nuestra presencia y participación, en representación del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya, durante la sesión dedicada al modelo de dispensación de la Receta Electrónica desde las Oficinas de Farmacia.

No es fortuito el hecho de enmarcar nuestro SIMPODADER en un escenario como el que he descrito en los puntos anteriores, puesto que el principal hilo conductor de estos últimos 10 años siempre fue su decidida apuesta por la constante mejora profesional, basada en la innovación y la eficaz utilización de las nuevas tecnologías en beneficio de la salud del ciudadano. Ni tampoco es una casualidad que el Col·legi de Girona acoja un acontecimiento de esta magnitud; nuestra trayectoria, como sucede en la mayoría de Colegios, siempre ha ido en la dirección de potenciar la actualización del conocimiento y la colaboración con la Administración Sanitaria en proyectos compartidos para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como en el desarrollo de la AF desde el punto de vista del seguimiento farmacoterapéutico.

Sin embargo y a pesar de los espectaculares cambios que estamos viviendo, deberíamos tener en cuenta que la Tecnología no es un fin en sí misma, sino una herramienta al servicio de la comunicación y del pensamiento humano. El mundo de las ideas, los conceptos, los significados, las metáforas, la innovación, la imaginación... permanecen exclusivamente en nuestras manos. Y es aquí dónde se deberían aprovechar los nuevos recursos para mejorar el conocimiento de las cosas y, desde cada una de las áreas profesionales, aportar nuestro saber en la mejora del servicio sanitario que prestamos a la población.

A mi entender, es desde esta perspectiva que las Jornadas del SIMPODADER'10 adquieren significado y devienen motivo de interés profesional, alcanzando un papel destacado en la imprescindible evolución de nuestra actividad, donde los servicios de valor añadido deberán jugar su principal cometido en el entorno de la nueva realidad que nos ha tocado vivir.

No me cabe duda suponer que el futuro de nuestra profesión se dibujará en un espacio de tres dimensiones: La cartera de servicios profesionales, la viabilidad económica del Sistema y la mejora de la calidad de vida y la salud del ciudadano europeo... Y tampoco sería descabellado imaginar que el buen uso de las nuevas tecnologías para estos fines –tarea que nos compete a todos– significará el acceso a una nueva dimensión todavía por descubrir.

En la seguridad de que estas Jornada propiciarán el debate de ideas necesario para avanzar en el futuro de la Farmacia, espero que todos podamos satisfacer nuestro interés profesional y disfrutar con amigos y compañeros de una ciudad que, en estos días, embellece sus calles y jardines con la celebración de otro acontecimiento singular llamado "Girona Temps de Flors".

Carles Conejero Lobo
Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gerona
Presidente del Comité Organizador del Simpodader 2010

Conferencia Inaugural



Evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico: "Programa conSIGUE: el impacto clínico, económico y humanístico del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en adultos mayores polimedcados"

Prof. S.I. (Charlie) Benrimoj
 Profesor de Práctica Farmacéutica, Universidad de Sídney
 Profesor visitante en la Universidad de Granada,
 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica
 charlie.benrimoj@sydney.edu.au

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

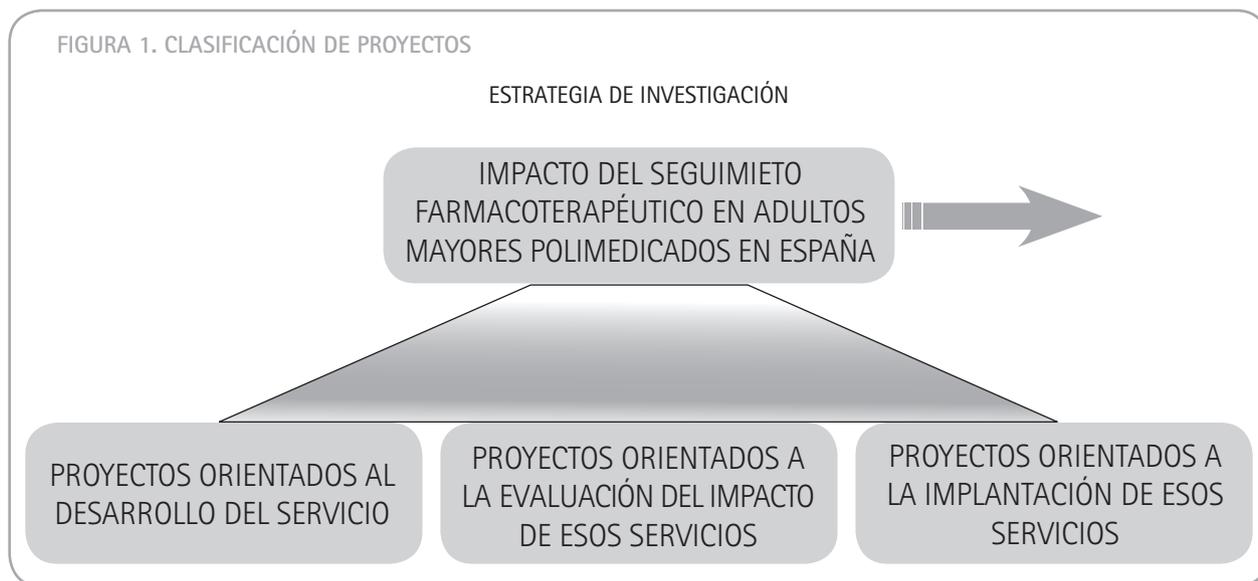
Los problemas sanitarios van variando a lo largo de la historia. Actualmente, con el progresivo envejecimiento poblacional y el mayor acceso a un mayor número de medicamentos, el colectivo de ancianos polimedcados se presenta como uno de los grupos de pacientes clave sobre los que las administraciones públicas deben actuar. Por un lado la amplia utilización de medicamentos por parte de estos pacientes se puede entender como una de los grandes avances sociales, ya que contribuyen a la mejora de su salud favoreciendo también la situación de sus allegados; al mismo tiempo esta gran utilización puede originar un mal uso de estos medicamentos con consecuencias negativas para la salud del paciente, uso excesivo del sistema como visitas al médico y hospitalizaciones, y un aumento innecesario y excesivo de gasto económico. Todos los agentes sanitarios deben implicarse en esta tarea individualmente y en colaboración. Los farmacéuticos comunitarios como agentes sanitarios pueden contribuir a mejorar la salud de este colectivo. En este sentido, los farmacéuticos comunitarios, además de mejorar sus servicios de dispensación de medicamentos, deben ir avanzando hacia una mayor implicación y contribución ante este grave problema de salud pública.

La Atención Farmacéutica (AF) se encuentra muy avanzada en España desde un punto de vista estratégico, aunque su implantación está siendo lenta. Sería muy interesante poder ofrecer a los farmacéuticos comunitarios españoles una posibilidad de desarrollo profesional y de gestión de la farmacia, diferente a la profundización en la venta de otros productos distintos a los medicamentos y productos sanitarios. Este desarrollo profesional reforzaría el "modelo español de farmacia" y colocaría a ésta en su lugar como centro de salud, a la vez que permitiría abordar los medicamentos como las tecnologías sanitarias que son, y no como meros productos comerciales. Además, es preciso recordar que los servicios farmacéuticos deben ser servicios sostenibles (para lo que es necesario un pago, y un sistema de gestión e implantación específicos).

Sin embargo, no es preciso que todas las farmacias presten estos servicios, sino que los mismos deben entenderse como una opción potencial más, que está disponible para todos los farmacéuticos. La decisión de implantar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), u otros servicios, debe ser una decisión personal del farmacéutico. El programa conSIGUE pretende demostrar que un segmento importante de la farmacia comunitaria puede ofrecer un servicio como el SFT. Además, el programa producirá datos para futuras negociaciones encaminadas a conseguir el pago del servicio. Un programa de este tipo ofrece la oportunidad para un desarrollo más profesional, integrado en la gestión de la farmacia, a la vez que apoya el actual modelo de farmacia.

Es importante tener en cuenta que conSIGUE está basado en la política sanitaria del Gobierno (Ministerio de Sanidad y Política Social – ancianos poli medicados) y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social, así como del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de los Colegios provinciales que participen en el mismo. La implantación de servicios cognitivos (AF) y, en

concreto, la realización del SFT a pacientes ancianos poli medicados, se ha convertido en el centro de atención de las políticas del Gobierno Central y las comunidades autónomas (CCAA). Recientemente el Ministerio ha destinado 20 millones de euros a las CCAA -añadidos a los 27 millones del ejercicio anterior para financiar estudios que aborden estos mismos objetivos, por lo que conSIGUE tiene plena vigencia y oportunidad. Tanto el Ministerio como el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos apoyan Foro de Atención Farmacéutica, cuyo Documento de Consenso es la base en el que se apoya conSIGUE. También es fundamental el apoyo de los Colegios tanto en lo referente a la formación de los farmacéuticos como en el apoyo diario a las farmacias participantes mediante la constitución de la figura del Formador Colegial cuyas funciones se explican más adelante.



Cuando se considera hacer una investigación de este tipo se debería decidir cuáles son los objetivos principales del estudio. Los estudios a nivel internacional y nacional se pueden clasificar en tres grupos (figura 1). En primer lugar se encuentran aquellos estudios diseñados para el desarrollo de un servicio. Por ejemplo, para definir el servicio y para probar sistemas y métodos de proceso y herramientas como el método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico. España está muy avanzada a este nivel. En segundo lugar, están los proyectos que miden el impacto del servicio a nivel nacional. Aunque hay muchos estudios en España que miden el efecto en diferentes grupos de pacientes y patologías, normalmente lo que miden es el efecto de la intervención del fármaco a nivel excesivamente local. No están diseñados para tener un efecto a nivel de la política del sistema de la salud, sino que están más dirigidos a conseguir un doctorado. No se ha encontrado ningún proyecto que incluya la sostenibilidad del servicio o que se pudiera usar al nivel político, para negociar y convencer que se pague por el servicio. En este tipo de proyecto, se debe trabajar con mucha cercanía con las organizaciones farmacéuticas como el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y los COF, CCAA y el Ministerio de Sanidad y Política Social. Estos grupos son críticos y sus objetivos y beneficios deben ser parte del diseño. En tercer lugar se encuentran los proyectos cuyo objetivo es la implantación de los servicios. En muchos países, muchos investigadores confunden los dos primeros tipos de investigación con este tercero. Como los estudios no están diseñados exclusivamente para la implantación de servicios, obtienen resultados que no son buenos y después culpan a los farmacéuticos comunitarios por no realizar la implantación correspondiente. Por ello es preciso tener en cuenta que un estudio de implantación debe tener un diseño diferente a un estudio cuyo objetivo sea medir el impacto de un servicio.

conSIGUE es un proyecto que se dirige a evaluar el impacto del SFT a nivel nacional, por lo que está diseñando para optimar ese efecto. Además, en este estudio se consideran tanto el desarrollo del servicio de SFT como su implantación.

Nivel Internacional con servicios parecidos al Seguimiento Farmacoterapéutico

Son numerosos los estudios a nivel internacional que demuestran que la implicación y participación en servicios similares al de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) contribuyen no sólo a mejorar la salud de los pacientes sino también los resultados económicos de las intervenciones sanitarias y los resultados humanísticos. El farmacéutico es un profesional sanitario que tiene un contacto directo

y frecuente con los pacientes, lo que le permite colaborar con los médicos en el seguimiento de los pacientes, muy especialmente en los crónicos, por la relación de cercanía que se establece debido a la alta frecuencia con la que este tipo de pacientes acude a las farmacias. El SFT es un servicio profesional que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la prevención, identificación y resolución de aquellos resultados no esperados, normalmente negativos, relacionados con la utilización de los medicamentos. Se trata de un servicio continuado en el tiempo que debe ser provisto en colaboración con los médicos y el mismo paciente. El estudio de servicios similares al SFT a nivel internacional ha demostrado que el SFT conSIGUE:

- ▶ Mejorar la salud del paciente,
- ▶ Resolver problemas relacionados con los medicamentos,
- ▶ Disminuir los resultados clínicos negativos asociados a los medicamentos,
- ▶ Mejorar la utilización de los medicamentos,
- ▶ Contribuir a que el farmacéutico colabore y forme parte del equipo de salud de atención primaria,
- ▶ Reducir el coste de la salud pública.

Por ello, creemos que utilizando agregadamente los diferentes resultados que se han obtenido en diferentes estudios, el resultado final puede ser el deseable: la implantación del servicio en las farmacias, con la consiguiente implicación de la red de farmacias comunitarias en el problema que estamos abordando. Para conseguir esa coordinación necesaria es imprescindible la participación de organizaciones a nivel provincial y autonómico, fundamentalmente la participación de los Colegios oficiales de Farmacéuticos, así como el apoyo de las instituciones médicas, concretamente la Organización Médica Provincial y sus Sociedades Científicas. Todo ello con el apoyo de las Administraciones Sanitarias Autonómicas.

Programa conSIGUE

El Programa conSIGUE busca evaluar el impacto del servicio de SFT y su implantación posterior, dirigido a adultos mayores polimedicados en la farmacia comunitaria española. Es importante tener en cuenta que conSIGUE está basado en la política sanitaria del Gobierno (Ministerio de Sanidad y Política Social – ancianos polimedicados) y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social, así como del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de los Colegios Provinciales que participen en el mismo. Es por ello que conSIGUE puede entenderse como una buena plataforma de mejora tanto para los pacientes (mejoría clínica) como para las administraciones autonómicas (contención del gasto y racionalización del uso de medicamentos). En este sentido, conSIGUE pretende contar con los medios de comunicación locales para que consigan hacer visible a la sociedad, los beneficios que tanto para ellos a nivel clínico-sanitario como para las autoridades sanitarias tiene dicho proyecto, trasladando a la sociedad de las diferentes CCAA los logros que se vayan consiguiendo.

conSIGUE cuenta con un Comité Asesor a nivel estatal y diferentes Comités Asesores a nivel autonómico, cuya composición se describe más adelante. Estos comités se encargarán de transmitir a la sociedad la importancia del proyecto así como los diferentes beneficios y logros que se esperan alcanzar y los que se vayan obteniendo.

conSIGUE pretende alcanzar financiación de fondos públicos en las provincias donde se realice el estudio principal. Con estos fondos se investigará y financiará/recompensará a los farmacéuticos que realicen SFT por la provisión del servicio y por participar en el proyecto, así como se les asignará una cantidad para la adaptación previa de la estructura de la farmacia a la provisión de servicios. El programa producirá datos tanto clínicos como económicos que permitirán conocer y evaluar la aportación de los farmacéuticos al sistema sanitario.

El programa conSIGUE se llevará a cabo gracias a la colaboración entre las cinco Universidades españolas que a continuación se detallan:

- ▶ Universidad Complutense de Madrid
- ▶ Universidad de Santiago de Compostela
- ▶ Universidad de Valencia
- ▶ Universidad San Jorge de Zaragoza
- ▶ Universidad de Granada

Se trata por tanto de un proyecto nacional, y no local como se venía haciendo hasta ahora en la mayoría de proyectos de investigación.

Los grupos de Investigación en Atención Farmacéutica de dichas Universidades aunarán esfuerzos para evaluar el impacto que tiene la realización de SFT en la farmacia comunitaria española. Esta colaboración permitirá la realización de 5 tesis doctorales y una estancia postdoctoral, incluidas todas ellas dentro del programa conSIGUE.

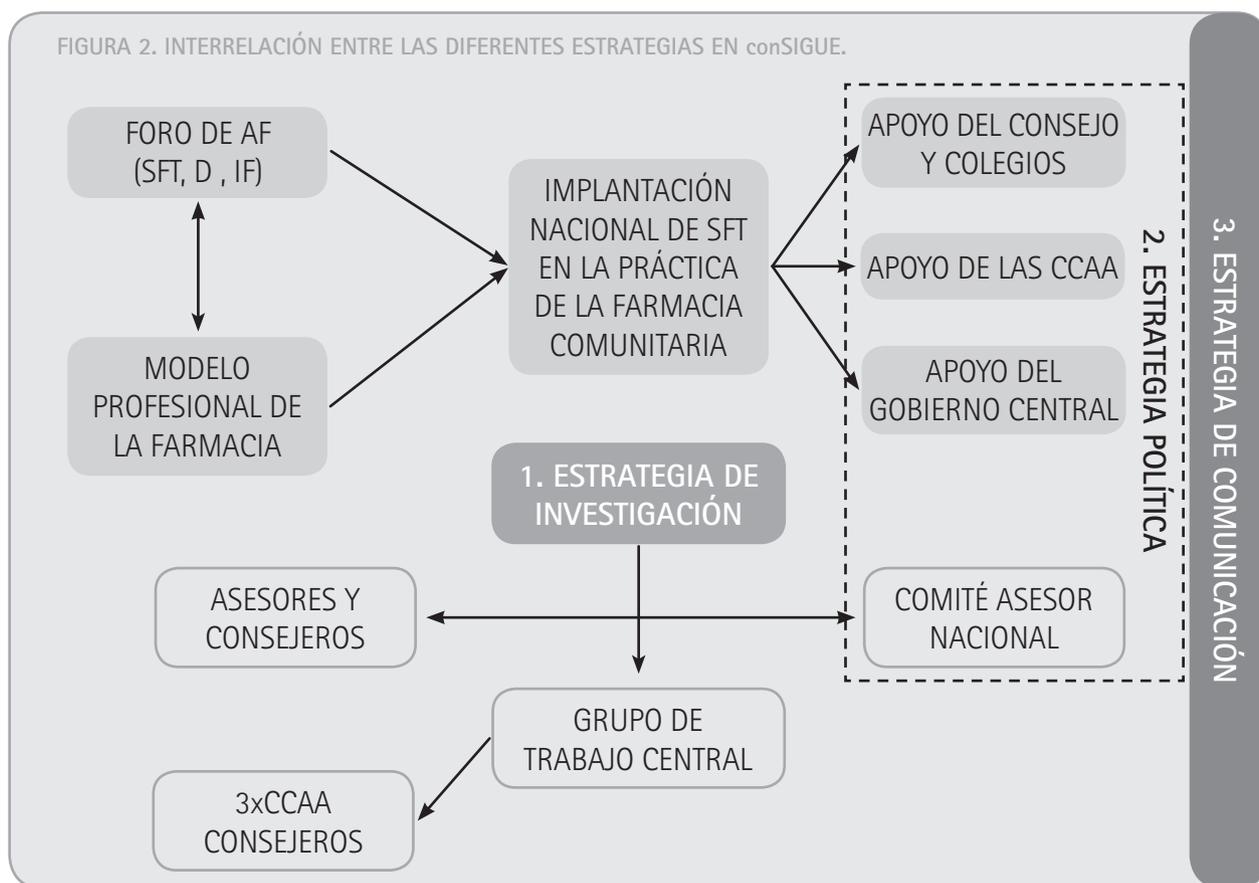
OBJETIVOS GENERALES

- ▶ Medir el impacto del Seguimiento Farmacoterapéutico sobre los resultados en salud de los pacientes.
- ▶ Reducir los costes del Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- ▶ Desarrollar el papel del farmacéutico en el Seguimiento Farmacoterapéutico para una futura implementación de este servicio.

MÉTODO

De una manera general, el esquema de organización del programa se muestra en la figura 2, en la que se aprecia que conSIGUE utiliza tres estrategias diferentes:

1. Estrategia de investigación.
2. Estrategia política.
3. Estrategia de comunicación.



1. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

No es objetivo de este documento explicar en detalle el procedimiento de investigación. Se medirá el impacto clínico, económico y humanístico del estudio mediante diferentes indicadores:

- ▶ Clínicos:
 - ▷ Indicadores de proceso de SFT.

- ▷ Indicadores de impacto de SFT.
- ▶ Económicos:
 - ▷ Análisis Coste-Efectividad.
 - ▷ Análisis Coste-Utilidad.
- ▶ Humanísticos:
 - ▷ AVAC.

Además, se evaluarán diferentes aspectos desde el punto de vista de la gestión de los servicios en la farmacia para que se pueda mejorar la organización interna y la rentabilidad, el impacto de los formadores colegiales, la colaboración entre farmacéuticos y médicos y aspectos de la interacción entre el paciente y el farmacéutico. Para garantizar que el proceso que realizan los participantes es realmente el proceso de SFT se han incluido los indicadores de proceso (). Finalmente se diseñará un sistema para la implantación futura de servicios en la farmacia comunitaria.

OBJETIVOS PRINCIPALES

- ▶ Determinar el impacto del SFT en el control de los problemas de salud de los pacientes adultos mayores poli medicados.
- ▶ Determinar el coste-efectividad del SFT realizado en Farmacia Comunitaria.
- ▶ Determinar el coste-utilidad del SFT realizado en Farmacia Comunitaria.
- ▶ Identificar un modelo de actuación para facilitar la colaboración entre farmacéuticos y médicos de atención primaria incluyendo los facilitadores, barreras y potenciales estrategias de colaboración.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- ▶ Determinar el impacto del SFT en el número de medicamentos que utilizan los pacientes adultos mayores poli medicados
- ▶ Determinar el impacto del SFT en el número de medicamentos inapropiados que utilizan los pacientes adultos mayores poli medicados
- ▶ Identificar los resultados del proceso de SFT relacionados con el impacto del SFT en el número de medicamentos y en el control de los problemas de salud de los pacientes adultos mayores poli medicados.

HIPÓTESIS

- ▶ H0. El SFT mejora significativamente el control de los problemas de salud de los pacientes adultos mayores polimedificados con respecto a los pacientes que no reciben SFT.
- ▶ H1. El SFT disminuye significativamente el número total de medicamentos con receta de los pacientes adultos mayores polimedificados con respecto a los pacientes que no reciben SFT.
- ▶ H2.El SFT disminuye significativamente el número de medicamentos inapropiados de los pacientes adultos mayores polimedificados con respecto a los pacientes que no reciben SFT.
- ▶ H3. El impacto del SFT sobre los resultados clínicos de los pacientes adultos mayores polimedificados está relacionado con la aceptación por parte del paciente y del médico de las intervenciones y con la resolución de los PRMs y RNMs identificados.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio está diseñado para ser realizado en varias etapas con dos pre-pilotos (ya finalizados en Marzo de 2010), un piloto (ya iniciado en Cádiz que finalizará a finales de Mayo) y el estudio principal que se realizará en un número todavía no determinando de provincias teniendo en cuenta que actualmente se está negociado con cinco de ellas. (Ver sección muestra del proyecto).

FASE DE PRE-PILOTO

El proyecto es el primero de este tipo que se realiza en España, por lo que ha sido diseñado y elaborado teniendo en cuenta las actuales tendencias y experiencias de otros países. Su aplicación real al contexto español es desconocida. Este es el motivo por el que se planteó un estudio pre-piloto en dos provincias, Granada y Murcia. En el mismo se incluyeron un total de 30 farmacias, con una media de 6 pacientes por farmacia, a los que se realizó el servicio de SFT. Para la consecución de los objetivos de esta fase se elaboró un manual de formación, se desarrolló un programa docente de 8 horas de duración, se seleccionaron equipos de apoyo que se han denominado "formadores colegiales" y se prepararon formularios de recogida de datos.

Los objetivos de la fase pre-piloto son:

- ▶ Evaluar el diseño del programa conSIGUE
- ▶ Identificar áreas para mejorar el programa conSIGUE
- ▶ Identificar áreas de dificultades en la prestación de servicios de manera que puedan abordarse y mejorarse antes de la realización del piloto.

Los resultados preliminares de la fase pre-piloto han mostrado que algunos aspectos de la formación que han recibido los farmacéuticos son mejorables; en este sentido, es necesario perfeccionar la enseñanza de la metodología del proceso de SFT incluyendo casos prácticos; también es preciso facilitar la cumplimentación de los diferentes impresos o formularios. Los participantes han descrito el papel del Formador Colegial como clave, fundamental; sin su ayuda los farmacéuticos no hubieran podido realizar SFT. Otros aspectos que han dificultado la provisión de SFT han estado relacionados con la confusión existente en la terminología, en el propio proceso de SFT, en la captación de pacientes, especialmente en lo que hace referencia a la necesidad de obtención del documento de consentimiento informado, a la colaboración con los médicos y especialmente a cómo hacerles llegar las recomendaciones de los farmacéuticos.

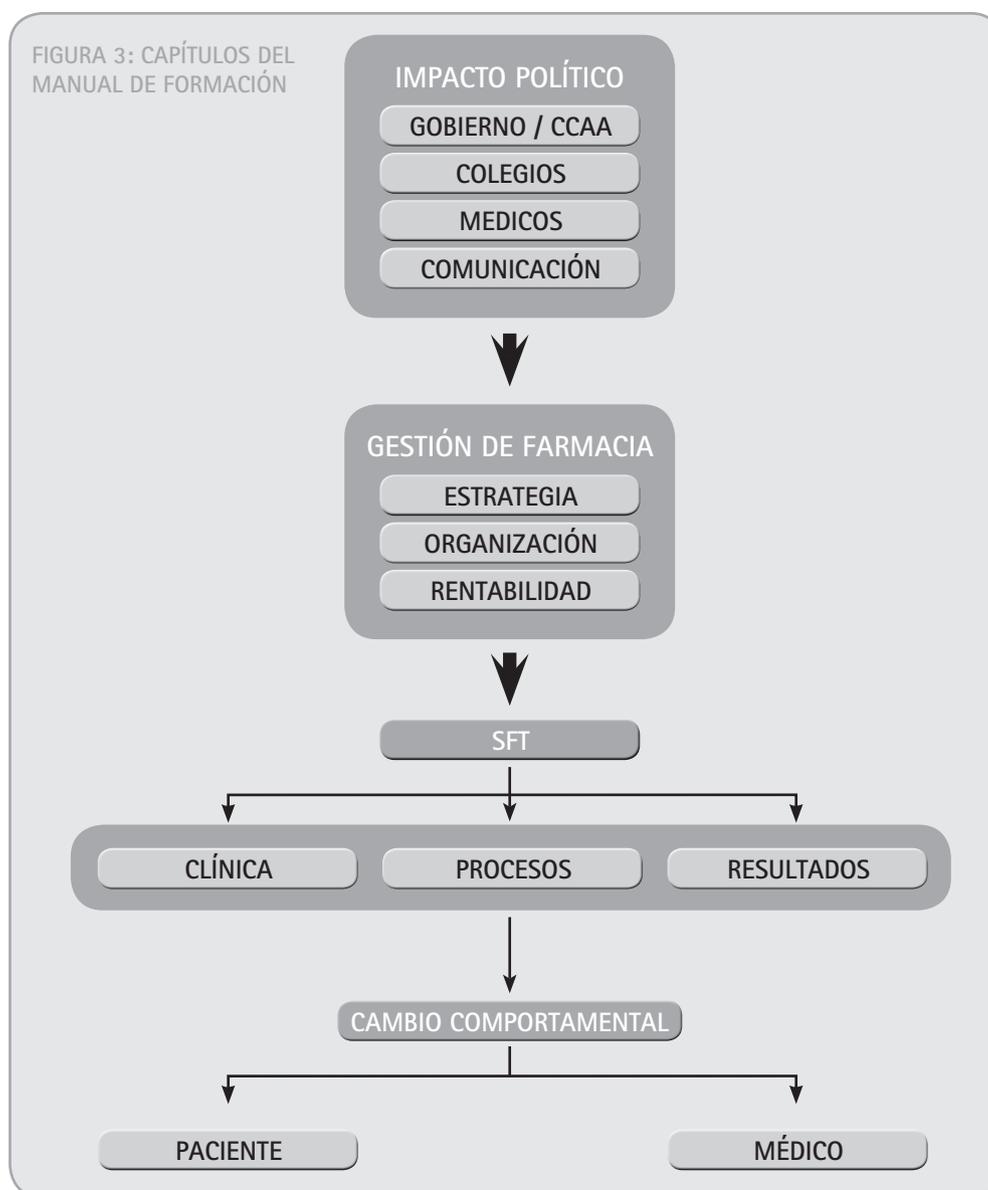
Toda esta información se ha obtenido mediante la realización de dos Grupos Focales en los que han participado 15 farmacéuticos y personal de apoyo de los Colegios oficiales de Farmacéuticos correspondientes, tras la realización de los pre-pilotos.

LA FORMACIÓN DEL FARMACÉUTICO

Para la creación del manual de formación, se ha reunido toda la información publicada y extraída de la experiencia obtenida a nivel internacional, relacionada con el impacto y la implantación de servicios cognitivos en farmacias comunitarias, con el objetivo de destacar aquellos aspectos clave para el desarrollo de un programa de impacto e implantación en el ámbito de la farmacia comunitaria española. La experiencia internacional ha permitido medir el impacto de diferentes servicios, y concluir que la implantación de un servicio es más efectiva cuando el cambio de práctica en la farmacia comunitaria se aborda de una forma holística. Numerosas investigaciones han mostrado a su vez que la formación impartida de forma aislada, no es el método más efectivo para respaldar un cambio. Esta formación usada conjuntamente con un apoyo en la farmacia (a través de visitas a la misma por una persona facilitadora del servicio – formador colegial) y asistencia disponible vía telefónica o por e-mail, puede favorecer la implantación del servicio y hacer que ésta sea más efectiva. Por tanto, como novedad se utilizará un Formador Colegial que se encargará de la formación y asesoría in situ, es decir en las propias farmacias que realizan el SFT, tratando de solucionar todo tipo de problema que vaya surgiendo, desde la captación de pacientes hasta la comunicación con el médico, pasando por la resolución de los diferentes casos clínicos que se planteen o la cumplimentación de los formularios necesarios para el estudio. El Formador Colegial dependerá del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial de que se trate. Tiene una importancia vital, y de hecho desde conSIGUE se espera que en el futuro esta figura adquiera una presencia en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos parecida a la que hoy tienen los farmacéuticos que trabajan en los CIM.

La formación y el contenido del manual está dividido en varios temas y capítulos (figura 3)

- ▶ Impacto político: es importante que los farmacéuticos, incluyendo los titulares, tengan un conocimiento de la situación política profesional para que sepan que el proyecto tiene el apoyo de las distintas organizaciones farmacéuticas, particularmente del COF y del Consejo. Además, se les debe informar que el proyecto apoya la actual política sanitaria del Ministerio de Sanidad y Política



Social y de las Consejerías de Salud de las diferentes CCAA. El hecho de que el proyecto cuente con estos apoyos y presente los objetivos mencionados anteriormente, genera confianza en los farmacéuticos para participar en el mismo además de hacerlo de una manera más rigurosa. Las investigaciones en este campo han demostrado que uno de los facilitadores para cambiar la práctica de los farmacéuticos, es desarrollarse profesionalmente en una dirección apoyada por los líderes profesionales tanto de los COF como del Consejo General. Para realizar esta formación se utilizarán ejemplos del desarrollo de la situación política acontecida en otros países. Por último es preciso añadir que existe suficiente evidencia a nivel internacional para afirmar que obtener el apoyo de las organizaciones médicas es un punto crítico para poder implementar Servicios Cognitivos.

- **Gestión de la farmacia:** las investigaciones más recientes en este campo, muestran que para implementar Servicios Cognitivos (y medir su impacto en la población), el titular de la farmacia debe tomar la decisión estratégica de integrar la realización de dichos servicios en la gestión global de la farmacia. Además es preciso disponer de suficiente información acerca de los factores más importantes de la organización de la farmacia, para poder realizar el cambio de un negocio orientado únicamente a la venta de productos, hacia un negocio que incluye la provisión de servicios. Por último se formará a los farmacéuticos en métodos para poder calcular la rentabilidad de los servicios ofertados. Para ello se utilizarán ejemplos a nivel internacional de

la gestión de aquellas farmacias que realizan Servicios Cognitivos recibiendo pago por ellos. El punto clave de esta área es el hecho de que no basta con el pago por el servicio, sino que éste se debe integrar en la gestión de la farmacia para que se realice de una manera sostenible en el futuro.

- ▶ Clínica: esta área de la formación cubrirá la parte más relevante de las características clínicas de los pacientes objeto de estudio en este proyecto: adultos mayores polimedicados. El punto fuerte de esta formación es que no se basa únicamente en aspectos teóricos, sino que consta mayoritariamente de una parte práctica, en la que se aplican los conocimientos adquiridos a situaciones reales a las que el farmacéutico tendrá que hacer frente cuando realice SFT a sus pacientes. Además se realizarán casos prácticos aplicando aquellos recursos disponibles normalmente en la farmacia, como por ejemplo Bot Plus.
- ▶ Proceso: Se enseñará un método para realizar SFT basado en los principios de Foro de AF. Es importante señalar que al farmacéutico se le ofrecen unos ciertos niveles de flexibilidad para aplicar el método, de forma que cuentan con mayor comodidad a la hora de realizar SFT. Utilizando este tipo de formación sabemos que existirá variabilidad de unos farmacéuticos a otros. No obstante, para poder identificar y controlar dicha variabilidad al realizar el SFT se utilizarán indicadores de proceso. Para el proyecto conSIGUE el objetivo principal de esta formación es que el farmacéutico logre hacer SFT a sus pacientes, y no que se centre en el aprendizaje de aspectos teóricos que no consiguen cambios de comportamiento, necesarios para realizar SFT.
- ▶ Cambio de comportamiento: Esta formación está compuesta por dos áreas distintas. Por un lado la intervención farmacéutico-paciente y por otro la intervención farmacéutico-médico. La intervención farmacéutico-paciente estará basada en la interacción entre ambos en las distintas etapas del SFT tratando de encontrar estrategias que mejoren la comunicación entre ellos. La intervención farmacéutico-médico tratará de abordar las distintas vías de comunicación con el médico además de poner en práctica diversas estrategias para lograr una colaboración entre ambos.

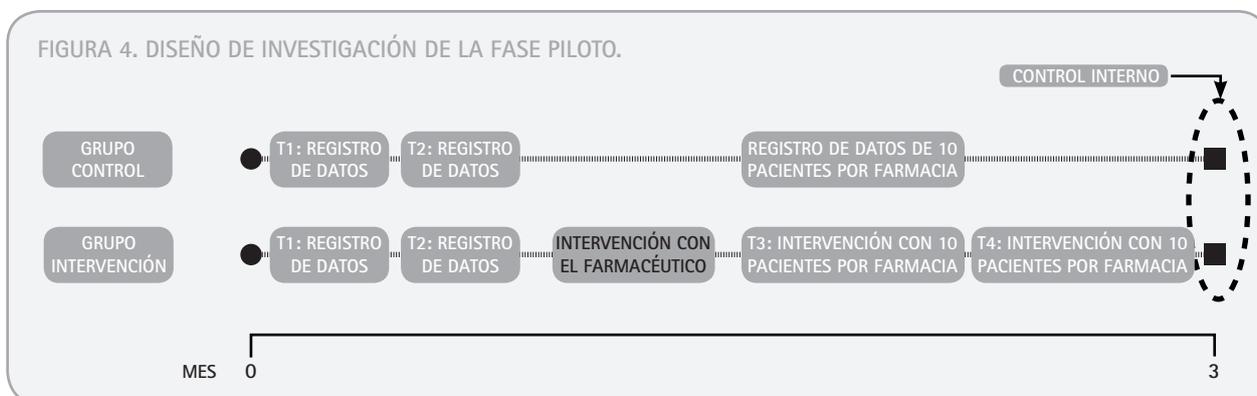
FASE PILOTO

Para la preparación de la Fase Piloto se han tenido en cuenta todos los cambios y sugerencias derivadas del pre piloto. Para abordar los objetivos del estudio principal, el diseño se ha dividido en diferentes intervenciones repartidas entre el grupo de investigación, los farmacéuticos participantes en el programa, los pacientes, y los médicos de estos pacientes.

- ▶ Grupo de investigación con:
 - ▷ Los formadores colegiales: formación y evaluación
 - ▷ Los farmacéuticos en la prestación del servicio:
- ▶ Formadores colegiales con:
 - ▷ La farmacia: apoyo para la presentación del SFT e investigación a través de los farmacéuticos.
- ▶ Farmacéutico con:
 - ▷ Paciente: proceso e impacto clínico del SFT
 - ▷ Médico: proceso e impacto de la colaboración

MUESTRA DEL PILOTO Y TAMAÑO DE MUESTRA.

El estudio piloto utilizará un tamaño de muestra conveniente utilizando un diseño cuasi-experimental con dos grandes grupos de intervención: farmacias (para el impacto e implantación del servicio de SFT y pacientes (que reciben la intervención). Para la evaluación de las intervenciones en el estudio piloto, se utilizará un diseño intervención-control de manera que se pueda controlar internamente el efecto del estudio en la farmacia y a nivel del paciente (Figura 4). Se seleccionarán 15 farmacias para el grupo intervención y 15 para el grupo control. A todas ellas se les solicitará que capten 10 pacientes por farmacia. Los criterios para la selección de los pacientes se discute en otra sección.



Las farmacias participantes serán seleccionadas por los COF. Éstos, a su vez, organizarán charlas informativas para captar la atención de las farmacias y ofrecerán un breve resumen de los objetivos del proyecto.

Los criterios de inclusión serán:

- ▶ Disponer de un espacio físico suficiente para la prestación del servicio (zona de atención personalizada (ZAP))
- ▶ Disponer de un farmacéutico que asista a las sesiones de formación establecidas.
- ▶ Disponer de personal suficiente, que permita al farmacéutico dedicar el tiempo necesario para la prestación del SFT.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

La intervención de las farmacias y de los farmacéuticos participantes incluirá:

- ▶ 5 horas de formación impartida por el equipo investigador
- ▶ Apoyo in situ y por correo y teléfono por parte del formador colegial
- ▶ Apoyo especializado por parte del equipo investigador bajo demanda (ej, consejo clínico mediante e-mails o contacto telefónico)

Los farmacéuticos participantes en el programa deberán:

- ▶ Reclutar 10 pacientes y realizar SFT con ellos.
- ▶ Recoger la información del paciente que debe incluir por ejemplo:
 - ▷ Número y tipo de medicamentos utilizados
 - ▷ Indicadores clínicos
 - ▷ PRM, RNM
 - ▷ Años de vida ajustados por la calidad (AVAC)
- ▶ Ofrecer información relativa a las consultas realizadas con los pacientes y médicos durante la provisión del SFT.

En reconocimiento a su participación, los farmacéuticos recibirán créditos del programa de formación continuada por el proceso formativo en que han participado.

Las farmacias control deberán generar la siguiente información sobre los 10 pacientes necesarios

- ▶ Número y tipo de medicamentos utilizados

- ▶ Indicadores clínicos
- ▶ Años de vida ajustados por la calidad (AVAC)
- ▶ Edad del paciente

En reconocimiento a su participación, los farmacéuticos control tendrán la oportunidad de formarse posteriormente en SFT, una vez haya finalizado la fase piloto.

INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE

El proceso del SFT requiere la interacción farmacéutico-paciente que de acuerdo con la metodología utilizada en conSIGUE consiste en seguir las propuestas de Foro de AF. Para facilitar el estudio se pedirá a los farmacéuticos que seleccionen pacientes habituales de sus farmacias que, en la medida de lo posible, sean atendidos por médicos conocidos por el farmacéutico.

Los criterios específicos que deben reunir son:

- ▶ Pacientes con 3 meses de historia de dispensación del medicamento
- ▶ Pacientes de ambos sexos mayores de 65 años.
- ▶ Poli medicados: (5 o más medicamentos).
- ▶ Pacientes que firmasen el consentimiento informado.
- ▶ Pacientes autónomos (no dependientes). Cada paciente debía completar un AVAC (Años de vida ajustados por calidad) al menos en tres momentos.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICO-MÉDICO

Como se ha comentado antes, el programa conSIGUE es novedoso en España. Concretamente en lo que hace referencia a la relación y colaboración farmacéutico médico hay muy pocos estudios en nuestro país. Por ello, en la primera fase del estudio se ha tratado de realizar una exploración cualitativa sobre el asunto.

Durante el estudio piloto se realizarán 30 entrevistas semi-estructuradas para explorar las relaciones entre farmacéuticos y médicos. Mediante estas entrevistas se explorarán aspectos como el papel del farmacéutico, y en particular del SFT, en el sistema sanitario, visiones sobre las relaciones interprofesionales, barreras y facilitadores para su mejora y posibles modelos de colaboración y comunicación. Los farmacéuticos del grupo intervención identificarán 15 médicos de la misma manera que los farmacéuticos control identificarán otros 15.

Con los farmacéuticos participantes se realizarán dos grupos focales para recoger y analizar las opiniones de estos profesionales, uno con los farmacéuticos del grupo intervención y otro con los del control.

Además, se realizará una segunda ronda de entrevistas con médicos que hayan tenido contacto con pacientes en SFT para analizar sus reacciones y respuestas, de manera que se pueda explorar cualquier cambio en las opiniones y creencias sobre posibles modelos de colaboración que puedan utilizarse en el estudio principal. En este punto de la investigación las sesiones formativas tendrán 2 horas de duración sobre aspectos relacionados con técnicas de comunicación y estrategias de colaboración con los médicos basado todo ello en experiencias internacionales, concretamente en datos y métodos obtenidos de la literatura científica.

PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

En un estudio de este tipo es preciso optimizar la recogida de la información producida además de asegurar su fiabilidad y validez. Para ello se han desarrollado varias estrategias que se ensayarán en las fases cualitativas y cuantitativas del piloto. El fundamento es el de restringir la información que se recoja sólo a las variables necesarias, evitando sobrecargar al farmacéutico participante con tareas relacionadas con

la mera obtención de datos necesarios para la investigación. Por ello se han diseñado unos formularios de obtención de datos del SFT que fundamentalmente ayudan a la provisión del servicio y sólo secundariamente son útiles para la obtención de la información. La información producida será recogida por personal de los colegios de farmacéuticos participantes (formadores colegiales) que habrán sido entrenados para este fin por el equipo investigador. Todos los datos se transferirán a una herramienta informática, diseñada para este tipo de estudios que ha sido adaptada para aumentar la fiabilidad de los datos que se recojan, que se denomina programa e-investigación. El grupo de trabajo utiliza la información suministrada por e-investigación y copias de papel impresas para el análisis y la comprobación de los datos de e-investigación para identificar/solucionar errores.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los métodos de investigación cualitativa se utilizan para aumentar el conocimiento sobre aspectos específicos de un área concreta y comprender asuntos desconocidos en base a las percepciones de los entrevistados. En este estudio se utilizarán entrevistas semi-estructuradas que permitirán a los participantes utilizar su propia narrativa para expresar sus visiones y experiencias. El verdadero papel del investigador en investigación cualitativa es la de actuar como un moldeador activo (active shaper) de la información obtenida. Las entrevistas se grabarán digitalmente y se transcribirán en su integridad. Una vez finalizadas, las transcripciones se revisarán otra vez frente a la grabación digital para garantizar la validez aparente (face validity). Antes de proceder a realizar la correspondiente codificación se desarrollará un estructura de códigos en base a los conceptos estudiados en la literatura que permitieran la realización de la guía de la entrevista. A continuación se analizarán las transcripciones utilizando el programa de software para análisis de investigación cualitativa, NVIVO[®] que facilita el análisis de las transcripciones. El método que permite la comparación constante de códigos se utiliza de manera que los nuevos datos que van recogiendo se comparan permanentemente con los que han sido recogidos anteriormente y con sus codificaciones correspondientes. La estructura de códigos se va modificando a medida que surgen nuevos temas. En cada transcripción se utilizará inicialmente un sistema abierto de códigos que se asignarán mediante una lectura detenida del texto para identificar ideas y codificarlas apropiadamente. Después, y con el objetivo de identificar similitudes y diferencias, se utilizará la codificación orientada a las variables analizando individualidades a través de los temas de las diferentes transcripciones. (Variable-orientated coding).

