



PREMIOS FORO AF-FC 2018



CASOS GANADORES Y FINALISTAS

de los Servicios Profesionales Farmacéuticos
Asistenciales consensuados por FORO AF-FC



**FORO DE
ATENCIÓN
FARMACÉUTICA**
Farmacia Comunitaria

SÉPTIMA
EDICIÓN





ÍNDICE

GANADOR 04

ACCÉSIT 12

FINALISTAS 28

Este documento es una recopilación de los casos relacionados con los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales que mayor puntuación obtuvieron en su valoración por el jurado de la séptima edición de los Premios Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, 2018. El objetivo de estos premios es reconocer el compromiso asistencial de los farmacéuticos que ofrecen a la población Servicios Profesionales de valor añadido, especialmente a los implicados en la realización de estos Servicios en su actividad cotidiana en la Farmacia Comunitaria.

Los premios se entregaron en el XXI Congreso Nacional Farmacéutico, celebrado en Burgos los días 3-5 de octubre de 2018.



PREMIOS FORO AF-FC 2018



SÉPTIMA
EDICIÓN

7

GANADOR

GANADOR

ROSA M^a

MORILLO LISA

ALCALÁ DE EBRO
(ZARAGOZA)

SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO POLIMEDICADO CON RESULTADO NEGATIVO ASOCIADO A LA MEDICACIÓN

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Mujer de 74 años habitual en la farmacia, a la cual se le ofrece el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT). La paciente acepta y se incluye dentro del programa conSIGUE (impulsado por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos y la Universidad de Granada, con la colaboración de Laboratorios Cinfa).

La paciente hace 2-3 años que padece cefaleas e hipoacusia, y en febrero de 2017 sufrió una pérdida de audición súbita. Desde entonces comenzó a escuchar de forma aislada ruidos de diferentes características.

ANTECEDENTES DE LA PACIENTE:

- ▶ Hipertensión arterial (HTA).
- ▶ Miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MH obstructiva).
- ▶ Dislipemia.
- ▶ Depresión.
- ▶ Cefalea.
- ▶ Bradicardia.
- ▶ Obesidad.
- ▶ Sordera y alucinaciones.

La paciente, en tratamiento con levetiracetam, desde el mes de junio acude a consulta de psiquiatría el 9 de agosto de 2017, donde le sustituyen quetiapina 25 mg, por risperidona 1 mg/ml debido a su aumento de peso. La paciente inicia tratamiento con risperidona el día 17 de agosto.

En la entrevista que tenemos ese mes con la paciente, refiere que desde que toma levetiracetam ha sufrido un aumento de ruidos hasta llegar a ser angustioso, los interpreta como "voces" y "canciones", además de producirle alteraciones de sueño.

Ese mismo día se observa a la paciente muy empeorada de sus acúfenos, detectándose pensamientos suicidas. Tras contactar con psiquiatría hospitalaria y comentar el estado de la paciente, se activa el protocolo de emergencia, derivando a la paciente a urgencias a través del 112, sin dejar que salga de la farmacia por sí sola.

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

El día 18 de agosto, la paciente acude a la farmacia para informar de los cambios producidos en la medicación tras su visita a urgencias: retirada de levetiracetam y continuidad con risperidona, además de mantenimiento de la cita de revisión con su psiquiatra.

Se aprovecha la visita para citarla en 3 días para valorar su evolución y realizarle una revisión rutinaria de SFT.

El 21 de agosto se detecta que ha ganado 3 kg de peso desde la semana pasada. Sorprende un cambio de peso tan repentino y la presencia de edemas, hipertermia, además de que refiere disminución de la diuresis. Se introducen las modificaciones obteniendo el siguiente estado de la situación (Tabla 1):

- ▶ **Hipertensión arterial (HTA):** en tratamiento con losartan/hidroclorotiazida 100/25 mg desde marzo de 2014.
- ▶ **Miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MH obstructiva):** bisoprolol 2,5 mg desde abril de 2017, al que se añade amlodipino 5 mg en junio.
- ▶ **Dislipemia:** tratada con pravastatina 20 mg desde abril de 2017.
- ▶ **Depresión:** tratada con fluoxetina 20 mg desde marzo de 2014 y flupentixol/melitraceno 10/0,5 mg desde hace casi 30 años.
- ▶ **Cefalea:** en tratamiento con paracetamol 1 g.
- ▶ **Bradicardia:** en tratamiento con amiodarona 200 mg desde julio de 2017.
- ▶ **Obesidad:** sin tratamiento farmacológico ni medidas higiénico-dietéticas.
- ▶ **Sordera y alucinaciones:** desde agosto con risperidona 1 mg/ml para las alucinaciones.
- ▶ **Edemas, hipertermia y oliguria.**

Tabla 1. Estado de situación inicial sin evaluación

Fecha 21-8-2017							
Sexo: Mujer/Edad: 74 años/IMC: 39,4 kg/m ² /Alergias: No/Embarazo: No							
Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio activo	Pauta prescrita	Pauta usada
18/04/2002	HTA*	Poco	Sí	03/04/2017	Losartan/hidroclorotiazida 100/25 mg	1-0-0	1-0-0
				20/06/2017	Amlodipino 5 mg	1-0-0	1-0-0
18/08/2012	MH obstructiva*	Normal	Sí	17/04/2017	Bisoprolol 2,5 mg	1-0/2-0	1-0/2-0
18/04/2012	Dislipemia*	Poco	Sí	26/04/2017	Pravastatina 20 mg	0-0-1	0-0-1
18/04/2002	Depresión*	Mucho	Sí	03/04/2017	Fluoxetina 20 mg	1-0-0	1-0-0
				04/05/2017	Flupentixol/melitraceno 10/0,5 mg	1-0-0	1-0-0
05/05/1999	Cefalea*	Normal	Sí	18/04/2017	Paracetamol 1 g	1-1-1	1-1-1
10/07/2017	Bradicardia*	Poco	Sí	17/07/2017	Amiodarona 200 mg	0-1-0	0-1-0
26/04/2017	Alucinaciones*	Mucho	¿?	17/08/2017	Risperidona 1 mg/ml	0,25-0,25 -0,5	0,25-0,25 -0,5
18/04/1992	Obesidad*	Mucho	No				
21/08/2017	Edema	Normal	No				
21/08/2017	Oliguria	Normal	No				
21/08/2017	Hipertermia	Normal	No				

*Problema de Salud diagnosticado.