En cuanto a los aspectos cuantitativos del estudio, sobre todo en lo que hace referencia a la comprobación de hipótesis y consecución de objetivos, se utilizará como método estadístico el análisis de series temporales (Time series analysis). Para el análisis se utilizará el programa informático SPSS versión 17. Estos diseños incluyen múltiples observaciones a través del tiempo que se interrumpen normalmente como consecuencia de una intervención o tratamiento. Este tipo de series incluye también una fase pre y post intervención. En este tipo de análisis es necesario incluir al menos tres puntos en la fase de pre-intervención y otros tres en la post-intervención. Las series pueden modelarse utilizando múltiples pruebas t, análisis de varianza y análisis de medidas repetidas.

ANÁLISIS DE PROCESO

Una importante limitación detectada en la literatura científica publicada hace referencia a la falta de inclusión de indicadores de proceso en la medida de la intervención. Esta falta de indicadores puede originar cierta variabilidad que ha sido puesta de manifiesto en una revisión realizada recientemente. Por ello, con el objetivo de asegurar que el SFT se realiza de una manera estructurada y sistemática, en el presente trabajo se han incluido varios indicadores de proceso.

El servicio de SFT engloba diversos elementos. Los indicadores del proceso de SFT que se medirán son:

- ▶ Duración de la entrevista con el paciente: Minutos que el farmacéutico dedica, durante la realización de la primera entrevista, y las sucesivas, con el paciente, para obtener la información que necesita para hacer el SFT a ese paciente. Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Lugar de la entrevista con el paciente: Emplazamiento dentro de la farmacia donde el farmacéutico realiza la primera entrevista al paciente. Tipo de variable: Variable cualitativa dicotómica. Categorías: Realización en Zona de Atención Personalizada/ no realización en Zona de Atención Personalizada
- ▶ Contactos adicionales: Nº de veces que el farmacéutico contacta con el paciente después de la primera entrevista para obtener

la información que necesita para hacer el SFT a ese paciente. Tipo de variable: Variable cuantitativa

- ▶ Obtención de información del paciente: Tipo de información que el farmacéutico obtiene del paciente para realizar el SFT en cuanto a sus medicamentos. Tipo de variable: Variable cualitativa policotómica
- ▶ Realización de fase de estudio: Consulta por el farmacéutico de fuentes bibliográficas para complementar la información del paciente antes de la evaluación de la farmacoterapia. Tipo de variable: Variable cualitativa dicotómica. Categorías: Realización de fase de estudio/No realización de fase de estudio.
- ▶ Duración de la fase de estudio: Minutos que el farmacéutico dedica a la búsqueda de información en fuentes bibliográficas. Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Realización de una evaluación de la farmacoterapia: Realización de las preguntas de la evaluación de la farmacoterapia por el farmacéutico para la identificación de RNMs o riesgos de RNMs Tipo de variable: Variable cualitativa dicotómica. Categorías: SÍ/NO
- ▶ Establecimiento de objetivos del plan de actuación: Planificación de al menos un objetivo terapéutico con el paciente en Seguimiento Farmacoterapéutico. Tipo de variable: Variable cualitativa dicotómica. Categorías: SI/NO
- ▶ Realización de número y tipo de intervenciones: Realización de al menos una intervención para la consecución de alguno de los objetivos terapéuticos propuestos. Tipo de variable: Variable cualitativa dicotómica. Categorías: SI/NO
- ▶ Continuidad del SFT: N° de estados de situación elaborados para cada paciente en SFT. Tipo de variable: Variable cuantitativa.

Todos los indicadores de resultado serán registrados por el farmacéutico durante la realización del proceso de SFT. Además de los citados, se calculará y realizará una comparación del número de intervenciones farmacéutico-paciente y farmacéutico-médico, aceptadas.

ANÁLISIS CLÍNICO

Para determinar el impacto clínico del SFT se medirán las siguientes variables de resultado:

- ▶ Resolución de Resultados Negativos asociados a la Medicamentos (RNM): Porcentaje de RNMs resueltos respecto al total de RNMs identificados (RNMs resueltos/RNMs identificados). Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Resolución de PRMs: Porcentaje de PRMs resueltos respecto al total de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) identificados (PRM resueltos/PRM identificados). Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Aceptación de intervenciones al médico: Porcentaje de intervenciones del farmacéutico que el médico acepta. Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Aceptación de intervenciones con el paciente: Porcentaje de intervenciones del farmacéutico que el paciente acepta. Variable cuantitativa

Los indicadores de resultados en salud que se medirán son:

- ▶ Número de medicamentos: Número total de medicamentos que utiliza el paciente al comienzo y a lo largo del estudio. Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Número de recetas: Número total de recetas que el paciente tiene prescritas al comienzo y a lo largo del estudio. Tipo de variable: Variable cuantitativa
- ▶ Número de medicamentos inapropiados: Número de medicamentos inapropiados identificados mediante los criterios de Beers. La definición de medicamento inapropiado de Beers es: Medicamentos que deberían ser evitados en las personas mayores de 65 años, por ser inefectivos o suponer un alto riesgo innecesario y disponerse de una alternativa más segura Tipo de variable: Variable cuantitativa

- ▶ Mejoría del control de los problemas de salud: Consecución de los objetivos terapéuticos establecidos por las principales sociedades científicas para el control del problema de salud del paciente. Se proporciona una tabla con los parámetros de control y objetivos terapéuticos de los principales problemas de salud según la evidencia científica. Tipo de variable: Variable cuantitativa.

El control de los problemas de salud se medirá mediante:

- ▶ El porcentaje de problemas de salud que alcanzan las cifras de control en el paciente
- ▶ El cambio en los valores de los parámetros de control de los problemas de salud.

Todos los indicadores de resultado serán obtenidos de la información proporcionada por el paciente y registrados por el farmacéutico durante el estudio.

ANÁLISIS ECONÓMICO

ESTIMACIÓN DEL COSTE

El coste de todo el proceso de intervención se estimará siguiendo la metodología de coste por actividades ABC (activity based costing). Esta metodología asigna los costes en la manera en la que se originaron realmente, de forma que el coste total resulta de la sumatoria del coste de cada una de las actividades que constituyen el SFT.

Para cada fase del SFT, se registrarán como coste de actividad el tiempo del farmacéutico empleado en realizar cada fase (en minutos).

- ▶ Duración de la primera entrevista.
- ▶ Duración de los contactos adicionales.
- ▶ Duración de la fase de estudio.
- ▶ Intervenciones del farmacéutico.

En caso que el farmacéutico realice la primera y las sucesivas entrevistas con el paciente en una Zona de Atención Personalizada (ZAP) de la farmacia, se recogerá el coste del emplazamiento.

- ▶ Lugar de la entrevista (ZAP).

Asimismo, se recogerá la medicación de los pacientes en la fase inicial y tras la intervención, con el objeto de registrar todos los cambios de medicación que pudiesen producirse a lo largo del estudio.

- ▶ Medicación del paciente.

RESULTADOS EN SALUD

Las medidas de resultados en salud que se han considerado evaluar son:

- ▶ La calidad de vida, a partir de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC).
- ▶ El número de Problemas de Salud controlados.

Los AVAC se obtienen multiplicando los años de vida por la calidad de vida del paciente. Por tanto, en primer lugar, para la evaluación de la calidad de vida de todos los pacientes en el estudio, se les administrará el cuestionario de salud auto percibida EuroQol-5D (EQ-5D).

El EQ-5D describe el estado de salud con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. También consta de una Escala Visual Analógica milimetrada en

la que el sujeto debe puntuar su estado de salud, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100). A partir de este cuestionario se obtiene un perfil de salud y un único índice sobre la calidad de vida relacionada con la salud. El EQ-5D se le administrará a los sujetos del estudio al principio y al final de la intervención.

La otra medida de resultado en salud que se evaluará será el número de Problemas de Salud controlados, ya que constituye uno de los objetivos terapéuticos del estudio. Esta medida será útil para realizar el Análisis Coste-Efectividad.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD

El Análisis Coste-Efectividad compara alternativas en la que los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud en unidades físicas. Estos resultados se pueden clasificar en resultados intermedios derivados del propio proceso de intervención (número de vidas salvadas, o casos detectados de una determinada patología); o bien pueden ser resultados finales (años de vida). Para este análisis se ha decidido emplear una medida de resultado intermedio clínicamente relevante y que represente un objetivo terapéutico de la intervención. De este modo, se utilizarán los Problemas de Salud controlados.

Para cada grupo se calcularán un promedio del coste y la efectividad (número de problemas de salud controlados). Asimismo se han calculado el coste incremental y la efectividad incremental de una alternativa frente a otra. Los resultados finales de este análisis se han expresado en términos de ratio coste efectividad incremental (RCEI) que se expresa de la siguiente forma, donde PHD significa Patrón habitual de Dispensación.

$$RCEI = \frac{\text{Costes}_{SFT} - \text{Coste}_{PHD}}{\text{Efectividad}_{SFT} - \text{Efectividad}_{PHD}}$$

ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD

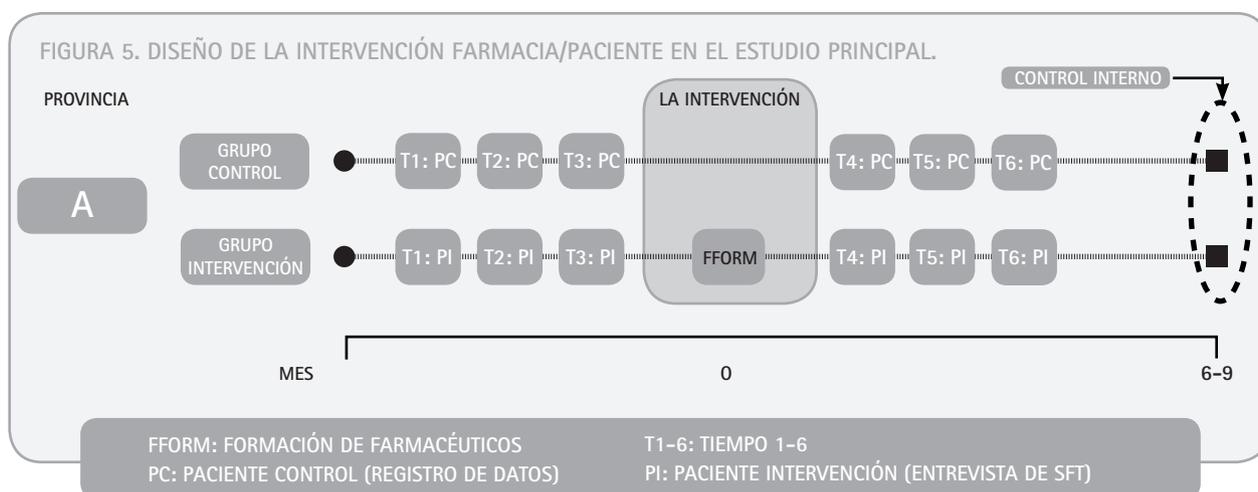
Este análisis es similar al Análisis Coste-Efectividad pero presenta la peculiaridad de que utiliza como medida de resultado un índice que reúne el concepto de cantidad y calidad de vida ganada como consecuencia de aplicar una determinada tecnología. Por este motivo se utiliza el AVAC. Además la utilidad incluye la preferencia del paciente atribuida a un determinado estado de salud o a una mejora de éste. Esta modalidad de análisis es la más recomendada por la mayoría de las guías metodológicas de evaluación económica en todo el mundo (Canadá, Reino Unido, Holanda, Australia, etc.). Asimismo, debido a que la mayoría de las evaluaciones económicas se realizan bajo esta medida de resultado, permite a los decisores hacer comparaciones entre tecnologías sanitarias. El resultado se ha expresado de la misma forma que para el ACE, pero en términos de ratio coste utilidad incremental (RCUI), y valorando la medida de resultado como AVAC.

$$RCUI = \frac{\text{Costes}_{SFT} - \text{Coste}_{PHD}}{\text{AVAC}_{SFT} - \text{AVAC}_{PHD}}$$

DISEÑO PRELIMINAR DEL ESTUDIO PRINCIPAL

El estudio final replicará el estudio piloto de la forma más rigurosa posible y se realizará en varias provincias españolas. Actualmente, se piensa realizar el estudio en 10% a 20% en cada provincia con unas 150 farmacias intervención y 150 farmacias control y con diez pacientes por farmacia. El tamaño de muestra final se determinará de las estimaciones que se obtengan del estudio piloto en Cádiz con un nivel de $p > 0.005$ y un poder de 80%. Según los resultados de los pre pilotos, los pacientes han tenido una media de 8 medicamentos y un SD 3.5 con una disminución de 0,5 a 1 medicamentos. Según estos datos serían necesarios unos 1500 pacientes aproximadamente. Para ajustar estos valores se tendrán en cuenta las variables clínicas y económicas de las hipótesis mencionadas en el estudio piloto. El tamaño de muestra resultante se ajustará por el efecto de la agregación (clustering effect) a 10 pacientes por farmacia.

De acuerdo con el diseño actual, en el grupo de intervención se incluirán las entrevistas con el paciente y en el grupo control la recogida de información sobre el paciente, siendo necesarios en ambos casos al menos datos en seis puntos temporales. (Figura 5) esto permitirá el control interno de la variabilidad. La utilización de tres provincias también permitirá el análisis de variables de control externo. Está previsto que el periodo de estudio será de 6 meses.



Es posible que, en función de los datos que se obtengan en el piloto, la intervención del paciente se vea modificada.

ÉTICA

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves en noviembre 2009.

2. ESTRATEGIA POLÍTICA

Dado que conSIGUE es un proyecto que precisa de la colaboración de diferentes organizaciones a diferentes niveles (administración sanitaria, organizaciones médicas y farmacéuticas) es preciso que todos estos sectores se encuentren suficientemente informados y puedan participar plenamente del proyecto. Esta es la única forma de que cada organización pueda dar el apoyo necesario a conSIGUE en cada caso.

OBJETIVOS

- ▶ Alcanzar el apoyo del mayor número de agentes implicados (stakeholders).
- ▶ Dar respuesta a las necesidades de los diferentes stakeholders.
- ▶ Crear un servicio sostenible para la farmacia comunitaria incluyendo tanto el pago para la infraestructura necesaria para la realización de los servicios como el pago por la realización de cada servicio concreto.

Para conseguir estos objetivos son necesarios los apoyos de los Colegios de Farmacéuticos provinciales implicados, del Consejo General de Colegios Oficiales de Colegios de Farmacéuticos, del Ministerio de Sanidad y Política Social, de las diferentes CCAA, de Foro de Atención Farmacéutica, Universidades y organizaciones médicas (ya sea la corporación (OMC) como las principales sociedades científicas médicas de atención primaria (SemFYC y SEMERGEN)).

Para liderar todo el proyecto se organizará un Comité Asesor a nivel nacional que estará coordinado por la Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. A este Comité pertenecerán, además, altos cargos del Ministerio de Sanidad y Política Social, representantes de organizaciones médicas, de la Universidad, etc.

El Colegio de Farmacéuticos provincial debe liderar el proyecto a nivel local. Como ya se ha dicho, se han realizado dos pre-pilotos en colaboración y con el apoyo de los COF de Granada y Murcia, y el piloto en Cádiz con el apoyo de su COF. En las provincias en las que se realice el proyecto principal se constituirá el correspondiente Comité Político local denominado Comité de Asesores y Consejeros (uno por

provincia), liderado en cada caso por el presidente del Colegio correspondiente. Por ello, para el estudio principal será necesario hablar con los presidentes de los COF seleccionados en los que éste tenga lugar, lo que permitirá contactar con la Consejería de Salud correspondiente y las asociaciones de médicos locales.

Es preciso recordar que la mayoría de los estudios realizados a la fecha a nivel internacional demuestran que al intervención de los farmacéuticos en este tipo de servicios (SFT) reducen tanto el número de medicamentos que utilizan los pacientes como mejoran su utilización, lo que conlleva disminuciones tanto en el importe de los medicamentos como en la utilización de otros servicios sanitarios. La idea de conSIGUE es aplicar parte de los ahorros producidos para recompensar económicamente a los farmacéuticos que voluntariamente realicen este servicio utilizando la técnica del "todos ganan" (win-win).

3. ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

OBJETIVOS

- ▶ Comunicar efectivamente todo lo relacionado con el proyecto (interno y externo).
- ▶ Colaboración y coordinación entre. el equipo de trabajo y el resto de agentes implicados
 - ▷ COF provincial y Consejo General de COF
 - ▷ Administración sanitaria
 - ▷ CCAA
 - ▷ Asociaciones médicas
 - ▷ Asociaciones en el FORO
- ▶ Programa de publicidad en varias fases del programa, Interna y Externa con acuerdo de mensajes clave cuándo, dónde, mensaje, a quién y objetivo.

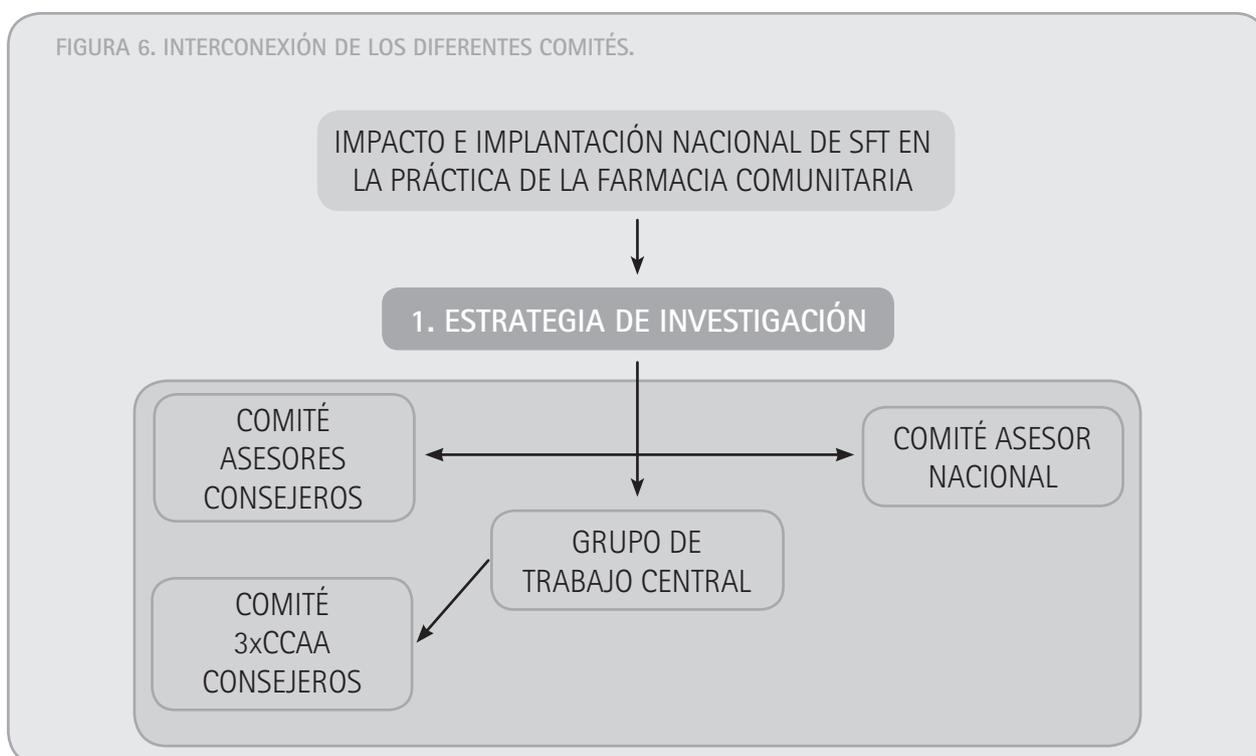
Los distintos comités se muestran en las figuras 2 y 6: Grupo central de trabajo (constituido por el equipo de investigación); Comité asesor tanto a nivel nacional como provincial. (El Comité Asesor Nacional estará coordinado por la presidenta del Consejo General de COF y constituido por personalidades de la política farmacéutica y de la medicina); por otra parte, los comités de asesores y consejeros provinciales (estarán constituidos por personalidades de la política farmacéutica y de la medicina de las CCAA en que se vaya a realizar el estudio. Estos comités estarán coordinados por el Presidente del COF provincial). Es importante que todos conozcan perfectamente su papel y sus objetivos.

El plan de comunicación del proyecto conSIGUE debe conseguir hacer visible a la sociedad los beneficios que tanto para ellos a nivel clínico-sanitario, como para las autoridades sanitarias tiene dicho proyecto. Por ello, es importante contar con los medios de comunicación locales para que consigan trasladar a la sociedad de las diferentes CCAA los logros que se vayan consiguiendo.

CONCLUSIÓN

1. Este proyecto se justifica en base a que el ya elevado número de pacientes geriátricos que utilizan medicamentos va a seguir aumentando.
2. Tanto el Gobierno de España como los de las diferentes Comunidades Autónomas incluyen entre sus políticas de salud prioritarias la atención de ese grupo de personas.
3. Los gobiernos están empleando grandes sumas de dinero en la financiación de medicamentos cuya utilización es manifiestamente mejorable.
4. Los problemas derivados de la utilización de medicamentos constituyen un problema de salud pública.

FIGURA 6. INTERCONEXIÓN DE LOS DIFERENTES COMITÉS.



5. Los farmacéuticos están muy bien ubicados para proporcionar consejo a los médicos mediante el SFT.
6. Es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir costes en medicamentos mejorando la colaboración de los farmacéuticos que realizan SFT con los médicos que tratan dichos pacientes.
7. Hay suficientes estudios internacionales que muestran que con la utilización de servicios similares al SFT se consiguen los objetivos anteriores.
8. En España no se han realizado este tipo de estudios que, por otra parte, son necesarios para investigar todos los aspectos anteriores en el contexto español.

Nota: Este Documento es una sinopsis de conceptos, ideas y varios documentos, preparado por:

Prof. M^a José Faus Dáder, Eleonora Feletto, Dr. Fernando Fernández-Llimós Somoza, M^a Victoria García Cárdenas, Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda, Prof. Fernando Martínez Martínez, M^a Aránzazu Noain Calabuig, Mónica Revilla López, Jose Cristian Plaza, Marta Sabater Galindo, Loreto Sáez-Benito Suescun, Raquel Varas y la parte económica por José Jesús Martín Martín y Francisco Jódar Sánchez

Mesa Redonda: "Seguimiento Farmacoterapéutico: dónde, cómo y por qué"

"Seguimiento Farmacoterapéutico: dónde, cómo y por qué"

M. Pilar Gascón
Presidenta Fundación Pharmaceutical Care.
Secretaria Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya
pgascon001@cofb.net

Durante la última década se han realizado numerosos estudios de investigación que han constatado la necesidad de realizar atención farmacéutica y la efectividad de procedimientos de AF, que han conseguido evitar y corregir problemas relacionados con los medicamentos, así como demostrar que las actuaciones protocolizadas por parte del farmacéutico, hacen conseguir mejores resultados del uso de los medicamentos.

La publicación del Documento FORO ha marcado un punto de inflexión en nuestro país, ya que de manera consensuada se han descrito las definiciones y los procedimientos para tres servicios concretos como son la Dispensación, la Consulta o Indicación y el Seguimiento Farmacoterapéutico.

También ha permitido disponer en estos momentos de las herramientas de registro óptimas para las actividades de AF, estando integradas en los programas de gestión.

Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos en estos últimos diez años, debemos tener presente que la implementación de la AF en nuestro entorno continua siendo una asignatura pendiente. Los estudios más optimistas cifran entre un diez y un veinte por ciento los farmacéuticos que están siguiendo procedimientos de AF y registrando esas actuaciones.

También falta mucho por hacer en cuanto al reconocimiento y la demanda de AF por parte de la población, y también en cuanto a la aceptación de la AF por parte del resto de profesionales sanitarios.

Las funciones sanitarias básicas relacionadas con los medicamentos que los usuarios y la sociedad reconocen en la farmacia y en los farmacéuticos, son la Dispensación y la Consulta o Indicación Farmacéutica. Entre las actuaciones básicas también se contempla la Información Sanitaria que proporciona el farmacéutico, gracias a su gran accesibilidad y proximidad con los ciudadanos.

La universalidad de estos servicios a los ciudadanos debe considerarse como elemento esencial que viene garantizado gracias a la planificada red de farmacias y de profesionales farmacéuticos que trabajan en ellas. Del mismo modo podemos entender que están incluidos en el sistema de retribución actual de las farmacias.

Estos servicios se consideran como los básicos e imprescindibles que se deben prestar en todas y cada una de las farmacias, y que en muchas ocasiones ya se realizan de acuerdo a procedimientos y protocolos específicos de atención farmacéutica. El objetivo es que además pasen a ser registrados de acuerdo al número de pacientes atendidos, las intervenciones farmacéuticas realizadas, los problemas relacionados con la medicación evitados o corregidos, y los resultados negativos de la medicación evitados o corregidos.

Pero el pleno desarrollo de la Atención Farmacéutica permite la puesta en marcha de otros muchos servicios cognitivos específicos dirigidos a conseguir la mejora de resultados de la farmacoterapia en los pacientes y que merecen un trato diferenciado. El Seguimiento Farmacoterapéutico es el exponente máximo de estos servicios de atención farmacéutica específicos y que son necesarios para algunos pacientes.

¿Deben ser estos servicios también proporcionados por la totalidad de las farmacias?

La amplia y dispersa distribución de farmacias en el estado español permiten que estos servicios puedan ser ofertados por farmacéuticos que voluntariamente opten por ello. Los usuarios deben ser conocedores de la diferenciación de servicios que ofrecen las farmacias y decidir en consecuencia adonde acudir y que servicios demandar.

Hasta ahora la diferenciación de farmacias ha sido básicamente por el horario, por la más o menos amplia oferta de productos, por su mayor o menor espacio y por la mayor o menor simpatía de quienes atienden. Ya es el momento que el usuario y la sociedad diferencie las farmacias por los servicios profesionales que ofrecen.

En cuanto a la formación de los farmacéuticos, entendemos que la que se ofrece en el ámbito de grado debe sin duda formar y capacitar al farmacéutico para el ejercicio de las funciones que antes se han descrito como básicas, y por su puesto también en su vertiente de atención farmacéutica.

Pero para el ejercicio de servicios específicos de Atención Farmacéutica, y específicamente la que es necesaria para la prestación del servicio de Seguimiento, debe tener como objetivo que el farmacéutico obtenga una formación específica en la que deben participar desde las Universidades hasta los Colegios Profesionales, pasando por las Sociedades Científicas.

Esta formación específica debe capacitar al farmacéutico para asumir responsabilidades en la toma de decisiones sobre la farmacoterapia del paciente.

Ha de ser formación postgrado o incluso, porque no, de especialización.

La formación es el primer paso que debe seguir el farmacéutico que quiera prestar servicios de AF específicos, pero a continuación debe ir el compromiso de actuación siguiendo un procedimiento o protocolo determinado. La formación y el procedimiento de trabajo son los elementos indispensables para conseguir la Acreditación y poder ofertar estos servicios específicos.

La acreditación ha de ser personal para el farmacéutico debidamente formado y que se compromete a seguir un procedimiento de trabajo determinado, y que también se compromete a reportar su actividad profesional y las consecuencias que sus intervenciones han tenido en los pacientes atendidos.



Temps de flors (Gerona)

"Seguimiento Farmacoterapéutico: dónde, cómo y por qué"

Raquel Varas Doval
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
Farmacéutica del Departamento Técnico del área de Acción Profesional, Atención Farmacéutica

XXXXXXXXXX@xxxxxx.net

Uno de los retos más importantes del Consejo General desde hace años es conseguir el avance necesario y la implantación de la práctica profesional que suponen los Servicios de Atención Farmacéutica (AF), y especialmente el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), dirigiéndose a los farmacéuticos de todos los ámbitos asistenciales, facilitando los medios para su desarrollo y las herramientas que lo pueden posibilitar.

Para cumplir este desafío, desde el año 2002 se lleva a cabo a nivel nacional, el Plan Estratégico para el desarrollo de la AF que presenta acciones concretas, a modo de ejemplos, con el objetivo de poner en práctica los Servicios de AF en grupos terapéuticos específicos o en pacientes con determinadas patologías que utilizan o necesitan medicamentos. En relación al Servicio de SFT, fue en 2007 con la edición de la cuarta Acción del Plan, cuando por primera vez se incluyó la opción de llevar a cabo el Servicio, específicamente en pacientes hipertensos con otros factores de riesgo cardiovascular asociado. A partir de ese año todas las Acciones han incluido la opción del SFT, de forma que en 2008 la Acción se centro en el paciente con dolor osteomuscular crónico no maligno; en 2009 en pacientes mayores con trastornos en el estado de ánimo y en 2010 se está centrando en pacientes diabéticos polimedicados.

Al mismo tiempo, y manteniendo la línea de trabajo establecida con el fin de potenciar la implantación de la AF en España, el Consejo General convocó y coordinó durante 4 años los trabajos de un grupo denominado Foro AF. Entre los grandes hitos alcanzados con la publicación de su Documento de Consenso 2008, se puede destacar el establecimiento de una terminología común, los procedimientos consensuados para cada uno de los Servicios, y la definición de los requisitos (reflejados en la subsiguiente edición del Bot plus), necesarios para el desarrollo de aplicativos informáticos adaptados por los sistemas de gestión al día a día de la farmacia actual. Todo ello con el objetivo de suprimir algunas de las barreras ancestralmente manifestadas por los farmacéuticos y que impedían la implantación del SFT, especialmente. Entre otras, es reseñable el esfuerzo de muchos compañeros que llevan años dedicados al SFT guardando sus registros en papel, y buscando manualmente la gran cantidad de información que es necesaria para el ejercicio del Servicio.

En el siglo de la innovación tecnológica, parece conveniente disponer de herramientas que faciliten el acceso a la información, que proporcionen protocolos de actuación, que permitan el registro y la evaluación de los datos para su posterior comunicación. Dichas herramientas han de contemplar, de forma integrada, todos los servicios profesionales enmarcados en las mismas (Indicación Farmacéutica, Dispensación y Seguimiento Farmacoterapéutico). Además, deben utilizar un lenguaje y un sistema de codificación común que posibilite la interrelación de los datos (problemas de salud, medicamentos, principios activos, etc.), que han de ser manejados en la asistencia al paciente en diferentes situaciones y entornos, para la obtención de resultados uniformes que sirvan para analizar y comparar la actividad profesional.

Esta necesidad implícita a la futura implantación de Servicios se ha trasladado a las principales empresas de gestión, algunas de las cuales ya han iniciado los trabajos para su desarrollo; Bitfarma, Consoft, Unycop win, Pulso.... Se puede

decir que estamos en el camino aunque aún falta mucho por hacer.

En la actualidad el Servicio de SFT, además de ser una necesidad social, es una función del farmacéutico declarada en la Ley. En el ámbito de la farmacia comunitaria, hoy no es suficiente con la entrega correcta del medicamento a los pacientes. El farmacéutico se debe responsabilizar de las necesidades sociales mediante la "provisión" de los medicamentos a los pacientes, y el consiguiente "seguimiento" de los tratamientos farmacológicos durante el periodo de utilización de los mismos.

Es decir, ya no es suficiente entregar productos; los medicamentos deben ser dispensados a todos los pacientes que acudan a las farmacias garantizando así la "entrega responsable" de los mismos de acuerdo a procedimientos consensuados, como los de Foro de AF. Una vez que el farmacéutico sabe que el paciente conoce cómo utilizar los medicamentos tiene que comprobar y, en su caso, ayudar a conseguir que éstos sean necesarios, efectivos y seguros. Es decir, el farmacéutico se debe corresponsabilizar de los resultados de la farmacoterapia y así, prevenir o resolver aquellos que no sean los esperados o deseados, mediante el procedimiento específico del SFT.

Por todo lo anterior y para cumplir este objetivo, el Consejo General apoya aquellos proyectos que faciliten la implantación de los Servicios de AF. Entre ellos se encuentra el proyecto conSIGUE, siendo fundamental la colaboración e implicación a nivel autonómico y la interrelación con los COF provinciales participantes para la consecución no sólo de la implantación del Servicio, sino también de su sostenibilidad,

En este sentido el Consejo General continúa planteando a la Administración la necesidad del farmacéutico de poder acceder al historial farmacoterapéutico del paciente. Esto se ha vuelto a poner de manifiesto, el pasado mes de Enero y como punto importante de alegación al "Proyecto de Real Decreto sobre receta médica y orden hospitalaria de Dispensación", ya que en caso contrario se está impidiendo que la actuación profesional se desarrolle adecuadamente, dificultando la cooperación de todos los agentes implicados en el seguimiento de los tratamientos del paciente.

El esfuerzo que realiza Foro de AF en farmacia comunitaria, grupo liderado por el Consejo General, trabajando específicamente en la potenciación de los Servicios de AF en la farmacia comunitaria, esperamos sirva como elemento facilitador que ofrezca el impulso necesario para alcanzar el compromiso manifestado: implantar los Servicios de AF y especialmente el SFT en la farmacia profesional de un futuro cercano.



Catedral (Gerona)

El Seguimiento Farmacoterapéutico en los nuevos estudios de Grado en Farmacia

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

femartin@ugr.es

Desde el año 1990 en el que se introdujo el término Pharmaceutical Care, las Facultades de Farmacia, Colegios Profesionales y Sociedades Científicas Farmacéuticas han tratado de responder a la creciente demanda de formación en Atención Farmacéutica por parte de los profesionales farmacéuticos. A la puesta en marcha de cursos de introducción y aprendizaje le siguió el desarrollo e Implantación de Másteres en diferentes Universidades: Barcelona, Ceu-Cardenal Herrera, Granada, Navarra, San Pablo-Ceu y Sevilla, así como programas de Doctorado que por su excelencia y demanda han llegado a alcanzar la Mención de Calidad del Ministerio de Educación y Ciencia, e incluso alguna de estas enseñanzas son referencia en Latinoamérica y han permitido que en la actualidad sean muchos los profesionales farmacéuticos y académicos ibero-latinoamericanos que han obtenido o están en vías de obtención del Grado de Doctor, titulación de escasa implantación en estos países y de enorme importancia.

En todos estos años los acuerdos de consenso en Atención Farmacéutica alcanzados en España entre las diferentes instituciones a través del Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y las propuestas del Foro Farmacéutico han permitido que empecemos a caminar en un único sentido y que los resultados de la investigación de los diferentes grupos en este área sean comparables y discutibles.

Estos pasos han conducido a que el Seguimiento Farmacoterapéutico actualmente forme parte de la Atención Farmacéutica y sea uno de los servicios cognitivos que necesita de un mayor detenimiento en cuanto a necesidades de formación y una mayor dificultad en la posterior puesta en marcha e implantación.

El hecho de que este área esté desarrollada en otros países avanzados y que poco a poco se haya ido consolidando como materia con sus propios descriptores ha provocado que aprovechando la reforma curricular con motivo del Proceso de Bolonia iniciado en 1999 con el objetivo de crear un Espacio Europeo de Educación Superior y que finaliza en el año en curso, se haya incluido la Atención Farmacéutica con pleno derecho en la totalidad en los planes de estudio de los nuevos Títulos de Grado de nuestras Facultades, tal es así que sus contenidos están contemplados dentro de las materias de carácter obligatorio u optativo.

Sin embargo, quizás todavía no hemos avanzado todo lo que deberíamos en esta idea y sería el momento de plantear la posibilidad de crear un Departamento de Práctica Farmacéutica similar a los existentes en otros países (Canadá, Australia, Estados Unidos, etc.), que permitiría la incorporación de profesionales de reconocido prestigio expertos en Seguimiento Farmacoterapéutico con experiencia adquirida en el trato día a día con pacientes, de tal forma que en un futuro no muy lejano la Atención Farmacéutica podría adquirir cuerpo de doctrina y ocupar dentro de la malla curricular del farmacéutico el lugar que le corresponde.

Seguimiento Farmacoterapéutico. ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo?

Laura Tuneu
Servicio de Farmacia
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. (Barcelona)

Estar enfermo conlleva sentir miedo y desamparo. Significa aplazar, en el mejor de los casos, un proyecto vital. Implica subjetividad, imparcialidad, y vivir en primera persona la necesidad de recuperar una vida sana y autónoma, sin incomodidades ni molestias, sin dolor y sin alteración de las capacidades vitales. Estar enfermo comporta luchar contra algo imprevisto sobre lo que uno no tiene el control. Si además la enfermedad comporta un ingreso hospitalario aumenta la ansiedad, la incertidumbre y la pérdida de intimidad. La persona enferma es una persona con unas necesidades muy concretas y específicas, que requieren unos cuidados dirigidos especialmente a la recuperación de su salud o a la mejora de su calidad de vida. Algunos de estos cuidados son los que deben proporcionar los farmacéuticos, con el fin de procurar que el tratamiento tenga la máxima efectividad y seguridad. Estos cuidados deben dar respuesta tanto a las necesidades genéricas que comporta en concreto cada enfermedad y tratamiento, como a las necesidades individuales que requiere cada paciente en diferentes momentos.¹

El seguimiento farmacoterapéutico es una herramienta eficaz para poder detectar, analizar y resolver cada una de las posibles necesidades y problemas de salud relacionados con la medicación.² Esta herramienta, que necesita altas dosis de comunicación y mucho feed-back con el paciente, es especialmente útil y poderosa cuando se realiza dentro de un contexto asistencial integrado con otros profesionales sanitarios, entre los que no debemos olvidar a los otros farmacéuticos que trabajan en otros niveles asistenciales.

Aportaciones y Necesidades relacionadas con la medicación:

En el documento "The Future Patient Literature Review", publicado en Junio del 2001 por la biblioteca Josep Laporte³, donde se analiza la opinión de los españoles sobre el sistema sanitario, se indica que una de las necesidades de la población española es la de información sobre su enfermedad y tratamiento. En un estudio publicado por el Instituto Picker⁴, se muestra que la mayoría de los pacientes británicos demandan más comunicación, más información y más implicación para poder escoger.

En ambos documentos se recoge la necesidad de apoyo e información a los pacientes antes, durante y después de sus tratamientos. Obviamente, éstos deben acompañarse con los tratamientos más eficaces y en las condiciones de uso y seguimiento más óptimas para obtener los mejores resultados, buscando el uso racional y no el uso racionado del medicamento.⁵ Por ello creemos que las necesidades que muestran los pacientes con referencia a sus tratamientos son; el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso, la información clara, veraz y contrastada sobre sus tratamientos, la búsqueda de los tratamientos más efectivos y la monitorización de los mismos para obtener en cada situación la máxima efectividad y la mínima inseguridad.

1. Apoyo y acompañamiento.

En la unidad de pacientes externos se aprovecha la primera entrevista que se realiza a todos los pacientes que inician

tratamientos o que éstos se cambian, para mostrar que la farmacia es un punto de apoyo. En esta entrevista, además de dar una información personalizada y accesible sobre el tratamiento existe un ofrecimiento para resolver aquellas dudas y preocupaciones que tengan sobre sus tratamientos a lo largo de todo el proceso. Es decir, el farmacéutico se muestra como un profesional más, que desea ser un referente en medicamentos, formado y accesible. De hecho, se intenta que nadie se vaya de la consulta sin que nosotros hayamos formulado la pregunta ¿Tiene alguna otra duda? y haberles dado una tarjeta personalizada con un "email" personal y un teléfono directo al que pueden llamar si se presenta cualquier duda. También procuramos escuchar la voz anónima de los pacientes, invitándolos a escribir sus sugerencias y necesidades. En este primer contacto es importante dedicar tiempo, intimidad y mucho interés.⁶

2. Información sobre medicamentos

En una encuesta realizada a 6.530 mujeres por el Observatorio Mujer Salud de Barcelona, revela que tres de cada cuatro consideran escasa o insuficiente la información que reciben sobre sus problemas de salud.⁷ De modo que una de las necesidades más importantes de los pacientes es tener información de calidad contrastada y en un lenguaje comprensible.

El estudio King's Fund de Londres⁸ ha resumido las ventajas del paciente informado, el cual se hace una idea del pronóstico de su enfermedad y se enfrenta mejor a las consecuencias de la misma, es más autónomo en sus decisiones, entiende el porqué de las pruebas diagnósticas, los tratamientos a los que se ha de someter y los resultados que se puedan obtener, adopta estrategias de autocuidado, colabora con sus médicos, identifica los mejores profesionales y los centros de asistencia, evalúa la asistencia recibida y ayuda a otros pacientes a confrontar mejor la enfermedad.

Referente a la información que debe dar el farmacéutico la Declaración de Barcelona concluye que el farmacéutico debe informar, cuando sea oportuno, sobre los posibles problemas potenciales relacionados con el uso de fármacos, especialmente los riesgos asociados a interacciones medicamentosas, el cumplimiento inapropiado y los efectos secundarios.

En este sentido, nosotros proporcionamos información y formación, oral y por escrito, sobre cómo, cuándo, y de qué manera han de utilizarse los medicamentos, ajustándolos a las preferencias y requerimientos de cada paciente y ofreciendo soluciones factibles ante olvidos u otras dificultades de administración. Para ello, se han elaborado unos dípticos sobre todos los medicamentos de dispensación ambulatoria.

La información sobre medicamentos ha de ser global, entendible y veraz, insistiendo en las expectativas terapéuticas y las posibles inseguridades de modo que se facilite la coparticipación durante todo el proceso.^{9,10}

3. Búsqueda y utilización de medicamentos eficaces

El avance terapéutico en la era de la tecnología es incuestionable, en este sentido el recurso terapéutico más utilizado para recuperar la salud o estabilizarla son los medicamentos. Por ello es especialmente importante la búsqueda y análisis de medicamentos eficaces.

Todos sabemos que cuando los tratamientos convencionales fracasan, el as en la manga que queda es la posibilidad de emplear medicamentos cuya utilización en indicaciones y/o condiciones de uso son distintas a las aprobadas, al margen de un ensayo clínico. Algunos medicamentos aunque no presenten la indicación, tienen un uso ampliamente extendido avalado por suficiente evidencia científica recogida durante muchos años, otros en cambio, o bien están en fase de investigación clínica o se han utilizado en pacientes aislados y han de pedirse bajo la vía del uso compasivo.

Existen estudios que indican que el clínico puede necesitar información alrededor de 60 veces a la semana (dos veces cada tres pacientes), que podrían afectar ocho decisiones clínicas y que el 30% de las necesidades suele resolverlas fundamentalmente por "consultas de pasillo".¹¹ Esta demanda de información contrasta con el tiempo limitado de consulta y el gran abanico de información, no olvidemos que las fuentes clásicas de información, como los libros suelen estar poco actualizados y con que existen unas 20.000 publicaciones biomédicas que publican más de 2 millones de artículos al año. Las soluciones más "evidentes" para resolver estos desajustes residen en el ejercicio de la medicina basada en la evidencia (es decir en pruebas), la búsqueda de revisiones sistemáticas basadas en la evidencia y la utilización de guías clínicas basadas en la evidencia. Se trata de buscar la mejor evidencia disponible para cada una de las dudas clínicas. En este sentido

nosotros, solemos buscar la mejor evidencia iniciando la búsqueda por el excelencia clínica (www.excelenciaclinica.net) que es un portal que rastrea si existe alguna revisión sistemática (Cochrane, Bandolier, Clinical Evidence, Evidence-Based Medicine...), o guía clínica basadas en la evidencia (Agree, National Guidelines Clearinghouse, Nice, Fisterra...). Otras de las fuentes que utilizamos, son el "Medline" (www.pubmed.org) y el "Micromedex" o el "Portalfarma". Con esta estrategia de búsqueda solemos resolver, la mayoría de preguntas terapéuticas que se nos presentan.

4. Procurar que el medicamento tenga la máxima efectividad y la mínima inseguridad

En el caso de los medicamentos, al igual que ocurre con las personas, su mayor virtud puede convertirse en su mayor defecto, de modo que es necesario una adecuada monitorización terapéutica que permita conseguir de los tratamientos la máxima efectividad y la mínima inseguridad.

La monitorización terapéutica debe ser un proceso continuo, identificando y resolviendo los problemas detectados en el paciente, no sólo mientras el paciente está ingresado, sino que este proceso se debe continuar al alta. Debe realizarse siguiendo una metodología, aunque no existe un único sistema válido y perfecto. Por esto, cada farmacéutico debe encontrar aquel sistema organizado, estandarizado, que le permita el seguimiento y la intervención de una forma continua y responsable de sus pacientes. Además el sistema adoptado puede ir cambiando con el tiempo, puesto que una mayor implicación del farmacéutico, o un mayor acceso a la información del paciente, pueden hacerle cambiar su forma de trabajo.¹² Esto es lo que en nuestro caso ha ido sucediendo, de una hoja de seguimiento de pacientes donde se daba importancia a la analítica y la medicación, puesto que era lo más accesible, se ha ido cambiando a una hoja de seguimiento mucho más "clínica", dando importancia a los antecedentes del paciente, medicación habitual, diagnóstico y tratamiento. También se ha buscado que la hoja fuera una herramienta para la recogida de las intervenciones realizadas en cada uno de los pacientes

Hay un mínimo de información que toda hoja de seguimiento debe tener y que según nuestro criterio es:

- ▶ Datos del paciente: edad, sexo, peso, altura
- ▶ Enfermedad actual y evolución de la misma
- ▶ Antecedentes patológicos, quirúrgicos y familiares
- ▶ Alergias, hábitos, dieta
- ▶ Pruebas de laboratorio y otras pruebas complementarias significativas
- ▶ Tratamientos anteriores y actual completa y actualizada
- ▶ Listado de Necesidades relacionadas con la medicación
- ▶ Problemas de salud relacionados con la medicación
- ▶ Plan
- ▶ Intervenciones y seguimiento

Conclusiones:

Probablemente sin haber encontrado la piedra filosofal de la atención farmacéutica, ha sido su práctica la que nos ha mostrado, a través de la voz de los pacientes, que es lo que ellos necesitan de nosotros. El trabajo cotidiano con los enfermos nos ha abierto una puerta que justo acabamos de cruzar, con la que ya intuíamos que:

1. El desarrollo y aplicación del seguimiento farmacoterapéutico no es un deporte de riesgo que persigue la búsqueda de PRM, sino que es una práctica asistencial centrada en el paciente, en el que hemos de ser capaces de conocer y cubrir las diferentes necesidades que tiene el paciente relacionadas con la medicación.
2. El desarrollo y la práctica del seguimiento farmacoterapéutico requiere tanto la responsabilidad de conocer y aplicar todas las herramientas desarrolladas por la farmacia clínica en la búsqueda de los medicamentos más idóneos, y en la monitorización de las dosis más eficaces y seguras, como un compromiso honesto con las prioridades y valores de los pacientes desarrollando habilidades de comunicación y empatía que nos permitan acompañar al paciente en todo su proceso.
3. El desarrollo y la práctica del seguimiento farmacoterapéutico es especialmente poderoso cuando se integra dentro de un equipo

multidisciplinar con otros profesionales sanitarios, entre los que no debemos olvidar a otros farmacéuticos asistenciales.

Bibliografía

1. Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and quality of drug therapy. *Pharmacotherapy* 2004;24:1491-1498
2. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice*. New York. Mc Graw-Hill 1998
3. Jovell A, Roig F. *The Future Patient*. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Juny 2001
4. Ellins J, Coulter A. How engaged are people in their health care? Picker Institute Europe. <http://www.pickerurope.org>. The Health Foundation Oxford 2005
5. WHO. Promoting rational use of medicines; core components. Geneva: WHO Policy Perspectives on Medicines. September 2002
6. Borrell. *Manual de entrevista Clínica*. SeMFyC. Barcelona 2004
7. Estudio OBSYM sobre Mujer y salud. Observatorio de salud y Mujer. <http://www.obsym.org/docsuser/INV001.pdf>
8. King's Fund Commission London's health care in 2010. Londres: King's Fund 1992
9. Pla Poblador R, García Batlle MC. La atención farmacéutica en la educación sanitaria de medicamentos e información a pacientes. Bonal J, Gamundi MC. Barcelona. SEFH 2001
10. Sotoca JM, Pastor E, Martín M, Codina C. Información de medicamentos al paciente: Cumplimiento terapéutico. *Formación Continuada para Farmacéuticos de Hospital*. SEFH
11. Bonfill X. Medicina basada en la evidencia. Medicamentos y salud Vol 2, Nº 3, Pag 121-130. En: www.femeba.org.ar/fundación/quienessomos/medicamentos_y_salud.html
12. Angaran D. Quality assurance to quality improvement: Measuring and monitoring pharmaceutical care. *AJHP* 1991: 48:1901-1907



Pont de Pedra (Gerona)

Mesa Redonda:

"Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica: una oportunidad de inversión pública en prevención para mejorar la salud"

"Financiación pública de los servicios y evaluación del impacto de los mismos en los resultados en salud."

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
Vicepresidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa
Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

magastelu@medynet.com

El tema de la financiación de los servicios de Atención Farmacéutica (AF) es un asunto recurrente cuando se abordan las causas que pueden explicar la baja tasa de implantación de los mismos. En realidad, si se asumen los postulados de Foro de AF¹ que propugnan la realización de tres servicios fundamentales de AF: Dispensación Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), no parece que se esté cuestionando la financiación de los dos primeros servicios, por lo que parece que el título de la Mesa Redonda hace referencia más bien a la financiación del SFT u otros nuevos servicios que se vayan desarrollando en un futuro cercano.

Es preciso hacer alguna puntualización previa:

- ▶ En España el modelo retributivo de la farmacia se basa fundamentalmente en la aplicación de un margen comercial/profesional sobre el PVP de los medicamentos dispensados, todo ello con muchas "excepciones", recientemente actualizadas en lo fundamental en el Real Decreto-ley 4/2010, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.
- ▶ El pago de otros servicios cognitivos no tiene por qué suponer la modificación ni la supresión de dicho sistema de remuneración. La existencia de un pago independiente para la Formulación Magistral desde hace ya muchos años, basado en un sistema de tarificación para cada fórmula, constituye un claro ejemplo de esta afirmación. En el mismo sentido se puede hacer referencia a los Programas de Mantenimiento con Metadona, existentes desde 1995 en algunas CCAA. En los que las Administraciones Sanitarias pagan a los farmacéuticos una cantidad por paciente y mes.
- ▶ Recientemente se han puesto en marcha otros programas, también remunerados, que no han afectado al actual sistema de remuneración de la farmacia: el Programa de mejora del uso de los medicamentos en usuarios de servicios de atención domiciliaria en ayuntamientos de la CAPV en el que las farmacias participantes reciben una compensación de 30€ paciente/mes (2008) y el programa de detección del VIH en farmacia comunitaria (2009) que, también en la CAPV, está siendo pagado por la Administración sanitaria vasca por prueba realizada (los pacientes además pagan 5€ por cada prueba, asumiendo el costo de los reactivos utilizados).

Por tanto, la discusión no debería centrarse en si "el pago por servicio debe suponer un cambio del sistema de remuneración

actual", sino que debería responder a la siguiente cuestión: ¿Es interesante para la Administración Sanitaria pagar (financiar) ciertos servicios cognitivos realizados por farmacéuticos? que es otra forma de expresar lo que plantea el título de la Mesa Redonda: ¿se puede entender la financiación de servicios de AF como una oportunidad de inversión pública en prevención para la mejora de salud?

Probablemente la respuesta a esta última pregunta exceda el concepto de "mejora de salud" que aparece en su formulación, y deba ser analizada no sólo en términos de salud sino en términos económicos. En este sentido, cuando se hace referencia a "interesante para la Administración Sanitaria" se debería interpretar, esencialmente, en términos de "coste-efectividad". Si los farmacéuticos somos capaces de desarrollar e implantar nuevos servicios profesionales que sean coste-efectivos para el actual sistema sanitario, es muy probable que las Administraciones Públicas, concretamente las Administraciones Sanitarias, estén dispuestas a asumir la financiación de dichos servicios.

Es importante que los nuevos servicios generen mejoras clínicas y humanísticas. Es bien cierto que las Administraciones Sanitarias son muy sensibles a todo este tipo de resultados en salud y éste es un hecho incontestable. Sin embargo, los resultados clínicos y humanísticos interesan más a los profesionales de la salud que a los gestores sanitarios. Estos últimos están más presionados por aspectos relacionados con el gasto corriente, el cumplimiento del presupuesto, el control del crecimiento del gasto en medicamentos o del gasto sanitario, etc., lo que hace que en muchos casos las decisiones se tomen fundamentalmente en base a aspectos económicos.

Por ello, los resultados que deben evaluarse para conseguir la financiación pública de los servicios profesionales deben ser, junto a los clínicos y humanísticos, los resultados farmacoeconómicos.

Es decir, cuando la profesión desarrolle nuevos servicios cognitivos, con su metodología, sistemas de registro, indicadores de proceso y de evaluación de resultados en salud, etc., es imprescindible que se evalúe el impacto del servicio. (Figura 1) Por supuesto, impacto en términos clínicos y humanísticos pero, fundamentalmente en términos farmacoeconómicos: coste-efectividad, disminución de medicamentos utilizados, ahorro generado al sistema sanitario, etc.

Dos claros ejemplos recientes en la CAPV:

- ▶ Es conocido que el diagnóstico temprano del VIH en pacientes infectados por el mismo ahorra mucho dinero (existe suficiente evidencia sobre esto). Se ha pilotado la determinación del VIH en farmacias comunitarias y se ha obtenido una tasa muy elevada de positivos, más alta y, por tanto, más "rentable" que la obtenida cuando se realiza la determinación del VIH en cualquier otro entorno (hospitales, centros de salud, ONGs, etc.). El ahorro que supone la identificación de estos portadores ocultos permite que la Administración Sanitaria vasca haya apoyado la continuación del programa y la inclusión de más farmacias en el mismo. Este programa también se está desarrollando en Cataluña.
- ▶ El Programa de mejora del uso de la Medicación en Personas Atendidas por los Servicios de Ayuda Domiciliaria de ayuntamientos vascos. Los farmacéuticos que participan en el mismo son compensados económicamente por el Departamento de Sanidad de la CAPV. Y ello no sólo porque este programa, a la vez que consigue mejoras en aspectos clínicos y humanísticos, cierra de una



manera efectiva el círculo sociosanitario favoreciendo la participación de pacientes, servicios sociales, y servicios sanitarios. En realidad, se ha conseguido el pago del servicio, porque se pudo demostrar a las Autoridades Sanitarias que, además de lo dicho, el programa generaba un ahorro económico, debido a la disminución del número de medicamentos utilizados y, fundamentalmente, de recetas, que eran eliminadas del sistema.²

Hay muchos estudios que demuestran la utilidad de los servicios profesionales realizados por farmacéuticos comunitarios, entendida como mejora de resultados en salud. También se sabe que la implantación, generalización y sostenibilidad de los mismos depende de multitud de factores que interconexionan entre sí. Un elemento previo es el pago de estos servicios. Es cierto que la experiencia internacional muestra que habiéndose conseguido el pago de servicios, algunos, en ocasiones, o no se implantan o no se generalizan; sin embargo, no se debe olvidar que si un servicio no produce una rentabilidad en el largo plazo, el servicio no será viable. La rentabilidad de los servicios viene definida por la diferencia entre los ingresos que generan y los gastos que ocasionan. Aparte de aproximaciones sobre generación de "ingresos" poco concretas, medidas habitualmente en términos de fidelización de pacientes, en general se entiende que los ingresos provienen del pago, bien por quien los utiliza, bien por quien los requiere.

En el camino hacia la implantación generalizada de servicios cognitivos por la farmacia comunitaria, es importante realizar desarrollos de nuevos servicios (procedimientos, objetivos, sistemas de registro, etc.). Pero antes de proceder a su implantación y generalización, parece fundamental la realización de un estadio intermedio: evaluar el impacto del servicio en los términos ya citados para poder, después, negociar un pago por los mismos y analizar la manera de integrar la gestión del servicio en la actividad global de la farmacia. (Figura 1)

Otro aspecto que cada vez parece estar más claro es que no se puede comenzar a implantar servicios gratuitamente para después modificar su status y proceder a "cobrar lo que antes no se cobraba". Esto es algo que entraña una gran dificultad práctica. Este hecho también refuerza la necesidad previa de evaluar el impacto para que, a partir de los resultados obtenidos, se puedan calcular los gastos que el servicio conlleva; sólo así se podrán calcular los ingresos necesarios (precio del servicio) en aras a alcanzar la rentabilidad necesaria para su sostenibilidad y negociar antes de comenzar la provisión del servicio, cobrando por el trabajo realizado.

En España la sanidad sigue un modelo de Sistema Nacional de Salud, por lo que es financiada mediante los presupuestos del Estado y tiene una cobertura universal. También en nuestro país, existen problemas relacionados con la utilización de los medicamentos cuya prevalencia es tan alta que pueden considerarse como un problema de salud pública.³ Existen servicios, como el de SFT, que han mostrado su efectividad en la práctica, con lo que ese problema de salud pública podría ser abordado. Como los pacientes no están dispuestos a asumir nuevos costes, ellos mismos opinan que el SFT debería incluirse en la prestación farmacéutica y, por tanto, ser financiado por las Administración Sanitaria.⁴

Conclusión

La implantación de nuevos servicios cognitivos incluidos en la práctica general de la farmacia, se perfila a nivel internacional como la respuesta que la profesión farmacéutica puede aportar para atender las necesidades actuales de los pacientes que utilizan medicamentos. Sin el pago correspondiente, estos servicios no serán sostenibles. En un sistema de Sistema Nacional de la Salud parece que el pago de estos servicios debe asumirlo la Administración Sanitaria como parte de la prestación farmacéutica, siempre que su provisión demuestre ser coste-efectiva. Para ello es preciso realizar estudios que evalúen su impacto clínico, humanístico y económico.

Bibliografía

1. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4
2. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Garay A, Echeveste FA. Intervención desde la farmacia comunitaria a pacientes atendidos en los servicios de ayuda domiciliaria municipal. FARMACEUTICOS COMUNITARIOS, 2010;2(1): 15-20
3. Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada [Tesis doctoral], Universidad de Granada, 2003.
4. Castrillon CC, Faus MJ, Santos P, Calvo B, Garcia-Delgado P, Gastelurrutia MA. Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Pharm Care Esp 2010; 12(1): 4-11

La experiencia de Australia

Dra. Eleonora Felletto
Universidad de Sydney

eleonora.felletto@sydney.edu.au

La expansión del papel del farmacéutico hacia la prestación de servicios cognitivos farmacéuticos puede ser beneficiosa para los pacientes y mejorar su salud. Los servicios cognitivos presentan una oportunidad para que la farmacia comience a ser parte integrante del sistema sanitario. El papel del farmacéutico en la prevención está siendo reconocida internacionalmente como una forma potencial de reducir los gastos de los gobiernos en la atención sanitaria.

Por esta razón, en varios países los servicios han comenzado a ser retribuidos. No obstante, estos pagos no han cambiado el método de remuneración de la farmacia que existía en dichos países, donde el pago por servicios se estipula aparte del margen obtenido por la dispensación de medicamentos. Normalmente son pagos independientes de la remuneración del margen de productos, y que se consideran un añadido a la remuneración total de la farmacia comunitaria. Este tipo de pago existe, por ejemplo en Alemania, Australia, Canadá, EEUU, Portugal y Suiza.

En algunos países el gobierno ofrece al titular de la farmacia, además del pago por servicio, financiación para su formación para poder ofrecer el servicio, pago por paciente en Seguimiento Farmacoterapéutico y ayuda para modificar la estructura de la farmacia. En países más desarrollados en la implantación de servicios, el gobierno trabaja con las organizaciones profesionales en programas para la gestión del cambio.

La creciente competencia ha hecho cambiar la posición estratégica de las farmacias debido a dos factores fundamentalmente: la continua bajada del margen del medicamento a lo largo del tiempo y el inicio del pago por la realización de servicios.¹ Debido a que el mercado se ha vuelto más competitivo, la prestación de servicios se está convirtiendo en una manera de diferenciación entre los farmacéuticos. El caso australiano es especialmente interesante por su similitud con la farmacia española y a su vez con la situación que se está viviendo en otros países.

El Gobierno Federal y el Pharmacy Guild of Australia (Asociación Empresarial de Farmacias) han firmado un acuerdo para pagar los siguientes servicios farmacéuticos profesionales:²

- ▶ SFT en residencias de ancianos o a pacientes ambulatorios.
- ▶ Sistemas personalizados de dosificación (SPD).
- ▶ Elaboración del perfil de la medicación del paciente.
- ▶ Incentivos para el cambio de la práctica y e implementación de programas de educación para la salud.
- ▶ Programas pilotos para la gestión de la Diabetes y el Asma.
- ▶ Consejos en la dispensación o anticoncepción de emergencia.
- ▶ Prevención de enfermedades transmisibles, y
- ▶ Programas de Farmacia para la población Aborigen e insulares de la isla Torres Strait.

La remuneración potencial disponible desde el gobierno para la prestación de todos los servicios asciende a \$50,000 (≈34.155 €) por farmacia y año (Tabla 1).³ Sin embargo, los propietarios de las farmacias son reacios a la implementación de servicios por la inversión y gastos que éstos requieren.⁴

TABLA 1: PAGO POR SERVICIOS EN AUSTRALIA³

SERVICIOS	PAGO
Incentivos para el cambio de la práctica y implantación de un sistema de calidad	Asignación anual de \$3,000–\$5,000 (≈ 2000€–3500€) en función del volumen de prescripciones.
Sistemas personalizados de dosificación	Pago por inscripción en el programa (\$1,000 ≈ 680€), datos iniciales (\$1,900 ≈ 1300€), datos durante 12 meses (\$6,000 ≈ 4100€), contribuciones del paciente (\$5 ≈ 3.40€ semanales)
Elaboración del perfil de la medicación del paciente	Pago por inscripción en el programa y datos iniciales (\$1,200 ≈ 820€), datos durante 12 meses (\$3,000 ≈ 2000€), contribuciones del paciente (\$5 ≈ 3.40€ semanales)
Programa piloto para la gestión de la Diabetes	Pago por disponibilidad del servicio (\$500 ≈ 340€), subvención para formación (\$1,120 ≈ 765€), solicitudes de servicio por paciente (\$320 ≈ 220€ x 14 pacientes), contribuciones del paciente (\$2.50 ≈ 1.70€)
Programa piloto para la gestión de la Asma	\$5,620 (≈ 3840€) total. Pago por la preparación de la disponibilidad del servicio (\$500 ≈ 340€), subvención para formación (\$1,120 ≈ 765€), solicitudes de servicio por paciente (\$400 ≈ 273€ x10 pacientes).
SFT a pacientes ambulatorios	\$187.09 (≈ 127.84€) , por cada revisión más incentivos de acreditación de \$1,500 (≈ 1025€) , más \$750 (≈ 512€) , cada 12 meses hasta renovación de la acreditación
SFT en residencias de ancianos	\$130 (≈ 89€) , por cada revisión y mismo pago que en SFT a pacientes ambulatorios (ver fila superior)
Consejos en la dispensación con información escrita	Pago por dispensación para todas las prescripciones, incluye un pago de 10 céntimos (≈ 0.07 céntimos €), por CMI

Pese a que constituye un elemento importante, la remuneración por sí sola no garantiza la implantación de servicios en las farmacias. Es necesario que existan otras motivaciones para la implantación de un servicio. Si se analiza la farmacia española parece evidente que en este país ocurre lo mismo: muchos farmacéuticos se están orientando a la venta de productos, mientras que otros apuestan por la implantación y prestación de servicios. En Australia, cuando una farmacia del barrio cambiaba su posición en el mercado y empezaba a vender sus productos a un precio más bajo, las farmacias más próximas realizaban cambios también, y éstos a menudo incluían la implementación de servicios para diferenciar su negocio del de la competencia.

La atención farmacéutica representa una oportunidad para las farmacias comunitarias pero debe ser gestionada de forma efectiva. Aunque la remuneración (financiación) es importante pero no exclusiva, las farmacias deben estar preparadas para el cambio y la implementación de servicios.

Bibliografía

1. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharmacy World & Science*. 2010 ;In Press
2. The Pharmacy Guild of Australia. *Guild Digest: A survey of independent pharmacy operations in Australia financial year 2005-2006*. Canberra: The Pharmacy Guild of Australia; 2007.
3. Roberts AS. External support and assistance, Building Organisational Flexibility to Promote the Implementation of Primary Care Services in Community Pharmacy: Practical Support Workshop, University of Sydney. 2009 May 29;[cited 2009 May 22]
4. Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, McDonough RP, Sobotka JL. *A practical guide to pharmaceutical care*. Second Edition. APhA Publications; 2003.

“Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica: una oportunidad de inversión pública en prevención para mejorar la salud”

Antoni Gilabert
Gerente de AF y Prestaciones Complementarias. CatSalut
tgilabert@catsalut.cat

En las últimas décadas se han producido cambios en las necesidades de la población debido al envejecimiento, con un incremento de pacientes crónicos y polimedificados, que requieren una atención sanitaria especializada.

Además, existe una demanda social sobre la necesidad de obtener máximo beneficio en el uso de los medicamentos y mínimos riesgos.

En Cataluña, se han desarrollado iniciativas de atención farmacéutica en mayor o menor grado, pero es necesario un cambio en la práctica asistencial de todos los agentes sanitarios y la generalización de determinadas actividades de atención farmacéutica.

Por todo ello, hay que potenciar las actividades de atención farmacéutica de las oficinas de farmacia, desarrollando una cartera de servicios que permita protocolizar, incentivar y evaluar las actividades necesarias para la población catalana.

Atención Farmacéutica (af)

Desde el año 1990 en que Hepler y Strand definieron la atención farmacéutica como “la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”, se ha definido por instituciones como la OMS (1993), el Ministerio de Sanidad (2002), etc.

En el año 2008 en el documento de consenso del “Foro de Atención Farmacéutica”, avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la Fundación Farmaceutical Care España y varias sociedades españolas relacionadas con el ejercicio farmacéutico, describe la atención farmacéutica como: “es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida de los pacientes mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos ”

Los beneficios de la AF son para el paciente, la sociedad, el colectivo y el propio farmacéutico.

Iniciativas de Atención Farmacéutica en Cataluña

Desde el año 2003 al 2009, el número de nuevas iniciativas activas anuales entre el CatSalut y el CCFC ha aumentado, pasando de 5 hasta 20. Estas iniciativas se engloban en la prevención y promoción de la salud, el seguimiento farmacoterapéutico, la dispensación activa, la educación sanitaria, nuevos modelos de prestación farmacéutica, las TIC's, etc.

Como ejemplos, destaca la atención a pacientes drogodependientes en tratamiento con agonistas opiáceos desde las OF, la implantación de la receta electrónica, la prueba piloto para la mejora de la prestación farmacéutica en centros residenciales de personas mayores, el programa de detección y seguimiento de hipertensos (Programa CINDA), iniciativas de seguimiento farmacoterapéutico a polimedificados mayores de 64 años, sistema personalizado de dosificación, etc.

Atención Farmacéutica otros países

Actualmente, en Europa hay prácticas farmacéuticas consolidadas en mayor o menor grado, pero también hay algunos países donde aún no se han iniciado.

Algunos ejemplos son relacionados con la monitorización de la farmacoterapia del paciente, el asesoramiento a médicos en la prescripción, prevención y corrección de PRM, atención farmacéutica a pacientes con enfermedades específicas (diabetes, asma, VIH, ...), mejora de la adherencia, etc.

Proyectos CatSalut en Atención Farmacéutica comunitaria

En estos momentos, el CatSalut tiene varios proyectos que tienen como objetivo la mejora de la atención farmacéutica comunitaria.

1. Redefinición del modelo de concertación de la farmacia comunitaria, orientándolo hacia un modelo de reforzamiento profesional de la actividad del farmacéutico y de los servicios de AF, avanzando con sistemas y mecanismos que permitan su incentiviación
2. Plan de innovación atención primaria y Salud comunitaria:
 - 2.1.- "Intervención del farmacéutico en tres ejes de atención:
 - Promoción de la salud
 - Prevención de la enfermedad
 - Intervención en grupos de riesgo: seguimiento farmacoterapéutico de pacientes polimedicados (especialmente crónicos y frágiles) "
 - 2.2.- "Fomentar una cartera de servicios acreditada"

Sistema retributivo

Los márgenes profesionales del farmacéutico no incentivan directamente las actividades profesionales, y están orientados al producto y no al paciente.

En el actual Concierto de AF entre el CatSalut y el CCFC hay que destacar, como modelo de reforzamiento del farmacéutico incentivado económicamente, el Programa de atención a pacientes drogodependientes en el tratamiento con agonistas opiáceos en las oficinas de farmacia implantado desde el año 1998. En este programa, en las oficinas de farmacia autorizadas, se les abona una cantidad por paciente y mes, para que se dé el tratamiento y se haga un seguimiento farmacoterapéutico.

Financiación actividades Atención Farmacéutica otros países

En nuestro entorno, ya hay varias instituciones que ya cuentan con iniciativas remuneradas de atención farmacéutica.

En Europa, el National Health Service promueve planes de revisión periódica de la medicación, de dispensación repetida si no hay motivo de derivación al médico, el National Health Service Scotland promueve el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, registro de intervenciones en enfermedades menores, servicios de salud pública en área como el alcohol, tabaquismo, educación sexual, cribado de clamidias, etc; en Suecia, se remunera la dispensación del sistema multidosis para personas mayores.

En Canadá, la revisión de la medicación y el seguimiento farmacoterapéutico también forma parte de diversos programas remunerados.

Conclusión

La OF debe estar integrada en el sistema sanitario y aportar soluciones a los problemas sanitarios. El farmacéutico debe estar implicado en la obtención de los resultados en salud del paciente y ser, pues, responsable de la salud del paciente, interviniendo en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Hay que apostar por una cartera de servicios diversificada, más allá de la dispensación, que permita obtener los resultados que se esperan de la terapéutica, implantando servicios de AF, de acuerdo con las nuevas necesidades y nuevos sistemas de retribución.

Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica

María Dolores Grande
Farmacias Trébol

lgrande@farmaciastrebol.com

La atención farmacéutica es necesaria, el sistema tradicional se ha demostrado a través de diversos estudios que se queda corto y hay que perfeccionarlo. El papel del farmacéutico de Oficina de Farmacia y de la farmacia comunitaria se han evidenciado imprescindibles para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Pero para poder realizar una Atención Farmacéutica de calidad es necesario invertir:

- ▶ En personal, ya sea con dedicación exclusiva o simultaneando con otras tareas tradicionales de la farmacia.
- ▶ En formación, la formación específica para hacer un correcto seguimiento farmacoterapéutico es fundamental, la Universidad de Granada con su Master de Atención Farmacéutica fue la pionera en formar a los profesionales en esta disciplina, después se fueron añadiendo otras universidades: Barcelona, Sevilla, CEU San Pablo,..... no debemos escatimar en el esfuerzo que supone la formación, las "chapuzas" en temas de salud son inadmisibles, no nos podemos conformar con hacer una formación a medias, ni prepararnos para hacer un puerto con un "cursillo de soldador", necesitamos una ingeniería. Esta formación además tiene que ser continuada, los sanitarios estamos "condenados" a formarnos y actualizarnos, continuamente, en todas las novedades terapéuticas que se introducen en el mercado.
- ▶ En espacio, el acondicionamiento de una Zona de Atención Personalizada, en la que el farmacéutico y el paciente encuentren un espacio adecuado y cómodo para poder trabajar, es otro de los costes imprescindibles que no nos podemos ahorrar.
- ▶ En servicios, todo el material necesario para realizar medidas de parámetros de salud que nos indiquen la efectividad de los tratamientos....

Esto necesita tener su compensación económica, sin embargo de momento no se comprende por ella misma, pues no es considerada nueva.

Por otra parte la Atención Farmacéutica tiene que ser cobrada por los farmacéuticos para hacernos responsables, tener identidad profesional y ser imprescindibles. De momento este problema paraliza todo el proyecto, ¿como podemos resolverlo?, ¿como podemos plantear a nuestros compañeros la necesidad e hacer Atención Farmacéutica, en las circunstancias actuales y sin remuneración?

La administración sanitaria, debe hacerse cargo de este coste (aunque ahora no pueda), pero de momento espera que movamos ficha los farmacéuticos, y es necesario para poder concertar la retribución en función del ahorro que la actuación farmacéutica supone.

Hasta que esto se resuelva tenemos un verdadero problema, y que es el obstáculo principal a la hora de implantar un servicio de Atención Farmacéutica en todas las farmacias.

Tenemos que esgrimir el argumento que utilizan los empresarios, primero invertir, después amortizar. Necesitamos hacer

un ejercicio de fe y de paciencia, y asumir que la remuneración no va a ser inmediata.

Sin embargo los farmacéuticos estamos acostumbrados a invertir en productos, compramos una báscula que nos pesa, nos mide y pronto nos analizará el color de nuestros iris, invertimos en tensiómetros automáticos, básculas pesa bebés (estas suelen ser gratuitas), estas inversiones nos parecen necesarias y no las cuestionamos, aunque sabemos que a un euro de coste, la amortización será lejana en el tiempo,..... porqué no entendemos esta filosofía cuando se trata de dar un servicio como es el de atención farmacéutica, porqué para esto no sirve,.... Quizás porque es más caro, bastante más caro, y no tenemos la certidumbre de este retorno. Pues bien, este retorno existe, de momento nos tenemos que conformar con diferenciarnos con el servicio que damos de nuestras farmacias vecinas, lo que indudablemente supone una fidelización del paciente, esto por supuesto entendiendo un entorno de competencia; y lo más importante, si somos capaces de demostrar el ahorro que supone esta actuación profesional conseguiremos una remuneración, pero esto de momento como ya hemos comentado es un EJERCICIO DE FE.

Muchos farmacéuticos, en las formaciones que hago por diferentes instituciones y colegios, me dicen, "yo no tengo necesidad de esta diferenciación, soy la única farmacia en un pueblo de 2000 habitantes", otros que comentan ¡hay de mí si mis pacientes se enteran de que tengo que hacer seguimiento farmacoterapéutico y que estoy obligad@ a hacerlo por ley, tendré que cerrar la farmacia! Y es que la realidad actual de la Oficina de Farmacia es dura, prefiero ni acordarme del último recorte del Ministerio de Sanidad con respecto a los precios de referencia,.... y es que, es verdad. que es posible que muchas farmacias a partir de ahora no sean rentables, y creo que sin precedentes en la historia reciente de España, con más que bastante probabilidad, se van a producir cierres de farmacias.

Con estos bueyes tenemos que arar, adaptarnos a la situación y seguir haciendo las cosas tan bien como sólo nosotros las podemos hacer, porque somos los profesionales que más sabemos del medicamento y lo debemos demostrar, por nosotros como profesionales, por nuestros pacientes que se lo merecen, y por la sociedad que nos necesita. Es esta la forma de consolidar el modelo de farmacia a través de una vía profesional, tenemos que estar preparados para el supuesto de que cambie la legislación, y el entorno se vuelva más desfavorable.



Devesa (Gerona)

“Financiación de los servicios de Atención Farmacéutica: una oportunidad de inversión pública en prevención para mejorar la salud”

Carles Conejero Lobos
Presidente del Colégio Oficial de Farmacéuticos de Gerona
Miembro Consell Català de COF
carlesconejero@cofgi.org

La mesa redonda sobre la financiación de los servicios de AF viene precedida por un estado de incertidumbre general que afecta a toda la sociedad, ante el difícil panorama que supone afrontar la actual crisis económica y los graves efectos que está causando en la mayoría de los sectores empresariales y, por tanto, en muchas de las economías familiares.

De este descalabro, todos hemos aprendido alguna lección. La primera de ellas es la imposibilidad de permanecer inmunes a sus secuelas y la segunda es haber puesto en evidencia la necesidad de una regulación estatal en aquellos servicios de interés público. En el caso de las Oficinas de Farmacia, el acuerdo sobre la regulación del Modelo ha sido unánime desde Bruselas.

Sin embargo, este Modelo de Farmacia, tan bien ponderado por Gobiernos y Administraciones, debería servir para algo más que para la mera distribución de medicamentos a 1,56€, a cualquier ciudadano de este país, en cualquier punto de la geografía española, a cualquier hora del día (urgencias) y con un servicio de aprovisionamiento de entre 2 a 4 veces por jornada. Todo ello bajo la responsabilidad de titulados universitarios que han de invertir en las TIC, de manera solidaria, para dar respuesta a las demandas sociales.

“La retórica de un mundo perfecto (de un Modelo perfecto) puede convertirse en una barrera contra el progreso y, por tanto, revolve en contra del cambio y de las mejoras deseables” (Amartya Sen, Nobel d’Economía 1998).

En lo tocante a la salud de las personas, el abaratamiento de la factura de los medicamentos sólo es una variable entre otras muchas, pero no la principal. Durante los últimos años los farmacéuticos y farmacéuticas han demostrado los innumerables beneficios que, para los pacientes y para el Sistema, puede suponer el desarrollo de una serie de servicios profesionales en el ámbito de la Farmacia Comunitaria, los cuales, a su vez, podrían influir en la contención del gasto.

En el momento en que arrecian las dificultades es necesario planificar de manera coherente en función de los objetivos que creamos más útiles para la salud a medio y largo plazo. Es por este motivo que valdría la pena compartir el riesgo con los profesionales que ya están ofreciendo dichos servicios de AF o que están preparados para ello. Pero ese riesgo compartido difícilmente podrá tener cabida en el margen del precio del medicamento; el RDL.4/2010 significa la culminación de un rosario de desaciertos en la política económica del medicamento del último decenio y marca un punto de inflexión en lo que podría ser el progresivo deterioro de uno de los mejores Modelos de servicio sanitario farmacéutico a los ciudadanos.

Necesitamos una Administración que sea capaz de asumir el reto en la mejora profesional del servicio farmacéutico, desarrollando la normativa necesaria y planificando proyectos de colaboración con sus legítimos representantes. Quedarse exclusivamente en la reducción de los precios y en la retirada del catálogo de medicamentos susceptibles de ser dispensados

desde las OF, a parte de su demostrada ineficacia, son medidas que van en detrimento de la calidad del servicio prestado y en sentido inverso a la coherente aproximación con la media europea, además de resultar absolutamente contradictorias con el ingente esfuerzo que se está llevando a cabo en la creación de un sistema electrónico de prescripción y dispensación de medicamentos, el cual pretende evitar desplazamientos innecesarios del paciente a los Centros de Salud, reduciendo la burocracia administrativa y compartiendo información útil para el mejor uso de su tratamiento desde la Farmacia de proximidad.

A su vez, por parte del colectivo farmacéutico, creo que deberíamos revisar por qué está fallando nuestra estrategia de integración de la Atención Farmacéutica en el día a día de la OF. En lo que parece un diálogo de sordos de estos últimos diez años, el desarrollo normalizado de esta actividad ha quedado relegado a un segundo plano ante la inercia mercantilista del sector del medicamento y la actual crisis económica. Imagino que las responsabilidades de este desencuentro deberían repartirse entre todos y que, además, sería conveniente replantear nuestras estrategias para intentar buscar una salida airosa.

Por todo ello, me parece imprescindible establecer un marco de mutua confianza y aprovechar la oportunidad que nos brinda la competencia de nuestro colectivo y la capilaridad de la red asistencial farmacéutica, para buscar nuevas fórmulas que permitan utilizar mejor los recursos profesionales en beneficio de la población asistida, contribuyendo al desarrollo de un Sistema sostenible.



Conferencia-Coloquio:

"10 años de historia del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico"

Dra. María José Faus Dáder

Responsable Grupo del Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

mfaus@ugr.es

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con sus medicamentos. Esto significa que el farmacéutico debe adoptar una actitud activa como experto en medicamentos aportando soluciones a las necesidades del paciente sobre su medicación y asumiendo los resultados obtenidos, y no conformándose solo con el papel de dispensador.

Lo más importante de esta práctica profesional es que el farmacéutico se implica en la consecución de resultados en salud por parte del paciente y hay que resaltar que el farmacéutico es el profesional sanitario más idóneo para realizar esta función. En primer lugar porque es el experto en medicamentos acreditado por la Universidad, y actualmente existe oferta formativa de postgrado suficiente para capacitarse en el trabajo con pacientes que utilizan medicamentos. En segundo lugar, porque para implicarse en la obtención de resultados positivos en salud, se tiene que ser accesible a los pacientes. En este sentido el farmacéutico es muy accesible para la población y trabaja en el entorno perfecto para obtener información relevante sobre los problemas de salud y los medicamentos que usan los pacientes, aspectos claves para poder hacer seguimiento. Por último, existen numerosas referencias que apuntan hacia la necesidad de obtener más beneficios sociales del trabajo de los farmacéuticos. La sociedad en general y los pacientes en concreto, necesitan poder recibir servicios cognitivos de sus farmacéuticos por alcanzar mejor calidad de vida.

El Seguimiento Farmacoterapéutico, como todo servicio sanitario, necesita de un desarrollo metodológico que haga posible su aplicación. Métodos que a través de su utilización van evolucionando y mejorando en aras de conseguir los mejores resultados posibles. En el Seguimiento Farmacoterapéutico son varios los grupos clínicos y de investigación que han trabajado y trabajan a nivel internacional, en el diseño e implantación de este servicio cognitivo.

El Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada viene trabajando en el Seguimiento Farmacoterapéutico desde 1999. Hemos desarrollado un método, el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, adaptándolo a los diferentes niveles donde puede ser aplicado (farmacia comunitaria, hospitalaria, residencias geriátricas, etc.) y que actualmente está siendo utilizado en distintos países por cientos de farmacéuticos asistenciales en miles de pacientes.

El Método Dáder ha ido evolucionando a lo largo de estos años, gracias a su utilización por todos estos farmacéuticos asistenciales y por ello son ya tres las ediciones de la Guía publicadas. También se diseñó de forma paralela, el denominado Programa Dáder para la implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico.

El Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo

permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza el paciente, a través de unas pautas simples y claras. Se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia, se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el "panorama sobre la salud" y el tratamiento del paciente en distintos momentos a lo largo del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia. Consecuencia de la evaluación y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones farmacéuticas que se consideren oportunas para mejorar o preservar su estado de salud. En este sentido, es conveniente que la información contenida en la historia farmacoterapéutica, pueda ser recuperada, de forma eficaz para su consulta. Lo ideal es que se recojan en algún formato informatizado. Con el fin de conseguir este propósito e informatizar la historia farmacoterapéutica de los pacientes, el Programa Dáder de SFT ha desarrollado una aplicación denominada DaderWeb.