Parámetros biológicos					
Fecha	Presión Arterial Sistólica (mmHg)	Presión Arterial Diastólica (mmHg)	Frecuencia Cardíaca (lpm)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)
03/04/2017	176	82	43	97,04	37,906
12/06/2017	175	84	44	97,28	38
23/06/2017	140	75	42	96,18	37,57
06/07/2017	127	65	40	96,26	37,602
02/08/2017	148	81	44	98,79	38,59
21/08/2017	141	75	51	101,01	39,457

ESTUDIO DEL CASO

Al introducir las modificaciones de su medicación en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD - SFT Bot PLUS)¹ aparece la alerta de interacción en "rojo" entre fluoxetina y risperidona, que se explica por una posible acumulación orgánica de risperidona y, como consecuencia, un síndrome serotoninérgico.

Se inicia la fase de estudio, siguiendo las indicaciones de alertas de Bot PLUS, con sospecha de reacción adversa debido a la sintomatología que presenta la paciente.

- ▶ **Fluoxetina y risperidona:** la administración conjunta de risperidona con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), especialmente con fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina, puede dar lugar a una acumulación orgánica de risperidona, pudiendo conducir a efectos tóxicos (efectos extrapiramidales, priapismo, retención urinaria e, incluso, síndrome serotoninérgico). El uso concomitante de ISRS y risperidona puede desencadenar efectos adversos, tales como efectos extrapiramidales y síndrome serotoninérgico. Los casos de síndrome serotoninérgico parecen ser raros, aunque deben tenerse en cuenta debido a su gravedad. Se necesita precaución y monitorización estrecha del paciente cuando se use esta combinación¹.
- ▶ **Fluoxetina y flupentixol/melitraceno 10/0,5mg:** posible acumulación orgánica del antidepresivo tricíclico con riesgo de manifestaciones tóxicas. La interacción está establecida y es clínicamente importante. Se han registrado casos raros de síndrome serotoninérgico, por lo que se debe estar alerta ante la posible aparición de los síntomas característicos¹.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Tras el estudio del caso, se detecta un posible Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) de inseguridad relacionado con el uso de risperidona y fluoxetina, además de que el mismo RNM de inseguridad puede estar potenciándose por el uso del flupentixol/melitraceno 10/0,5 mg con fluoxetina.

La paciente presenta sintomatología de síndrome serotoninérgico (edemas, disminución de diuresis, hipertermia...). El estudio confirma que la paciente está desarrollando un inicio de síndrome serotoninérgico por la sintomatología que presenta, además de coincidir en el tiempo los inicios de tratamientos con la aparición de la interacción (desde que ha empezado a tomar risperidona han empezado a aparecer estos síntomas).

Es pronto para evaluar el Problema de Salud de las alucinaciones, ya que el inicio de la toma de risperidona es muy reciente, como muestra la Tabla 2:

Tabla 2. Fragmento del estado de situación tras evaluación

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación						
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM		
26/04/2017	Alucinaciones*	Mucho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	17/08/2017	Risperidona 1 mg/ml			Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
18/04/2002	Depresión*	Poco	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	30/04/2017	Fluoxetina 20 mg	Interacciones Probabilidad de efectos adversos				No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
				04/05/2017	Flupentixol/ melitraceno 10/0,5mg	Interacciones		Sí	Sí	No	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
21/08/2017	Edema	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe								<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
21/08/2017	Oliguria	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe								<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
21/08/2017	Hipertermia	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe								<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

*Problema de Salud diagnosticado.

INTERVENCIÓN

Se considera muy importante la interacción analizada, con lo que se procede a realizar un informe de la situación y a derivar a la paciente directamente al hospital, esa misma tarde, a través de un familiar al que se explica el caso y se facilita el informe de SFT que realizamos en la Farmacia Comunitaria (FC), para que se lo lleve al médico de urgencias.

RESULTADOS

Tras la evaluación en el departamento de urgencias de psiquiatría del hospital, confirman que está desarrollando un síndrome serotoninérgico.

El psiquiatra procede a contactar con la farmacéutica para obtener más información sobre esta paciente e, incluso, para consultar qué tratamiento es el adecuado para su caso en particular.

Finalmente, el psiquiatra decide suspender el tratamiento con risperidona y reajusta a la mitad, la dosis de fluoxetina. En el informe de alta indica que además de acudir a su médico de atención primaria (MAP), a neurología y adelantar la cita con psiquiatría de forma preferente, **“mantener seguimiento en programa de farmacología en la farmacia”**.

COMENTARIOS

La implantación del Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial de SFT es ya una realidad.

La metodología del proyecto conSIGUE² permite su realización e integración en la rutina de la farmacia, consiguiendo intervenciones de calidad.