DaderWeb nació en febrero del 2008, con el objetivo de atender a las 3 principales necesidades manifestadas por los farmacéuticos participantes en el Programa Dáder, que eran: facilitar la documentación de la actividad, proporcionar un acceso fácil a información científica fiable y actualizada, y permitir la comunicación con otros farmacéuticos implicados en el SFT. Por tanto, el objetivo de DaderWeb es potenciar los recursos con los que pueden contar los farmacéuticos para poder realizar SFT a sus pacientes. Para ello, este programa informático gratuito, al cual se puede acceder a través de Internet, consta de una serie de módulos:

- ▶ Envío de intervenciones farmacéuticas: este módulo dispone de un formato estandarizado de la hoja de intervención farmacéutica, que podrá ser cumplimentado para su envío o para ser guardado hasta que finalice la intervención. Se podrán enviar tanto las intervenciones realizadas para prevenir o resolver un resultado negativo asociado a la medicación (RNM), como aquellas que pretenden preservar los resultados positivos alcanzados por la farmacoterapia. Este módulo se presenta como un sistema de comunicación con los coordinadores del Programa Dáder, que remitirán sus comentarios a través del mismo. Además, se incluye un apartado para la gestión de las estadísticas derivadas del trabajo realizado.
- ▶ Sesiones clínicas: se presenta como un punto de encuentro para aquellos farmacéuticos que deseen comentar, compartir u obtener ayuda sobre sus casos clínicos. La idea es crear un foro de discusión que permita enriquecer la actividad de los farmacéuticos participantes.
- ▶ Documentación: se presenta como una "biblioteca" en la cual se podrán consultar aquellos documentos (artículos, guías, etc.) que se consideran de interés para realizar SFT y utilizar DaderWeb (manuales de usuario). Entre los documentos disponibles destaca la nueva guía del Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, que a partir de este momento también estará en su versión portuguesa.
- ▶ Noticias: a través de esta sección se informará de aquellos eventos que puedan resultar de interés para los farmacéuticos participantes en el Programa Dáder: novedades en DaderWeb, congresos, actividades de interés, etc.
- ▶ Agenda: la agenda de DaderWeb informa sobre las modificaciones y novedades producidas en la página, como consecuencia de la actividad de los participantes o de los coordinadores del Programa Dáder. Además, se presenta como una herramienta útil para programar las citas y visitas de los pacientes durante el SFT.
- ▶ Mensajería: permite establecer contacto con otros miembros de DaderWeb que permitan la visualización de sus datos. Este módulo funciona de forma similar a un correo electrónico.
- ▶ Consulta: supone la vía de contacto directo con los responsables y coordinadores del Programa Dáder.

Desde el punto de vista histórico, el Programa Dáder comenzó a funcionar en el año 2000, después de una experiencia piloto de 3 meses realizada por farmacéuticos expertos en SFT. El programa nació con un objetivo docente: aprender haciendo, pero también se ha revelado como un programa que obtiene resultados clínicos reales y una magnífica herramienta de investigación.

Son muchos los farmacéuticos de España, Portugal y toda una serie de países iberoamericanos (Brasil, Colombia, Argentina, Chile, Costa

Rica, Guatemala, Bolivia y Perú), en torno a los 1500, que en algún momento se han dado de alta en el programa con el fin de aprender a realizar seguimiento farmacoterapéutico y con la intención de aplicarlo a pacientes. Actualmente a lo largo de estos años de existencia del Programa Dáder se han celebrado 9 Simposium Dáder de resultados del Seguimiento Farmacoterapéutico (los SimpoDáder), reuniones cuyos objetivos son el compartir resultados y servir para aprender todos de todos. Este año, el SimpoDáder 10 se va a celebrar en Girona gracias a la organización del mismo por parte del Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Los resultados obtenidos hasta el momento son muy numerosos y variados. Así, en el ámbito de la formación se ha utilizado como herramienta para toda una serie de actividades formativas: Masters y Cursos de especialización en Seguimiento Farmacoterapéutico impartidos por toda una serie de universidades europeas y americanas. En el ámbito de la investigación se está utilizando como herramienta en proyectos de investigación, muchos de ellos de carácter internacional, que están dando como resultados la defensa de tesis doctorales y la publicación de numerosos trabajos de investigación en revistas científicas. Por último, en el ámbito de la clínica el Método Dáder ha sido la base para el desarrollo de herramientas para realizar Seguimiento Farmacoterapéutico por estamentos sanitarios y profesionales. Sólo en la base de datos del Programa Dáder se almacenan miles de intervenciones farmacéuticas, que en porcentajes superiores al 80% consiguen mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de la prevención y resolución de RNM detectados en dichos pacientes.

Actualmente el Método Dáder está sirviendo de base para la realización en España del Programa conSIGUE, cuyos objetivos son la evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ancianos polimedicados, y la implantación de forma sostenible del mismo como servicio farmacéutico cognitivo.





Barrio antiguo (Gerona)

comunicaciones

Análisis del consumo de medicamentos y gasto de pacientes hipotiroideos incluidos en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Bofi Martínez P, García-Jiménez E.
mabopy@hotmail.com

introducción

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) realizado a 20 pacientes hipotiroideos durante 6 meses demostró ser útil ya que consiguió un aumento del control tiroideo del 35% al 75%. Los síntomas de mal control tiroideo se redujeron de un 50% a un 10% al final del estudio ($p=0,021$). Se redujeron de forma estadísticamente significativa el valor medio de colesterol total ($p=0,003$) y el valor medio de frecuencia cardiaca ($p=0,017$). Los valores de presión arterial, glucemia basal e IMC no mostraron cambios significativos. Se consiguió aumentar de un 25% a un 60% los pacientes sin PRM y RNM. Aunque existen estudios sobre SFT en distintas patologías, en pocos se analiza como es el consumo y el coste en medicamentos durante el periodo en el que el paciente está en SFT.

objetivo

Analizar el consumo de medicamentos, así como el gasto para el sistema, de los pacientes hipotiroideos incluidos en un servicio de SFT durante 6 meses.

método

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de las recetas consumidas por la población incluida en SFT entre Octubre 2007–Diciembre 2008, comparando dichos resultados con los obtenidos a partir de un estado de situación realizado tras 2 años sin aplicar el método Dáder de SFT a dichos pacientes (Febrero – Marzo 2010). IC 95%; T-student.

resultados y discusión

De los 20 pacientes incluidos en SFT, uno fue excluido por no disponer de información necesaria para realizar el nuevo estado de situación. Durante los 6 meses de SFT, el número total de medicamentos usados por los pacientes aumentó de 53 a 56, pasando la media de 2,8(1,9) a 3,0(1,9), disminuyendo el gasto en medicamentos, pasando la media de 41,2€ (54,0) a 39,7€ (49,4). Durante los 6 meses de SFT se incorporó tratamiento de novo a una de las pacientes (HTA, osteoporosis), en el resto de casos las variaciones se debieron a cambios de dosis de levotiroxina, instauración de medicamentos para problemas de salud, suspensión de tratamientos con orlistat y un mayor cumplimiento. Estos mismos pacientes después de 2 años sin SFT con el método Dáder, pasaron de un número total de medicamentos de 56 a 61, siendo la media 3,2(1,6). El consumo de medicamentos aumentó un 28,4% [755,63€ a 970,24€], media de 39,7€(49,4) a 51,0€(46,8). En 9 pacientes no hubo modificaciones en el tratamiento; 2 pacientes tomaban ahora una dosis superior de Levotiroxina y una paciente inferior; 5 pacientes tenían tratamientos nuevos debido a otras patologías que habían surgido en este periodo (osteoporosis, colesterol, depresión). A una paciente se le había cambiado el tratamiento hipoglucemiante. Las diferencias de medias sólo fue significativa en el coste de los medicamentos de los 6 meses a los 2 años sin SFT con el método Dáder ($p=0,035$) [11,26€(21,5) rango 21,6 a 0,9]. Otro resultado observado es que después del seguimiento todos los pacientes continuaron fidelizados a la oficina de farmacia.

conclusiones

El SFT además de proporcionar resultados clínicos positivos en los pacientes, reporta una mayor fidelización al farmacéutico encargado de su seguimiento, y disminuye el gasto en recetas en pacientes hipotiroideos. La discontinuación del método Dáder de SFT en estos pacientes, supuso un aumento del número de medicamentos y del gasto en recetas. Éstos resultados hacen necesario profundizar en los motivos reales del aumento y el diseño de estudios para poder averiguar la repercusión del SFT desde el punto de vista farmacoeconómico.

Atención Farmacéutica a pacientes externos en tratamiento con medicamentos extranjeros

Gratacós L, Sunyer N, Pérez A, Guerra S, Boyeras B, Butiñá MT
lgratacos.girona.ics@gencat.cat

introducción

A partir de la publicación de la Ley del Medicamento de diciembre de 1990, en la cual en sus artículos 87 y 91 se establecía la necesidad de proporcionar información al paciente sobre su tratamiento farmacoterapéutico, esta actividad se ha ido desarrollando en los Servicios de Farmacia Hospitalarios. Además, según esta ley, la información al paciente se debe presentar por escrito, y al menos, en lengua española. El hecho de que los prospectos de los medicamentos extranjeros no suelen ser de utilidad para el paciente debido al idioma nos hizo plantear la realización de hojas informativas de estos medicamentos desde el Servicio de Farmacia.

objetivo

Elaborar hojas de información para los pacientes en tratamiento con medicamentos extranjeros dispensados desde el Servicio de Farmacia para mejorar la utilización del medicamento, evitar problemas relacionados con la medicación y aumentar la adherencia al tratamiento.

método

La información necesaria para la elaboración de las hojas informativas se obtuvo básicamente de la ficha técnica del medicamento (disponible en la base de datos de medicamentos en situaciones especiales de la AGEMED), de la base de datos Micromedex® y del prospecto del medicamento. Puntualmente, se utilizó bibliografía adicional en algunos aspectos concretos. Esta información se tradujo al catalán y al castellano y se adecuó a un registro apropiado para los pacientes.

resultados

Se elaboraron hojas informativas de 11 medicamentos diferentes en dos idiomas (catalán y castellano) para poder ofrecer a los pacientes información en su lengua materna. Los medicamentos fueron: Acadione® (tiopronina), Myocholine® (Betanecol), Dapson-Fatol® (Dapsona), Proglycem® (Diazóxido), Elmiron® (Pentosano Polisulfato sodio), Lomustine Medac® (Lomustina) Nardil® (Fenelzina sulfato), Biltricide® (Prazicuantel), Probenecid Medic® (Probenecid), Propycil® (Propiltiouracilo) y Vitamine A Nepal® (Retinol palmitato). La información se presenta en forma de tríptico organizada en diferentes apartados para facilitar la lectura al paciente, incluyendo información sobre el principio activo y su presentación, la indicación del tratamiento, administración, interacciones, contraindicaciones, efectos adversos, precauciones, conservación y advertencias. La hoja de información correspondiente se entrega al paciente en la primera dispensación y se utiliza como guía para explicarle el tratamiento.

conclusiones

La utilización de las hojas de información al paciente en la dispensación de medicamentos extranjeros ha facilitado: a) Que la transmisión de la información por parte del farmacéutico se haga de forma ordenada, homogénea y recalando todos los puntos importantes a tratar. b) Que el paciente y sus familiares y cuidadores dispongan de información por escrito, en una lengua inteligible, para consultar en cualquier momento del tratamiento. Consideramos que estas hojas son una herramienta muy útil para los pacientes y para los facultativos, y por ello nos proponemos elaborarlas de todos los medicamentos extranjeros que se dispensen en nuestro Servicio de Farmacia.

Categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.

Casado de Amezáa MJ, Martínez-Martínez F, Cardero M, Gastelurrutia MA.
mariajcasado@gmail.com

introducción

Aunque hay muchos estudios que demuestran la necesidad de implantar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), hasta el momento no se ha realizado ninguna evaluación a nivel del Estado que analice la situación en que se encuentran los farmacéuticos respecto a la implantación del servicio, utilizando el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers*.

El SFT se considera una innovación y Rogers describió las fases por las que debe transcurrir toda la implantación de una innovación (Conocimiento – Persuasión – Decisión – Implantación – Mantenimiento).

objetivo

Este trabajo pretende categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.

método

Se utilizó un cuestionario previamente usado (Aguas 2005, Dualde 2008), con el que se realizó una encuesta de opinión telefónica administrada a través de metodología CATI, a farmacéuticos, titulares y adjuntos, que se encuentren trabajando en farmacias comunitarias españolas. Se realizó un Muestreo Aleatorio simple estratificado por comunidad autónoma (CCAA) con selección de las unidades de análisis de forma aleatoria proporcional al tamaño de cada estrato. El tamaño de la muestra calculó de manera independiente, considerando un error permisible del 8% y un nivel de significación =0.05%.

Se obtuvo un tamaño de la muestra total de 1135 farmacias distribuidas por CCAA.

Como variables independientes únicamente se consideraron la comunidad autónoma de la farmacia, sexo del encuestado y su categoría profesional (Titular/Adjunto).

resultados

Sexo: Mujeres (67,67%) Hombres (32,33%). Perfil profesional: Titulares de la farmacia (68,19%) Adjuntos (31,81%). 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%). Andalucía: NC-0,38%; C-0,29%; P-0,11%; D-0,12%; I-0,10%; M-0,00% Aragón: NC-0,27%; C-0,22%; P-0,16%; D-0,03%; I-0,24%; M-0,08% Canarias:NC-0,29%. C-0,29%. P-0,18%. D-0,11%. I-0,13%. M-0,00% Cantabria:NC-0,50%. C-0,29%. P-0,14%. D-0,07%. I-0,00%. M-0,00% Castilla La Mancha: NC-0,34%. C-0,25%. P-0,13%. D-0,15%. I-0,10%. M-0,03%. Castilla León: NC-0,20%. C-0,31%. P-0,17%. D-0,11%. I-0,17%. M-0,04% Cataluña: NC-0,28%. C-0,32%. P-0,13%. D-0,15%. I-0,10%. M-0,02% C. de Madrid: NC-0,35%. C-0,31%. P-0,13%. D-0,10%. I-0,08%. M-0,03% C. Foral Navarra: NC-0,39%. C-0,29%. P-0,16%. D-0,06%. I-0,10%. M-0,00% C. Valenciana: NC-0,35%. C-0,29%. P-0,09%. D-0,10%. I-0,13%. M-0,03% Extremadura: NC-0,30%. C-0,32%. P-0,11%. D-0,11%. I-0,05%. M-0,11% Galicia: NC-0,28%. C-0,33%. P-0,10%. D-0,13%. I-0,12%. M-0,04% Islas Baleares: NC-0,23%. C-0,55%. P-0,05%. D-0,09%. I-0,05%. M-0,05% La Rioja: NC-0,13%. C-0,38%. P-0,25%. D-0,13%. I-0,13%. M-0,00% Murcia: NC-0,39%. C-0,13%. P-0,16%. D-0,10%. I-0,16%. M-0,06% País Vasco: NC-0,11%. C-0,42%. P-0,20%. D-0,11%. I-0,13%. M-0,02% Princ. de Asturias: NC-0,19%. C-0,54%. P-0,04%. D-0,15%. I-0,08%. M-0,00%

*Rogers Everett M. Diffusion of innovations, 5th ed., New York: Free Press.

Conocimiento de los alumnos universitarios de la facultad de farmacia respecto a la conservación de medicamentos

Valero Griñan MM, Romero Magdalena CS, Griñán Contreras MT, De Jesús Franco F, Lozano Estevan MC
mgrinval@myuax.es

introducción

La falta de información que posee el paciente acerca de la conservación de medicamentos puede dar lugar a que éstos, una vez han sido dispensados, pierdan parte de su eficacia y estabilidad. Ante esta circunstancia es de gran utilidad conocer la situación actual al respecto y así poder ofrecer una educación sanitaria adecuada que garantice la efectividad de los medicamentos.

objetivo

Detectar a través de un cuestionario cuál es el conocimiento de los alumnos de la facultad de farmacia de la Universidad Alfonso X el Sabio respecto al estado de conservación de los medicamentos.

método

Diseño de un cuestionario de acuerdo a criterios objetivos y con respuestas múltiples cerradas. Se ha redactado un cuestionario organizado en bloques: 1 Bloque: preguntas generales sobre la medicación que toma el paciente. 2 Bloque: preguntas correspondientes al lugar destinado al botiquín farmacéutico doméstico. 3 Bloque: preguntas respecto al fraccionamiento de medicamentos. 4 Bloque: preguntas sobre el conocimiento respecto a las caducidades de los medicamentos. Este cuestionario ha sido analizado por un comité de expertos de la Facultad de Farmacia de la Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid y revisado en varias ocasiones para optimizar su rendimiento. El cuestionario se ha pilotado en un grupo poblacional de 200 estudiantes entre 3º y 4º curso de farmacia en la Universidad Alfonso X el Sabio.

resultados

De la muestra analizada, consistente en 200 estudiantes, se ha obtenido: tasa respuesta, edad de los participantes (media), profesión, género y nivel de estudios entre otros datos.

conclusiones

Una vez analizados los datos obtenidos tras el pilotaje el Comité Ético de la Universidad Alfonso X el Sabio se comprueba que el diseño del cuestionario es correcto para conseguir la información útil para el estudio, por lo que el cuestionario es válido para ser usado en un estudio a gran escala entre las farmacias adheridas al programa de estancias tuteladas de la Universidad Alfonso X el Sabio.

Consultas de indicación farmacéutica en una farmacia de costa.

Céspedes Rivas MJ, Zarauz García J.
mjosecespedes@telefonica.net

introducción

El diseño de un servicio de consulta o indicación farmacéutica (IF) requiere, entre otros elementos, analizar que problemas de salud son los que más frecuentemente consultan para, a partir de ahí, elaborar protocolos de actuación para este tipo de patologías

objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar las demandas de consejo farmacéutico en verano en una farmacia de costa: Prevalencia de los síntomas menores consultados.

método

Estudio observacional transversal descriptivo realizado en una Farmacia Comunitaria de costa, durante los meses de Julio y Agosto del año 2008. Se incluyeron todos aquellos usuarios que acudían a la farmacia y solicitaban una consulta de IF. Para clasificar los síntomas menores se utilizó la clasificación CIAP-2 de la WONCA. A su vez, dentro de cada grupo se subdividieron o agruparon en diferentes problemas de salud con el propósito de poderlos comparar con otros estudios similares. Categorías: 1. Problemas oculares 2. Problemas de la piel 3. Problemas del tracto respiratorio y auditivo. 4. Dolores. 5. Problemas del tracto gastrointestinal 6. Problemas de la boca* (Separados del grupo de aparato digestivo) 7. Problemas del tracto genito-urinario 8. Varios Obtención de la información: entrevista con el paciente o acompañante. Una vez terminado el periodo de recogida de datos, estos se procesaron utilizando el programa Microsoft® Office Excel 2003.

resultados

El número total de consultas registradas en los dos meses del estudio fue de 436, lo que viene a representar un 3,32% (IC 95% 3,30 – 3,36) de todas las dispensaciones realizadas en la farmacia (13.100). Las consultas más frecuentes correspondían a problemas de piel (33,26%), tracto respiratorio y auditivo (27,75%), tracto gastrointestinal (10,09%), boca (9,17%), problemas oculares (6,65%), dolores (5,50%), otros (5,05%) y tracto genito-urinario (2,52%).

conclusiones y discusión

Comparados con los resultados de otros estudios publicados, destaca, en nuestro estudio, el predominio de los problemas dermatológicos como consulta más frecuente, seguidos por los problemas respiratorios. Coincidimos con los datos publicados por Baixauli (2005) con un 24.7%. para piel y un 20.8% para respiratorio en un estudio realizado en Valencia durante el mes de mayo. En otros, el motivo de consulta mas frecuente suele ser los problemas respiratorios. Viñuales (1992), Smith(1993), Evans (1997). Bisell(1997), Sánchez Torres (2001) y Barbero(2002). La causa puede ser debida, entre otros factores, al periodo del año que abarque el estudio, ya que las enfermedades respiratorias tienen su máxima incidencia en los meses fríos. Los resultados obtenidos permiten la elaboración e implantación de un plan de mejora mediante el desarrollo de protocolos de actuación en patologías susceptibles de recibir IF que se elaboren de manera consensuada con los profesionales del entorno.

Consumo de antibióticos en el area III de Lorca. 2001-2007

Zarauz García J, Céspedes MJ, Salas E, Rausell V
jose.zarauz@carm.es

introducción

España es uno de los países más consumidores de antibióticos de Europa. En el año 1997 en el estudio de Cars y cols. era el segundo país consumidor de antibióticos de la Unión Europea. En los últimos años España muestra una tendencia descendente en el consumo de antibióticos, así en el período de 1997 a 2002 en el trabajo de Goosens y cols. se colocó en el puesto 12 de los 26 países de la Unión Europea. Con los datos de todos estos estudios y aunque presentan el problema de contrastar la metodología (fuentes de información, indicadores, población asignada) de ellos se pueden deducir importantes diferencias en el consumo y patrón de prescripción de antibióticos a lo largo del tiempo en el ámbito de la Atención Primaria, que no se corresponden con un patrón geográfico determinado en los diferentes países europeos, Comunidades Autónomas, provincias de nuestro país e, incluso dentro de la misma provincia. Por todo ello, parece interesante estudiar los patrones de uso de antibióticos en el área de salud III de la Región de Murcia para compararlos con los existentes a nivel nacional y regional y comprobar si hay diferencias entre ellos.

objetivo

- a) describir la evolución del consumo de antibióticos con cargo al Sistema Nacional de Salud a lo largo de los años 2001-2007 en área de salud III de Murcia.
- b) analizar los cambios temporales en el patrón de uso de antibióticos,
- c) evaluar las diferencias en ambos parámetros entre los datos locales y los datos nacionales y los de comunidad autónoma de la Región de Murcia.

método

Se ha realizado un estudio transversal descriptivo y retrospectivo de las dispensaciones de medicamentos incluidos en el grupo terapéutico grupo J01 (ATC) realizadas mediante receta del Sistema Nacional de Salud en el Área III de Murcia, en el periodo comprendido entre los años 2001 al 2007, ambos inclusive. Los consumos de las especialidades farmacéuticas se han expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD).

resultados

La evolución anual del consumo de antibióticos a lo largo del periodo de estudio presentó un curso fluctuante, con un pico máximo en el 2002 (DHD 27,72), seguido de una tendencia a la baja en el 2003 (DHD 27,39) y en el 2004 (DHD 25,61). En el 2005 hay una nueva elevación (DHD 27,57) para descender en los años siguientes 2006 (DHD 23,42) y 2007 (DHD 22,14).

conclusiones

El consumo global de antibióticos de uso sistémico por año en el Área III de Murcia durante el periodo 2001-2006 fue de 25,79 DDD (DE 2,21) por 1.000 habitantes y día. El consumo de antibióticos en el área de salud III durante este periodo fue notablemente superior a la media del conjunto de España 18,7 DDD (DE 0,35) por habitante y día y cercano al de comunidad autónoma de la Región de Murcia, que es de 25,9 DDD (DE 0,79) por habitante y día. Se demuestra en el consumo de antibióticos en el área III una tendencia descendente a lo largo de los años estudiados hasta aproximarse a la media nacional pasando de 8.06 puntos de diferencia en el año 2001 a 4,32 puntos en el 2006.

Desarrollo de un estudio Delphi para la obtención de una definición consensuada de automedicación

Cacín Barbero MC, Martínez-Martínez F, Álvarez Luna F, Faus Dader MJ.
conchi_gym@hotmail.com

introducción

La revisión bibliográfica realizada para el inicio de nuestro estudio evidenció la falta de criterio en la conceptualización de automedicación y la necesidad de lograr una definición consensuada de automedicación que unifique opiniones y criterios, por ello nos decidimos a realizar la técnica Delphi, que por sus características metodológicas, la convierte en la herramienta idónea para lograr tal fin. Hemos comprobado que esta falta de criterio a la hora de considerar qué es la automedicación hace más difícil su estudio y resta validez a los trabajos publicados en numerosas ocasiones. Por ello con esta definición consensuada pretendemos acotar los límites tan difusos que tiene hoy en día la automedicación lo cual conduce a mayores dificultades para su análisis y comprensión, y es por ello que algunos autores dan su propia definición como paso previo al trabajo, o la adjetivan, originando estudios de difícil comparación y significación, por lo que sería un gran paso el lograr una definición ampliamente respaldada por expertos en la materia, hecho que es posible conseguir a través de esta técnica Delphi.

objetivo

Obtener una definición consensuada de automedicación

método

Método cualitativo evaluativo mediante técnica Delphi.

resultados

Tras la finalización de la primera ronda de este Delphi hemos logrado: Valorar cuantitativamente una serie de definiciones propuestas al panel y poner de manifiesto los aspectos más controvertidos referentes a la definición de automedicación, entre ellos la cuestión de la selección y administración de medicamentos a niños, o personas bajo el cuidado de terceros comúnmente llamada "automedicación en niños", "mayores", etc. y que no es posible incluirla en este concepto, etimológicamente queda excluido, puesto que si auto- es "por uno mismo", medicar a terceros no sería automedicación, pero ¿cómo considerar este hecho tan habitual?. También la mención del tipo de medicamentos etc., de prescripción, hierbas, etc., o la receta médica es frecuente pero se ha considerado no esencial ya que la automedicación se lleva a cabo con todo tipo de medicamentos e incluso se induce su prescripción, por lo que varios panelistas apunta la necesidad de obviar estas cuestiones y añaden la importancia de referir la Indicación farmacéutica, o la de otros profesionales sanitarios cualificados como un modo de conducir a los pacientes hacia una automedicación correcta. Respecto a la sintomatología leve, crónica, etc, también se ha mencionado pero en general esto no se ha considerado muy importante, o una simplificación, el centrar la definición de automedicación en síntomas menores ya que ocurre en todo tipo de sintomatología y patologías incluidas las crónicas. Por último, otra gran confusión que aparece con cierta frecuencia es la mezcla del concepto de incumplimiento terapéutico y automedicación, hecho planteado en el panel como un objetivo a lograr el diferenciar claramente estos conceptos, al igual que el concepto self management (o autogestión).

conclusiones

Tras el desarrollo de esta primera ronda del Delphi podemos concluir que ha sido muy productiva gracias a las aportaciones de los expertos, lo que nos ha facilitado el punto a partir del cual comenzar a trabajar para lograr el consenso. Esperamos que tras la consecución del consenso logremos un punto de referencia lo suficientemente sólido como para dirigir nuestra investigación así como el brindar una ayuda a todos aquellos que quieran iniciar o continuar en esta línea de investigación.

Desarrollo del IX Simposium de Resultados del Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, celebrado en Ciudad Real en el año 2009.

Ortega Jiménez A, García-Lozano Garzás F, Pérez de Agreda S.
cimcr@redfarma.org

introducción

El Congreso responde a la necesidad de mantener un encuentro constante entre los farmacéuticos que están trabajando en seguimiento farmacoterapéutico (metodología dader) y atención farmacéutica, siendo un referente para la muestra del trabajo realizado entre profesionales, la búsqueda y exploración de soluciones y/o propuestas dentro del ámbito profesional.

objetivo

El objetivo general de la actividad es establecer un foro de debate en torno a la atención farmacéutica y en el seguimiento farmacoterapéutico, a través de la Método Dáder en particular. Dentro de los objetivos específicos de la actividad, se establecieron los puntos más importantes: A) Manifiestar la importancia de la dispensación en la Oficina de Farmacia como paso previo al seguimiento farmacoterapéutico. B) Determinar la importancia de la Atención Farmacéutica como materia docente en los estudios reglados de la Licenciatura de Farmacia, en diferentes ámbitos. C) Fomentar el aprendizaje y actualizar los conocimientos de la Método Dáder sobre seguimiento farmacoterapéutico a través de talleres avanzados y de iniciación, con la exposición de casos prácticos. D) Exposición de comunicaciones relacionadas con el Seguimiento Farmacoterapéutico y la atención farmacéutica. E) Debatir sobre los diferentes niveles de asistencia farmacéutica en seguimiento farmacoterapéutico. F) Dar a conocer el concepto que tiene el paciente sobre los servicios de seguimiento farmacoterapéutico de la oficina de farmacia.

método

El Simposium se llevo a cabo, del 4 al 6 de Junio de 2009, en el Paraninfo Luis Arroyo, de la Universidad de Castilla-La Mancha, en Ciudad Real. En este periodo se llevaron a cabo conferencias, talleres, debates así como visitas a las comunicaciones presentadas. 04-06-09 Conferencia inaugural: "De la Dispensación al Seguimiento Farmacoterapéutico" Mesa redonda: La Universidad ante los Servicios de Atención Farmacéutica. 05-06-09 Talleres de Avanzado y de Iniciación en Seguimiento Farmacoterapéutico: Presentación de Comunicaciones orales. Seminario: "Binomio Farmacéutico-paciente: opinión de los implicados". 06-06-09 Presentación de Comunicaciones orales. Mesa redonda: "Implantación de los Servicios de Atención Farmacéutica en los distintos niveles asistenciales (Primaria, Farmacia Hospitalaria y Oficina de Farmacia" En cada una de las diferentes actividades se estableció un coloquio entre todos los asistentes.

resultados

Nº de Inscritos al Congreso: 127 Nº de comunicaciones presentadas: 38 Nº de comunicaciones orales: 20 Nº de casos prácticos: 6 Horas lectivas: 10.5 horas Horas prácticas: 4.5 horas

conclusiones

Es necesario trabajar por una implementación del SFT, potenciándose en los planes de estudio de la universidad, en la Farmacia clínica, en el trabajo conjunto con otros profesionales de la salud y de la relación directa con el paciente. Depende de los farmacéuticos de Oficina de Farmacia que el paciente llegue a percibir que en la solución de sus problemas con los medicamentos, la Farmacia juega un papel clave y que se encuentra integrada en el equipo de salud. Desde los distintos niveles asistenciales, se deben buscar espacios de encuentro y de trabajo para mejorar la atención y solventar las expectativas del paciente que toma medicamentos, ofreciendo la oportunidad y la responsabilidad de intervenir en un proceso continuo de evaluación de la medicación. La altura de todos los trabajos presentados y el empuje de los participantes (el 30 % de los participantes presento alguna comunicación oral) determino la esperanza del desarrollo del seguimiento farmacoterapéutico en la Atención Farmacéutica. Cada vez se es más conscientes del papel imprescindible del farmacéuticos en todos los niveles asistenciales y sanitarios.

Detección de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, a través de un estudio exploratorio

Arismendi Arismendi E, Martínez-Martínez F.
esdraz@yahoo.com

introducción

La Enfermedad de Alzheimer es una condición neurodegenerativa, caracterizada por un deterioro cognitivo y de la memoria, y por una serie de síntomas conductuales y neuropsiquiátricos, que puede presentarse a partir de los 65 años, por lo que tratándose de un paciente geriátrico generalmente con pluripatología y polimedicado, es más propenso a sufrir resultados negativos asociados a la medicación (RNM). De ahí que la participación del farmacéutico a través del seguimiento farmacoterapéutico, como parte del equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes, puede ayudar a lograr los objetivos terapéuticos, evitando resultados negativos asociados a la medicación, mejorando la calidad de vida de estos pacientes y retrasando la institucionalización de los mismos.

objetivo

Determinar resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, a través de un estudio exploratorio, caracterizando a dichos pacientes y aplicando el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico.

método

Se realizó un estudio de tipo observacional de naturaleza descriptiva, con fines exploratorios, en el cual se caracterizaron 4 pacientes ambulatorios con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, atendidos en la consulta externa del Servicio de Neurología del Hospital Universitario San Cecilio, en la ciudad de Granada y se aplicó el Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, elaborándose un plan de acción para cada paciente. La información requerida para el estudio se obtuvo a través de la entrevista directa con el cuidador y en los casos que fue posible, con la participación del propio paciente.

resultados

Los pacientes estudiados tenían edades comprendidas entre 71 y 81 años. En el 100% de los casos el cuidador era un familiar, ya sea cónyuge o hijos, y todos mantenían actividad física moderada. Dada la enfermedad base de los pacientes, los problemas de salud que presentaban eran principalmente del sistema nervioso central (27%) e igualmente el tipo de medicamentos utilizados pertenecían en su mayoría (37,5%) a dicho sistema. El 100% tenía prescrito un anticolinesterásico, donepezilo, que es el tratamiento de elección en la enfermedad de Alzheimer, y el máximo tiempo de tratamiento con el mismo fue de 3 años; el 75% tomaba ansiolíticos y solo el 25% tenía tratamiento antipsicótico. En todos los casos se encontraron RNM, de los cuales el 10% fue de necesidad, el 20% de seguridad y el 70% fue de efectividad, principalmente del tipo cuantitativa, encontrándose que la principal causa de los problemas de efectividad era la falta de cumplimiento del tratamiento en un 60%, por lo que las intervenciones farmacéuticas fueron dirigidas principalmente a la educación sanitaria especialmente en medidas no farmacológicas y educación sobre el uso del medicamento y en menor grado añadir un medicamento sin prescripción y modificar las pautas de administración.

conclusiones

El papel del cuidador en este tipo de pacientes es crucial no solo para dar la información sobre el estado del paciente, sino para asumir el compromiso en cuanto a las intervenciones y recomendaciones del farmacéutico. Siendo el incumplimiento la principal causa de RNM, es necesaria la educación en cuanto a la importancia del uso correcto del medicamento para lograr los objetivos terapéuticos.

Educación para la salud en los tratamientos con acenocumarol

Insa Latorre MJ
m.insa.000@recol.es

introducción

El acenocumarol (Sintrón), es una especialidad utilizada cada vez con más frecuencia en los tratamientos de patologías cardíacas (fibrilación auricular y patología valvular) y tromboflebitis profundas. En su dispensación he detectado, que a muchos pacientes les surgen dudas sobre su utilización. La actuación ha consistido en realizar una serie de preguntas sobre el medicamento, antes y después de realizar una serie de actuaciones a nivel de proporcionar la información sobre el uso.

objetivo

Mejorar el conocimiento de nuestros pacientes de su tratamiento con anticoagulantes y evaluar la repercusión de la acción educativa realizada.

método

Se elaboró una sencilla encuesta, de cuatro preguntas, seleccionando la única correcta entre tres posibles respuestas. Cuando los pacientes demandaban en la farmacia el tratamiento con acenocumarol, se realizó la encuesta y después se les recordó algunos conceptos básicos sobre su tratamiento y se les resolvieron dudas particulares. La información se entregó también en forma de tríptico. Posteriormente durante las posteriores dispensaciones se reforzó la información con preguntas y recordatorios orales de la información. Pasados dos meses se volvió a pasar la misma encuesta, para que la volvieran a contestar.

resultados

La farmacia en la que se ha realizado esta acción de educación sanitaria está integrada en una Zona de Salud cuyo único Centro de Salud controla a 37 pacientes que utilizan acenocumarol. El número de pacientes que demandan su tratamiento de acenocumarol en esta farmacia es de 20. Se realizó la encuesta y se proporcionó la información a todos ellos. En los resultados de la segunda encuesta el porcentaje de respuestas correctas se incrementó considerablemente. En coordinación con el Centro de Salud se detectó una mejoría en los controles de INR.

conclusiones

El Sintrom es un medicamento que precisa de un entrenamiento especial por parte de los pacientes y de los sanitarios. La información recibida por el paciente al iniciar su tratamiento, no es bien asimilada, requiriendo una actualización de sus conocimientos. Tras la acción de Educación Sanitaria, se consiguió mejor control de sus niveles de anticoagulación.

Educación sanitaria en conservación de medicamentos. Elaboración de un tríptico informativo.

Valero Griñán MM, Romero Magdalena CS, Griñán Contreras MT, De Jesús Franco F, Lozano Estevan M
mgrinval@myuax.es

introducción

Garantizar la efectividad de los medicamentos depende también de una correcta conservación de los mismos en ámbito domiciliario. Desde la Oficina de Farmacia el farmacéutico tiene un papel asistencial privilegiado pudiendo facilitar a la población información al respecto, transmitiendo a los pacientes la información más relevante.

objetivo

Elaborar un tríptico que, desde las oficinas de farmacia, aporte a la población información acerca de las pautas de correcta conservación de medicamentos y, de esta forma, garantizar, por una parte la efectividad del tratamiento, y por otra la estabilidad de los medicamentos.

método

Se quiere diseñar un folleto informativo, de carácter divulgativo, que se pueda ofrecer en las oficinas de farmacia para educar a los pacientes respecto a la correcta conservación de medicamentos. Para ello se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas. Posteriormente se procedió a la recopilación de información, redacción de la misma y maquetación del folleto.

resultados

El tríptico quedó estructurado en los siguientes apartados: definición de botiquín casero, factores que pueden alterar la estabilidad y efectividad de los medicamentos y pautas de correcta conservación.

conclusiones

Distribuir el tríptico en las Oficinas de Farmacia adheridas al programa de estancias tuteladas de la Universidad Alfonso X el Sabio para alcanzar el mayor grado de difusión posible.

Efecto de una intervención farmacéutica en la promoción de la adherencia al tratamiento para la disminución y control de la presión arterial. Estudio AFenPA

Fikri Benbrahim N, Sabater-Hernández D, Faus MJ, Martínez-Martínez F en representación del Grupo de trabajo AfenPA*.
narjisfikri@yahoo.es

introducción

Son diversos los estudios que ponen de manifiesto el beneficio de la intervención del farmacéutico, integrado y colaborando con el equipo multidisciplinario de salud, en el control de la HTA. Por ello, el farmacéutico comunitario como agente sanitario cercano a la población, ha de realizar en su práctica habitual intervenciones sencillas basadas en la información y educación del paciente que ayuden a conseguir un mayor control de la presión arterial.

objetivo

Comprobar si una intervención farmacéutica educativa previamente diseñada conjuntamente con la automedida domiciliaria de la presión arterial (AMPA) mejora la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente, en comparación con la atención habitual en la farmacia.

método

Diseño del estudio: Ensayo controlado y aleatorio (2 grupos: control e intervención) de efecto comparativo de un Programa de Atención Farmacéutica con el proceso de atención habitual en 24 farmacias comunitarias de Jaén y Granada. La población de estudio será aquellos pacientes hipertensos de ambos sexos, entre 18 y 80 años que acuden a la farmacia con una receta médica a su nombre para retirar cualquier tratamiento antihipertensivo. La selección de los pacientes se realizará de forma consecutiva a medida que el farmacéutico investigador dispense un fármaco antihipertensivo a estos pacientes Metodología del estudio. El programa educativo durará 6 meses y constará de dos partes fundamentales: 1) educación/información al paciente sobre aspectos relacionados con la hipertensión arterial donde se utilizará una guía educativa impresa, que servirá de referencia (adherencia, riesgo cardiovascular y AMPA) e 2) interacción con el médico mediante informes personalizados del paciente. Para responder al objetivo del estudio, se medirá la presión arterial y la adherencia al principio y al final del estudio en ambos grupos. La presión arterial se medirá durante 3 visitas en 3 semanas consecutivas (3 medidas por visita) utilizando el tensiómetro VISOMAT comfort 20/40 validado clínicamente. La adherencia se medirá mediante el porcentaje de cumplimiento terapéutico (PC) utilizando el método de recuento manual de comprimidos. Para comprobar el efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia terapéutica y el control de la presión arterial, se compararán los resultados de presión arterial en la farmacia y PC obtenidos en ambos grupos.

discusión

Si el estudio llega a demostrar mejora en la adherencia terapéutica y en las cifras de presión arterial, este Programa Educativo podría promoverse en las farmacias comunitarias como práctica habitual enmarcada dentro de la Atención Farmacéutica.

*Grupo de trabajo AfenPA firmante: de Saavedra Sánchez JM, Carrascosa Medina MA, Cruz Puche J, El Amrini El Mrini M, De los Cobos Peñaller I, Lara Oya A, López Liebanas R, Moreno Carrascosa MA, Peñas Cruz E, Lorca González JP, Martínez Pérez SR, Martínez Serrano A, Molina Guerra AC, Rivas Pinto MR, Sánchez Alonso FJ, Paredes Ibáñez MJ, Sierra Ávila J, Uariachi H, Molina Fernández MJ, Trigo Hervas MM

Efecto de una intervención farmacéutica sobre el grado de control del paciente asmático. Estudio piloto

García-Cardenas V, Benrimoj SI, Chemello C, Arrillaga A, Faus MJ.
mavigc@gmail.com

introducción

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que en la práctica clínica, el asma es una patología difícil de controlar en la mayoría de los pacientes, incluso cuando el tratamiento establecido es aparentemente apropiado. Esta paradoja es mayoritariamente atribuible a la baja adherencia al tratamiento observada en los pacientes asmáticos y probablemente al bajo conocimiento que tienen sobre su farmacoterapia. El entendimiento del paciente de su enfermedad y su tratamiento es un factor imprescindible para lograr mejorar la adherencia, y como consecuencia los programas educativos se han convertido en una parte esencial del tratamiento. No obstante, hay que tener en cuenta que la no adherencia al tratamiento no es causada únicamente por una falta de conocimiento por parte del paciente, por lo que incrementar sus conocimientos de forma aislada sería insuficiente para mejorar la adherencia. Por tanto, es necesario realizar una intervención individualizada en función de las necesidades de cada paciente.

objetivo

Evaluar el efecto de una intervención farmacéutica sobre el conocimiento del paciente de su medicación antiasmática, adherencia al tratamiento y grado de control de la enfermedad en pacientes asmáticos, en comparación con la atención habitual en la farmacia. El objetivo del proyecto piloto es probar la viabilidad de la intervención diseñada, así como las herramientas empleadas en el mismo.

método

Diseño del estudio: Estudio cuasi-experimental. Población del estudio: Pacientes asmáticos mayores de 18 años tratados farmacológicamente con Symbicort que acuden a la farmacia para retirar su tratamiento. Participarán 6 farmacias comunitarias (dos en la provincia de Granada, dos en la provincia de Madrid y dos en la provincia de Guipúzcoa). Cada farmacia deberá captar un mínimo de 10 pacientes.

Metodología del estudio: El programa piloto tendrá una duración de tres meses, en los que farmacéutico realizará tres intervenciones sobre el paciente. En ellas deberá medir la adherencia al tratamiento antiasmático, conocimiento sobre la farmacoterapia, y control de la enfermedad de los pacientes asmáticos incluidos en el estudio, para realizar una intervención educativa posterior, donde se abordarán los siguientes apartados: asma, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y adherencia al tratamiento. De las seis farmacias participantes, tres utilizarán cuestionarios para medir la adherencia (Morisky-Green) y el control de la enfermedad (Asthma control questionnaire). Las tres restantes medirán la adherencia y control de la enfermedad mediante un diario que el paciente completará en su domicilio, en el que tendrá que registrar dosis de medicación antiasmática administrada, valores de flujo expiratorio máximo y síntomas característicos de la enfermedad padecidos. El conocimiento de la farmacoterapia se medirá utilizando un cuestionario (Conocimiento del paciente sobre su medicamento) en ambos grupos.

discusión

Los resultados obtenidos en el estudio piloto permitirán mejorar la intervención diseñada, así como decidir que herramientas son más prácticas para lograr los objetivos propuestos. Si una vez realizado el estudio principal, se demuestra que la intervención farmacéutica mejora el grado de control del paciente asmático, así como su adherencia al tratamiento y conocimiento del mismo, este programa se podría ofrecer como un servicio cognitivo más en el ámbito de la farmacia comunitaria.

Eficacia y seguridad de los suplementos dietéticos utilizados en la reducción del peso

Bara Bandrés MP, Juliá Alcañiz J
mariabara@telecable.es

introducción

En los últimos tiempos se ha extendido el uso de toda clase de suplementos o complementos alimenticios cuyo reclamo publicitario es la contribución a la pérdida de peso.

objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de algunos de los suplementos dietéticos más utilizados para la reducción del peso corporal.

método

Utilizando la base de datos de Pubmed se realiza una búsqueda bibliográfica con las siguientes palabras clave: "Dietary supplements, anti-obesity agents, weight loss, adverse effects" También se realiza una búsqueda manual de artículos publicados en revistas científicas.

resultados

Algunos autores sugieren que el empleo de las variedades del té (té verde, té rojo, té negro, té oolong) tiene un efecto sobre la pérdida de peso mediante un aumento de la termogénesis y de la oxidación de grasas aunque son necesarios más estudios para confirmarlo. Si que hay una sólida evidencia en que el té protege frente al cáncer químicamente inducido en animales de experimentación. Por otro lado, rigurosos estudios basados en ensayos humanos avalan la eficacia del extracto de té verde para el tratamiento tópico de verrugas genitales causadas por el virus del papiloma humano. Con respecto a la seguridad de este producto, apenas se han descrito casos de toxicidad aunque si que se ha relacionado su consumo con síntomas de insomnio, excitabilidad y cefaleas. En relación al chitosan existen estudios de metodología diversa y con resultados contradictorios. La mayoría de estos estudios no demuestran una variación significativa del peso al añadir chitosan frente al placebo. Los estudios en los que se avala el efecto positivo del chitosan son estudios experimentales realizados con un pequeño número de pacientes y durante un corto periodo de tiempo, por tanto, desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia los resultados no se pueden considerar concluyentes. Tampoco se han encontrado ninguna evidencia que justifique la eficacia de otros productos como la Garcinia Cambogia, Glucomanano, Plantago, guaraná y el Fucus. En cuanto al perfil de seguridad de estos suplementos, en general cuando se utilizan a las dosis terapéuticas recomendadas no se han descrito reacciones adversas. Únicamente en el caso de el fucus, se puede destacar la existencia de publicaciones en las que se ha registrado casos de hipertiroidismo secundario al exceso de yodo que contiene este alga. Su ingestión prolongada también puede reducir la absorción de hierro y generar una disminución de hemoglobina y de la concentración de hierro plasmático. También se han descrito casos de hipoglucemia en pacientes diabéticos por interacción del fucus con la insulina y con algunos antidiabéticos orales. El guaraná se han relacionado con casos de accidentes cardiacos y cerebrovasculares cuando se utiliza a dosis superiores a las recomendadas.

conclusiones

Actualmente, no existen datos disponibles que avalen la eficacia y seguridad de muchos de los productos que se comercializan contra la obesidad. En nuestro ámbito, es necesario insistir en la necesidad de una alimentación variada, saludable y equilibrada, junto con la practica de una actividad física adaptada y adecuada.

El acto farmacéutico : (acto.f) teoría evolutiva del seguimiento farmacoterapéutico que acompaña al paciente desde el diagnóstico al demnóstico de la enfermedad que padece

Giralt Simeón L.
loretogiralt@cofgi.org

introducción

El paciente cuando acude a la oficina de farmacia ha sido previamente diagnosticado, y posiblemente ha obtenido un pronóstico de su enfermedad. Como consecuencia se le ha recetado un tratamiento farmacológico. Propongo el acto farmacéutico (acto.f), como la teoría evolutiva y una nueva aplicación del seguimiento farmacoterapéutico (SFT), que acompaña al paciente desde el diagnóstico al demnóstico de la enfermedad que padece.

objetivo

Demostrar que el Método Dáder de SFT es imprescindible para recoger la información básica sobre el estado de situación de nuestro paciente y de su enfermedad . A partir de los resultados obtenidos el farmacéutico emitirá un demnóstico.

método

La realización del protocolo del acto farmacéutico es el método de trabajo que propongo. el acto.f comporta tres estados de situación aquí resumidos: 1) actuaciones profesionales definidas antes de la dispensación : comporta el conocimiento del medicamento y la realización de una guía terapéutica exclusiva para nuestra farmacia y adaptada a nuestros pacientes. 2) actuaciones profesionales definidas durante la dispensación: interacción entre el farmacéutico y su paciente .debe aprovecharse para dispensar siempre con el correspondiente consejo farmacéutico dar facilidades para una consulta privada o proponer el seguimiento farmacoterapéutico.(sft), aplicando el sistema dader. 3) actuaciones profesionales definidas después de la dispensación: requiere continuar trabajando sobre el paciente y sus casos clínicos. realizar estadísticas y valoraciones ,así como reuniones clínicas con otros profesionales sanitarios.

resultados

El demnóstico permite clasificar a los pacientes según el Grado de Curación de la enfermedad. El farmacéutico deberá realizar un informe profesional indicando que el demnóstico del paciente X (demostración real con el método DADER de SFT), tiene por ejemplo un Grado de Curación IV (GCIV). Se deduce que equivale a Curación Nula Si el pronóstico era de Curación Cierta , y el demnóstico es de Curación Nula permite a su médico a replantearse un nuevo tratamiento o diagnóstico del paciente X.

conclusiones

El farmacéutico no diagnostica , pero si demnosta. Los conocimientos científicos y el protocolo del ACTO.F. abren un abismo entre la dispensación y la venta de medicamentos. Si protocolarizamos el ACTO.F., daremos credibilidad a nuestro trabajo como profesionales del medicamento. Nuestros informes serán imprescindibles tanto para los profesionales sanitarios, como para el propio paciente que estará interesado en corroborar el demnóstico , sobretodo cuando la Curación Cierta no se produce.

notas

Palabras Clave de este trabajo: Marzo 2010. Teoría original LGiralt . El ACTO FARMACÉUTICO (ACTO.F) lo defino como el conjunto de actuaciones profesionales que el farmacéutico ha de realizar y que le son propias. El demnóstico (dem = demostración), lo defino como la determinación de la curación de la enfermedad que le ha sido diagnosticada al paciente. Palabras clave originales del trabajo : Teoría de la Incertidumbre de la Curación de la enfermedad (T.I.C.) 2008. (LGIRALT)

Grado de Curación I (GCI)equivale a una Curación Cierta Grado de Curación II (GCII)..... Curación Incierta Grado de Curación III (GCIII)..... Curación Incierta Grado de Curación IV(GCIV)..... Curación NULA

Evaluación de la satisfacción de los pacientes tras la primera intervención farmacéutica en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico

Castrillón CC, Faus MJ, Larrañaga B, Gastelurrutia MA
magastelu@medynet.com

introducción

Los resultados en salud se clasifican en clínicos, económicos y humanísticos. Dentro de estos últimos una variable que se ha medido con frecuencia ha sido la satisfacción de los pacientes, si bien no siempre se han utilizado herramientas validadas para ello. Recientemente se ha validado un cuestionario para medir la satisfacción de los pacientes en Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). Consta de 11 ítems divididos en dos bloques: el primero explora la percepción de la utilidad del servicio (6 ítems) mientras que el segundo analiza consecuencias del mismo (5 ítems). En todos los ítems se utilizó una escala Likert del 1 al 5, correspondiendo el 1 a "poco de acuerdo" y el 5 a "muy de acuerdo". Dentro de un estudio más amplio que evalúa los resultados en salud del SFT, se planteó la utilización del cuestionario tras la primera intervención farmacéutica (IF) para medir la satisfacción con el SFT. (A los dieciocho meses de seguimiento se volverá a evaluar).

método

A 140 pacientes de reciente incorporación al servicio de SFT, una vez realizadas la primera entrevista y el primer estado de situación según la metodología Dáder y tras la primera IF, se les entregó un cuestionario para medir la satisfacción con el servicio de SFT. Los cuestionarios cumplimentados eran anónimos y se recogieron en una urna dispuesta en la farmacia a tal fin.

resultados

Se entregaron un total de 140 cuestionarios con una tasa de respuesta del 100%. Las respuestas obtenidas a cada pregunta son (M=media): 1.01: Conocer mejor los medicamentos que uso (M=4,86) 1.02: Aprender a usar adecuadamente los medicamentos (M=4,89) 1.03: Que los medicamentos que uso solucionen eficazmente mis problemas de salud (M=4,83) 1.04: Aprender sobre la necesidad de cumplir el tratamiento prescrito por mi médico (M=4,86) 1.05: Aprender a conocer los efectos indeseables de los medicamentos que uso (M=4,28) 1.06: Que se reduzcan los efectos indeseables de los medicamentos que uso (M=4,51) 2.07: Continuaría visitando a mi farmacéutico para seguir en este programa de seguimiento de mis medicamentos (M=4,91) 2.08: Solicitaría a mi médico que continúe trabajando en conjunto con mis problemas de salud (M= 2,99) 2.09: Recomendaría a mis familiares o amigos que acudan a mi farmacéutico para que les ofrezcan este servicio cuando lo precisen (M=4,92) 2.10: Consideraría apropiado que la Seguridad Social reconociera honorarios por este servicio profesional ofrecido por mi farmacéutico (M=3,86) 2.11: Estoy satisfecho con el servicio recibido (M=4,94) La satisfacción de los pacientes con el SFT es muy alta, superando casi todos los ítems el valor de 4 con dos excepciones: el ítem 2.10 que hace referencia al pago de los honorarios del farmacéutico por la Seguridad Social y el 2.08, la menos valorada, que se refiere a la colaboración farmacéutico-médico. La mayor puntuación la obtuvo el ítem "estoy satisfecho con el servicio recibido" (2.11).

conclusiones

Tras la realización de la primera IF, la satisfacción de los pacientes en SFT con el servicio es muy alta. Sin embargo, los mismos pacientes parece que muestran cierta dificultad para comprender el papel conjunto que deben tener el farmacéutico y el médico colaborando en beneficio de la salud de los mismos.

Evaluación de las situaciones de riesgo en la dispensación de fluoroquinolonas

Albert Pagès L, Cabarrocas Durán S, Camps Soler AR, Frigola Castellón M, Martínez Martínez R
atenciofarmaceutica@cofji.org

introducción

Las fluoroquinolonas son agentes muy efectivos por vía oral frente a un buen número de infecciones, sobre todo por gram (-). Pueden provocar reacciones adversas tales como Artropatías por cierto riesgo a lesiones en articulaciones y tendones, Neurotoxicidad manifestada como insomnio, nerviosismo o cefalea y Fotosensibilización. En la Dispensación debería revisarse la seguridad de las mismas, sobre todo en los casos de pacientes polimedicados por posibilidad de interacción entre su medicación habitual y la fluoroquinolona en cuestión.

objetivo

- a) En el caso de tratarse de un paciente polimedicado evitar posibles interacciones con su medicación habitual.
- b) En todos los casos, evaluar el correcto conocimiento del tratamiento por parte del paciente, para así evitar posibles RNM.

método

Se definen las "Situaciones de riesgo de Fluoroquinolonas" con los farmacéuticos interesados en participar en el estudio y se consensúa la hoja de registro. Se acuerda incluir en el estudio cualquier persona que solicite una fluoroquinolona vía oral. Los datos son introducidos por los propios participantes en un formulario web diseñado a tal efecto. El procesado de datos se realiza a través del programa estadístico SPSS. V 11.5.

resultados

El estudio se ha realizado en el período comprendido entre el 1 de marzo y el 15 de abril de 2010, y en él han participado 11 farmacias con un total de 66 registros. De los 66 registros procesados, el 59,1 % correspondía a pacientes de 26-65 años, el 39,4 % a > de 65 años y el 1,5% a pacientes de 16-25 años. De los pacientes >65 años el 50% tomaba más de 6 medicamentos. El 60,6% de la muestra tomaba 2 o más medicamentos y de ellos el 28,8% más de 6. En un 42,4% se prescribió ciprofloxacino, 21,2% norfloxacino, 18,2% levofloxacino y 18,2% moxifloxacino. El 30,3% no sabía como tenía que tomar el medicamento. Las dispensaciones se han efectuado en los 66 registros y las intervenciones realizadas (80,3%) han sido en todas ellas de información: - En un 69,7% se informó de como tomar correctamente la medicación. Incluiríamos aquí aquellos casos (7,17%) en que se simultanean la fluoroquinolona con medicamentos que pueden afectar la pérdida de efectividad del antibiótico por disminución de su absorción (sucralfato, calcio y derivados, sales de Fe y Zn, y antiácidos Al, Mg), informando de la importancia de separar la administración de la quinolona unas 2h antes o 4 después. - En un 13,6% se informó al paciente de cuales serían los síntomas que en caso de aparecer debería avisar al prescriptor. Se incluyen aquí los casos en que se simultanean el antibiótico con medicamentos que metabolizan por enzima CYP450 (teofilina); aquellos que por padecer una patología cardiovascular y poseer edad avanzada pudieran ser susceptibles de prolongación del intervalo QT y además los que se asoció el antibiótico con acenocumarol y corticoides.

conclusiones

La detección de posibles PRM en el momento de la dispensación, es de suma importancia en tratamientos con medicación aguda. En este trabajo se pone de manifiesto que la utilización de herramientas como "algoritmos de riesgo y protocolos de actuación", agilizan la actuación del farmacéutico en un momento en que paciente y farmacéutico disponen de tiempo limitado.

Factores asociados calidad del sueño de pacientes de edad avanzada que acuden a la farmacia comunitaria en la provincia de Granada.

García-Corpas JP, Sabater Henández D, Carmona-García J, Torné M, Martínez-Martínez F, Grupo de Higiene del Sueño del COF Granada.
jpcorpas@atencionfarmaceutica-ugr.es

objetivo

Estudiar la asociación de la calidad del sueño (CS) con la ansiedad, depresión, dolor crónico y el consumo o no de medicamentos hipnóticos en pacientes mayores de 65 años que acude a la farmacia comunitaria en la provincia de Granada.

método

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron los pacientes mayores de 65 años que iban a la farmacia por cualquier razón. Se excluyeron aquellos que tuviesen enfermedades psiquiátricas o físicas que complicasen mantener una entrevista, que padeciesen enfermedad de Parkinson o apnea del sueño. Todos los pacientes fueron entrevistados en 9 farmacias de Granada por farmacéuticos entrenados para ello. Para medir la CS se utilizó el "Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI)". Éste mide la CS en el mes previo de la aplicación del mismo. Se utilizaron las 19 primeras preguntas que valoran 7 componentes: Calidad subjetiva o percibida, Latencia del sueño, Eficiencia habitual de Sueño, Perturbaciones del sueño, Uso de medicación hipnótica y Disfunción diurna. Cada uno de estos componentes recibe una puntuación discreta de 0 (no hay problemas de CS) a 3 (grave problema de CS). La suma de las puntuaciones genera una puntuación total que puede ir de 0 a 21. Se consideró, como indica la validación de la escala, buen dormidor (BD) una puntuación ≤ 5 y mal dormidor (MD) una puntuación > 5 tal. Esta categorización fue utilizada para estudiar la asociación con el consumo de hipnóticos y/o ansiolíticos (Sí/No), si padecía ansiedad (Sí/No), depresión (Sí/No), dolor crónico (Sí/No). También se estudió la asociación entre la latencia del sueño (LS: tiempo que tardaba en dormirse el paciente desde que se acuesta (0-15 minutos/16-30 minutos/31-60 minutos/ > 60 minutos), el tiempo total de sueño (TTS) y la eficiencia del sueño (Efs: TTS partido por el número de horas que se ha permanecido en la cama expresado en porcentaje). Para caracterizar a la población se recogieron otras variables como sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), estado civil, estudios realizados, hábito tabáquico. Se realizó análisis de frecuencias para las variables cualitativas y un estudio de las medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas. Para comparar proporciones se empleó el test de la ji-cuadrado; cuando alguna de las frecuencias esperada era inferior o igual a 5 se utilizó el estadístico exacto de Fisher ó el test de la U de Mann-Whitney en tablas 2xk (cuando $k > 2$). Para comparar medias entre los grupos se utilizó el test de la t de Student; en caso de heterogeneidad de varianzas se utilizó el test de Welch.

resultados

Entraron en el estudio 125 pacientes. En el grupo MD, el 60,2% son mujeres que en el el 57,1% hombres ($p=0,065$). El 56,8% de los MD tiene dolor crónico, mientras que 76,2% BD no lo tienen ($p=0,05$). En el grupo de MD 80,7% de tienen depresión y 72,8% ansiedad, sin embargo en el grupo de BD el 4,8% tiene depresión y el 9,5% ansiedad ($p=0,02$ en ambos casos). Por otro lado en los MD el 59,3% tomaba hipnóticos y en los BD los tomaba 9,5% ($p > 0,001$).

conclusiones

En la muestra estudiada, tener ansiedad, depresión, dolor crónico, y ser mujer está asociada a tener una mala CS. Sería necesario hacer un estudio con más pacientes y un análisis estadístico más potente para comprobar si realmente son factores de riesgo de una mala CS.

*Grupo de Higiene del Sueño del COF Granada: Borrego-Delgado A, Gallardo-Muñoz A, Hita B, Cuerda MT, Lillo Serrano M, Martínez Pérez SR, Ruiz Acosta MU, Ruiz-Chena Fuentes C, Tortosa Fernández MD.

Factores predictores del efecto de bata blanca en la farmacia comunitaria. estudio MEPAFAR.

Sabater-Hernández D, Sánchez-Villegas P, García-Corpas JP, Baena MI, Amariles P, Faus MJ. Grupo MEPAFAR
dsabater@gmail.com

introducción

El efecto de bata blanca (EBB) corresponde a la elevación transitoria de la presión arterial (PA) experimentada por el paciente cuando la medición de este parámetro es realizada por un profesional sanitario. Así, el EBB puede producir valoraciones inadecuadas sobre la efectividad de la farmacoterapia (infraestimación) y, en consecuencia, hacer que se tomen decisiones terapéuticas inoportunas (Ej. Prescripción de medicamentos innecesarios). En este contexto, la identificación de aquellas características de los sujetos que inducen un mayor EBB puede resultar especialmente interesante, ya que se podrían evitar los potenciales problemas derivados de dicho efecto.

objetivo

Determinar si la edad, el sexo, la PA en la farmacia, la variabilidad de la PA ambulatoria diurna, el índice de masa corporal (IMC), la adherencia terapéutica, el número de medicamentos antihipertensivos y el tabaquismo, son factores asociados al EBB en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico antihipertensivo que acuden a farmacias comunitarias.

método

Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron los pacientes hipertensos, mayores de 18 años, que retiraban algún fármaco antihipertensivo (uso personal) en una de las 8 farmacias colaboradoras en el estudio. Para medir el EBB en la se utilizó la diferencia entre la PA promedio en la farmacia y la PA promedio durante el periodo de actividad de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). La PA en la farmacia se midió en 4 visitas (3 medidas cada vez); el promedio se calculó utilizando las 2 últimas medidas de las 3 últimas visitas. La MAPA se realizó durante un día de actividad cotidiana (lecturas de PA cada 20-30 minutos); la PA promedio del periodo de actividad se calculó empleando el diario de sueño aportado por el paciente. Para estudiar los factores asociados al EBB se utilizó el análisis de regresión lineal multivariante. Las variables dependientes fueron: EBB en la PA sistólica (PAS) y EBB en la PA diastólica (PAD). Las variables independientes fueron las descritas anteriormente en el objetivo. Para aceptar la asociación entre el EBB (PAS o PAD) y las variables independientes, se consideró un valor de p menor de 0,05. Finalmente, se realizaron las pruebas que permitieron el diagnóstico de los modelos (colinealidad; linealidad; distribución normal, homocedasticidad e independencia de los errores; coeficiente de determinación).

resultados

Se incluyeron 169 pacientes (edad media $56,4 \pm 10,8$ años; 59,8% mujeres). El análisis multivariante reveló que solamente la PAS se encontraba asociada al EBB en la PAS: a igualdad del resto de variables, por cada mmHg que se incrementó la PAS en la farmacia, el EBB en la PAS aumentó, por término medio, 0,35 mmHg. Por su parte el EBB en la PAD se asoció con: el sexo (el EBB fue en promedio 4,9 mmHg mayor en las mujeres que en los hombres), el IMC (el EBB aumentó en promedio 0,13 mmHg por cada kg/m^2 de aumento en el IMC), la PAD en la farmacia (el EBB aumentó en promedio 0,24 mmHg por cada mmHg de aumento en la PAD) y la edad (el EBB aumentó en promedio 0,1 mmHg por cada año de edad).

conclusiones

El presente estudio sugiere que el sexo, la edad, el IMC y la PAD en la farmacia son factores independientes asociados a la magnitud del EBB producido en la farmacia comunitaria en la PAD. Por su parte, el EBB en la PAS sólo se asoció a la PAS medida en la farmacia.

Grupo MEPAFAR: Hernández Peña N, Sabater Díaz JM, Artilles Campelo A, Jorge Rodríguez ME, García Morales MF, Santana Pérez FM, Merino Barber L, Díaz Merino N, Artilles Ruano ME, Contardi Lista AM

Formación de formadores colegiales. Programa conSIGUE

García-Cárdenas V, Feletto E, Fernández-Galdón RP, Navas-Vargas EM, Martínez-Martínez F, Benrimoj SJ.
mavigc@gmail.com

introducción

La experiencia internacional ha permitido medir el impacto de diferentes servicios, y concluir que la implantación es más efectiva cuando el cambio de práctica en farmacia comunitaria se aborda holísticamente. Numerosas investigaciones han mostrado que la formación impartida de forma aislada, no es efectivo para respaldar un cambio. Esta formación usada conjuntamente con un apoyo en la farmacia (mediante visitas a la misma por una persona facilitadora del servicio – formador colegial) y asistencia disponible vía telefónica o por e-mail, favorece la implantación del servicio. Como novedad se utilizará un Formador Colegial (FC) que se encargará de la formación y asesoría in situ, es decir, en las propias farmacias que realizan servicios (en este caso SFT), tratando de solucionar cualquier problema. El FC dependerá del Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial del que se trate. Tiene una importancia vital, y desde el programa conSIGUE se espera que en el futuro esta figura adquiera una presencia en los COF parecida a la que hoy tienen los farmacéuticos que trabajan en los CIM.

objetivo

1. Definir la figura del formador colegial y sus funciones
2. Diseñar, evaluar y medir el impacto de un programa de formación sostenible de FC para apoyar al farmacéutico en la realización de SFT. Este resumen únicamente muestra los resultados correspondientes al impacto que tiene el FC sobre el farmacéutico, en la primera de las tres visitas realizadas a las farmacias en el estudio piloto

método

Para el análisis de datos de la fase piloto del proyecto se ha utilizado la metodología cualitativa y descriptiva. Población de estudio: dos FC y 15 farmacias de la provincia de Cádiz. Todo el material utilizado ha sido diseñado tras la experiencia obtenida en dos pre-pilotos realizados en las provincias de Granada y Murcia. La recogida de datos se realizó utilizando tres hojas de registro: modelo PRECEDE, hoja de visitas a las farmacias y hoja de dificultades encontradas y resueltas. Estas hojas se rellenaron para cada visita realizada a cada farmacia.

resultados

Para el modelo PRECEDE, los factores predisponentes y facilitadores más mencionados por los farmacéuticos a favor de la realización de SFT fueron: presencia de una figura de apoyo para solucionar posibles dificultades y necesidad de dar un impulso a la profesión, mientras que en contra fueron: aceptación del servicio por parte del médico y tiempo empleado para la realización de SFT. En cuanto a las hojas de visitas, el tiempo medio empleado por los FC en cada visita a la farmacia fue de una hora. La actividad del formador se concentró en recoger las opiniones de los farmacéuticos sobre el proyecto, comprobar el número de pacientes captados y solucionar cualquier dificultad surgida en la realización del servicio. Las dificultades que se han repetido con mayor frecuencia han sido: comunicación con el médico, búsqueda de información para la fase de estudio, cumplimentación de registros de SFT.

conclusiones

Los resultados obtenidos en esta primera fase del piloto son muy similares a aquellos obtenidos en otros países, mostrando que con el apoyo ofrecido al farmacéutico, los FC son potentes agentes del cambio. El hecho de que el cargo de FC sea desempeñado por personal de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos provinciales da sostenibilidad al programa, debido al gran conocimiento que éstos tienen de la farmacia y de los farmacéuticos a nivel local.

Opiniones de los usuarios de farmacia comunitaria sobre el servicio de indicación farmacéutica.

Ocaña Arenas AM, Sáez-Benito Suescun L, Baena Parejo MI, Faus Dáder MJ, Plaza Piñol F.
anaocana_8@hotmail.com

introducción

La Indicación Farmacéutica (IF) es el servicio prestado por el farmacéutico ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Es una práctica común, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante el nivel de satisfacción de sus usuarios. Una forma de aproximarse a ésta es conocer las opiniones de los usuarios.

objetivo

Explorar las opiniones de los usuarios de farmacias comunitarias sobre el Servicio de Indicación farmacéutica.

método

Estudio cualitativo. Población: Usuarios de farmacias comunitarias participantes en un estudio de investigación sobre IF (pertenecientes a 23 provincias españolas) que voluntariamente quisieron expresar su opinión sobre este servicio. Los usuarios tras la visita a la farmacia contestaron a una encuesta telefónica de satisfacción administrada por una encuestadora externa. La encuesta incluía una pregunta, formulada con formato de respuesta abierta, sobre aquéllos comentarios o sugerencias que quisieran realizar referidos a la valoración general del servicio de IF recibido. La encuesta se llevó a cabo entre Junio y Noviembre de 2008. Para la codificación de las respuestas abiertas, se realizó una revisión exhaustiva de los datos literales. En segundo lugar, se realizó una depuración de términos y la generación de diccionarios de sinónimos asociando todas aquellas respuestas que significaban lo mismo. Por último, se generaron variables cerradas y se codificaron.

resultados

De los 3.449 encuestados sobre la satisfacción con la IF recibida, 524 expresó su opinión general sobre el servicio de IF recibido. Los comentarios se concentraron en siete dimensiones que engloban tanto aspectos positivos, como negativos en la valoración global del servicio de IF. Accesibilidad: Atención más rápida, a cualquier hora. "No pierdes tiempo", "Están a cualquier hora" Competencia: Destacan la capacidad e idoneidad del servicio, y la autoridad del farmacéutico. "Están más cualificados"; "son serios, te recomiendan lo justo"; "Es como tu segundo médico" Confianza: Indican la atención confidente y el conocimiento profundo. "Sabe todo mi historial"; "El marido no va al médico, pero sí a la farmacia"; "Mayor confidencialidad" Dedicación: Atención detenida y centrada en el paciente. "Te dedican más tiempo"; "Te explican con mayor detenimiento y detalle"; "Te lo explican todo" Satisfacción: Cualquier modo en que se exprese la ilusión y expectativas que genera este servicio. "Estoy muy contenta/o"; "Me parece fenomenal" Desconfianza: Atribuciones negativas al servicio y al farmacéutico. "Hay mucho interés económico"; "No me fío de ellos" Preferencia por otros profesionales: Afirmaciones que demandan la actuación del profesional médico en sustitución al Farmacéutico. "En primer lugar siempre voy al médico", "El farmacéutico es un complemento del médico", "El farmacéutico sólo debe atender cosas leves".

conclusiones

Entre las opiniones de los usuarios, expresadas de manera espontánea, sobre el servicio de indicación farmacéutica, una de las más repetida fue la confianza que les inspira la atención del profesional farmacéutico. "... Es como ir al médico", "Confío en él como en mi médico", "Un buen farmacéutico, es mejor que un buen médico", "Un farmacéutico resuelve muchos problemas sin tener que ir al médico", "El 90% aconseja muy bien antes de ir al médico", "Confío más en el farmacéutico porque, al fin y al cabo, después de la consulta médica, vas a la farmacia a que te aclaren todo", "Al farmacéutico lo eliges tú. Al médico no".

Optimización del gasto farmacéutico: impacto potencial de la sustitución por genérico de 6 principios activos

Nadal Llover M, Guerrero Guerrero A.
marionbq@hotmail.com

introducción

El CatSalut asigna a cada Equipo de Atención Primaria (EAP) un gasto farmacéutico máximo asumible (GMA) anual. El Self-audit es un módulo informático integrado en la estación electrónica de trabajo clínico de Atención Primaria (eCAP), diseñado por el ICS. Este módulo, en su apartado de eficiencia, dispone de un informe de "sustitución por EFG" que lista los pacientes que tienen medicación susceptible de ser cambiada por una EFG a un coste inferior al tratarse de principios activos aun no incluidos dentro del Sistema de Precios de Referencia.

objetivo

Evaluar el impacto de la sustitución potencial de 23 medicamentos (correspondientes a 6 principios activos) sobre el GMA.

método

El Self-audit ha priorizado 21 medicamentos (correspondientes a 5 principios activos: atorvastatina, clopidogrel, irbesartan, venlafaxina y tamsulosina), considerando el impacto económico que suponen estas sustituciones en el sistema sanitario (rango ahorro por envase: 7,62 - 27,32€; 30 - 52%). En el estudio, hemos incluido 2 medicamentos más por su prevalencia en la prescripción e influencia en el gasto farmacéutico en nuestra área: el risedronato (ahorro por envase: 11,5€; 30%) Estudio descriptivo realizado en 10 EAP (urbanos/rurales), con una población de 172.067 habitantes y con 125 facultativos. Se ha analizado el consumo que representan estos medicamentos y la desviación del GMA, en base a los datos de prescripción-dispensación de la facturación de farmacia del CatSalut, correspondiente al año 2009.

resultados

El gasto farmacéutico generado por los 10 EAP durante el 2009 fue de 35.303.844 €; correspondiendo un 11,11% (3.923.921€) del mismo a los principios activos candidatos a la sustitución. Se prescribieron un total de 85.637 envases susceptibles a ser cambiados, con la siguiente distribución: atorvastatina 38%, clopidogrel 16,2%, tamsulosina 16,3%, venlafaxina 14,4%, risedronato 11,6%, y irbesartan 3,5%. El ahorro hipotético total sería de 1.293.066 € (rango distintos EAP: 39.897 - 322.623€). La contribución al ahorro de los principios activos seleccionados sería: atorvastatina 36,6%, venlafaxina 22%, clopidogrel 18,6%, tamsulosina 9,7%, risedronato 9%, y irbesartan 3,9%. Únicamente 2 EAP cumplieron el GMA del año 2009. La desviación del GMA en total fue de 223.723 € (rango distintos EAP: -93.218 - 121.183 €). El balance entre el ahorro potencial y la desviación del GMA sería de 1.069.353 € (rango distintos EAP: 4.006 - 371.678 €). Todos los EAP hubieran cumplido el GMA anual.

conclusiones

A priori, Self-audit es una herramienta útil para promocionar el uso racional del medicamento y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

La sustitución de tan solo 6 principios activos puede revertir la desviación sobre el GMA. - El principio activo que contribuiría más en el ahorro sería l'atorvastatina.

A partir de este trabajo el farmacéutico ha realizado sesiones y folletos informativos, con buena acogida por los profesionales sanitarios.

Es necesario realizar un seguimiento de los datos cualitativos y cuantitativos durante el 2010, para valorar el verdadero impacto de esta medida.

Esta medida podría hacerse extensible a nivel estatal

Propiedades antioxidantes de la n-acetilcisteína

Bara Bandrés MP, Allende Bandrés MA
mariabara@telecable.es

introducción

El estrés oxidativo es originado por altas concentraciones de radicales libres y especies reactivas y se relaciona con el envejecimiento y con enfermedades degenerativas ligadas al mismo. En las últimas 2 décadas, la NAC se ha utilizado ampliamente en el campo de la medicina respiratoria como agente mucolítico. Sin embargo, a través de diferentes mecanismos de acción, la NAC también ha demostrado tener propiedades antioxidantes por lo que se ha especulado que también podría estar indicado en la terapia de otras patologías asociadas a fenómenos de estrés oxidativo.

objetivo

Determinar si la NAC puede resultar efectivo en el tratamiento de otras patologías a parte de las respiratorias.

método

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed utilizando las palabras clave "n acetylcysteine studies", "n acetylcysteine supplementation", "n acetylcysteine prophylaxis", "n acetylcysteine protected cells", "n acetylcysteine use". También se realiza una búsqueda manual de artículos publicados en revistas científicas.

resultados

Los estudios revisados muestran resultados positivos tras la administración de NAC en pacientes con patologías cardíacas. Un estudio doble ciego controlado por placebo de 4 meses de 200 personas con enfermedad cardíaca descubrió que la combinación de nitroglicerina y NAC redujo significativamente la incidencia de ataques cardíacos y otros problemas cardíacos graves. La NAC y la nitroglicerina por separado no fueron tan efectivas. El único problema fue que la combinación de nitroglicerina y NAC provocó dolores de cabeza severos en muchos participantes. Este efecto también ha sido observado en otros estudios. Además, diversos estudios avalan el efecto hepatoprotector de la NAC ya que es capaz de neutralizar diversos metabolitos hepatotóxicos: Las conclusiones de uno de ellos, publicado en el 2005, indican que este fármaco se mostró efectivo y seguro en el tratamiento de pacientes con el virus de hepatitis B. Otros estudios acreditan este efecto hepatoprotector ya que se ha demostrado que mejora las lesiones hepáticas producidas a consecuencia de intoxicaciones por la ingesta de altas dosis de paracetamol. También resulta eficaz en intoxicaciones agudas producidas por metales pesados ya que actúa como agente quelante capaz de proteger al hígado y riñón así como a facilitar la eliminación de los metales pesados. Por otro lado, en 3 estudios revisados se analiza el efecto de este fármaco en el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática y en 2 de ellos se muestra una mejoría de la función pulmonar tras la administración del fármaco (junto con el tratamiento clásico), mientras que en el 3º no se muestran resultados concluyentes. Este medicamento también ha resultado ser efectivo en el tratamiento de la blefaritis crónica y en el síndrome de Sjogren ya que en ambos casos se ha demostrado que tras la administración de NAC mejora la calidad de película lagrimal. Se cree que a consecuencia de su efecto antioxidante. Otro estudio sugiere que la NAC podría ayudar a compensar los efectos carcinogénicos provocados por el tabaco, y también puede resultar efectivo como tratamiento preventivo del cáncer de colon.

conclusiones

La N-acetilcisteína no solamente actúa como mucolítico sino que también presenta propiedades hepatoprotectoras y antioxidantes.

Propuesta de indicadores de proceso y descripción del seguimiento farmacoterapéutico en el pre-piloto de investigación del Programa conSIGUE.

Sáez-Benito L, Faus Dader MJ, Feletto E, Fernandez-Llimós Somoza F, Plaza C, Benrimoj SI.
lore_saezbenito@hotmail.com

introducción

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) es un servicio profesional con un importante potencial para mejorar los resultados de la farmacoterapia de los pacientes. Se está diseñando un programa de evaluación del impacto clínico del SFT a pacientes adultos mayores polimedificados en la farmacia comunitaria (Programa conSIGUE). Las principales limitaciones de los estudios sobre el efecto de intervenciones multicomponentes como el SFT, radican en la dificultad para asegurar una homogeneidad en la intervención que reciben los sujetos de la muestra. Los estudios aportan además escasos detalles sobre la intervención, lo que dificulta aún más la comparación de resultados y futura replicación de las intervenciones. Para controlar el efecto de estas posibles limitaciones en el Programa conSIGUE, se seleccionaron, en base a la literatura, indicadores de proceso del SFT y se diseñó una intervención basada en la metodología Dáder del SFT.

objetivo

Proponer indicadores de proceso del SFT en la farmacia comunitaria. Describir el proceso de SFT llevado a cabo por los farmacéuticos en el pre-piloto del programa conSIGUE.

método

Se realizó una revisión de la literatura para proponer indicadores de proceso del SFT. La búsqueda se realizó en dos bases de datos (Medline y Embase, desde 1970 hasta la actualidad) utilizando palabras clave y términos de indexación: "Pharmaceutical Services"[Mesh]; "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh]; "Medication Therapy Management"[Mesh]; "intervention"; "medication"; "pharmacy"; Se diseñó una intervención basada en la metodología Dáder y se realizó un pre-piloto de investigación en 33 farmacias de Granada y Murcia durante el periodo Diciembre 2009 - Febrero 2010. Los farmacéuticos participantes fueron formados para prestar el SFT a pacientes (criterios de inclusión: mayores de 65 años y 5 o más medicamentos) y registrar el proceso. Recibieron el apoyo de un formador colegial in situ en la farmacia

resultados

De la revisión de la literatura se propusieron 10 indicadores de proceso: (1) Duración de la entrevista con el paciente: (2) Lugar de la entrevista con el paciente (3) Contactos adicionales (4) Obtención de información del paciente (5) Realización de fase de estudio (6) Duración de la fase de estudio (7) Realización de una evaluación de la farmacoterapia (8) Establecimiento de objetivos del plan de actuación (9) Realización de intervenciones (10) Continuidad del SFT. (Los datos de estos indicadores están actualmente siendo procesados y se presentarán en el poster) La intervención de SFT en el pre-piloto constó de 3 visitas, descritas a continuación: •Visita 1_Análisis de situación: Obtención de información del paciente, realización de fase de estudio; y realización de una evaluación de la farmacoterapia. En la visita 1 se obtuvo la información de 114 pacientes, y se evaluó la farmacoterapia de 108 pacientes, en 10 casos el farmacéutico evaluó sin fase de estudio. •Visita 2_Plan de actuación: Establecimiento de objetivos del plan de actuación y realización de intervenciones. En la visita 2 se plantearon objetivos terapéuticos para 85 pacientes que recibieron la intervención del farmacéutico. De 127 intervenciones 62 iban dirigidas al médico. •Visita 3_Evaluación y Seguimiento: Continuidad del SFT. Debido a la corta duración del pre-piloto el registro de la visita 3 fue realizada en un pequeño número de pacientes y no se aportan los datos relativos a esta visita

conclusiones

Los indicadores de proceso propuestos permiten medir el servicio de SFT realizado por los farmacéuticos. Es necesario hacer más estudios para determinar cuáles son los indicadores críticos La intervención propuesta es una adaptación de la metodología Dáder aplicable al diseño de una investigación.

Rentabilidad de la prestación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria española.

Noain MA, Feletto E, Gastelurrutia MA, Benrimoj SI
aranzazunoain@hotmail.com

introducción

La farmacia comunitaria se define como un centro privado de interés público. Es una empresa privada que debe cubrir las necesidades de la población relativas a su medicación y que además para funcionar y mantenerse a lo largo del tiempo depende de su rentabilidad. En España son muy pocas las farmacias que a día de hoy apuestan por la prestación de servicios profesionales con el fin de garantizar no sólo su éxito como organización sino también su éxito profesional. Se trata de farmacias particularmente interesantes ya que en ellas se encuentran farmacéuticos de carácter especialmente asistencial que con la prestación de servicios profesionales sanitarios, pretenden garantizar su futura viabilidad profesional y empresarial. Por otro lado, en las farmacias de estas características el servicio más innovador y que a su vez forja especialmente dicho carácter, es el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). La puesta en marcha de este servicio y su prestación a lo largo del tiempo conllevan una serie de costes que deben ser cuantificados, con el fin de garantizar su rentabilidad y por tanto su viabilidad. No en vano es la rentabilidad del servicio, que afectará a la rentabilidad global de la farmacia, la que determinará su prestación y sostenibilidad. Además determinar los costes asociados a la prestación del servicio es el paso previo necesario para estimar el importe a percibir por la prestación del mismo.

objetivo

Determinar y cuantificar los costes que deben ser imputados a las distintas fases de la prestación del SFT con el fin de evaluar su impacto en la rentabilidad global de la farmacia.

método

Dentro de un proyecto más amplio (proyecto conSIGUE) en el que se pretende realizar un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad a dos tipos de informantes: farmacéuticos comunitarios que ya poseen la experiencia de la prestación del SFT y a farmacéuticos participantes en el programa conSIGUE, en ésta comunicación se presentan los resultados obtenidos tras analizar los costes de las diferentes operaciones de la puesta en marcha del servicio y de su prestación.

resultados

Resultados Los resultados de los costes se diferencian en:

a-INVERSION En ésta sección se van a detallar las inversiones que se deben llevar a cabo en la farmacia para la puesta en marcha de la prestación del SFT. Estas son: Personal (Selección y contratación); Formación (Inicial y Continuada; Acreditación); Infraestructura (habilitar una Zona de Atención Personalizada (ZAP); mobiliario, señalización); Material (Base de Datos; Manuales de Referencia; Papelería); Tecnología (Hardware; Software); Aparatos (Tensiómetro; Balanza; Analizador de química seca; Tiras reactivas)

b-GASTOS Aparecen reflejados en la cuenta de pérdidas y ganancias para un periodo de tiempo, que habrá que especificar. Normalmente la cuenta de resultados de la Farmacia se presenta para un año. Estos son: Amortizaciones (por ejemplo: ZAP, mobiliarios, aparatos, hardware); Personal (Sueldos y salarios, Cargas sociales, seguridad social, aportaciones, otros); Provisiones (por ejemplo: Tiras reactivas, material didáctico); Otros gastos (arrendamientos: alquiler local, leasing aparatos etc.; Reparaciones y conservaciones: calibraciones, actualizaciones etc.; Servicios profesionales independientes; Publicidad; Suministros).

Resultados del proceso de implantación del programa sistema personalizado de dosificación, SPD® .

Barau Germès M, Estrada-Campmany M, Guayta-Escolies R, Rodríguez Caba C
mbarau001@cofb.net

introducción

El uso de dispositivos para mejorar el cumplimiento es un claro exponente del cambio en el cuidado del paciente y un ejemplo de enfoque multidisciplinario de su atención.

No se trata sólo del uso de un instrumento sino de una estrategia más global de atención farmacéutica.

La amplia implantación del SPD como servicio cognitivo ha abierto el escenario del programa debido a la aparición de nuevas situaciones y el reconocimiento del mismo por parte de los profesionales de primaria.

objetivo

Evaluar indicadores de implantación del programa SPD® en las farmacias comunitarias después del inicio del proceso de acreditación.

método

Estudio observacional descriptivo transversal. Período de estudio abril 2007 a mayo 2009.