Los resultados de la implantación del Servicio de SFT en la FC son muy relevantes a varios niveles:

1. Logra establecer una vía de colaboración con los profesionales sanitarios implicados en la salud del paciente.
2. Resuelve RNM de inseguridad debido a Problemas Relacionados con la Medicación como son interacciones y probables efectos adversos.
3. Mejora la calidad de vida del paciente: de 0,500 a 0,650 (EuroQoL) y de 50 a 60 (EVA) de abril a septiembre de 2017, en el caso de esta paciente.
4. Favorece el uso racional del medicamento.
5. Garantiza la seguridad del paciente.
6. Ahorra costes sanitarios: evita ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Módulo de Seguimiento Farmacoterapéutico. Servicios de Atención Farmacéutica . Disponible en: <https://consiguesft.nodofarma.es/>.
2. Martínez, F., *et al.* Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. (España) ,[fecha de acceso 10 de Marzo del 2018]. URL disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/InvestigacionFarmacia/conSIGUE/Documents/Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>





PRIMER ACCÉSIT

MONTSERRAT
LAGE PIÑÓN

CAMBRE (A CORUÑA)

SERVICIO DE DISPENSACIÓN

AJUSTE DE DOSIS DE CEFIXIMA A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

PERFIL DEL PACIENTE

Paciente de género masculino de 85 años que presenta disuria y polaquiuria de varios días de evolución, desencadenando finalmente una incapacidad total para orinar. Ante esta situación, sus familiares deciden acudir al servicio de urgencias. Una vez allí, y durante la exploración física del paciente, se palpa un globo vesical, estableciéndose como hipótesis diagnóstica una retención urinaria aguda (RAO), infección del tracto urinario (ITU) e insuficiencia renal aguda (IRA).

Los antecedentes personales del paciente aparecen reflejados en la Tabla 1:

Tabla 1. Estado de situación inicial

Problemas de Salud	Medicación
Hipertensión arterial	Furosemida 40 mg
Dislipemia	Atorvastatina 40 mg
ACV cerebeloso	AAS liberación prolongada 150 mg
Cardiopatía isquémica	Bisoprolol 5 mg Candesartan 16 mg
Diabetes mellitus tipo II	Metformina 850 mg
Anemia ferropénica	Hierro sulfato liberación prolongada 105 mg
Protección gástrica por uso crónico de AINE	Omeprazol 20 mg

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

Tras recibir el alta en urgencias, un familiar acude a la farmacia a recoger el tratamiento prescrito por el urólogo. Al acceder al historial farmacoterapéutico a través de la receta electrónica, observamos que se le ha prescrito cefixima 400 mg cada 12 horas.

Por ser un tratamiento de inicio y previo a la dispensación, realizamos las siguientes preguntas de procedimiento del servicio:

▶ **¿Para quién es el antibiótico?** Para su padre de 85 años.

▶ **¿Sabe para qué es?** ITU.

- ▶ **¿Presenta alguna alergia?** No.
- ▶ **¿Sabe cómo tiene que tomarlo y durante cuánto tiempo?** No.
- ▶ **¿Qué otras enfermedades padece el paciente?** Las anteriormente citadas y, además, lo acaban de sondar.

Al venir directamente de urgencias, y sabiendo que la cefixima necesita ajuste de dosis en insuficiencia renal¹, preguntamos si nos puede enseñar el informe de alta. En este comprobamos que el paciente tiene IRA y que la dosis indicada de antibiótico (200 mg/12 h) no coincide con la prescrita electrónicamente.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Tras el hallazgo, decidimos ponernos en contacto telefónico con el médico prescriptor. Al no estar disponible (había terminado su turno de guardia), y ante la falta de colaboración del personal administrativo, insistimos en que necesitábamos hablar con otro médico del servicio. Finalmente, el médico de guardia del nuevo turno nos confirma que se trata de un fallo, que efectivamente la dosis correcta son 200 mg cada 12 horas, y procede a la modificación de la receta previamente generada.

RESULTADOS

Finalmente, se dispensa la dosis correcta de antibiótico: cefixima 200 mg cada 12 horas, evitándose así un posible agravamiento de la IRA presentada por el paciente. Se le explica cómo debe ser utilizado y por cuánto tiempo, haciendo especial hincapié en que, aunque tenemos que dispensar un envase de 14 cápsulas por no haber un envase de menor tamaño comercializado, solo debe tomarlo durante 5 días y debe devolver la medicación restante al punto SIGRE de la farmacia.

Tanto el paciente como el médico de urgencias se pusieron en contacto con el farmacéutico para agradecer su intervención.

COMENTARIOS

Este caso refleja la importancia de establecer protocolos normalizados de trabajo en todas las actividades desarrolladas en la farmacia. Si no se hubieran realizado las preguntas adecuadas y el acto de dispensación fuera meramente mecánico, nunca se habría detectado este Problema Relacionado con la Medicación (PRM: dosis, pauta y/o duración no adecuada). Asimismo, la disponibilidad del informe de alta facilitó la detección del error, lo que evidencia la necesidad de los farmacéuticos comunitarios de acceder a parte del historial clínico de los pacientes. Además, sería deseable establecer canales de comunicación eficientes entre diferentes profesionales sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2018. Fichas técnicas de los medicamentos citados.





SEGUNDO ACCÉSIT

CRISTINA DE ARANA
ELISA VÁZQUEZ
A CORUÑA

CASO ABIERTO

ADHERENCIA TERAPÉUTICA A UN PACIENTE MAYOR POLIMEDICADO CON ASMA NO CONTROLADO

SERVICIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN FARMACIA COMUNITARIA

Se realiza un Servicio de Adherencia Terapéutica durante 6 meses, de octubre de 2017 a marzo de 2018, en el marco del proyecto de investigación AdherenciaMED, impulsado por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y las Universidades de Granada y Tecnológica de Sídney, con la colaboración de Laboratorios Cinfa.

Dicho servicio se desarrolló en una farmacia de barrio, localizada en una zona urbana de una ciudad mediana (250.000 habitantes) y con 3 Centros de Atención Primaria (CAP) en su área de influencia. El perfil de los pacientes es, en su mayoría, mayor de 65 años polimedicado. Muchos de ellos viven solos, por lo que la farmacia es un referente muy importante para solventar sus Problema de Salud (PS) y los Problemas Relacionados con su Medicación (PRM).