Análisis descriptivo e inferencial de los datos de una encuesta validada enviada por correo a todas las farmacias dadas de alta en el programa SPD®. La encuesta contenía indicadores de descripción de proceso de tipo técnico, económico y asistencial.

La población diana estaba constituida por farmacias del COFB adheridas al programa SPD® que están prestando el servicio. Abril 2009 (n=867)

resultados

Se obtuvieron 495 encuestas válidas (tasa de respuesta del 61%). La acreditación aumentó en más de un 50% las altas en el programa (n0= 435 nf= 867).y el porcentaje de formación ($p<0.001$). Presta el servicio el farmacéutico titular (48%). En el 59,6% de las farmacias un solo farmacéutico ha completado la formación específica. En el 61,8% sólo existe un responsable del programa. Un 74,3% de las farmacias exhiben distintivo actualizado y disponen de un software para la gestión del servicio 217, (43,8%): en un 56% es un módulo del programa de gestión y en un 37% está personalizado.

203 (41%) farmacias ofrecen SPD® desde hace menos de 30 meses y 57 (11,5%) desde hace más de 5 años. El servicio se concentra en farmacias urbanas y semi-urbanas (74%), y el porcentaje más elevado corresponde a Barcelona ciudad, en concreto al sector sanitario-Eixample (11,5%). Las farmacias que respondieron la encuesta prestan servicio a 7224 pacientes de los cuáles, 3894 (54%) están institucionalizados, 3039 (42%) son ambulatorios y 291 (4%) acuden a centros de día. El 57% de las farmacias atienden < 10 pacientes, aunque un 5,5% atiende > 50 pacientes. El número de farmacéuticos que participan en la prestación se relaciona con la capacidad para aceptar pacientes ($r = 0,97$).

El 59,2% de las farmacias emplean entre 15-30' en la primera visita de los pacientes y en el 55,4% 10' en las visitas sucesivas. La preparación del blíster supone entre 10-20' para el 49,9%. La experiencia y la informatización del programa disminuyen la media de tiempo en todos los casos ($p<0.001$). Finalmente, 364 (73,5%) farmacias no cobran su servicio. El resto cobra una media de 2 - 3 € por paciente (rango 1-9 €). Cobrar habitualmente está relacionado con las farmacias con menos pacientes y que poseen menos capacidad de aceptar pacientes ($p<0,001$).

conclusiones

El proceso de acreditación ha permitido consolidar el programa SPD® aumentando el número de farmacias que aplican el protocolo. Una adecuada formación e informatización de las farmacias y el análisis de indicadores de procesos optimizan el desarrollo del programa. Las condiciones actuales de prestación del servicio suponen un límite para el incremento de inclusión de pacientes al programa.

Teorías de cambio de comportamiento en los farmacéuticos y los pacientes y sus aplicaciones

Sabater-Galindo M, Benrimoj SI, Feletto E, Faus MJ, Gastelurrutia MA
msabatergalindo@gmail.com

introducción

Son diversos los estudios que ponen de manifiesto los beneficios del uso de teorías psicológicas y sociológicas en el campo de la farmacia práctica para por ejemplo mejorar el cumplimiento o modificar comportamientos (dejar de fumar, bajar de peso, implementar servicios). Es por ello que sería útil determinar que teorías de cambio de comportamiento se adaptan mejor al campo de la farmacia para poder desarrollar futuras aplicaciones.

objetivo

Determinar que teorías sobre el cambio comportamental de pacientes y farmacéuticos se han usado y publicado, para seleccionar una que se podría aplicar a un estudio(programa conSIGUE)de evaluación de impacto de SFT.

método

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en International Pharmaceutical Abstract (IPA) y pubmed desde 1970 hasta febrero de 2010 utilizando las palabras clave: "behavior change" OR "behaviour change"; "patient" OR "patients", "consumer" OR "consumers" AND "expectations" OR "beliefs" OR "behaviour" OR "perceptions" OR "views" AND "pharmacist" OR "pharmacists" OR "community pharmacy" AND "interaction" OR "relation" OR "relationship" AND "cognitive pharmaceutical services" OR "pharmaceutical care" OR "medication review" OR "medication management".

resultados

Se encontraron 16 artículos que utilizaban teorías de cambio comportamental y que permitieron determinar los marcos teóricos utilizados en farmacia práctica para el cambio de comportamiento. Estos marcos teóricos son: -"La teoría del rol" nos permitiría identificar las expectativas que tienen los pacientes del rol del farmacéutico y así mejorar la relación farmacéutico-paciente. -Basándonos en la "teoría cognitiva social de Bandura" podríamos aumentar las expectativas de autoeficacia y resultados de salud del paciente y así mejorar la relación farmacéutico-paciente. -Partir de "la teoría del modelo transteorético del cambio" nos permitiría identificar en qué fase del estadio del cambio se encuentra cada paciente y así el farmacéutico sería capaz de ofrecer intervenciones individualizadas. -"La Teoría de valores" explicaría por qué los pacientes prefieren o eligen unas acciones u otras en relación con su salud. -"El modelo de creencia de salud" permitiría averiguar la susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras percibidas por el paciente. También la estimulación recibida y su percepción de auto-eficacia para realizar una acción relacionada con su salud. - "La teoría de auto-percepción de Bem" podría hacer que los farmacéuticos y los pacientes estuvieran más alerta de sus acciones. -"El modelo de activación del paciente" nos permitiría identificar en qué fase del estado del manejo de su salud se encuentra el paciente y así el farmacéutico podría actuar como soporte en cada una de ellas. -A través del "modelo de intenciones de implementación" el farmacéutico podría desarrollar planes específicos para favorecer la transformación de intenciones en acciones de salud del paciente. -Con "la teoría del comportamiento planeado" el farmacéutico podría predecir las intenciones de realizar un comportamiento

conclusiones

En la revisión de la literatura que hemos realizado, la mayoría de los estudios que investigan sobre cambio comportamental se basan en teorías para su elección de marco teórico. -Estos estudios seleccionan preferentemente las Teorías Cognitiva Social de Bandura y la teoría del Modelo Transteorético del Cambio por ser las más fácilmente aplicables al cambio de comportamiento del paciente y farmacéutico. Además, la mayoría de estos estudios se centran sobre todo, en el cambio comportamental del paciente y no del farmacéutico, que también es una parte muy importante del seguimiento farmacoterapéutico.

Utilización de las densitometrías en oficina de farmacia como herramienta en el seguimiento farmacoterapéutico (SFT). Estudio observacional.

Ramos Martín J, Gómez Belichón L, Benítez del Prado L
jramos@farmaciastrebol.com

introducción

La osteoporosis es una enfermedad la cual disminuye la cantidad de minerales en el hueso, perdiendo fuerza el hueso por un defecto de absorción de calcio. Esta afección se produce sobre todo en mujeres amenorreicas y postmenopausicas, debido a la disminución del número de estrógenos. Las causas que pueden desencadenar una osteoporosis prematura son: Deficiencia por vitamina S y Calco por malnutrición, consumo de tabaco, alcohó y cafeína, y también debido a una vida sedentaria.

objetivo

- 1.- Determinar si la realización de densitometrías en oficina de farmacia es útil en SFT.
- 2.- Analizar la cantidad de pacientes que en una muestra determinada no tengan controlado su problema de osteoporosis, ya sea por falta de tratamiento o por la ineffectividad de los mismos

método

La técnica utilizada es la realización de densitometrías en el talón por ultrasonidos: Ultrasonómetro Achilles Express™ de General Electric. El sistema mide las propiedades ultrasónicas del talón, que, a diferencia del antebrazo o la mano, carga peso y es altamente trabecular. Indica el riesgo de fractura osteoporótica de forma comparable a la absorciometría por rayos X de energía dual del fémur y la columna (DEXA). Achilles Express es una aplicación probada para indicar el riesgo de fractura en el grupo de mujeres de 45-75 años, así como en las mujeres ancianas. Los valores se cotejan dependiendo del valor T-Score (comparación de los resultados del paciente con los de individuos sanos).

resultados

La muestra utilizada es de 84 pacientes, de los cuales el 39,3% presentaban osteopenia, el 15,5% osteoporosis y el 45,2% tenían valores normales. Del 45,2% de valores normales el 21,1% tenían tratamiento asociado, indicando esto la efectividad del tratamiento. En el caso de los pacientes con osteopenia, el 66,7% necesitaban tratamiento y el 33,3% lo tenían pero no era efectivo, y en el caso de los pacientes con osteoporosis el 46,2% necesitaba tratamiento y el 53,8% ya tenían pautado pero se observó que no era efectivo.

conclusiones

La utilización de la técnica de la medida de densitometrías en el talón por ultrasonidos, para el SFT en oficina de farmacia se observó que es bastante útil, ya que nos permite de manera directa información sobre la necesidad y efectividad de tratamiento para la osteoporosis. Teniendo en cuenta que el 66,7% de los pacientes con osteopenia no tenían tratamiento asociado, el 33,3% si lo tenían pero no estaba controlada la osteopenia, y en el caso de la osteoporosis el 46,2% necesitaba tratamiento y el 53,8% lo tenían pero no estaba controlada la osteoporosis, nos hace pensar que la utilidad de aparatos para realizar densitometrías tiene un papel importante en el SFT.

Validez de la espirometría ambulatoria realizada en farmacias comunitarias en el marco de la estrategia gold (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Proyecto PharmaEpoC I

Barau Germès M, Castillo D, Guayta-Escolies R, Burgos F2, Giner J, Estrada-Campmany M
mbarau001@cofb.net

introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso caracterizado por la obstrucción del flujo aéreo poco reversible o irreversible y lentamente progresiva. Presenta una alta prevalencia, alrededor del 10%. Posee una elevada mortalidad, representando la cuarta causa de muerte a escala mundial incrementándose en la mayoría de países de nuestro medio. Las previsiones para el año 2010, la sitúan como la quinta causa de años potenciales de vida perdidos y años vividos en discapacidad. En Catalunya, el paciente con EPOC origina aproximadamente el 12% de las consultas de atención primaria y cerca del 40% de las de neumología, El coste sanitario generado por la enfermedad es elevado, cifrándose en una media anual de 1.876 € su coste sanitario directo, siendo mayor en el enfermo que presenta formas severas de largo tiempo de evolución. La atención primaria posee un rol muy importante en la identificación y diagnóstico precoz de la enfermedad, considerándose su detección precoz en fases leves o asintomáticas, como una de las medidas más coste-efectivas para intentar detener su progresión. Entre las intervenciones propuestas en el Plan de salud en Catalunya, destacan como las más efectivas, la detección y manejo de los factores de riesgo, especialmente del hábito tabáquico, y la práctica de espirometría en pacientes que presentan sintomatología compatible. Con todo, la tasa de infradiagnóstico sigue siendo elevada y cabe optimizar los recursos existentes y fomentar alianzas interprofesionales destinadas tanto a la prevención de la EPOC como a su asistencia y control. Aunque por lo general, esta actividad se centra en los centros de atención primaria y los hospitales, existían experiencias para implicar a los farmacéuticos en el cribado y manejo de los individuos con EPOC, sin embargo sus resultados no habían sido evaluados

objetivo

Evaluación de la factibilidad, calidad y validez de la espirometría ambulatoria realizada en farmacias comunitarias de la provincia de Barcelona.

método

Se trata de un estudio piloto descriptivo transversal. El estudio duró 30 días y participaron 30 farmacias. Los farmacéuticos recibieron entrenamiento específico para la práctica de espirometrías. Los pacientes fueron reclutados de entre aquellos mayores de 40 años fumadores y con síntomas respiratorios. El riesgo se identificó con el cuestionario GOLD. A los que presentaron al menos 3 respuestas positivas se les ofreció la práctica de una espirometría. Los que presentaban una razón de FEV1/FVC <0.7 fueron derivados a un hospital de referencia para la repetición de una espirometría con criterios gold Standard.

resultados

Se reclutaron finalmente 161 pacientes de los cuáles 100 (62%) presentaban 3 o más síntomas compatibles en el cuestionario GOLD. 21 pacientes presentaron valores <0.7. A éstos se les ofreció la derivación a un laboratorio de función pulmonar de referencia para su diagnóstico. Sólo 11 de ellos aceptaron la derivación. El 70% de las espirometrías realizadas fueron de calidad, no hallándose diferencias significativas entre los parámetros hallados en las farmacias y los del hospital de referencia.

conclusiones

El cribado oportunista de EPOC mediante espirometría ambulatoria realizada en farmacias en pacientes con riesgo COPD es factible. Las farmacias comunitarias tienen acceso a una población de riesgo no frecuentadora que no ha sido detectada. Los farmacéuticos comunitarios debidamente entrenados, pueden ser un recurso para la detección precoz de EPOC contribuyendo a disminuir la tasa de infradiagnóstico. Actualmente el estudio ha entrado en una fase poblacional.

Valoración del conocimiento de pacientes adultos mayores

Alehyan Dabbakh A , Gozalbo Monfort M
aminalehyan@hotmail.com

introducción

El farmacéutico, como parte integrante del equipo sanitario, juega un papel fundamental en la prevención y detección de diferentes problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), cooperando con el resto de los profesionales sanitarios. Asimismo, la población geriátrica acude con frecuencia a la Oficina de Farmacia, al tratarse de una población que consume gran cantidad de medicamentos. Muchos de ellos pueden presentar interacciones de diverso tipo, las cuales pueden ser prevenidas mediante el proceso de atención farmacéutica. Factores psicosociales, dificultades visuales, problemas de demencia, situaciones de soledad, déficits nutricionales, entre otros, pueden interferir en el objetivo de la politerapia.

objetivo

El principal objetivo de este estudio consistió en detectar el conocimiento y asesorar a ancianos sobre sus patologías y su correspondiente terapia farmacológica, así como, la detección de posibles procesos de automedicación por parte del objeto de estudio

método

Se realizó un estudio exploratorio a 37 pacientes correspondientes a una población geriátrica. Se les aplicó una encuesta formulario en la que se recogían sus datos personales, las enfermedades que padecían, el déficit de los órganos de los sentidos que presentaban, el tratamiento que seguían por prescripción médica y los medicamentos que el anciano tomaba por su cuenta (automedicación). Se contó con el consentimiento informado de forma verbal de todos los pacientes participantes.

resultados

De los 37 adultos mayores incluidos en el estudio el 72,97% eran de sexo femenino y el 27,03% del masculino. El grupo más numeroso de edad resultó ser el de 60-65 años, con 21 personas (56,76%) y 16 de más de 65 años (43,24%). El nivel educacional predominante fue el de estudios primarios (54,05%), seguido de estudios secundarios (37,84%) y de estudios universitarios (8,11%). De todos ellos, los jubilados eran el 48,65% y los no jubilados, el 51,35%. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles detectadas predominó la osteoartritis (68,86%), le siguió la HTA (24,32%), las patologías de tipo alérgico (21,62%), la diabetes en 7 (18,92%), la anemia (13,52%) y las patologías del tracto respiratorio (8,11%). Además, la mayoría de los adultos mayores padecían trastornos visuales (91,90%). Se observó, también, que el 16,22% no presentaba enfermedad crónica alguna, el 29,73% presentaba un problema de salud crónico, el 54,05%, 2 problemas de salud crónicos. Ninguno presentó más de 2 problemas de salud crónicos. En cuanto a la terapia farmacológica prescrita se totalizaron 62 medicamentos, lo que dio un promedio de 1,68 medicamentos por anciano. Por otro lado, se contabilizaron 15 automedicaciones correspondientes a 0,41 medicamentos por anciano. En cuanto al arsenal terapéutico, los más prescritos resultaron ser los AINEs (89,19%), seguidos de los osteoartrosicos (59,46%), psicofármacos (43,24%), antihistamínicos (21,62%), los antidiabéticos (18,92%), antihipertensivos (16,22%) y antianémicos (13,51%). Con respecto a los fármacos de automedicación, se encontraron los AINEs (68,75%), complejos vitamínicos (43,75%), laxantes (31,25%) y psicofármacos (12,50%).

conclusiones

Tras conocer los resultados se demostró que los pacientes tenían bastante información sobre aquellos medicamentos que estaban tomando, si bien, las reuniones que se realizaron les ayudó a comprender más sus problemas de salud y tener precaución con la automedicación. La intervención educativa aumentó el conocimiento sobre sus problemas de salud y su tratamiento generando así un cambio en su manera de actuar frente al cumplimiento terapéutico. Queda en evidencia la importancia de la colaboración del farmacéutico con los profesionales de Atención Primaria para la mejora del tratamiento farmacológico que siguen los pacientes.

Viabilidad de la investigación en la oficina de farmacia subproyecto: predisposición a la investigación de los farmacéuticos de oficina de farmacia de la provincia de Girona.

Bonmatí Tomàs A, Riera Juncà M.
abonmati@uoc.edu

introducción

El proyecto "Viabilidad de la investigación en la Oficina de Farmacia (OF)" valora la disponibilidad de los farmacéuticos de Oficina de Farmacia de la provincia de Girona a realizar investigación, así como la creación de una Unidad de Soporte para ayudar a los colegiados a impulsar y desarrollar proyectos propios de investigación. El proyecto está estructurado en 4 subproyectos y en esta presentación exponemos los resultados del primero de ellos "Predisposición a la investigación de los farmacéuticos de OF de la provincia de Girona".

objetivo

Establecer la predisposición a la investigación que presentan los farmacéuticos de OF de la provincia de Girona según criterios de viabilidad y disponibilidad.

método

Estudio observacional descriptivo transversal. Población de farmacéuticos colegiados en las vocalías de OF y de número del COFGI (n=601) a quién se envió una encuesta autoadministrada voluntaria y anónima en papel, también con posibilidad de respuesta vía telemática, durante Junio-Septiembre del 2008 acompañada de una carta de presentación y con recordatorios mensuales. La encuesta estaba dividida en 6 apartados: datos sociodemográficos, conocimientos en investigación, viabilidad, disponibilidad, investigación llevada a cabo y opinión personal. Fue enviada previamente a 5 farmacéuticos colegiados como prueba piloto para su validación. Consideramos necesaria una tasa de respuesta igual o superior a un 10% para considerar los resultados representativos. La valoración estadística de los datos se realizó mediante SPSS versión 10.

resultados

La tasa de respuesta fue de un 19%, el 78,8% eran mujeres, un 70% eran farmacéuticos titulares y un 44,2% pertenecían al grupo de edad de 36 a 50 años. Los criterios se analizaron según edad, sexo y actividad profesional y resultaron independientes de estas variables. Conceptos. Un 18,2% de los encuestados habían recibido formación en investigación aunque el 83,1% reconoce estar interesado. Viabilidad. El interés en participar en investigaciones en OF es del 85% aunque en términos de posibilidad de realizar investigación es del 73%. Un 93% considera que la investigación aporta beneficios pero solo un 20% tiene proyectos de investigación que quisiera realizar. Disponibilidad. Si se dispusiera de tiempo es del 93,6% y si los proyectos fuesen remunerados de un 92%. Un 84,2% están de acuerdo o muy de acuerdo que la investigación valida las actividades de los farmacéuticos de OF, y un 92,9% están de acuerdo o muy de acuerdo que trabajar en grupo es positivo pero un 26,3% cree que es difícil. Los principales inconvenientes para realizar investigación en OF son el tiempo (91,2%) y la falta de conocimientos (73,7%). Se valoró en un 68,4% el posible interés de la industria farmacéutica en la investigación en OF.

conclusiones

Los farmacéuticos de OF de la provincia de Girona independientemente que sean titulares o adjuntos, del sexo y edad tienen predisposición a realizar investigación ya que piensan que valida y sirve como reconocimiento de sus actividades. Las principales limitaciones son la falta de tiempo y de formación específica y en menor grado los aspectos económicos y la falta de motivación.

Visitas más productivas al hacer seguimiento farmacoterapéutico en una unidad de insuficiencia cardiaca.

Gastelurrutia P, Espejo J, Tuneu L, Mangues MA, Faus MJ.
pgastelurrutia@gmail.com

introducción

Los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) son una población con alto riesgo de padecer Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) debido a su polimedicación, comorbilidades y edad avanzada.

objetivo

Detectar cuáles son las visitas más productivas para el seguimiento farmacoterapéutico en este tipo de pacientes.

método

Se incluyeron 97 pacientes ambulatorios consecutivos de una unidad de insuficiencia cardiaca de un hospital terciario. Un farmacéutico integrado en un equipo multidisciplinar revisó el perfil farmacoterapéutico de cada paciente para detectar, prevenir y resolver posibles RNMs o riesgos de RNM (rRNM) utilizando la metodología DADER. Los pacientes fueron seguidos durante 6 meses.

resultados

El número mínimo de visitas por paciente del farmacéutico durante los 6 meses fue de 1 y el máximo de 11, dependiendo de la necesidad de visitas a la unidad para conseguir la estabilización de su IC. El 41% de los RNM/rRNM fueron detectados en la primera visita con el farmacéutico, 20.2% en la segunda visita, 16.5% en la tercera y el 10.1% en la cuarta. Las visitas en las que al menos se detectó un RNM/rRNM fueron las primeras (23.7%) y terceras (24.7%) visitas.

conclusiones

Las visitas más productivas a la hora de detectar, prevenir y resolver al menos un RNM/rRNM fueron las primeras 3 visitas, posiblemente debido a que en la primera visita es cuando se hace la revisión de la medicación crónica, la conciliación y reajuste de la medicación y la educación al paciente y, en la segunda visita, los médicos reajustan el tratamiento en función de la respuesta obtenida en el paciente, por lo que su necesidad, efectividad y seguridad es evaluada por el farmacéutico en la tercera visita.





casos clínicos

Aftas bucales y molestias gastrointestinales producidas por vareniclina

Lorente Martínez MJ
mjesuslorente@redfarma.org

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 45 años de edad, que ha sido fumadora desde los 20 años aprox., de alrededor de un paquete diario de tabaco y con IMC: 30 Kg/m².

Actualmente está en tratamiento para deshabituación tabáquica con: Vareniclina 1 mg; y nos pide un medicamento para las aftas bucales que le han salido últimamente, que a pesar de enjuagarse con antisépticos no desaparecen y le molestan bastante. Por lo que se le incluye en seguimiento farmacoterapéutico.

La paciente lleva dos meses sin fumar y está tomando: Vareniclina 1mg: 1-0-1, pero está bastante afectada por el problema de la boca y las molestias del estómago. Últimamente también ha aumentado de peso (alrededor de 2kg) y refiere bastante ansiedad por la comida.

También está en tratamiento antidepresivo con Fluoxetina 20mg 1-0-0 desde hace 2 años.

FASE DE ESTUDIO:

Vareniclina:

Necesidad: Tratamiento para deshabituación tabáquica (ya que fuma bastante)

Efectividad: no ha fumado nada desde el inicio del tratamiento y no siente ansiedad por el tabaco (por lo que está resultando efectivo).

Seguridad: agonista parcial de los receptores de acetilcolina de tipo nicotínico $\alpha_4\beta_2$. La Vareniclina disminuye el ansia de fumar y los síntomas de la abstinencia por su actividad como agonista nicotínico, simultáneamente actúa como antagonista nicotínico, disminuyendo la liberación de dopamina en el sistema dopaminérgico mesolímbico y por lo tanto, disminuye los efectos gratificantes y la dependencia. Y debido a este efecto colinérgico se pueden presentar trastornos gastrointestinales: distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia y sequedad de boca (aftas bucales), entre otros. Además pueden aparecer de forma frecuente (del 10%-1% de los casos). Como la duración recomendada del tratamiento debe ser de 12 semanas, no se debe suprimir el mismo, ya que lo está tomando 8 semanas.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Aftas bucales Molestias gastrointestinales	Vareniclina 1mg	Inseguridad cuantitativa	Dosis, pauta y/o duración no adecuada	Estos problemas son los efectos adversos más frecuentes asociados al uso de este fármaco, con una incidencia (10%-1%) para la dosis de 1mg dos veces al día.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

En la entrevista del seguimiento, vemos que tiene bastante seguridad respecto al tabaco, y al pasarle el test de Richmond (test de motivación para dejar el hábito tabáquico) se obtiene una motivación alta para dejar el mismo (10 puntos) pero tiene que seguir tomando Vareniclina ya que no lleva el tiempo requerido y ha presentado ya tres procesos de recaídas anteriormente. Hay que solucionar los efectos adversos que se han presentado y remitimos al médico por si considera conveniente reducir la dosis.

También le asesoramos sobre la importancia de realizar ejercicio físico diario: andar una hora al día y atención farmacéutica en hábitos dietéticos y dietas recomendadas para controlar el sobrepeso que ha aumentado últimamente.

Le dispensamos medicamentos homeopáticos: Borax 4CH, Antimonium crudum 9CH y Anacardium orientalis 9CH para controlar la ansiedad que siente por la comida.

Como el médico ha aceptado la intervención y ha reducido la dosis: Vareniclina 0.5mg dos veces al día:

22-01-2010: La paciente viene a la farmacia con una receta de Vareniclina 0.5mg (1-0-1) le dispensamos el medicamento y le citamos para 10 días después.

02-02-2010: La paciente vuelve a la farmacia. Las aftas bucales han desaparecido y han mejorado bastante las molestias gástricas. También se encuentra bastante mejor de ánimo, ya que ha perdido algo de peso (500g).

Le indicamos que es importante continuar con el medicamento (Vareniclina 0.5mg) al menos durante otras ocho semanas, ya que está tomando la dosis menor y esta aún en periodo de riesgo de recaída.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Por ser el profesional sanitario más cercano y con amplia disponibilidad horaria El ciudadano suele acudir a la farmacia comunitaria a consultar temas relacionados con su salud. El farmacéutico tiene la oportunidad de poder intervenir en un gran número de personas, particularmente en el ámbito de la prevención, sensibilizando a la sociedad en la percepción del riesgo que para la salud conlleva el consumo de tabaco, e incidir en la prevención en determinados colectivos (mujeres y jóvenes).

En el ámbito profesional, la Atención Farmacéutica posee unas características intrínsecas que facilitan al farmacéutico la posibilidad de asumir un papel activo en el abordaje del tabaquismo. La oficina de farmacia es visitada tanto por población enferma como sana, hecho que otorga al farma-céutico la oportunidad única

El farmacéutico, como profesional sanitario y experto en el medicamento, está concienciado del gran problema de salud pública que representa el tabaquismo. Como educador sanitario y promotor de la salud, el farmacéutico tiene que informar a los usuarios de los perjuicios del tabaco para su salud, y aconsejar sobre la solución más adecuada para lograr la deshabituación tabáquica

Nuestra intención es seguir asesorándole y controlando el problema de su adicción tabáquica; ya que el medicamento está siendo eficaz y se encuentra en un buen momento de motivación y con refuerzos importantes para conseguirlo, ya que si abandona se perderían todos los esfuerzos y recursos empleados y el retroceso en el trastorno del ánimo y todo lo que esto lleva consigo.

Por ser el profesional sanitario más cercano y con amplia disponibilidad horaria

El ciudadano suele acudir a la farmacia comunitaria a consultar temas relacionados con su salud. El farmacéutico tiene la oportunidad de poder intervenir en un gran número de personas, particularmente en el ámbito de la prevención, sensibilizando a la sociedad en la percepción del riesgo que para la salud conlleva el consumo de tabaco, e incidir en la prevención en determinados colectivos (mujeres y jóvenes).

En el ámbito profesional, la Atención Farmacéutica posee unas características intrínsecas que facilitan al farmacéutico la posibilidad de asumir un papel activo en el abordaje del tabaquismo. La oficina de farmacia es visitada tanto por población enferma como sana, hecho que otorga al farma-céutico la oportunidad única de promover la deshabituación tabáquica en el más amplio espectro de la comunidad.

El tratamiento homeopático está resultando bastante eficaz y sin efectos secundarios ni contraindicación, por lo que se lo mantenemos de momento para seguir controlando el sobrepeso junto con las demás recomendaciones dietéticas y necesidad de ejercicio físico. La Vareniclina actúa en el organismo produciendo la misma función que la nicotina. Los fumadores se hacen adictos a la nicotina, una sustancia química presente en el tabaco. La nicotina actúa sobre el sistema nervioso, donde su unión a una serie de receptores provoca la liberación de un mensajero químico, la dopamina, responsable de la sensación placentera que produce fumar. La vareniclina puede unirse a algunos de esos receptores, los receptores $\alpha_4\beta_2$ nicotínicos de la acetilcolina. Cuando Champix se une a esos receptores, la vareniclina actúa de dos formas: actúa igual que la nicotina (agonista parcial), ayudando a aliviar los síntomas de la abstinencia, pero actúa también contra la nicotina (antagonista), ocupando su lugar y ayudando a reducir los efectos placenteros del tabaco.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sabater Hernández, D.; Silva Castro, M.M; Faus Dader, M.J. Guía de seguimiento farmacoterapéutico, 3 Edición, 2007.
2. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Plan Estratégico de Atención Farmacéutica para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Indicación Farmacéutica en deshabituación tabáquica. 2005
3. Catálogo de Medicamentos. Consejo Plus 2009.

- Gonzales D, Rennard S, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, et al for the Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotine acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA. 2006;269:47-55.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al for the Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotine acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA. 2006;269:56-63.
- Ficha técnica Champix® (Pfizer).
- Izquierdo C. Tabaquismo, consejo sanitario y deshabituación tabáquica. [Accedido 14/05/2007]. Bol Oncol. 2006;1(22). Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-22/tabaquismo.-consejo-sanitario-y-deshabituacion-tabaquica.html>

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 20 Enero 2010	Género: Mujer	Edad: 45	IMC: 30	Alergias: No conocidas
----------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2008	Depresión	S	N	07/2008	Fluoxetina 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1970	Adicción nicotínica	S	S	11/2009	Vareniclina 1mg	1-0-1	1-0-1	S	S	N	INSEG CUANT
2010	Aftas bucales y molestias gástricas	No	B	01/2010	Borax 4CH	4 gran. 3v/d	4 gran. 3v/d	S	S	S	
2010	Aumento de peso	No	B	01/2010	Antimonium crudum 9CH	4 gran. 3v/d	4 gran. 3v/d	S	S	S	
					Anacardium orientalis 9CH					S	

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 2 Febrero 2010	Género: Mujer	Edad: 45	IMC: 30	Alergias: No conocidas
-----------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2008	Depresión	S	N	07/2008	Fluoxetina 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1970	Adicción nicotínica	S	S	11/2009	Vareniclina 0,5mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
2010	Aftas bucales y molestias gástricas	No	B	01/2010	Borax 4CH	4 gran. 3v/d	4 gran. 3v/d	S	S	S	
2010	Aumento de peso	No	B	01/2010	Antimonium crudum 9CH	4 gran. 3v/d	4 gran. 3v/d	S	S	S	
					Anacardium orientalis 9CH					S	

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

DetECCIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTE CON SÍNDROME METABÓLICO

Olmo Fernández N
natalia.olmo@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer con 75 años de edad acude a la farmacia el día 06/11/09 a recoger el tratamiento prescrito por su médico de Atención Primaria. Mientras le estamos dispensando el tratamiento en la oficina de farmacia, le preguntamos si algún medicamento no conocía, si tenía alguna duda acerca del tratamiento, si lo tomaba correctamente, como tenía los niveles de glucosa en sangre. El paciente se queja de que tiene la glucosa descontrolada que no sabe que es lo que puede y qué no comer, que la tensión a veces también se le dispara, que tiene que bajar peso pero no puede

Por tanto, después de observar que es una señora gruesa, que le preocupa sus problemas de salud pero que no sabe como afrontarlos, se incorpora al servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

En la entrevista previa, la paciente nos informa que su madre también era diabética y gruesa, que el Enalapril 20mg lo está tomando hace muchísimos años, pero que últimamente cuando va al centro de salud la tensión arterial no esta muy bien, al igual que la glucosa, que tiene tratamiento hace 9 meses aproximadamente, pero que los valores de glucemia no bajan de 150mg/dl ni en ayunas ni dos horas después de comer, insiste es que esta cansada de qué puede comer y qué no, porque haga lo que haga no tiene bien los valores y que no se encuentra bien, a veces se levanta mareada, está con nerviosa e intranquila.

Teniendo en cuenta lo que nos cuenta llevamos a cabo en días sucesivos el control de su glucosa, tensión arterial y colesterol, obteniendo los siguientes resultados:

1. PERFIL GLUCÉDICO (Técnica capilar seca)

Fecha	DESAYUNO (mg/dL) Preprandrial / Postprandrial	COMIDA (mg/dL) Preprandrial / Postprandrial	CENA (mg/dL) Preprandrial / Postprandrial
10/11/09	----/151	/220	-----/197
13/11/09	224/	217/----	232/----

2. COLESTEROL (10/11/09) : 228 mg/dl (Técnica capilar seca)

3. TRIGLICÉRIDOS (10/11/09): 170mg/dl (Técnica capilar seca)

4. PERÍMETRO DE LA CINTURA: 10/11/09: 104cm Peso: 83.000kg Altura 1.54m

5. TENSIÓN ARTERIAL (esfigmomanómetro y fonendoscopio)

Fecha	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
06/11/09	159	96
10/11/09	148	90
13/11/09	155	94
17/11/09	157	95

6. Hemoglobina glicosilada: Imprescindible saber el valor, pero hemos sido incapaces de conseguirlo. A expensas q ahora en junio hagan una analítica completa.

FASE DE ESTUDIO:

Tras analizar los datos, procedemos al estudio de la medicación sospechando un claro ejemplo de Síndrome Metabólico.

En primer lugar y tratándose de un paciente con sobrepeso, nos aseguramos de proporcionarle una información clara y concisa, oral y escrita, sobre recomendaciones higiénico – dietéticas que debe de llevar a cabo exhaustivamente para mejorar los valores de su tensión arterial, glucemia y colesterol, además de conseguir una mayor satisfacción personal y física.

Además, según la bibliografía consultada, los valores de glucemia no están controlados pudiendo deberse a que la dosis prescrita de Metformina 850mg no está en dosis máxima, siendo ésta insuficiente.

En cuanto a la hipertensión que sufre y tras recibir la educación sanitaria, y las recomendaciones higiénico – dietéticas. Sabiendo que toma Enalapril de 20mg hace muchos años y que está dentro del rango terapéutico en dosis máxima, puede ser que la que está actuando en el paciente no es suficiente para mantener unos valores inferiores a 130/80mmHg, tratándose además de un paciente Diabético.

Al igual que el colesterol ha de estar en unos niveles por debajo de 175mg/dl, y la Simvastatina 10mg no está en dosis máxima, podría necesitar mayor dosis para bajar el valor siendo la elección farmacológica adecuada para ayudar a bajar el ligero incremento del valor de triglicéridos en sangre.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Hiper glucemia Glucemia basal: 224mg/dl	Metformina 850mg	Inseguridad cuantitativa	Dosis, pauta y/o duración no adecuada	La paciente sufre un desajuste glucémico, manifestando hiper glucemias, siendo necesario además de medidas higiene-dietéticas, aumento de dosis prescrita.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

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

Habiéndonos asegurado del conocimiento, por parte del paciente e informando al médico de AP, de las medidas higiénico-dietéticas (dieta y estilo de vida), explicadas y escritas al paciente en lo referente a las personas con Diabetes y con sobrepeso, que además presentan la presión arterial y el colesterol por encima de sus objetivos terapéuticos, las líneas terapéuticas instauradas por el médico de Atención Primaria y especialistas fueron las siguientes:

24/11/2009: Aumenta la dosis de la Metformina 850mg a (0.5-0.5-0.5) no llegando a la dosis máxima por el riesgo de hipoglucemias que podría sufrir, e ir haciéndolo paulatinamente hasta conseguir los objetivos, siendo esta línea de actuación terapéutica para la Diabetes, idónea, por el sobrepeso que presenta, y el valor ligeramente alto de Colesterol Total.

También le aumenta la dosis de la estatina, Simvastatina 20mg (0-0-1), para así conseguir descensos en las cifras de colesterol LDL y triglicéridos e incrementos del colesterol HDL, según la bibliografía consultada. Y por último le suspende el IECA, Enalapril 20mg (1-0-0), y le prescribe Amlodipino/valsartán 5mg/160mg (1-0-0), antagonista de canales de calcio y antihipertensivo ARA II, siendo necesaria la combinación de varios fármacos antihipertensivos en pacientes con Síndrome Metabólico, por la presencia de múltiples FRCV.

La paciente es citada desde este momento con periodicidad a la farmacia, controlando si el tratamiento para su Diabetes esta siendo efectivo y seguro, al igual que el tratamiento antihipertensivo e hipolipemiente, mediante la toma de la Tensión Arterial, las medidas de su Glucemia basal y Postpandrial, y el Colesterol pasados unos 3 meses, obteniendo los siguientes resultados:

1. PERFIL GLUCÍDICO (Técnica capilar seca)

Fecha	DESAYUNO (mg/dL)	COMIDA (mg/dL)	CENA (mg/dL)
	Preprandrial / Postprandrial	Preprandrial / Postprandrial	Preprandrial / Postprandrial
03/12/09	105/-----	97/-----	124/-----
18/12/09	-----/117	-----/140	-----/110
08/01/10	93/-----	107/-----	75/-----
22/01/10	87/-----	95/-----	103/-----

2. COLESTEROL (10/11/09) : 228 mg/dl (Técnica capilar seca)

3. TRIGLICÉRIDOS (10/11/09): 170mg/dl (Técnica capilar seca)

4. PERÍMETRO DE LA CINTURA: 10/11/09: 104cm Peso: 83.000kg Altura 1.54m

5. TENSIÓN ARTERIAL (esfignomanómetro y fonendooscopio)

Fecha	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
03/12/09	145	90
18/12/09	138	80
08/01/10	135	88
22/01/10	129	79

6. Hemoglobina glicosilada: Imprescindible saber el valor, pero hemos sido incapaces de conseguirlo. A expensas q ahora en junio le hagan una analítica completa.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Con el trabajo que se ha llevado a cabo en el servicio de Atención Farmacéutica, se han detectado hiperglucemias, hipertensión no controlada, hipercolesterolemia con unos niveles de colesterol ligeramente elevados tratándose de la historia clínica del paciente, además de un sobrepeso perjudicial para las patologías que sufre. Problemas de salud controlados y resueltos a día de hoy a través de las intervenciones realizadas y educación sanitaria proporcionada, consiguiendo así la mejora del paciente, cumpliendo con las siguientes líneas terapéuticas prescritas por el médico de Atención Primaria:

A.- Para el control de la Diabetes tipo 2, aumento de la dosis de metformina 850mg, perteneciente al grupo de las bigüadinas, que reducen los niveles de glucosa preprandrial y postprandrial, no estimulando la secreción de insulina y por tanto no produciendo hipoglucemia, haciendo mención al notorio papel beneficioso de este grupo terapéutico sobre el metabolismo lipídico, reduciendo los niveles de triglicéridos, colesterol total y LDLc y reduciendo los cambios de peso.

B.- Para el control de la tensión: Amlodipino/Valsartán 5mg/160mg, cuya actividad bloqueante de los canales de calcio con función antihipertensiva y actividades farmacodinámicas beneficiosas para la función renal, sin alterar el metabolismo glucídico, ni el perfil lipídico en pacientes Diabéticos hipertensos, y la actividad del ARA II que reduce en diabéticos la microalbuminuria y la posible progresión a insuficiencia renal crónica en pacientes con nefropatía incipiente.

C.- Para el control de la dislipemia, Simvastatina 20mg, perteneciente al grupo de las estatinas, que consiguen descensos en las cifras de colesterol LDL y triglicéridos e incrementos del colesterol HDL.

De parte del médico de Atención Primaria considerando oportuna desde la Oficina de Farmacia la educación sanitaria impartida oral y escrita al paciente y los hábitos alimenticios saludables para una persona Diabética, hipertensa y con dislipemia, aconseja al mismo, que continúe con el seguimiento realizado en la Oficina de Farmacia y una dieta hipocalórica de 1500kcal, para así llegar a controlar el sobrepeso y por tanto un riesgo cardiovascular añadido.

Tras conocer y cumplir con el tratamiento, la paciente ha de ser citada periódicamente al Servicio de Atención Farmacéutica, controlando los niveles de creatinina, 3 veces al año, para ver la funcionalidad renal, vigilar si hay aumento de peso, hemoglobina glicosilada, perfil

lipídico y recordar a la paciente asistir a las revisiones oftalmológicas necesarias.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Hiperglucemia no controlada (224 mg/dL de media)	Inefectividad cuantitativa	Metformina 850mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Comunicación escrita al médico para la valoración de la inefectividad, por necesidad de aumento de dosis	SI
Presión arterial no controlada (154/93mmHg de media)	Inefectividad Cuantitativa	Enalapril 20mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Comunicación escrita al médico para la valoración de cambio de tratamiento antihipertensivo.	SI
Colesterol elevado Y no controlada (228mg(dL)	Inefectividad cuantitativa	Simvastatina 10mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Comunicación escrita al médico para la valoración de aumento de dosis de tratamiento hipolipemiante	SI

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Stockley. Interacciones Farmacológicas (2008) Pharma editores. S.L
3. Bot Plus, Consejo General de Colegio Farmacéuticos (CGCOF)
4. <http://pfarmals.portalfarma.com/default.asp>; Base de datos del medicamento
5. Ficha Técnica de Metformina-pioglitazona 850/15mg
6. Ficha Técnica de Losartán-hidroclorotiazida 100/25mg Ficha Técnica de Manidipino 10mg Ficha Técnica de Atorvastatina 20mg
7. www.fisterra.com
8. <http://www.clinidiabet.com/>. Clínica Diabética
9. Sociedad Española de Hipertensión. [www. Seh-Ielha.org](http://www.Seh-Ielha.org)
10. Aranceta J, Foz M, Gil B, Joverd E., Mantilla T, Millán J, Monereo S y Moreno B. Documento de Consenso: obesidad y riesgo cardiovascular Clin Invest Arterioscl 2003; 15(5): 196-233.
11. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. Med Clin [Barc] 2003; 120: 99-100.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 17 Noviembre 2009	Género: Mujer	Edad: 75	IMC: 35,02	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	------------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
9 meses	Diabetes tipo 2*	N	B	9 meses	Metformina 850 mg	1/2-1/2-0	1/2-1/2-0	S	N	S	INEFECT CUANT
9 meses	Hipercolesterolemia	N	P	9 meses	Simvastatina 10mg	0-0-1	0-0-1	S	N	S	INEFECT CUANT
AÑOS	Hipertensión Arterial	N	B	años	Enalapril 20mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEFECT CUANT
9 meses	Gastroproteccion	S	P	9 MESES	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
meses	Dolor	S	P	meses	Ibuprofeno 600mg	AD	AD	S	S	S	

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 2 Febrero 2010	Género: Mujer	Edad: 45	IMC: 30	Alergias: No conocidas
-----------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
9 meses	Diabetes tipo 2*	N	B	9 meses	Metformina 850 mg	1/2-1/2-0	1/2-1/2-0	S	S	S	
9 meses	Hipercolesterolemia	N	P	9 meses	Simvastatina 10mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
AÑOS	Hipertensión Arterial	N	B	años	Enalapril 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
9 meses	Gastroproteccion	S	P	9 MESES	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
meses	Dolor	S	P	meses	Ibuprofeno 600mg	AD	AD	S	S	S	

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

Edema periférico y disminución de la libido por amlodipino

Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, De Pablo Marcos D.
migueldrodriguez@redfarma.org

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Hombre de 56 años de edad, presenta sobrepeso (IMC: 31 kg/m²) y es fumador desde los 18 años de 20 cigarrillos diarios. Se le incluye en seguimiento farmacoterapéutico por una consulta que nos hace en relación a la inflamación de los tobillos que presenta. Este paciente padece hipertensión arterial (HTA) que está controlada y cuyos últimos valores son los siguientes.