Este Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) está centrado y dirigido a los pacientes con el objetivo de maximizar la efectividad y seguridad de sus tratamientos así como mejorar su calidad de vida y sus hábitos higiénico-dietéticos.

MOTIVO DEL SERVICIO

La **no Adherencia Terapéutica es un problema de salud pública**. Así, según la OMS: “No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, solo puede cumplir su función si es utilizado correctamente”¹.

Por ello, vemos fundamental concienciar a los pacientes de la importancia de la Adherencia Terapéutica. El farmacéutico comunitario, mediante su intervención, colabora activamente con el paciente para que, de forma voluntaria, siga las recomendaciones en relación con el adecuado proceso de uso de los medicamentos, con los hábitos higiénico-dietéticos y/o con el estilo de vida, para conseguir los resultados esperados en salud².

PERFIL DEL PACIENTE

Varón de 45 años de edad, **fumador, asmático** con evolución de 5 años, sin alergias conocidas ni otras patologías reseñables.

Viene **frecuentemente** a la farmacia **demandando** un **inhalador de rescate** (Ventolin® inhalador)³. Ante esta situación se le pregunta si acude al especialista o al médico de atención primaria (MAP) para controlar el asma que padece y si emplea algún inhalador de mantenimiento. Ante su respuesta negativa y como primer paso, se le indica que debe acudir al MAP, al que no visitaba desde hacía más de 10 años. Tras nuestra recomendación decide cambiar su CAP a uno más próximo a su domicilio actual.

Seguidamente se le ofrece **incorporarse** al proyecto **AdherenciaMED** en el que está participando nuestra farmacia. Acepta, firma el consentimiento informado y se acuerda la primera entrevista.

INTERVENCIÓN REALIZADA

En la **primera entrevista**, que tiene lugar en octubre de 2017, detectamos que el paciente tiene una baja percepción y comprensión de la enfermedad que padece (asma) y del tratamiento empleado. Deducimos que no entiende de la prescripción, instrucciones de uso y consecuencias de la no adherencia^{4,5}.

Su asma se encuentra no controlado, tras su valoración mediante el cuestionario Asthma Control Questionnaire (Figura 1), y la técnica de inhalación es pobre, tras su valoración correspondiente (Figura 2)⁶:

Figura 1-Cuestionario ACQ, octubre 2017

Cuestionario ACQ (Asthma Control Questionnaire):							
Promedio	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Varias veces	Muchas veces	Muchísimas veces	Incapaz de dormir
En promedio, durante la última semana ¿con qué frecuencia se despertó por la noche debido al asma?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Síntomas	No tuvo	Muy ligeros	Ligeros	Moderados	Bastante graves	Graves	Muy graves
En promedio, durante la última semana ¿cómo fueron de graves los síntomas de asma que tuvo al despertarse por la mañana?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Limitado	Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Muy	Extremadamente	Totalmente
En promedio, durante la última semana ¿hasta qué punto el asma limitó sus actividades?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Promedio	Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	Muchísimo
En promedio, durante la última semana ¿hasta qué punto notó que le faltaba el aire debido al asma?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Tiempo	Nunca	Casi nunca	Poco tiempo	Parte	Mucho tiempo	Casi siempre	Siempre
En promedio, durante la última semana ¿cuánto tiempo tuvo silbidos o pitidos en el pecho?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Puntuación del cuestionario: Asma controlado NO Asma parcialmente controlado NO Asma no controlado SÍ							

Figura 2-Cuestionario para evaluar la técnica de inhalación

Evaluación de la técnica de inhalación	
Medicamento	VENTOLIN® 100 MCG/PULSACIÓN 1 AEROSOL 200 DOSIS (SALBUTAMOL [INHALADO])
Tipo de inhalador (Inhaladores de cartucho presurizado convencionales)	<input checked="" type="checkbox"/> Uso normal <input type="checkbox"/> Uso cámara de inhalación
<input type="checkbox"/>	1. Agitar el inhalador y quitar la tapadera
<input checked="" type="checkbox"/>	2. Colocar el inhalador en posición vertical (en forma de "L"), cogiendo la parte de abajo con el dedo pulgar y la parte de arriba con el dedo índice

<input type="checkbox"/>	3. Efectuar una espiración lenta y profunda manteniendo el dispositivo alejado
<input type="checkbox"/>	4. Colocar la boquilla del inhalador en la boca y sellar los labios sobre ella. Inspirar lentamente al mismo tiempo que se acciona el pulsador
<input checked="" type="checkbox"/>	5. Retirar el inhalador de la boca
<input type="checkbox"/>	6. Mantener la respiración durante 8-10 segundos y espirar lentamente con el dispositivo alejado
<input type="checkbox"/>	7. En caso de necesitar otra dosis esperar un mínimo de 30 segundos y repetir desde el paso 1
<input type="checkbox"/>	8. Enjuagarse la boca con agua
<input checked="" type="checkbox"/>	9. Tapar el inhalador

En consecuencia, se intenta **augmentar la susceptibilidad percibida** sobre el **asma**, así como la **necesidad** de tomar la **medicación** correctamente. **Se refuerza la técnica de inhalación** y se le proporciona información de la misma, tanto oral como escrita. Al mismo tiempo, se insiste sobre la necesidad y los beneficios de **dejar de fumar** y de que debe **acudir al MAP** para una reevaluación del asma que padece.

En noviembre, acude a su **segunda entrevista** y en ella detectamos cambios significativos:

- ▶ El paciente cambia de **MAP** y acude a consulta.
- ▶ Prescripción de **inhalador de mantenimiento** (Foster® 100/6 mcg).
- ▶ Uso **esporádico del inhalador de rescate**.