5/2/2010.....130/75 mmHg

12/2/2010.....140/75 mmHg

22/2/2010.....130/65 mmHg

El paciente fue diagnosticado de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) originada por un mal control de la presión arterial (PA) realizado durante mucho tiempo. Desde que se le está tratando tiene la HTA y la microalbuminuria controladas, presentando valores medios de PA adecuados al riesgo cardiovascular (RCV) Alto que presenta. El paciente fue tratado desde el principio con politerapia (enalapril 20 mg (1-0-0) y verapamilo 240 mg (1-0-0)), pero a pesar de la buena respuesta a los fármacos, le cambiaron el tratamiento por politerapia en unidosis con amlodipino 10 + valsartan 160 (1-0-0), que también fue efectiva para el control de la PA y la microalbuminuria. Sin embargo este nuevo tratamiento ha dado origen a 2 efectos adversos bastante incómodos para el paciente, hinchazón de tobillos y disminución de la libido. Al realizar el test de cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett indica que el paciente es cumplidor, además el buen control de la presión arterial, unido a la presencia de efectos adversos revela que el paciente presenta una buena adherencia a los tratamientos farmacológicos.

Además de la HTA, el paciente está siendo tratado para la psoriasis, con extracto de polypodium leucotomos y con corticoides, para la diabetes con metformina 850 mg (1-1-1), y con ácido acetil salicílico de 100 mg (0-1-0) para la profilaxis cardiovascular. La diabetes se encuentra controlada (hemoglobina glicosilada: 6,7%) y el colesterol total presenta valores adecuados a su RCV (186mg/dL).

FASE DE ESTUDIO:

Amlodipino:

Necesidad: Tratamiento de La hipertensión arterial esencial leve o moderada.

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: Un mal control de estos valores puede agudizar la HVI que padece el paciente, así como dar lugar a otras enfermedades cardiovasculares. Además, debido al efecto vasodilatador arterial del amlodipino, nos encontramos con efectos adversos como edema periférico (7-10%). También pueden aparecer efectos adversos sexuales como disminución de la libido (1-2%).

Plan actuación: HTA

- Se debe intentar mantener la presión arterial dentro de los valores adecuados a un paciente diabético con RCV alto (<130-80) y con HVI, para evitar que esta lesión en órgano diana progrese más.
- En las citas del seguimiento se ha realizado educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables, dieta adecuada para la HTA y la diabetes, necesidad de ejercicio y educación sobre la HTA y FRCV. Se ha educado en la automonitorización de la PA y en adherencia al tratamiento.
- El paciente presenta 2 efectos adversos importantes, que le preocupan mucho y que se deben intentar solucionar. El edema periférico suele ocurrir a partir de las 2 semanas de iniciado el tratamiento debido a una vasodilatación arteriolar pre-capilar más que a una retención

de líquidos, este edema suele disminuir o desaparecer con el tiempo. El edema se puede aliviar elevando los pies. Otra posibilidad es la disminución de dosis, en este caso disminuir el antagonista del calcio de 10 mg a 5 mg, puede solucionar el problema, ya que existe una incidencia de 10% con dosis de 10 mg y de 3% con dosis de 5 mg. Por tanto, se pretende sugerir al médico la disminución de dosis para ver si remiten los 2 efectos adversos, debido a que el tiempo no los ha corregido. La disminución de la libido apareció también con el cambio de tratamiento, y aunque es un efecto adverso menos frecuente también es importante, aunque existe la duda si la disminución de dosis lo puede solucionar.

Es evidente que un medicamento nunca será inseguro por defecto, así entre las posibles causas de una inseguridad cuantitativa se encuentran.

- Susceptibilidad individual del paciente al fármaco.
- Características del medicamento.
- Elección excesiva de dosis por parte del médico.
- Elevación de la cantidad de medicamento en el lugar de acción por interacción farmacocinética o farmacodinámica.
- Incumplimiento por exceso de la pauta o la dosis.

Las inseguridades cuantitativas debidas a medicamentos se pueden tratar de las siguientes formas.

- Disminuyendo la dosis del fármaco causante, ya sea tras la comunicación al médico o al solucionar el incumplimiento por exceso.
- Por sustitución del fármaco causante del efecto adverso por otro que no lo produzca o por eliminación de la interacción que lo desencadenó.

Las inseguridades no cuantitativas se pueden resolver.

- Por sustitución del fármaco causante del efecto adverso por otro que no lo produzca.
- Sustituir por el mismo principio activo con excipientes diferentes, cuando estos son causantes de alergia o intolerancia.
- Tratando el efecto adverso sin modificar el tratamiento que lo produce, de forma que se consiga aliviarlo o eliminarlo.
- Sin embargo, puede ocurrir que no se puedan aplicar ninguna de estas dos soluciones y que el paciente deba soportar el efecto secundario, debido a que el medicamento causante es necesario e insustituible para un problema de salud concreto. En el caso de las inseguridades no cuantitativas, también existe la posibilidad de la retirada del medicamento tras una mala evaluación del beneficio-riesgo sin alternativas terapéuticas.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Edema en tobillos.	Amlodipino	Inseguridad no cuantitativa		El edema periférico es el efecto adverso más frecuente asociado al uso del antagonista del calcio derivado de la dihidropiridina: amlodipino. Presenta una incidencia del 10,8% para la dosis de 10 mg/día y del 3% con la dosis de 5 mg/día.
Disminución de la libido	Amlodipino	Inseguridad no cuantitativa		La disminución de la libido es un efecto adverso con una incidencia del 1-2%.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

La intervención farmacéutica consistió en informar al médico mediante informe farmacoterapéutico de los efectos adversos que presenta el paciente y del porcentaje de incidencia según dosis. Se pretende que el médico modifique la dosis del antagonista del calcio, que la reduzca para intentar que los efectos adversos desaparezcan o disminuyan hasta un nivel aceptable sin que ocurra una elevación importante de la PA.

Si el médico acepta nuestra intervención y modifica el tratamiento se deberá controlar regularmente la PA para valorar la efectividad del

nuevo tratamiento.

25/02/2010: La paciente acude a la farmacia a recoger la nueva medicación (amlodipino 5 mg + valsartan 160 mg), ya que el médico ha aceptado nuestra intervención. Citamos en una semana a la paciente.

4/03/2010 : Después de una semana de modificación del tratamiento se obtienen el siguiente valor de PA media: 130/75 mmHg. Por tanto, la PA se mantiene controlada y los efectos adversos prácticamente han desaparecido. Se vuelve a citar en una semana al paciente.

22/03/2010: Los valores de PA más recientes confirman la efectividad del tratamiento para PA. El paciente se encuentra con la PA controlada y no presenta efectos adversos.

DISCUSIÓN DEL CASO:

El control de la presión arterial es fundamental en prevención secundaria en pacientes que presentan una enfermedad cardiovascular. El farmacéutico desde la farmacia comunitaria debe intentar valorar la efectividad de los tratamientos y prestar especial atención ante la aparición de efectos indeseables. Todos los medicamentos, aunque sean utilizados correctamente, pueden dar lugar a inseguridades. Es incomprensible que los farmacéuticos desconozcamos los efectos adversos de nuestros pacientes, a quienes hemos dispensado los medicamentos que están tomando. El seguimiento farmacoterapéutico es un proceso de asistencia continuada en el tiempo a los pacientes que va a permitir determinar la relación de causalidad entre la exposición al medicamento y la aparición de un efecto adverso no deseado. En este caso, la disminución de dosis ha conseguido el control de estos efectos no deseados y no se ha necesitado sustituir un tratamiento que estaba siendo efectivo, otra posibilidad consiste en tratar esos efectos con nuevos fármacos que complicarían un tratamiento que ya presenta bastantes medicamentos. Los antagonistas del calcio derivados de la dihidropiridina (nifedipino, nimodipino, amlodipino), son potentes vasodilatadores arteriales que pueden producir efectos adversos periféricos como edema, sofocos, taquicardia refleja, palpitaciones o hipotensión que son dosis dependientes. Debemos informar a los pacientes que toman las dosis superiores de medicamentos, de los posibles efectos indeseables para que reaccionen ante ellos y acudan al médico o al farmacéutico y no se produzca el abandono del tratamiento. Brindar información suficiente acerca del tratamiento y de la importancia de su cumplimiento puede conseguir la cooperación del paciente. Aunque el edema es un efecto adverso más frecuente en mujeres y ancianos, también puede ocurrir en otros rangos de edad más jóvenes.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Edema en tobillos	Inseguridad cuantitativa	Amlodipino 10 mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Solicitud para disminuir dosis del tratamiento antihipertensivo	SI
Disminución de la libido	Inseguridad cuantitativa	Amlodipino 10 mg	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Solicitud para disminuir dosis del tratamiento antihipertensivo	SI

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Stockley. Interacciones Farmacológicas (2008) Pharma editores. S.L
3. Bot Plus, Consejo General de Colegio Farmacéuticos (CGCOF)
4. <http://pfarmals.portalfarma.com/default.asp>; Base de datos del medicamento
5. Ficha Técnica de Metformina-pioglitazona 850/15mg
6. Ficha Técnica de Losartán-hidroclorotiazida 100/25mg Ficha Técnica de Manidipino 10mg Ficha Técnica de Atorvastatina 20mg
7. www.fisterra.com
8. <http://www.clinidiabet.com/>. Clínica Diabética
9. Sociedad Española de Hipertensión. [www. Seh-lalha.org](http://www.Seh-lalha.org)
10. Aranceta J, Foz M, Gil B, Joverd E., Mantilla T, Millán J, Monereo S y Moreno B. Documento de Consenso: obesidad y riesgo cardiovascular Clin Invest Arterioscl 2003; 15(5): 196-233.
11. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. Med Clin [Barc] 2003; 120: 99-100.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 22 Febrero 2010	Género: Hombre	Edad: 53	IMC: 31	Alergias: No conocidas
------------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1980	Psoriasis*	S	B	12/02	Polipodium leucotomos	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
					Clobetasol-17-propionato crema	1-0-1	1-0-1			S	
1995	HTA*(HVI*)	S	P	2008	Amlodipino 10mg	1-0-0	1-0-0	S	S	N	INSEG CUANT (▶)
					Valsartan 160mg					S	
años	Ansiedad	S	B	9 meses	Clorazepato 10 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
					Gabob 150 mg					S	
					Piridoxina clh.75 mg					S	
Años	Estreñimiento	S	B	años	Fibra comp	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2008	Diabetes*	S	B	2008	Metformina 850	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2008	Prevención de trombos	S	P	2008	AAS 100	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
meses	▶ Edema en tobillos	N	B								
meses	▶ Disminución de la libido	N	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 22 Marzo 2010	Género: Hombre	Edad: 53	IMC: 31	Alergias: No conocidas
----------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1980	Psoriasis*	S	B	12/02	Polipodium leucotomos	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
					Clobetasol-17-propionato crema	1-0-1	1-0-1			S	
1995	HTA*(HVI*)	S	P	2008	Amlodipino 5 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Valsartan 160mg					S	
años	Ansiedad	S	B	9 meses	Clorazepato 10 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
					Gabob 150 mg					S	
					Piridoxina clh.75 mg					S	
Años	Estreñimiento	S	B	años	Fibra comp	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2008	Diabetes*	S	B	2008	Metformina 850	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2008	Prevención de trombos	S	P	2008	AAS 100	0-1-0	0-1-0	S	S	S	

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

Galactorrea causada por sulpirida.

Sendra-Lillo J, Sendra Ortolá Á.
farmaciasendra@yahoo.es

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 37 años acude a la oficina de farmacia aquejada de fuertes molestias menstruales, dolor de mamas y mareos. Entrevista realizada el 12 de noviembre de 2007

La paciente sufre mareos debidos a problemas cervicales desde hace 7 meses, por ello está tomando Myolastan (tetrazepam 50 mg), lo toma, se lo recetó el médico de cabecera por un problema de contractura muscular en el cuello, aún tiene problemas, desde hace 6 meses, toma 0-0-1. Duerme muy bien, cumple y conoce.

Dogmatil (Sulpirida 50 mg), lo toma 1-1-1. Desde hace un mes que comenzó a sufrir mareos, "No podía ni levantarme del sofá". La paciente mejora de sus mareos-vértigo pero desde que lo está tomando dice que padece dolor de mamas, amenorrea, ha menstruado en 23 días dos veces cuando su ciclo habitual es de 30 días, y un dolor de ovarios muy fuerte durante los últimos períodos menstruales.

Si tiene dolor la paciente toma Meloxicam Stada 7.5 mg 1-0-1 después de las comidas desde hace 4 meses. Sólo cuando tiene dolor de cervicales. Al principio lo tomaba todos los días, pero el médico le dijo que lo tomara "a demanda". Cuando se lo toma le va bien, aunque tiene miedo de tomarlo de por vida porque "me han dicho que es malo para el estómago".

La paciente mide 1.64 m y pesa 58 kg. Tensión arterial: 136/ 81, frecuencia cardíaca 73.

FASE DE ESTUDIO:

La sulpiridía es una benzamida sustitutiva con acción selectiva bloqueante de los receptores dopaminérgicos. Sus primeros reportes farmacológicos hipotetizaron sobre la selectividad sobre los receptores dopaminérgicos D2, pero la sulpirida también bloquea los receptores tipo D3 y D4. En cambio no bloquea los receptores D1 de tipo adrenérgico, colinérgico, gamma-aminobutírico ácido-érgico o serotoninérgico. La biodisponibilidad oral de la sulpirida es pobre, aproximadamente del 35%, no parece sufrir un intenso metabolismo de primer paso, lo hace unido a proteínas.

La sulpirida es un antipsicótico típico y como tal presenta incidencia alta-moderada a los efectos extrapiramidales, por tanto, la hiperprolactinemia es uno de sus efectos adversos. Esta secreción excesiva de prolactina puede ser la causante de alteraciones del ciclo menstrual, trastornos de la ovulación, infertilidad y galactorrea.

Los síntomas que la paciente describe: dolor de mamas, alteración del ciclo menstrual con dolor menstrual mayor del habitual se agrupan bajo el nombre de galactorrea.

En cuanto a las contraindicaciones que presenta el dogmatil la paciente no parece presentar ninguna: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Tumores prolactina-dependientes concomitantes, por ejemplo prolactinomas de la glándula pituitaria y cáncer de mama. Feocromocitoma. Asociación con levodopa (ver sección 4.5 Interacción con otros fármacos y otras formas de interacción). Pacientes con prolongación del intervalo Q-T (QTc>440 ms) por ejemplo síndrome de QT congénito, o aquellas situaciones clínicas que supongan un riesgo añadido.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Molestias menstruales, dolor de mamas y mareos	Sulpirida 50 mg	Inseguridad no cuantitativa		

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

3 de noviembre de 2007: La paciente acude el día siguiente a la oficina de farmacia con una receta de Serc 16mg 30 comprimidos (Betahistina diclorhidrato 16mg) en lugar del Dogmatil.

22 de Noviembre de 2007: La paciente acude a la oficina de farmacia tras 20 días desde que se le cambió la medicación, se la citó para ese

día si no le surgían más complicaciones. La paciente ha mejorado, no hay síntomas de galactorrea y además dice que lleva mejor los mareos. Le falta poco para volver a tener la menstruación, por lo que se acuerda con ella que si tiene problemas llamará a la oficina de farmacia para concertar una nueva entrevista de SFT. Cuando hablamos con ella el problema de salud "galactorrea" se ha resuelto.

DISCUSIÓN DEL CASO:

En este caso se ha detectado un RNM y se ha resuelto tras recomendar la modificación de la terapia.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Galactorrea	Inseguridad no cuantitativa	Sulpirida	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Envío de informe al médico de cabecera recomendando la retirada y el cambio por otro medicamento.	SI

BIBLIOGRAFÍA:

- Gámez, M. Los antipsicóticos atípicos en dosis altas producen reacciones extrapiramidales. *Offarm.* Volúmen 26 - Número 01.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ficha Técnica Medicamento Dogmatil 50 mg. 30 cápsulas. [Monografía en internet]. Madrid. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=48556&formato=pdf&formulario=FICHAS>

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 27 Noviembre 2007	Género: Mujer	Edad: 37	IMC: 21	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
4 meses	Contractura cervical*	N	B	4 meses	Meloxicam 7.5mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
					tetrazepam 50 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
1 mes	Mareos, vértigo*	S	B	1 mes	Sulpirida 50mg	1-1-1	1-1-1	S	S	N	INSEG NO CUANT
1 mes	Galactorrea	S	B								

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 27 Noviembre 2007	Género: Mujer	Edad: 37	IMC: 21	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
4 meses	Contractura cervical*	N	B	4 meses	Meloxicam 7.5mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
					tetrazepam 50 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
1 mes	Mareos, vértigo*	S	B	1 mes	Betahistina 16mg	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.

Hiperglucemia con prednisona en un paciente con Fibrosis pulmonar.

De Pablo Marcos D, Grande Pérez MD, Albarran Rodríguez L
dpablo@farmaciastrebol.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Varón de 77 años, con un nivel cultural bajo, hipertenso, con diagnóstico de fibrosis pulmonar, tuvo infarto agudo de miocardio en el 2001. Está dado de alta como paciente Seguimiento Farmacoterapéutico para controlar su tensión, el 01/02/10 viene a la farmacia a retirar su medicación y se le consulta por si hay algún tratamiento nuevo, nos comenta que toma Prednisona y Azatioprina en comprimidos. Se le invita a la zona de atención personalizada a realizar un control de la glucemia y actualizar su nuevo tratamiento.

En sus antecedentes su madre falleció por un accidente cerebro vascular ACV. El dejó de fumar, unos 20 cigarrillos/ día hace 9 años. Actualmente con hábitos higiénico dietéticos saludables.

FASE DE ESTUDIO:

El Paciente presenta una glucemia 2 horas después del desayuno de 427 mg/dl

Al día siguiente en ayunas presenta una glucemia de 394 mg/dl, colesterol: 162mg/dl, Gpt; 11 U/L. (Tomado con técnica de bioquímica líquida modelo Clima[®], marca RAL[®].)

Saturación de oxígeno: 96% pulso: 73ppm. (SpO2 y Pulso tomado con un pulsiómetro marca Contec[®] modelo Cms-50D)

La tensión arterial está controlada con valores medios de 136/78 mmHg.

(Tomada con un esfigmomanómetro aneroide marca Corysan).

En la última analítica con su médico hace dos meses tiene el PSA controlado; 5 ng/ml

Amlodipino:

Necesidad: Indicaciones aprobadas Entre otros: Enfermedades bronquiales y pulmonares: Asma bronquial. Se recomienda la administración concomitante de broncodilatadores. Enfermedades intersticiales pulmonares como la fibrosis pulmonar

Efectividad: Sin relevancia para el caso.

Seguridad: Entre otros, afecta a nivel metabólico: Reducción de la tolerancia a la glucosa, diabetes mellitus.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Glucemia de 427mg/dl	Prednisona oral 30+5mg	Inseguridad no cuantitativa	Características del medicamento	Se informa al médico por escrito.
Glucemias elevadas Media de 265mg/dl.	Repaglinida 0,5mg.	Inefectividad cuantitativa	Dosis no adecuada	Se informa al médico por escrito.
Glucemias elevadas 470mg/dl.	Insulina glargina	Inefectividad cuantitativa	Incumplimiento parcial	Se explica el error, educando sobre el objetivo, el uso correcto de la insulina.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

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 (04/02/10) 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 Repaglinida 0,5mg (1-1-1).

19/02/10: Los perfiles que realiza el paciente con su glucómetro, en las dos semanas posteriores nos indican que la repaglinida no resulta eficaz.

Antes desayuno: 263mg/dl, 2h Después del desayuno: 278mg/dl.

Antes comida: 243mg/dl, 2h después de la comida: 281 mg/dl.

Antes de la cena: 237 mg/dl, 2h después de la cena: 291 mg/dl.

Informamos de nuevo al médico del perfil con glucemias elevadas y decide retirar la repaglinida, y pauta las insulinas Glargina (0-0-29UI) y glulisina (8-8-8UI),

Fecha: 26/02/10 después de una semana vemos en los perfiles que las glucemias siguen elevadas, glucemia de 470mg/dl, debido a un incumplimiento parcial de la insulina glargina. El paciente cree por desconocimiento que tiene un exceso de insulina.

Fecha: 01/03/10. Educamos al paciente y su mujer en el efecto y manejo de cada insulina, obteniendo ahora el cumplimiento de su medicación.

Fecha: 09/04/10. El médico agradece la intervención educativa, sube los niveles de azatioprina y reduce los niveles de prednisona de forma escalonada a 15mg y de insulina. Obteniendo ahora los perfiles de glucemia normales.

A Des: 98, Desp Des: 119, A Comida: 123, Desp Comida : 115, A Cena : 88, Desp Cena: 107 mg/dl.

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 sus medicamentos.

En resumen, la metodología Dader de Seguimiento de la medicación junto con la educación sanitaria que realiza el farmacéutico es la clave para el buen control y cumplimiento del paciente crónico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta fármaco terapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Ficha Técnica del Dacortin 30mg ®, Imurel ®, Novonorm 0,5mg ® en la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en : <https://sinaem4.agemed.es/consaem/> . Acceso en 04/02/2010
3. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (rnm) comité de consenso: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (cts-131). Universidad de Granada. Grupo de Investigación en Farmacología (cts-164). Universidad de Granada (españa). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.
4. Nuevas estrategias terapéuticas en la fibrosis pulmonar idiopática. J Ancochea; E Antón; A Casanova. Arch Bronconeumol. 2004;40(Supl 6):16-22.
5. Foro de Atención Farmacéutica, documento de consenso 2008. <http://www.pharmaceutical-care.org> .Acceso en 12/04/10.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 1 Febrero 2010	Género: Hombre	Edad: 77	IMC: 22	Alergias: No conocidas
-----------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	Fibrosis Pulmonar		B	01/02/10	Prednisona 30+5mg/ día.	1/2-1/2-1/2	1/2-1/2-1/2	S	?	N	INSEG NO CUANT
				01/02/10	Azatioprina 50mg	0-1-0	0-1-0			S	
2006	Disnea	N	P	2007	Tiotropio	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				2006	Salmeterol 50 mcg	1-0-1	1-0-1			S	
					Fluticasona 100mcg	1-0-1	1-0-1			S	
2001	Dislipemia	S	P	2001	Simvastatina 40mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2001	HTA	S	P	2001	Enalapril 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2001	Profilaxis de Infarto agudo de miocardio	S	P	2001	AAS 100mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2010	Prevención de lesiones gástricas	Si	No	01/02/10	Pantoprazol	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2005	Insomnio	si	No	2005	Bromacepam 1,5mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2002	Hipertrofia Benigna de Prostata	si	No	2002	Alfuzosina	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
04/02/10	Glucemia elevada: 427mg/dl										

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 1 Febrero 2010	Género: Hombre	Edad: 77	IMC: 22	Alergias: No conocidas
-----------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	Fibrosis Pulmonar		B	01/02/10	Prednisona 30+5mg/ día.	1/2-1/2-1/2	1/2-1/2-1/2	S	?	N	INSEG NO CUANT
				01/02/10	Azatioprina 50mg	0-1-0	0-1-0			S	
				9/04/10	Acetilcisteína 200mg	1-0-1	1-0-1				
2006	Disnea	N	P	2007	Tiotropio	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				2006	Salmeterol 50 mcg	1-0-1	1-0-1			S	
					Fluticasona 100mcg	1-0-1	1-0-1			S	
2001	Dislipemia	S	P	2001	Simvastatina 40mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2001	HTA	S	P	2001	Enalapril 5mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2001	Profilaxis de Infarto agudo de miocardio	S	P	2001	AAS 100mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2010	Prevención de lesiones gástricas	Si	No	01/02/10	Pantoprazol	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
2005	Insomnio	si	No	2005	Bromacepam 1,5mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2002	Hipertrofia Benigna de Prostata	si	No	2002	Alfuzosina	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

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

Hipertensión y AMPA

Tous i Trepal S
stous001@cofb.cat

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente varón de con un control deficiente de la presión arterial al que la medida de la presión con un protocolo de AMPA nos aporta datos para llegar mas fácilmente a la solución. Acude frecuentemente a controlarse la presión puesto que le preocupa. Padece insuficiencia cardiaca leve y no consigue en principio controlar la presión en todo el periodo diurno a pesar de estar tratado con losartan y amlodipino. Después de la adecuación de la medicación en colaboración con su medico conseguimos unos valores correctos. Está tratado desde hace dos años después de un ingreso por una descompensación cardiaca, coincidiendo con el inicio de la pauta compleja post ingreso, le preparamos la medicación en SPD.

El paciente padece hipertensión tratada desde hace un año con losartan 50 1/0/0 y amlodipino 5 0/0/1, padece también insomnio tratado desde hace años con lorazepam al ir a dormir, la doctora acaba de incorporar mirtazapina 15 mg al tratamiento, además para la insuficiencia cardiaca toma mononitrato de isosorbide 20mg 1/1/1 y Cafinitrina a demanda. Presenta una presión de 148/68 por encima de lo óptimo en su caso y más teniendo en cuenta la insuficiencia cardiaca. En cuanto a los resultados del AMPA presenta un mal control pero empeora por la noche, signo de que el efecto de losartan no cubre todo el periodo diurno. El losartan tiene una vida media de 2-5 horas⁷ que se muestra muchas veces insuficiente para cubrir como mínimo todo el periodo diurno.

FASE DE ESTUDIO:

Losartan:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial. ^{3,4,5}

Efectividad: Obtención de unos valores de TA acordes con el estado de salud del paciente ^{3,4,5}

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Vida media 2-5 horas⁷

Amlodipino:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial. ^{3,4,5}

Efectividad: Obtención de unos valores de TA acordes con el estado de salud del paciente ^{3,4,5}

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Vida media 2-5 horas, Tmax 6-12 horas⁷

Telmisartan:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial. ^{3,4,5}

Efectividad: Obtención de unos valores de TA acordes con el estado de salud del paciente ^{3,4,5}

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Vida media 20 horas⁷

Hidroclortiazida:

Necesidad: Tratamiento de la hipertensión arterial. ^{3,4,5}

Efectividad: Obtención de unos valores de TA acordes con el estado de salud del paciente ^{3,4,5}

Seguridad: Sin relevancia para el caso.

Vida media 5-13 horas, Tmax 1-2 horas⁷

Plan actuación: HTA

- Asesorar sobre los objetivos del tratamiento de la HTA.
- Asesorar sobre estilos de vida.
- Enseñarle el manejo de un tensiometro especialmente diseñado para aplicar un AMPA según protocolo.(tres medidas cada 2 minutos tres veces al día durante tres días, se desprecia el primer día y la primera de cada serie) ^{1,6,4,3}

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Elevación de la presión arterial (PA media: 148/68)	Losartan 50 mg Amlodipino 5mg	Inefectividad cuantitativa	Dosis/ pauta y/o duración no adecuada	Puesto que no cubre todo el día proponemos a la doctora subir la dosis de losartan o añadir un diurético

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

Se pretende reducir la PA del paciente por debajo de 140/90 mmHg en el caso de medidas en consulta o de 135/85 en el caso de medidas de AMPA1. Puesto que los valores no son correctos se remite informe al medico proponiendo cambiar la medicación subiendo la dosis de losartan o añadiendo un diurético.

29.05.09: La paciente acude a la farmacia y nos trae la respuesta de la doctora, decide cambiar el losartan/amlodipino por telmisartan 80/ hctzd 12,5 puesto que tiene una vida media mas larga² y ella espera que sea suficiente. Quedamos en repetir el AMPA en 1 mes.

19.06.09: Se obtienen los siguientes valores medios de PA según el protocolo1.

Mañana 130/67

Mediodía 142/71

Noche 173/92

Ha mejorado por la mañana pero sigue alto al mediodía y por la noche. Proponemos reintroducir el amlodipino 5 por la noche. La doctora acepta y quedamos en repetir el AMPA en un mes

14.09.09: Mas tarde de lo pactado repetimos el AMPA los valores obtenidos son:

Mañana 126/65

Mediodía 112/67

Noche 146/71

Ya que las medidas de la noche están hechas antes de tomar al amlodipino, damos por bueno el resultado y lo repetiremos en breve.

21.04.10: Repetimos el AMPA y los valores obtenidos son:

Mañana 123/73

Mediodía 116/68

Noche 133/71

Los valores son correctos, aunque las medidas de la noche están hechas antes de tomar al amlodipino.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Conseguir un control optimo de la presion arterial puede ser un proceso complejo y que puede requerir el uso de diferentes medicamentos. Si la persona como es el caso presenta factores de riesgo asociados como insuficiencia cardiaca leve, tiene todavía mas sentido intervenir para mejorar el control de la presion arterial. Las medidas aisladas de la tension arterial a veces no acabando e proporcionarnos toda la información necesaria para ver si el control es optimo. El uso de un AMPA no "ad libitum" sino que según un protocolo^{1,6} nos da información

contrastada y con mas relación con el nivel de riesgo cardiovascular real. Conocer los parámetros farmacocinéticos de los medicamentos también nos ayudará a ver los periodos en que esperamos el máximo efecto de un medicamento. El proporcionar estos datos al medico ha sido muy bien recibido y ha facilitado la interacción en beneficio del paciente.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Hipertensión	Inefectividad cuantitativa	Losartan 50 Amlodipino	Escrita farmaceutico- paciente-médico	Añadir Diurético o subir dosis de losartan	NO
Hipertensión	Inefectividad cuantitativa	Telmisartan/HCTZD	Escrita farmaceutico- paciente-médico	Reintroducir Amlodipino	SI

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 A. Coca, V. Bertomeu, A. Dalfó, E. Esmatjes, F. Guillén, L. Guerrero, J. L. Llisteri, R. Marín-Iranzo, C. Megía, L. Rodríguez Mañas y C. Suárez. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2007
- 2 Williams B, Lacourcière Y, Schumacher H, Gosse P, Neutel JM. Antihypertensive efficacy of telmisartan vs ramipril over the 24-h dosing period, including the critical early morning hours: a pooled analysis of the PRISMA I and II randomized trials. *J Hum H3ypertens*. 2009 Feb 19.
- 3 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25: 1105-87.
- 4 Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SAH-LELHA). Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Hipertensión*. 2005;22 Supl 2:84
- 5 Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo 2004
- 6 O'Brien, Beevers G, Lip GY. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part III. Automated sphygmomanometry: ambulatory blood pressure measurement. *BMJ* 2001; 322: 1110-1114.
- 7 Lexi- Comp Drug Information Handbook. Charles F. Lacy

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 20 Mayo 2009	Género: Hombre	Edad: 86	IMC: 23	Alergias: No conocidas
---------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
21/02/06	Insomnio	N	B	21/02/06	Lorazepam	0/0/0/1	0/0/0/1	S	N	S	INEF CUANT
				03/02/09	Mirtazapina 15	0/0/1	0/0/1			S	
2001	HTA	N	B	20/02/09	Losartan 50	1/0/0	1/0/0	S	N	S	INEF CUANT
				20/02/09	Amlodipino 5	0/0/1	0/0/1			S	
20/02/09	Insuficiencia cardiaca	S	N	20/02/09	Mononitrato de isosorbide 20 mg	1/1/1	1/1/1	S	S	S	
				20/02/09	Nitroglicerina sublingual	AD	AD	S	S	S	

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

20.05.09	TAS (mmHg)	PAD (mmHg)
	148	68
AMPA mañana	147	73
AMPA mediodía	148	70
AMPA tarde	166	71

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 20 Mayo 2009	Género: Hombre	Edad: 86	IMC: 23	Alergias: No conocidas
---------------------	----------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
21/02/06	Insomnio	N	B	21/02/06	Lorazepam	0/0/0/1	0/0/0/1	S	N	S	INEF
					Duloxetina 60	0/0/1	0/0/1			S	
2001	HTA	N	B	29/05/09	Telmisartan 80	1/0/0	1/0/0	S	S	S	
				20/02/09	Amlodipino 5	0/0/1	0/0/1			S	
20/02/09	Insuficiencia cardiaca	S	N	20/02/09	Mononitrato de isosorbide 20 mg	1/1/1	1/1/1	S	S	S	
				20/02/09	Nitroglicerina sublingual	AD	AD	S	S	S	

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

20.05.09	TAS (mmHg)	PAD (mmHg)
	148	68
AMPA mañana	147	73
AMPA mediodía	148	70
AMPA tarde	166	71

Inseguridad de la Trazodona y mal uso de la risperidona en un paciente anciano.

De Pablo Marcos D, Grande Pérez MD, Albarran Rodríguez L, Rodríguez Chamorro MA.
david-pablo@cofm.es

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer de 98 años polimedicada, con insuficiencia cardiaca, con estados de depresión y ansiedad.

La hija esta en seguimiento farmacoterapéutico y acude a la farmacia el 10/02/10 a controlar su tensión, al preguntarla por su madre nos comenta que está manifestando unos síntomas muy extraños por la noche.

Antecedentes

Familiares: No conocidos.

Personales: Hipertensión arterial, esplenomegalia de etiología no determinada, objetivadas en ingreso del 2007, descartándose continuar estudios diagnósticos más específicos por parte del servicio de hematología, insuficiencia renal crónica, hipoacusia severa, histerectomía total por tumor benigno.

Analítica reciente de diciembre 2009, Creatinina; 1,44 mg/dl, Potasio: 3,9 mEq/L.

FASE DE ESTUDIO:

Trazodona:

La trazodona es un antidepresivo, no se conoce bien su mecanismo de acción, actúa bloqueando la recaptación de serotonina por la membrana presináptica neuronal. Posee intensa actividad sedante. Se comporta como agonista 5HT1 y como antagonista serotoninérgico 5HT2, en función de la dosis.

Necesidad: depresiones orgánicas, endógenas, psicógenas, sintomáticas e involutivas. Estados mixtos de depresión y ansiedad. Depresiones atípicas o enmascaradas (trastornos psicósomáticos). Temblor, discinesia. Trastornos de afectividad y alteraciones del comportamiento: irritabilidad, agresividad, labilidad emotiva, apatía, aislamiento, disminución en la duración del sueño.

Efectividad: Sin relevancia

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Síntomas de nerviosismo, insomnio, delirio, sequedad de boca	Trazodona 100mg.	Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa	Se informa al médico por escrito de los síntomas que están contenidos en la ficha del medicamento.
Síntomas de creencias falsas.	Risperidona Flash 0,5mg.	Inefectividad cuantitativa.	Mal uso del medicamento.	Se explica a la paciente y a su hija el uso correcto del medicamento con la toma sublingual.

Seguridad: Los ancianos pueden ser más sensibles a los efectos sedantes e hipotensores de la trazodona. Se recomienda una reducción de la dosificación e incrementar la dosis más gradualmente, así como un especial control clínico.

Los efectos adversos de trazodona son, en general, infrecuentes aunque moderadamente importantes. En la mayor parte de los casos, las reacciones adversas son una prolongación de la acción farmacológica y afectan principalmente al sistema nervioso central. Las reacciones adversas más características son:

Ocasionalmente (1-9%): somnolencia, hipotensión ortostática, mareos, agitación, confusión, insomnio, cefalea, náuseas, vómitos, debilidad, adelgazamiento, temblor, sequedad de boca, bradicardia o taquicardia, edema, estreñimiento o diarrea, visión borrosa, priapismo.

Raramente (<1%): prurito, urticaria, convulsiones, acatisia, temblor, mania, tinnitus, impotencia sexual, reducción de la libido, anemia, mialgia, anorexia.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

10/02/10: Después de estudiar el caso, acuerdo con la hija que me llame en la semana, para saber si los síntomas persisten y de paso me comenta las cifras de tensión arterial que realiza con un tensiómetro automático de brazo, (de marca Omron® modelo MX3). Sobre los inhaladores me informan que van bien, me aseguro que saben usarlos y que no ha tenido molestias en la boca tras su uso. Como al hablar con ella me comenta que la tensión está controlada con valores medios de 138/83 mmHg, pero los síntomas nocturnos continúan, decido realizar un informe para el médico el 15/02/10, explicando la relación de los síntomas que nos comenta la hija de la paciente anciana y las reacciones adversas que indica la ficha del medicamento. Esto nos hace sospechar de una inseguridad del antidepresivo trazodona.

Síntomas comentados:	Reacciones adversas de la trazodona:
"La noto mucho más inquieta de lo normal algunas noches al consolarla me golpea como si estuviera loca"	Nerviosismo, Agresividad.
"Por la noche habla sola gritando y no entiendo nada de lo que dice"	Delirio, alteraciones en el lenguaje.
"Al levantarse de la cama se marea y se cae"	Hipotensión ortostática.
"Me pide cada poco beber agua"	Sequedad de boca.
"Me dijo el médico que le daría sueño y por la noche no duerme ni deja dormir"	Insomnio.

La doctora de cabecera acepta nuestro informe el 16/02/10 y decide suspender la trazodona y pautar una receta con visado de risperidón flash de 0,5mg (0-0-1).

En la semana siguiente la hija nos comenta agradecida que su madre está mejor: "Ya no tiene los síntomas de antes pero que ahora tiene unas extrañas creencias falsas de que la vigila un detective". Al sospechar que la risperidona flash no está siendo eficaz la pregunto como la toma y nos comenta que se la traga entera. Las enseño a tomar el comprimido flash de forma correcta.

Diez días después nos comenta que toma bien la medicación y los síntomas de "creencias falsas" han cesado.

DISCUSIÓN DEL CASO:

La dispensación con una actitud de interés por la salud y los medicamentos del paciente nos da las pistas para llegar a una intervención farmacéutica.

Gracias a la intervención farmacéutica colaborando con el médico se ha conseguido controlar el problema de salud de ansiedad, delirio e insomnio de la paciente y se ha documentado la inseguridad de la trazodona a farmacovigilancia.

Además de la metodología Dáder de Seguimiento de la medicación, la educación farmacoterapéutica es fundamental para el buen control y cumplimiento del paciente crónico.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Delirio, nerviosismo, insomnio	Inseguridad no cuantitativa	Trazodona 100	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Solicitud para que conozca la inseguridad y cambie el tratamiento antidepresivo por otro.	SI
Creencias falsas	Inefectividad cuantitativa	Risperidona flash 0,5mg	Oral farmacéutico-paciente	Se explica a la paciente y a su hija el uso correcto de la presentación flash.	SI

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta fármaco terapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Ficha Técnica de Risperidona®, en la Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en : <https://sinaem4.agemed.es/consaem/> . Acceso en 19/02/2010. Ficha del Deprax en el el programa Farmatic®. Acceso en 13/02/2010.
3. Foro de Atención Farmacéutica, documento de consenso 2008. <http://www.pharmaceutical-care.org> .Acceso en 14/04/10.
4. FJ Fernández-Osuna. Manejo clínico de los nuevos antipsicóticos. NRev Esp Sanid Penit 2005; 7: 103-108.
5. Vélez García-Nieto J, Mearín Manrique I. Atención farmacéutica y comunicación para pacientes con patologías psiquiátricas. Módulo I. Madrid: Bexal Farmacéutica S.A. Documento docente. 2006.
6. Anónimo. Antipsicóticos: ¿típicos o atípicos? Panorama Actual del Medicamento. 2004; 28(276): 663-684.
7. Gila Azañedo JA, Chamorro García L. Efectos adversos asociados al tratamiento con antipsicóticos atípicos. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. 2004; 5(2): 1-4.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 13 Febrero 2010	Género: Mujer	Edad: 98	IMC: 30	Alergias: No conocidas
------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	Hernia de hiato	Si	P	1998	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0			S	
2008	Insuficiencia cardiaca	Si	P	2008	Furosemida 20mg	1/2-0-0	1/2-0-0	S	S	N	
2007	Hipertensión	Si	P	2007	Enalapril 5mg	1-0-0	1-0-0			S	
2009	Prevención cardiovascular	Si	P	2009	AAS 100mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2010	Depresión Ansiedades	Si	P	15/01/10	Trazodona 100mg	0-0-1	0-0-1	S	S	N	INSEG NO CUANT
2006	Disnea	Si	P	2006	Tiotropio	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
					Salmeterol inhalador	1-0-1	1-0-1			S	
28/01/10	Nerviosismo, delirio, insomnio	No	B								

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 31 Febrero 2010	Género: Mujer	Edad: 98	IMC: 30	Alergias: No conocidas
------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1998	Hernia de hiato	Si	P	1998	Omeprazol 20mg	1-0-0	1-0-0			S	
2008	Insuficiencia cardiaca	Si	P	2008	Furosemida 20mg	1/2-0-0	1/2-0-0	S	S	N	
2007	Hipertensión	Si	P	2007	Enalapril 5mg	1-0-0	1-0-0			S	
2009	Prevención cardiovascular	Si	P	2009	AAS 100mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
2006	Disnea	Si	P	2006	Tiotropio	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
					Salmeterol inhalador	1-0-1	1-0-1			S	
2010	Psicosis	No	P	16/02/10	Risperidona 0,5mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

Tratamiento antiosteoporótico de paciente polimedicada (I)

Amina Alehyan Dabbakh
aminalehyan@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente habitual de oficina de farmacia, mujer de 79 años (Peso: 56 Kg. Talla: 1,51 m), con varios Problemas de Salud, en la cual destacaremos la Osteoporosis Posmenopáusicas que padece (P.S. que más le preocupa, fue diagnosticada en el año 1993) y el tratamiento farmacológico antiosteoporótico que sigue bajo prescripción médica para dicha enfermedad y la relación con la politerapia que lleva de forma paralela.

FASE DE ESTUDIO:

Elcatonina:

Necesidad: Prevención de pérdida aguda de masa ósea debida a inmovilización repentina como en el caso de pacientes con fracturas osteoporóticas recientes (1).

Efectividad: El paciente no siente la pérdida de masa ósea, ya que la Osteoporosis sólo determina síntomas a través de las fracturas que condicionan. Se han publicado datos de Eficacia de Calcitonina hasta 5 años. Tampoco se ha demostrado que la asociación de dos fármacos antirresortivos produzca ninguna reducción adicional del riesgo de fractura (2).

Seguridad: Se han publicado datos de Seguridad de Calcitonina hasta 5 años. El aumento de efectos secundarios hacen desaconsejable la asociación de dos fármacos antirresortivos (En el caso de nuestra paciente sigue una terapia combinada (Elcatonina y Alendronato). La única excepción a esta regla, sería utilizar Calcio, y en determinados casos Vitamina D, a los diversos fármacos (2).

Alendronato:

Necesidad: Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusicas. FOSAMAX reduce el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera.

Efectividad: Se supone efectivo. La Osteoporosis solo determina síntomas a través de las fracturas que condicionan.

Seguridad: El tratamiento con Alendronato hasta 10 años parece seguro, aunque ya se han notificado casos de osteonecrosis mandibular con bifosfonatos orales.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
El aumento de los efectos secundarios hacen desaconsejable la asociación de dos fármacos antirresortivos (En el caso de nuestra paciente sigue una terapia combinada (Elcatonina y Alendronato). La única excepción a esta regla, sería utilizar Calcio, y en determinados casos Vitamina D, a los diversos fármacos (2).	Elcatonina 40 UI.	Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa	La Calcitonina lleva tomándola 12-13 años (duración adecuada??). (Eficacia y Seguridad de Calcitonina: hasta 5 años (2)).

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

1. Asegurarnos de que la ingesta de Calcio y vitamina D necesaria por su condición de edad y sexo es la correcta (1200-1500mg) (2). En el caso particular de nuestra paciente, se completa el requerimiento necesario con un suplemento de calcio.
2. Tener en cuenta fármacos osteoporizantes: No relevante en nuestro caso. (2)
3. Prevención de caídas; evitar hipotensión ortostática; calzado adecuado y cualquier otra medida que minimice el riesgo de una posible fractura. (2)
4. Ejercicio Físico: Subir escaleras, caminar rápido y el ejercicio aeróbico o moderado. (2)
5. Otras medidas: Calcio dietético. Cese de hábito tabaquito. Reducción del consumo de alcohol. No más de 4 tazas de café por riesgo de calciuria.

Los puntos 1, 2, 3, 4 y 5 son medidas generales que deberemos asegurar que un paciente conoce de su PS y el farmacéutico controla en un paciente polimedcado.

Se pretende que el médico REEVALUE o se detenga a revisar la terapia combinada (Elcatonina 40 UI y Alendronato 70 mg) que lleva dicha paciente polimedcada. No se ha demostrado que dicha asociación optimice el tratamiento antiosteoporótico. Lo que si podría ocurrir es que aumente la probabilidad de efectos adversos. (La calcitonina fue prescrita en su momento por médico especialista y el bifosfonato por su médico de cabecera. Existe la posibilidad de que el médico no haya reparado a valorar dicho tratamiento).

1ª Visita(12/ 04/ 2009): En la primera entrevista sucesiva, le marcamos y nos cercioraremos de que conoce su PS y le facilitaremos una serie de consejos y medidas no farmacológicas (1º, 2º, 3º, 4º, 5º) para llevarla mejor. Se le instruye de las medidas higiénico-dietéticas que debe seguir (Lleva muchos años con el tratamiento, decidimos esperar un poco para poder intervenir en el tratamiento farmacológico).

2ª Visita (28/ 05/ 2009): Le explicamos que hemos hecho una revisión de su tratamiento farmacológico, que no encontramos nada que nos llame la atención de su politerapia a excepción del tratamiento antiosteoporótico. Le explicamos lo que pretendemos conseguir con nuestro plan de actuación y que la paciente se sienta parte activa de nuestro objetivo que no es otro que el de optimizar su tratamiento actual.

DISCUSIÓN DEL CASO:

La paciente hizo llegar la comunicación escrita al médico. La I. F. no fue aceptada. La médico remitió la carta tal cual se le había entregado y dio veredicto vía verbal, a través de la paciente, de que el tratamiento antiosteoporótico debía mantenerse tal cual. Queda en este caso patente que puede resultar arduo la intencionalidad de poder trabajar en equipo. Seguimos pues con el compromiso formal de vigilar su tratamiento y verificar que el resto del tratamiento farmacológico que lleva consigue su fin terapéutico.

12/10/2009: La paciente acude previa cita a su médico de cabecera porque acusaba dolor cervical. La médica de familia remite al especialista.

09/11/2009: Cita con el traumatólogo. Atiende su PS y revisa su tratamiento (Se le aconseja que cuando acuda lleve consigo todo su tratamiento farmacológico: LE RETIRA LA "Elcatonina". Y le realiza además pequeñas modificaciones en el tratamiento como es aumentar la dosis de suplemento de Calcio (pasa de 500 a 1000) y la añadirle Vitamina D.

Conseguimos la revisión de su tratamiento, con el objetivo de intervenir sobre la estrategia farmacológica (4) que ERA LA DE RETIRAR UNO DE LOS MEDICAMENTOS antiosteoporóticos.

Existe además, otra reflexión y es la de asegurarnos de que la comunicación entre los niveles asistenciales (primaria y especializada) se da, para que no existan duplicidad en un tratamiento como ha ocurrido en este caso.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Aumento de probabilidad de efectos adversos.	Inseguridad no cuantitativa	Elcatonina	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Intervenir sobre la estrategia farmacológica: Retirar un medicamento	SI

BIBLIOGRAFÍA:

- <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>.
- Robles I S; Jiménez J; Jiménez L; Osteoporosis Posmenopáusica 2009. Vol. 2, N° 2. Boletín de Información Farmacoterapéutica 2009. <https://www.murciasalud.es>.
- Curso de Atención Farmacéutica en Patologías Prevalentes 2006 Módulo 2. Unidad 7. Osteoporosis Consell Català de la Formació farmacéutica Continuada. <https://www.oficinadefarmacia.com/condiciones.asp>.
- Sabater D, Silva MM, Faus MJ, MÉTODO DÁDER Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición 2007.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 12 Abril 2008	Género: Mujer	Edad: 79	IMC: 24,5	Alergias: No conocidas
----------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1993	Osteoporosis	Si	R	1993	Calcio 500 mg	0-1-0	0-1-0			S	
				05/96	Elcatonina 40 UI	1/mes	1/mes	S	S	N	INSEG NO CUANT
				03/05	Alendronato 70	1/sem	1/sem			S	
1999	Temblor mano dcha	Si	P	06/00	Selegilina 5 mg	1/2-0-0	1/2-0-0	S			
2001	Riego Cerebral	Si	P	06/01	Trimetazidina 20mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2004	Hipercolesterolemia	Si	P	04/04	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2005	HTA	Si	P	05/05	Enalapril 10mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Nitrendipino 20mg					S	
	Trastornos circulatorios periféricos	Si	P	2005	Diosmina 450mg/	1-0-1	1-0-1	S	S	S	
					Hesperidina 50 mg					S	

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

Observaciones:

Para algún dolor que puede acontecer de forma ocasional (Dolor de rodilla y de pierna) utiliza algún analgésico a demanda dentro de la pauta posológica establecida: Metamizol 575 mg.

- Toma un complemento alimenticio para la vista prescrito por el especialista (Nutrof omega 36 cáps).
- Vértigo: Padece de forma puntual problemas vertiginosos. La médico de cabecera le comunicó que cuando tuviera algún episodio siguiera un tratamiento que le determina.
- La comunicación médico- farmacéutico es limitada (facultativo no colaborador).
- No existe posibilidad de acceso a la historia clínica ni farmacoterapéutica.
- Paciente cumplidora en su tratamiento.

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 09 Noviembre 2009	Género: Mujer	Edad: 79	IMC: 24,5	Alergias: No conocidas
--------------------------	---------------	----------	-----------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
1993	Osteoporosis	Sí	R	1993	Calcio 500 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
				03/05	Alendronato 70	1/sem	1/sem			S	
					Colecalciferol 5600UI.					S	
1999	Temblor mano dcha	Si	P	06/00	Selegilina 5 mg	1/2-0-0	1/2-0-0	S			
2001	Riego Cerebral	Si	P	06/01	Trimetazidina 20mg	1-1-1	1-1-1	S	S	S	
2004	Hipercoleste- rolemia	Si	P	04/04	Lovastatina 20mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2005	HTA	Si	P	05/05	Enalapril 10mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
					Nitrendipino 20mg					S	
	Trastornos circula- torios periféricos	Si	P	2005	Pentoxifilina 400mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S	

Tratamiento antiosteoporótico de paciente polimeditada (II)

Amina Alehyan Dabbakh
aminalehyan@hotmail.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente (habitual de oficina de farmacia) mujer de 61 años (61 Kg.) diagnosticada de osteoporosis primaria Tipo I (Osteoporosis Posmenopáusica) a los 57 años. Se trata de una paciente que sigue hábitos de vida saludable :

- Es consciente que debe mantenerse activa y realizar ejercicio físico (conoce bien que eso favorece un buen mantenimiento de su masa ósea.¹
- Tiene también adquirido buenos hábitos dietéticos (asegurado ingesta de Calcio, Fósforo y vitamina D. y también dieta pobre en grasas)
- No existen hábitos nocivos (alcohol, café, tabaco).

Acude a nuestro servicio a retirar su medicación crónica. Comenta también que le han instaurado tratamiento hipolipemiente porque en la última analítica presentó niveles de cLDL por encima de los valores normales.

Se le instruye en medidas higiénico-dietéticas con respecto al tratamiento hipolipemiente.²

FASE DE ESTUDIO:

Risedronato:

Necesidad: Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica para reducir el riesgo de fracturas vertebrales.³

Efectividad: Se supone efectivo. La osteoporosis solo determina síntomas a través de las fracturas que condiciona.⁴

Seguridad: No se ha demostrado que el tratamiento conjunto de dos fármacos antirresortivos produzca ninguna reducción adicional del riesgo de fractura. El aumento de efectos secundarios hace desaconsejable dicha asociación (risedronato – raloxifeno). La única excepción general a esto, es la adición de calcio y en determinados casos, vitamina D a los diversos fármacos.⁴

Raloxifeno:

Necesidad: Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica a fin de reducir el riesgo de fracturas vertebrales y de cadera.³

Efectividad: Se supone efectivo. La osteoporosis solo determina síntomas a través de las fracturas que condiciona.⁴

Seguridad: No se ha demostrado que el tratamiento conjunto de dos fármacos antirresortivos produzca ninguna reducción adicional del riesgo de fractura. El aumento de efectos secundarios hace desaconsejable dicha asociación (risedronato – raloxifeno). La única excepción general a esto, es la adición de calcio y en determinados casos, vitamina D a los diversos fármacos.⁴

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Riesgo de aumento de efectos secundarios	Risedronato 35 mg Ranelato de Sr. 2g.	Inseguridad no cuantitativa	Duplicidad del tratamiento antiosteoporótico.	Desaconsejada la terapia combinada (Risedronato-Raloxifeno)

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

1º. Asegurarnos de que la ingesta de Calcio y vitamina D necesaria por su condición de edad y sexo es la correcta (1200-1500mg) (3). En el caso particular de nuestra paciente, se completa el requerimiento necesario con un suplemento de calcio.

2º. Tener en cuenta fármacos osteoporizantes: No relevante en nuestro caso. (3)

3º. Prevención de caídas; evitar hipotensión ortostática; calzado adecuado y cualquier otra medida que minimice el riesgo de una posible

fractura. (3)

4º. Ejercicio Físico: Subir escaleras, caminar rapido y el ejercicio aeróbico o moderado. (3)

5º. Otras medidas: Calcio dietético. Cese de hábito tabaquito. Reducción del consumo de alcohol. No más de 4 tazas de café por riesgo de calciuria.

Los puntos 1º, 2º, 3º, 4º y 5º son medidas generales que deberemos asegurar que un paciente conoce de su PS y el farmacéutico controla en un paciente polimedcado. Ahora bien, lo que perseguimos es que el médico de atención primaria haga una revisión de la terapia antiosteoporótica de la paciente ya que según bibliografía la terapia combinada de los fármacos antirresortivos Raloxifeno y Risedronato no ha demostrado que produzca ninguna reducción adicional del riesgo de fractura. Por otro lado, el aumento de efectos secundarios hacen desaconsejable dicha asociación.

21.01.10: La paciente acude a la oficina de farmacia para entrevistarse con nosotros. Nos aseguramos que conoce la enfermedad (osteoporosis). Nos aseguramos también que conoce las recomendaciones en este caso y le informamos del estudio que hemos realizado de su tratamiento haciendo especial hincapié en el tratamiento antiosteoporótico. Adjuntamos carta para el médico de atención primaria con el consenso de la paciente. Nos dice que en la próxima visita que tenga con su médico de cabecera se la hará llegar.

25.03.10 : La paciente acude a la farmacia a retirar medicación crónica y nos comunica que la intervención que hemos hecho ha sido aceptada. Ha sido suprimido el Ranelato.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Se trata de una paciente de mediana edad con buenos hábitos de vida que tomaba cuatro medicamentos de forma crónica y que aparentemente no tenía por qué presentar ningún PRM, si comparamos tratamientos de pacientes geriatricos politratados que observamos en la actualidad. Estos últimos tienen más posibilidades de presentar PRMs. Se concluye pues, que cualquier paciente es susceptible de tener un PRM y de ofrecimiento del servicio de SFT . Se trata de un razonamiento lógico, pero en el día a día, no parece tan escandaloso pensar que el perfil de nuestra paciente pueda pasar desapercibido como ha sido en nuestro caso (ella nos hace una consulta sobre su tratamiento recién instaurado para la dislipemia; atendemos su petición y le ofrecemos el servicio de SFT y ahí es cuando lo detectamos la terapia combinada de su tratamiento antiosteoporótico.

Aparece en este caso, problemas relacionados con la escasa comunicación entre los distintos niveles asistenciales (primaria y especializada) para evitar las posibles duplicidades. Ambos fármacos antirresortivos (Ranelato y Risedronato) fueron prescritos por la especialista. Cabría esperar que el facultativo de atención primaria hubiera reevaluado la terapia instaurada en su momento. Nosotros nos limitaremos a asegurar que dicho tratamiento se revise.

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Aumento de probabilidad de efectos adversos.	Inseguridad no cuantitativa	Risedronato Ranelato	Escrita farmacéutico-paciente-médico	Solicitar retirada de uno de los medicamentos	SI

BIBLIOGRAFÍA:

- <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>.
- Sabater D, Silva MM, Faus MJ, MÉTODO DÁDER Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición 2007.
- Robles I S; Jiménez J; Jiménez L; Osteoporosis Posmenopáusica 2009. Vol. 2, Nº 2. Boletín de Información Farmacoterapéutica 2009. <https://www.murciasalud.es>.
- Curso de Atención Farmacéutica en Patologías Prevalentes 2006 Módulo 2. Unidad 7. Osteoporosis Consell Catalá de la Formació farmacéutica Continuada. <https://www.oficinadefarmacia.com/condiciones.asp>.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 21 Enero 2010	Género: Mujer	Edad: 61	IMC:	Alergias: Corticoides
----------------------	---------------	----------	------	-----------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2005	Osteoporosis	S	R	1993	Calcio 500 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				05/96	Vit. D 400UI					S	
				2006	Ranelato de Sr 2g.	0-0-1	0-0-1			N	INSEG NO CUANT
				2006	Risedronato 75mg	1/sem	1/sem			N	INSEG NO CUANT
2008	Rotura de menisco	Si	(R)	2008	Calcifediol 3mg	1/mes	1/mes	S	S	S	
10/09	cLDL alto	Si	(R)	10/09	Simvastatina 40mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 21 Enero 2010	Género: Mujer	Edad: 61	IMC:	Alergias: Corticoides
----------------------	---------------	----------	------	-----------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2005	Osteoporosis	S	R	1993	Calcio 500 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
				05/96	Vit. D 400UI					S	
				2006	Risedronato 75mg	1/sem	1/sem			S	
2008	Rotura de menisco	Si	(R)	2008	Calcifediol 3mg	1/mes	1/mes	S	S	S	
10/09	cLDL alto	Si	(R)	10/09	Simvastatina 40mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

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

Rosiglitazona e insuficiencia cardiaca congestiva

Gilbert Prat RM
rosamariagibert@telefonica.net

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Paciente que acude a la farmacia al alta de un segundo ingreso hospitalario en dos meses. Mujer, 54 años, padece ICC y que ha empeorado en 4 meses, DM no controlada, hipertrigliceridemia, anemia desde los 20 años y antecedentes de taquicardia.

Al alta hospitalaria, presenta algún cambio en su medicación habitual y solicita información, no se encuentra bien.

No dispensamos la nueva medicación y le pedimos que lo consulte con su medico de familia. Posteriormente nos solicita que le revisemos la medicación y para esto le pedimos toda la información que pueda darnos, junto con los informes de alta.

Se realizaron varios cambios en el tratamiento y al que atribuyeron la causa principal fue el diltiazem, posteriormente se pudo encontrar que el problema principal lo producía uno de los fármacos que usaba para la DM, la rosiglitazona.

8/1/2006 (hospital) T.A. 141/79..... FC: 59 x' Hb glic. 10.7

5/3/2006 (hospital) T.A. 141/109..... FC: 102x'

FASE DE ESTUDIO:

Diltiazem:

Necesidad: Tratamiento de la Cardiopatía isquémica. El diltiazem ejerce su acción preferentemente sobre las células del corazón, reduciendo la contractilidad y frecuencia cardiacas

Efectividad: Pierde el efecto a medida que bajan la dosis.

Seguridad: sin relevancia en el caso.

Amlodipino:

Necesidad: Tratamiento antihipertensivo

Efectividad: no la podemos valorar ya que en principio no la dispensamos.

Seguridad: posible inseguridad no cuantitativa: edema, taquicardia

Rosiguitazona:

Necesidad: Tratamiento DM2

Efectividad: inefectividad no cuantitativa

Seguridad: inseguridad no cuantitativa. Este medicamento esta contraindicado en pacientes con ICC, edema y anemia.

Plan de actuación

- Comunicar al medico de familia del cambio de amlodipino por diltiazem, anulando completamente éste último.
- Respetar la decisión de éste, controlando la frecuencia cardiaca de la paciente, hasta que vaya al cardiólogo.
- Cuando encontramos la relación de los ingresos con la rosiglitazona, se le comunica al medico de familia vía telefónica, el cual nos pide que comuniquemos a la paciente que deje de tomar el medicamento y que vaya a la consulta el día siguiente.
- Asesorar a la paciente sobre la dieta que debería de seguir y los pequeños cambios que debería de realizar en su vida diaria.

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

6/03/2006 : Se pretende que la paciente no se exceda de pulsaciones, por un lado, explicándole que no deje de ir a su medico de familia y posteriormente al cardiólogo, ya que ha presentado taquicardias anteriormente. En un principio, no se dispensa el amlodipino, se remite a la paciente al médico de familia que le hace el comentario de que como nosotros, opina que no es un cambio muy correcto, pero que

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Aumento de la frecuencia cardíaca	Diltiazem60	Inefectividad cuantitativa	Dosis no adecuada	En un día y medio la frecuencia llega a 130ppm en descanso
Posible incremento de la frecuencia cardíaca	Amlodipino10	Posible inseguridad no cuantitativa	No dispensado.	
Empeoramiento de la ICC y gran retención de líquidos	Rosiglitazona	Inseguridad no cuantitativa	Contraindicación	En cada ingreso le sacan 10 y 12 litros de líquido.(fuerte edema)

ellos son los especialistas (el equipo de cardiólogos del hospital).

8/03/2006: Por la mañana viene a la farmacia encontrándose muy mal, el corazón se le sale, nos comenta. La tranquilizamos un poco porque por la tarde tiene hora con el cardiólogo. Éste le para la medicación y le vuelve a poner diltiazem pero, a una dosis superior.

10/03/2006: Las pulsaciones ya se han normalizado y nos pide por favor si podemos mirar si hay algún medicamento que le esta produciendo este cansancio y estos ingresos hospitalarios. Le proponemos hacer un estudio de su medicación y decirle alguna cosa en una semana.

15/03/2006: Llamamos a la paciente para que venga a vernos y le explicamos que hay un medicamento para el azúcar que puede ser el causante de sus problemas, ya que hay una relación con el momento que empieza a tomarlo. Además es un medicamento contraindicado con tres problemas de salud de los que presenta actualmente. Solicito permiso para llamar a su medico, le llamo y me pide que le aconseje, que no se lo tome hoy y que vaya al día siguiente.

17/03/2006: Una vez retirado el medicamento, la paciente hace un cambio espectacular, empieza a no ahogarse cuando anda, no se cansa, el edema desaparece... Le cambian la rosiglitazona por acarbosa 50 1.1.1, ya que en otra ocasión la metformina pareció no caerle bien y no la quiere.

18/03/2006: Hoy ha tenido visita en el hospital, con el equipo de cardiología, ni un comentario al respecto, se lo apuntan y le proponen cambiar el diltiazem que son 3 comprimidos diarios por bisoprolol 5 mg. Lo consulta con nosotros y esta vez el cambio parece que puede ser positivo.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Se trata de un caso muy interesante, donde nuestra actuación a la alta hospitalaria no tuvo suficiente fuerza como para cambiar la decisión del cardiólogo del hospital, el médico de familia se inhibe, cuando a la paciente la conoce mucho mejor que el cardiólogo del hospital. Creo que si la intervención se hubiera hecho por teléfono, hubiéramos intercambiado opiniones y entre los dos anteponer nuestros criterios al del cardiólogo, ya que eran los mismos. De esta manera la paciente no habría sufrido taquicardias durante día y medio. Con referencia a la rosiglitazona, acababa de salir un documento de alerta (Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya , Vol.3 nº5 oct-desem 2005) y la descripción del caso, parecía que tenía nombre.... A.D.L (mi paciente).

Llamé al medico de familia y le hice llegar con la paciente una fotocopia de éste. Hasta un año más tarde la Agencia Española del Medicamento no comunicó dicha alerta. Posteriormente se notificó a Farmacovigilancia mediante la Tarjeta Amarilla. La paciente siempre ha estado agradecida y hasta el día de hoy para cualquier cambio siempre ha de pasar por nuestras manos. Como podéis ver es un caso que empezó en el 2006 y que durante estos años hemos realizado varias intervenciones, no sabía como resumirlo y que mejor que empezar por el principio, que fue el que posiblemente le salvo la vida. (así es como se siente la paciente).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Markku S Nieminen; Michael Böhm; Martin R Cowie; Helmut Drexler; Gerasimos S Filippatos; Guillaume Jondeau; Yonathan Hasin; José López-Sendón; Alexandre Mebazaa; Marco Metra; Andrew Rhodes; Karl Swedberg Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda. Versión resumida Revista española de cardiología. Abril 2005. Volumen 58, Número 04.
- 2 Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/bfvg052005.pdf>
- 3 Agencia Europea de Medicamentos <http://www.emea.eu.int/humandocs/PDFs/EPAR/Avandia/H-268-PI-es.pdf>
- 4 Ministerio de Sanidad y Consumo 2004. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 06 Marzo 2006	Género: Mujer	Edad: 54	IMC: >30	Alergias: Corticoides
----------------------	---------------	----------	----------	-----------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2006	DM2	N	B	8/2001	Glibencamida 5mg	1-1-1	1-1-1	S	N	S	INEFC NO CUANT
				8/2005	Rosiglitazona 8mg	0-1-0	0-1-0			N	INSEG NO CUANT
2002	ICC	N	B	7/2004	Acenocumarol 4	pauta	pauta	S	N	S	INEF CUANT
				2002	Furosemida 40	1-1/2-0	1-1/2-0				
				2004	Espironolactona25	1-0-0	1-0-0				
				2005	Digoxina 0.25	1-0-0	1-0-0				
				2002	Diltiazem 60	1-0-0	1-0-0				
				3/2006	Amlodipino 5	1-0-0	0			N	INSEG NO CUANT
2003	Hipertrigliceride- mia	N	B	2004	Gemfibrozilo 600	0-1-0	0-1-0	S	N	S	INEF CUANT
1971	Anemia	N	P	¿?	Ferogradumet	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEF NO CUANT
2002	Prot.estomago	SI	NO	2002	Omeprazol 20	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 18 Marzo 2006	Género: Mujer	Edad: 54	IMC: >30	Alergias: Corticoides
----------------------	---------------	----------	----------	-----------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2006	DM2	N	B	8/2001	Glibencamida 5mg	1-1-1	1-1-1	S	N	S	INEFC NO CUANT
				3/2006	Acarbosa 50	1-1-1	1-1-1			N	INSEG NO CUANT
2002	ICC	N	B	7/2004	Acenocumarol 4	pauta	pauta	S	S	S	INEF CUANT
				2002	Furosemida 40	1-1/2-0	1-1/2-0				
				2004	Espironolactona25	1-0-0	1-0-0				
				2005	Digoxina 0.25	1-0-0	1-0-0				
				2002	Diltiazem 60	1-0-0	1-0-0				
				3/2006	Bisoprolol 5	1-0-0	1-0-0			?	
2003	Hipertrigliceride- mia	N	B	2004	Gemfibrozilo 600	0-1-0	0-1-0	S	N	S	INEF CUANT
1971	Anemia	N	P	¿?	Ferogradumet	1-0-0	1-0-0	S	N	S	INEF NO CUANT
2002	Prot.estomago	SI	NO	2002	Omeprazol 20	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

Zisapridona: causa de desmayos en paciente anciano

Torres Pérez M
mmtpcb@cofrm.com

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES DEL CASO:

Mujer 51 años que acompaña a su madre de 80 años y que se queja de que a esta le dan desmayos durante algunos días y que parece como si perdiese la fuerza siempre a la misma hora.

Después de hacerla varias preguntas, se trata de una mujer viuda desde hace veinte años, diagnosticada de demencia vascular en el año 2007 y que ya el neurólogo actualmente habla de Alzheimer, con hipertensión desde hace unos quince años, con hipercolesterolemia desde hace veinte años mas o menos, con depresión desde hace dos, con problemas de sueño, y con manías y alucinaciones desde hace año y medio.

La paciente no puede ya vivir sola, va a un centro de día y durante el resto del tiempo tiene una señora. Durante los fines de semana se turnan sus tres hijos trasladándose a vivir a su casa.

FASE DE ESTUDIO:

Rivastigmina:

Necesidad: Perteneció al grupo de los inhibidores de la colinesterasa. Tratamiento de la enfermedad del Alzheimer.

Efectividad: Alivia los trastornos de memoria producidos en esta enfermedad. Con él se procura conseguir una mejor calidad de vida para el paciente

Seguridad: Sin relevancia para el caso

Nifedipino:

Necesidad: Perteneció al grupo de los calcioantagonistas. Estos medicamentos dilatan las arterias coronarias aumentando así el flujo sanguíneo mejorando la llegada de oxígeno al corazón. También actúa dilatando los vasos arteriales periféricos. Trata de la hipertensión arterial, situando los valores de presión arterial en 140/80 mm de Hg.

Efectividad: Consigue regular la tensión arterial a unos valores normales

Seguridad: Sin relevancia para el caso

Simvastatina:

Necesidad: Tratar la hipercolesterolemia primaria, hipercolesterolemia familiar homocigota y prevención de problemas cardiovasculares.

Efectividad: Disminución de los lípidos en sangre. Cifras de colesterol por debajo de 200 mg/dl

Seguridad: Sin relevancia para el caso

Trazodona:

Necesidad: Actúa a nivel de las estructuras diencefálicas que controlan y organizan la esfera emotivo-afectiva, cuya alteración constituye un estado patológico común de la depresión y de sus equivalentes somáticos. Tratar la depresión, los trastornos emotivo-afectivos y de la conducta: irritabilidad, agresividad, labilidad emotiva, apatía, tendencia al aislamiento, disminución de la duración del sueño.

Efectividad: Alivia la ansiedad de los enfermos procurándoles una mejor calidad de vida

Seguridad: Entre los efectos adversos ocasionales (1-9%) aparece la somnolencia, hipotensión ortostática, mareos, agitación, confusión, insomnio, cefalea, náuseas, debilidad, bradicardia o taquicardia...

Lormetazepam:

Necesidad: Sus acciones están mediadas por la activación de subtipos específicos de receptores tipo A del GABA facilitando la transmisión inhibitoria mediada por este. Trata el insomnio de la paciente con el fin de obtener un descanso reparador.

Efectividad: Produce sedación e induce el sueño.

Seguridad: Sin relevancia para el caso

Zisapridona:

Necesidad: Principio activo es la Ziprasidona antipsicótico tipo Indol, que actúa básicamente bloqueando los receptores D2 de la dopamina y 5HT2A de la serotonina, si bien la afinidad relativa es considerablemente superior hacia los receptores 5HT2A (ocho veces mayor que hacia D2). Además el fármaco es capaz de bloquear los receptores 5HT1D y 5HT2C serotoninérgicos, los alfa 1 adrenérgicos y los H1 histaminérgicos. La Ziprasidona actúa también como inhibidor moderado de la recaptación de serotonina y de noradrenalina y como agonista de los receptores 5HH1A. Trata de paliar las manías, los miedos y las psicosis de la paciente.

Efectividad: Con ella la paciente esta más tranquila.

Seguridad: Puede dar lugar a discinesia tardía y a otros síndromes extrapiramidales tardíos tras un tratamiento de larga duración. Esto sucede con más frecuencia a medida que se incrementa la duración del tratamiento y la edad. Si aparecen signos o síntomas de discinesia tardía, debería considerarse la reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento con ziprasidona.

Ácido Acetil Salicílico:

Necesidad: Evita la formación de coágulos.

Efectividad: No se puede saber si es efectivo de forma feaciente, pero se considera afirmativo en función de la bibliografía que reporta que disminuye el riesgo.

FASE DE EVALUACIÓN:

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico
Desmayos, pérdida de la fuerza con flojera de piernas.	Zisapridona 20mg	Inseguridad cuantitativa	dosis /pauta y/o duración no adecuada	El médico debería reajustar la dosis.
	Trazodona 100	Inseguridad cuantitativa	dosis /pauta y/o duración no adecuada	Creo que al sumarse las acciones de los dos le están dando problemas

Seguridad: Sin relevancia para el caso

PLAN DE ACTUACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

Se sospecha que puede ser una inseguridad cuantitativa producida por la incorporación de la Ziprasidona 20 mg al tratamiento de la paciente. Se le manda una carta al médico indicándole la posibilidad disminuir la dosis para ver si así disminuyen los síncope sufridos por el paciente desde que se le prescribió la medicación.

El día 15 se pasó por la farmacia y me comentó que le habían cambiado la pauta de los dos medicamentos y que no le había dado ningún síncope por ahora: De todas las formas le había mandado unas pruebas y que volvieran el 14 de Abril.

DISCUSIÓN DEL CASO:

Ha sido importante para mí el seguimiento de esta paciente, ya que se demuestra que en ancianos el mejor medicamento es el que no se da y que hay que evitar ser agresivos en las dosis. Es una paciente con pluripatologías lo que origina una polifarmacia que a su vez causa una inseguridad en el uso de los medicamentos. La paciente y la hija vinieron el día 19 de Abril lunes a la farmacia y me comentaron que el neurólogo le había visto el día 15 de Abril y que le dijo que iba muy bien y que la próxima visita sería dentro de cuatro meses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
2. Catalogo de medicamentos. 2008. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
3. Sabater Hernández, D.; Silva Castro, M.M; Faus Dader, M:J. Guía de seguimiento farmacoterapéutico, 3 Edición, 2007.
4. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Plan Estratégico de Atención Farmacéutica para el desarrollo de la Atención Farmacéutica. Pacientes con trastornos del ánimo. 2009

RESUMEN DEL CASO:

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasif. RNM	Medicamento Implicado	Vía de Comunicación	Intervención	Resolución del RNM (Si/No)
Desmayos	Inseguridad cuantitativa	Zisapridona 20mg	Escrita farmaceutico-paciente-médico	Disminución de la dosis de zisapridona	SI

- Del Campo Alepuz, G.; Pérez Moltó, C.; Fernández Villagrasa, M.; Guevara Vera, E.; Villalta Mompean, M.J. . "Alzheimer. La enfermedad del siglo XXI".2000.
- "Vivir con.....la enfermedad de Alzheimer " Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. Edición en Español. Francia 2.000
- "Cuadernos y apuntes de Enfermería". Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. Edición en Español. Francia 1.999
- Manual Merck de Medicina. Décima Edición.

PRIMER ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 22 Enero 2010	Género: Mujer	Edad: 80	IMC: 22	Alergias: No conocidas
----------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2007	Demencia vascular	S	B	2007	Rivastigmina sol	6-0-6	6-0-6	S	S	S	
1995	Hipertensión	S	B	1995	Nifedipino 30 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1990	Hipercolesterolemia	S	B	1990	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2007	Depresión	S	B	2008	Trazodona 10 mg.-	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2	S	S	?	
2008	Insomnio	S	B	2008	Lormetazepam 2mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2009	Psicosis	S	B	2009	Ziprasidona 20 mg	1-0-1	1-0-1	S	S	N	INSEG CUANT
2008	Prevención cardiovascular	S	B	2008	AAS 300	0-1-0	0-1-0	S	S	S	

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

SEGUNDO ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha: 15 Febrero 2010	Género: Mujer	Edad: 80	IMC: 22	Alergias: No conocidas
------------------------	---------------	----------	---------	------------------------

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación			
Inicio	Problema de salud	Contr	Preoc	Desde	Medicamento	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM
						Prescr	Usada				
2007	Demencia vascular	S	B	2007	Rivastigmina sol	6-0-6	6-0-6	S	S	S	
1995	Hipertensión	S	B	1995	Nifedipino 30 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
1990	Hipercolesterolemia	S	B	1990	Simvastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2007	Depresión	S	B	2008	Trazodona 10 mg.-	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2008	Insomnio	S	B	2008	Lormetazepam 2mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2009	Psicosis	S	B	2009	Ziprasidona 20 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
2008	Prevención cardiovascular	S	B	2008	AAS 300	0-1-0	0-1-0	S	S	S	

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

Índice de comunicaciones al congreso

A

Análisis del consumo de medicamentos y gasto de pacientes hipotiroideos incluidos en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico.	52
Atención farmacéutica a pacientes externos en tratamiento con medicamentos extranjeros	53

C

Categorizar las farmacias españolas en función de su situación en el proceso de adopción/difusión de las innovaciones de Rogers.	54
Conocimiento de los alumnos universitarios de la facultad de farmacia respecto a la conservación de medicamentos	55
Consultas de indicación farmacéutica en una farmacia de costa	56
Consumo de antibióticos en el área III de Lorca. 2001-2007	57

D

Desarrollo de un estudio Delphi para la obtención de una definición consensuada de automedicación	58
Desarrollo del IX Simposio de Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, celebrado en Ciudad Real en el año 2009.	59
Detección de resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con Enfermedad de Alzheimer, a través de un estudio exploratorio	60

E

Educación para la salud en los tratamientos con acenocumarol	61
Educación sanitaria en conservación de medicamentos. Elaboración de un tríptico informativo.	62
Efecto de una intervención farmacéutica en la promoción de la adherencia al tratamiento para la disminución y control de la presión arterial. Estudio AFenPA	63
Efecto de una intervención farmacéutica sobre el grado de control del paciente asmático. Estudio piloto	64
Eficacia y seguridad de los suplementos dietéticos utilizados en la reducción del peso	65
El acto farmacéutico : (acto.f) teoría evolutiva del seguimiento farmacoterapéutico que acompaña al paciente desde el diagnóstico al diagnóstico de la enfermedad que padece	66
Evaluación de la satisfacción de los pacientes tras la primera intervención farmacéutica en un servicio de seguimiento farmacoterapéutico	67
Evaluación de las situaciones de riesgo en la dispensación de fluoroquinolonas.	68

F

Factores asociados calidad del sueño de pacientes de edad avanzada que acuden a la farmacia comunitaria en la provincia de Granada.	69
Factores predictores del efecto de bata blanca en la farmacia comunitaria. Estudio MEPAFAR	70
Formación de formadores colegiales. Programa conSIGUE	71

O

Opiniones de los usuarios de farmacia comunitaria sobre el servicio de indicación farmacéutica	72
Optimización del gasto farmacéutico: impacto potencial de la sustitución por genérico de 6 principios activos	73

P

Propiedades antioxidantes de la n-acetilcisteína	74
Propuesta de indicadores de proceso y descripción del seguimiento farmacoterapéutico en el pre-piloto de investigación del programa conSIGUE.	75

R

Rentabilidad de la prestación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria española.	76
Resultados del proceso de implantación del programa sistema personalizado de dosificación, SPD®	77

T

Teorías de cambio de comportamiento en los farmacéuticos y los pacientes y sus aplicaciones	78
Utilización de las densitometrías en oficina de farmacia como herramienta en el seguimiento farmacoterapéutico. Estudio observacional.	79

V

Validez de la espirometría ambulatoria realizada en farmacias comunitarias en el marco de la estrategia gold (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Proyecto PharmaEpic I	80
Valoración del conocimiento de pacientes adultos mayores	81
Viabilidad de la investigación en la oficina de farmacia subproyecto: predisposición a la investigación de los farmacéuticos de oficina de farmacia de la provincia de Girona	82
Visitas más productivas al hacer seguimiento farmacoterapéutico en una unidad de insuficiencia cardiaca.	83

Índice de autores

A

Albert Pagès L	68
Alehyan Dabbakh A	81
Allende Bandrés MA	74
Álvarez Luna F	58
Amariles P	70
Arias de Saavedra Sánchez JM	63
Arismendi Arismendi E	60
Arrillaga A	64
Artiles Campelo A	70
Artiles Ruano ME	70

B

Baena Parejo MI	70, 72
Bara Bandrés MP	65, 74
Barau Germès M	77, 80
Benítez del Prado L	79
Benrimoj SI	64, 71, 75, 76, 78
Bofí Martínez P	52
Bonmatí Tomàs A	82
Borrego-Delgado A	69
Boyeras B	53
Butiñá MT	53

C

Cabarrocas Duran S	68
Cacín Barbero MC	58
Camps Soler AR	68
Cardero M	54
Carmona-García J	69
Carrascosa Medina MA	63
Casado de Amezúa MJ	54
Catillo D	80
Castrillón CC	67
Céspedes Rivas MJ	56, 57
Chemello C	64
Contardi Lista AM	70
Cruz Puche J	63
Cuerda MT	69

D

DE JESÚS FRANCO F	55, 62
De los Cobos Peñaller I	63

Díaz Merino N	70
---------------------	----

E

El Amrini El Mrini M	63
Espejo J	83
Estrada-Campmany M	77, 80

F

Faus MJ	58, 63, 64, 67, 70, 72, 75, 78, 83
Faletto E	71, 75, 76, 78
Fernández-Galdón RP	71
Fernandez-Llimós Somoza F	75
Fikri Benbrahim	63
Frigola Castellón M	68

G

Gallardo-Muñoz A	69
García-Cardenas V	64, 71
García-Corpas JP	69, 70
García-Jiménez E	52
García-Lozano Garzás F	59
García Morales MF	70
Gastelurrutia MA	54, 67, 76, 78
Gastelurrutia P	83
Gines J	80
Giralt Simeón L	66
Gómez Belichón L	79
Gozalbo Monfort M	81
Gratacós L	53
Griñán Contreras MT	55, 62
Guayta-Escolies R	77, 80
Guerra S	53
Guerrero Guerrero A	73

H

Hernández Peña N	70
Hita B	69

I

Insa Latorre MJ	61
-----------------------	----

J

Jorge Rodríguez ME	70
--------------------------	----

Juliá Alcañiz J	65	Plaza Piñol F	72
L		R	
Lara Oya A	63	Ramos Martín J	79
Larrañaga B	67	Rausell V	57
Lillo M	69	Riera Juncà M	82
López Liebanas R	63	Rivas Pinto MR	63
Lorca González JP	63	Rodríguez Caba C (2)	77
Lozano Estevan MC	55, 62	Romero Magdalena CS	55, 62
M		Ruiz Acosta U	69
Mangues MA	83	Ruiz-Chena Fuentes C	69
Martínez-Martínez F	54, 58, 60, 63, 68, 69, 71	S	
Martínez Martínez R	68	Sabater-Galindo M	78
Martínez Pérez SR	63, 69	Sabater-Hernández D	63, 69, 70
Martínez Serrano A	63	Sabater Díaz JM	70
Merino Barber M	70	Saez Benito-Suescum L	72, 75
Molina Fernández MJ	63	Salas E	57
Molina Guerra AC	63	Sánchez Alonso FJ	63
Moreno Carrascosa MA	63	Sánchez-Villegas P	70
N		Santana Pérez FM	70
Nadal Llover M	73	Sierra Ávila J	63
Navas-Vargas EM	71	Sunyer N	53
Noain MA	76	T	
O		Torné M	69
Ocañas Arenas AM	72	Tortosa Fernández MD	69
Ortega Jimenez A	59	Trigo Hervás MM	63
P		Tuneu L	83
Paredes Ibáñez MJ	63	U	
Peñas Cruz E	63	Uariachi H	63
Pérez A	53	V	
Pérez de Agreda S	59	Valero Griñán MM	55, 62
Plaza C	75	Zarauz García J	56, 57

Patrocinado por

AstraZeneca 

Colaboran:



ugr

Universidad
de Granada