Valoramos de nuevo su adherencia (Figura 3), y comprobamos de nuevo su adherencia y comprobamos que el **paciente** ya es **adherente**⁶, pero es **necesario reforzar la técnica de inhalación del Foster**^{3,6} (no adherencia errática):

Figura 3 - Cuestionario de Morisky-Green - Levine

Cuestionario de Morisky-Green - Levine. Preguntas relacionadas con su medicación para asma		
PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Olvida alguna vez tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paciente adherente: NO PACIENTE NO ADHERENTE: SÍ Paciente adherente: el paciente responde NO a las preguntas 1, 2 y 4, y SÍ a la pregunta 3 Paciente no adherente: cualquier respuesta diferente al anterior		

Tras realizar el cuestionario ACQ (Figura 4), se comprueba que su **asma** ya se encuentra parcialmente controlada⁶:

Figura 4-Cuestionario ACQ, noviembre 2017

Cuestionario ACQ (Asthma Control Questionnaire):							
Promedio	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Varias veces	Muchas veces	Muchísimas veces	Incapaz de dormir
En promedio, durante la última semana ¿con qué frecuencia se despertó por la noche debido al asma?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Síntomas	No tuvo	Muy ligeros	Ligeros	Moderados	Bastante graves	Graves	Muy graves
En promedio, durante la última semana ¿cómo fueron de graves los síntomas de asma que tuvo al despertarse por la mañana?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Limitado	Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Muy	Extremadamente	Totalmente
En promedio, durante la última semana ¿hasta qué punto el asma limitó sus actividades?	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Promedio	Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	Muchísimo
En promedio, durante la última semana ¿hasta qué punto notó que le faltaba el aire debido al asma?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Tiempo	Nunca	Casi nunca	Poco tiempo	Parte	Mucho tiempo	Casi siempre	Siempre
En promedio, durante la última semana ¿cuánto tiempo tuvo silbidos o pitidos en el pecho?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Puntuación del cuestionario:							
Asma controlado		NO					
Asma parcialmente controlado		SÍ					
Asma no controlado		NO					

El paciente refiere que lleva un mes sin fumar y reforzamos el beneficio del abandono del hábito tabáquico.

En las **visitas 3, 4 y 5**, el paciente presenta una **mejoría significativa** en su **estado de salud**. Su técnica de inhalación es correcta, no emplea el inhalador de rescate y continúa sin fumar.

Cabe destacar que, en la visita 3, detectamos una no adherencia, ya que el paciente, por un viaje, tuvo algunos **olvidos** en la **toma de la medicación**. De cara al futuro, le proponemos que, como **estrategia** en caso de viajes (u otros cambios de rutina), establezca una **alarma recordatoria** en su **móvil** y que en su vida diaria **asocie** la **toma** de medicación a una **actividad cotidiana**.

La **última visita** tiene lugar en marzo de 2018. En ella comprobamos que el **paciente** es **adherente, emplea correctamente sus inhaladores y no fuma**. Por ello, y como ya se hizo en visitas anteriores, **reforzamos positivamente su comportamiento**⁷ y lo **motivamos** para que continúe con los cambios realizados.

RESULTADOS

Tras **6 meses de colaboración** con el paciente hemos obtenido los siguientes resultados (Figura 5):

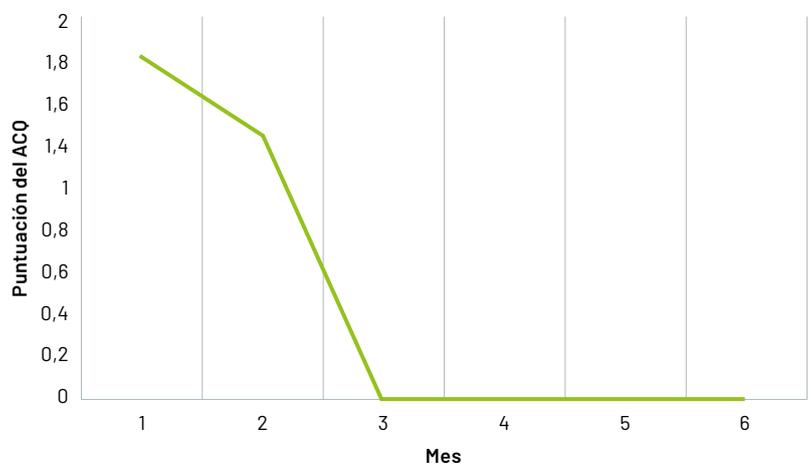
1. El **paciente** ha pasado de ser no adherente (no adherencia combinada y errática) a **adherente**⁶.
2. Su **asma** se encuentra **controlada**⁶, con un impacto muy positivo en su calidad de vida.

Figura 5 -Resultados en salud

Resultados de control del asma:

Visita	Asma
1	No controlada
2	Parcialmente controlada
3	Controlada
4	Controlada
5	Controlada
6	Controlada

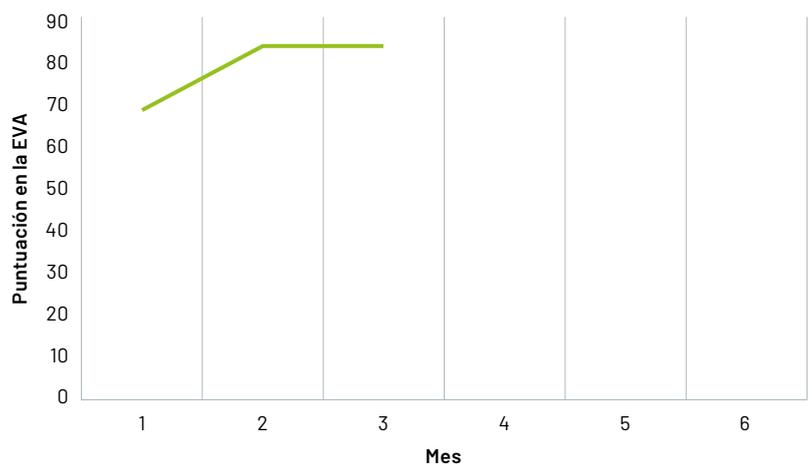
Resultados del cuestionario ACQ



Resultados de calidad de vida:

Visita	PUNTUACIÓN EVA
1	70
2	85
3	85

Resultados en la escala EVA

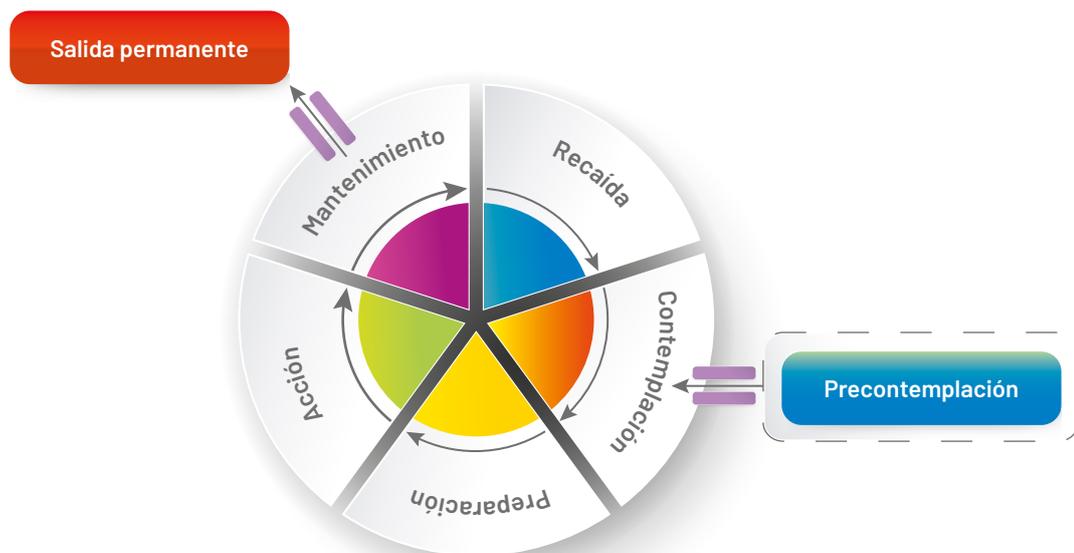


3. El paciente **visita regularmente a su nuevo MAP**, en un CAP mucho más próximo a su domicilio actual.
4. El paciente ha abandonado el hábito tabáquico.

Al mismo tiempo, nos gustaría resaltar que, según el **Modelo Transteórico para el Cambio del Comportamiento**⁸, inicialmente este paciente se encontraba en fase de contemplación (Figura 6). Aplicando las estrategias adecuadas a cada fase, además de las ya citadas anteriormente, se logró que alcanzase la fase de acción y, por tanto, el objetivo que nos habíamos planteado inicialmente: la adherencia al tratamiento farmacológico.

Figura 6- Modelo transteórico del cambio de comportamiento y etapa del cambio en cada visita

Visita	Etapa del cambio
1	Contemplación
2	Acción
3	Contemplación
4	Preparación
5	Acción
6	Acción



COMENTARIOS

La participación del paciente en este servicio le ha proporcionado una mejora muy considerable en su calidad de vida. Estas actuaciones no solo producen un claro **beneficio para el paciente**, sino que también pueden contribuir a la **sostenibilidad** de un sistema sanitario con **recursos limitados** pero que, igualmente, debe responder a dos grandes retos: el **envejecimiento** de la población y la **cronicidad**.

Las **Farmacias Comunitarias** son establecimientos sanitarios con una gran capilaridad, horarios muy amplios y personal cualificado al frente. Todo ello las hace **idóneas** para ayudar a combatir el PS público que supone la no Adherencia Terapéutica.

 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. *Teacher's Guide to Good prescribing* Ginebra, 2ª ed. Ginebra: OMS, 2001.
2. Foro AF FC. Servicios Profesionales Farmacéuticos asistenciales; definiciones y clasificación. *Panorama Actual del Medicamento* 2016;40(395):709-711.
3. Bot PLUS. Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2017. Fichas técnicas de los medicamentos citados.
4. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One* 2013;8(12):e80633.
5. Carpenter JC. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication* 2010;25(8):661-669.
6. Nodofarma. Plataforma tecnológica para AdherenciaMED. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos 2017.
7. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav.* 1996 Nov-Dec;21(6):835-42.
8. Prochaska JO, Velicer WF. The trans theoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.



TERCER ACCÉSIT

JULIA PIÑUELA
ELSA LÓPEZ

TORREVIEJA
(ALICANTE)

SERVICIO DE INDICACIÓN
FARMACÉUTICA

INDICACIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTE EN TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

PERFIL DEL USUARIO

Mujer adulta de unos 40 años de edad, de complexión normal, aparentemente atlética.

RAZÓN DE LA CONSULTA

Acude a la farmacia pidiendo **ayuda para mejorar su tránsito intestinal**. Refiere que normalmente no sufre de estreñimiento, pero lleva varios días con un tránsito anormal y eso le preocupa bastante. Solicita algún remedio natural para el estreñimiento, así como consejo farmacéutico para evitar que se repita la situación. Refiere que hace varios días (no especifica cuántos) que le cuesta ir al baño y que, cuando consigue ir, no es con normalidad. Además, tras la entrevista correspondiente, dice que nota el abdomen hinchado y en ocasiones molesto, pero muy ocasionalmente, y el dolor es soportable sin tratamiento. No ha tomado nada por automedicación para este Problema de Salud (PS).

DESCRIPCIÓN DEL CASO Y EVALUACIÓN

Para la evaluación de la consulta en el Servicio de Indicación Farmacéutica, se ha seguido el esquema de la metodología propuesta por FORO AF¹. El PS principal es **estreñimiento acompañado de un dolor abdominal e hinchazón** debido a una mala evacuación durante varios días, sin mayor precisión de duración. La paciente no ha tomado nada de momento para tratarlo, únicamente ha incrementado su ingesta de frutas y verduras, así como un mayor consumo de líquidos, ya que se ha informado de que esto puede mejorar su PS.

Al preguntar sobre la toma habitual de fármacos a la paciente, dice que no toma medicación crónica, pero que actualmente está en tratamiento de fertilidad con folitropina beta 150 UI (Puregon®), menotropina 150 UI (Meriofert®) y ganirelix 0,25 mg/0,5 ml (Orgalutran®). Realiza ejercicio de manera habitual y tiene una dieta equilibrada.

Tras realizar la evaluación se descarta la presencia de algún síntoma de alarma.

Ante la sospecha de que la sintomatología descrita esté relacionada con su farmacoterapia, se consulta en Bot PLUS el perfil de seguridad de los medicamentos^{2,3}.

El dolor y distensión abdominal podrían efectivamente ser efectos adversos de su medicación, ya que folitropina y menotropina lo refieren como reacción adversa frecuente al tratamiento. Además, el primero también puede producir estreñimiento, aunque de forma menos frecuente (1 de cada 100 pacientes). Al preguntar sobre el grado de dolor abdominal y otra serie de preguntas, vemos que no tiene los síntomas de dolor característicos de un síndrome de

hiperestimulación ovárica, aunque se recomienda acudir a una revisión con el médico para descartarlo completamente². La paciente tiene cita en dos días para seguimiento del tratamiento, por lo que no se considera derivación.

Se considera una Reacción Adversa a la Medicación (RAM), es decir, un Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM probabilidad de efectos adversos), frecuente del tratamiento (Tabla 1). Por ello, se recomienda continuar con las medidas higiénico-dietéticas que ya realiza, junto con un tratamiento a base de plantago ovata (Plantaben[®]) para que, con la abundante ingesta de líquidos, aumente el bolo fecal favoreciendo la evacuación normal.

Tabla 1. PRM y RNM identificados

PS	Medicamentos	PRM	RNM	Intervención
Estreñimiento, distensión y dolor abdominal	Folitropina beta 150 UI Menotropina 150 UI	Probabilidad de efectos adversos	Inseguridad no cuantitativa	Dispensar medicamento con IPM Educación sanitaria
<small>PS: Problema de Salud; PRM: Problema Relacionado con los Medicamentos; RNM: Resultado Negativo asociado a la Medicación; IPM: Información Personalizada sobre el Medicamento.</small>				

ACTUACIÓN/INTERVENCIÓN

Como la paciente debe continuar con el tratamiento prescrito de manera estricta para lograr el embarazo deseado, no se sospecha de problemas graves relacionados con su tratamiento y no tiene ninguna alergia conocida, se recomienda un medicamento no sujeto a prescripción médica a base de plantago ovata (Plantaben[®]), como primer paso para mejorar su tránsito intestinal, ya que es un estreñimiento debido a fármacos y los laxantes formadores de bolo son el primer paso recomendado cuando las medidas higiénico-dietéticas son insuficientes⁴.

Se le explica que tome de 2 a 3 sobres al día (según necesidad, sin superar los 3 sobres) disueltos en un vaso de agua y beber, además, de 1 a 2 litros de agua al día mientras dure el tratamiento⁵. Si empeora el dolor abdominal que deje el tratamiento y acuda a su médico.

Como su tratamiento es inyectable se le pregunta si ha sufrido dolor o enrojecimiento en la zona de inyección. Afirma que sí, pero que no necesita tratamiento para ese problema, ya que conoce que es algo normal y soportable, por lo que no se insiste más.

RESULTADOS

La paciente acude al cabo de tres días a la farmacia, muy satisfecha, y nos comenta que su ritmo intestinal ha mejorado considerablemente. Además, tras acudir a la revisión con el médico se descarta por completo el síndrome de hiperestimulación ovárica, lo que confirma que su PS era un efecto adverso de la medicación.

Como el tratamiento es mensual con periodos de descanso, se recomienda a la paciente complementar su dieta con el laxante formador de bolo durante los días de tratamiento y descansar cuando no le toque, ya que, con la dieta, el ejercicio y la ingesta de líquidos es suficiente. Sabe que es un tratamiento ocasional necesario mientras siga con su tratamiento de fertilidad.

COMENTARIOS

Los tratamientos de reproducción asistida incluyen medicamentos de dispensación desde la Farmacia Comunitaria, y su prescripción es cada vez más frecuente. Se trata de medicamentos complejos desde el punto de vista de su manejo, y es importante conocer tanto este como sus respectivos perfiles de efectividad y seguridad para llevar a cabo el correcto procedimiento del Servicio de Dispensación, y proteger al paciente frente a la aparición de PRM y RNM. Además, este tipo de tratamientos genera muchas dudas e incertidumbre en las pacientes, por lo que la labor del farmacéutico puede ser muy importante para el éxito de la farmacoterapia.

En este caso, la intervención ha conseguido mejorar el problema y ayudar a la paciente a conocer su medicación, y a que, sin alarmarse, sepa cómo afrontar un efecto adverso leve pero frecuente y desagradable de la misma, y así mejorar su calidad de vida durante un período complicado emocional y terapéuticamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foro de Atención Farmacéutica (2008). Documento de Consenso. [Sede Web]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf (accedido abril 2018).
2. Bot PLUS. Ficha medicamento Puregon®. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx> (accedido abril 2018).
3. Bot PLUS. Ficha medicamento Meriofert®: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx> (accedido abril 2018).
4. Fisterra. Guía clínica Estreñimiento. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estreñimiento/#27735> (accedido abril 2018).
5. Bot PLUS. Ficha medicamento Plantaben®: <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx> (accedido abril 2018).

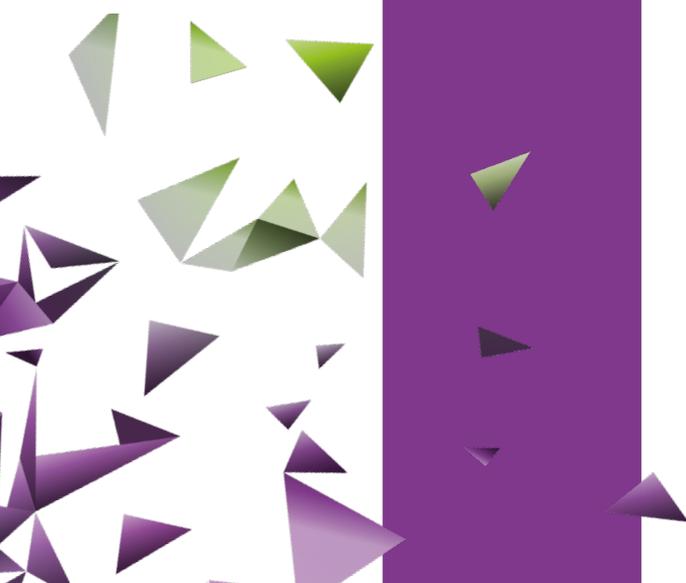


PRIMER FINALISTA

ROGER ORTIZ
GONZALO ADSUAR
EMILIO POL
ELSA LÓPEZ

ROJALES (ALICANTE)

SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO



SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A MUJER ADULTA POLIMEDICADA

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Se trata de una mujer de 58 años, usuaria de un centro de día para enfermos mentales, cuyo caso nos llega a través de su psicóloga. La paciente está diagnosticada de varias enfermedades psiquiátricas: psicosis, depresión y ansiedad. Presenta también insomnio, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Es fumadora de, aproximadamente, medio paquete al día.

La paciente se queja de somnolencia y cansancio, lo cual atribuye a la medicación, que le impide realizar sus actividades cotidianas y los talleres que se organizan en el centro, que además son su principal entretenimiento,

Ante esta situación, acudió a su psiquiatra, quien le aumentó la dosis de bupropion de 150 mg a 300 mg una vez al día. La paciente se extraña ante esta nueva situación, y comentándolo con la psicóloga deciden pedir consejo al farmacéutico para analizar el caso (Tabla 1).

Tabla 1. Estado de situación inicial sin evaluación

1ª visita: ESTADO DE SITUACIÓN inicial							
Sexo: Mujer/Edad: 58 años/IMC: 32,72 kg/m ² /Embarazo: No							
Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
Años	Hipertensión arterial* (HTA)	Normal	No	Años	Olmesartán 40 mg /amlodipino 5 mg	1-0-0-0	1-0-0-0
Años	Hipercolesterolemia*	Normal	No	Años	Simvastatina 20 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
Años	Diabetes mellitus tipo 2*	Mucho	No	Años	Metformina 1.000 mg /sitagliptina 100 mg	1-0-1	1-0-1
					Insulina glargina	0-0-0-1	0-0-0-1
Años	Obesidad	Normal	No	Años	-	-	-
Años	Psicosis*	Mucho	Sí	Años	Clotiapina 40 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
					Amisulprida 100 mg	0-0-1-0	0-0-1-0
Años	Ansiedad*	Mucho	Sí	Años	Clonazepam 2 mg	1 mg/ 2 mg/1 mg	Según ansiedad
Años	Depresión*	Mucho	No	Años	Sertralina 100 mg	1-0-0-0	1-0-0-0
Años	Tabaquismo	Poco	No	Años	Bupropion 300 mg	1-0-0-0	1-0-0-0
Años	Dolor (neuropático)	Normal	Sí	Años	Pregabalina 150 mg	0-1-0-0	0-1-0-0
Meses	Insomnio*	Mucho	Sí	Meses	Flurazepam 30 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
					Clotiapina 40 mg	0-0-0-1	0-0-0-1
Días	Somnolencia y cansancio	Mucho	No				

Fecha	Parámetros biológicos
8/11/2016	Glucosa: 107 mg/dL (VN : 100-105 mg/dL)* HDL: 44 mg/dL (VN > 50 mg/dL)* LDL: 81 mg/dL (VN : 100-129 mg/dL) Triglicéridos: 132 mg/dL (VN < 150 mg/dL) Prolactina: 100,51 ng/mL (VN : 0-20 ng/mL)*
9/11/2016	Presión arterial: 151/110 mmHg (VN : 110-155/70-98 mmHg, para el grupo de edad y sexo)*
Actualidad:	No se le está haciendo ningún seguimiento previo
VN: Valores Normales.	
*Problema de Salud diagnosticado	

ESTUDIO DEL CASO

Una vez evaluada la medicación de la paciente, se observa que, con la excepción de la obesidad, tiene tratamientos indicados para los diferentes Problemas de Salud (PS). Los resultados de la fase de estudio de este caso se muestran resumidos a continuación:

SOMNOLENCIA

En relación con la queja de somnolencia de la paciente, analizada la medicación, se ha encontrado una duplicidad de hipnóticos. La paciente está tratada con dos hipnóticos de forma asociada: flurazepam y clonazepam.

- Flurazepam: presenta acción residual sedante durante todo el día ($t_{1/2\text{eliminación}}$ 40-240 h).
- Clonazepam: tomado a primera hora de la mañana es rápidamente absorbido, contribuyendo al efecto sedante: ($t_{1/2\text{eliminación}}$ 20-60 h).

Cabe destacar que hay una ausencia de ensayos clínicos aleatorizados de politerapia en adultos de más de 55 años con clonazepam y flurazepam como ansiolíticos o hipnóticos.

Esta asociación se traduce en una elevada carga benzodiazepínica en mg equivalentes de diazepam:

- 30 mg flurazepam equivalen a 10 mg diazepam.
- 4 mg clonazepam equivalen a 80 mg diazepam.
- Total equivalente a 90 mg de diazepam (no se recomiendan más de 40 mg/día).

A esto habría que sumar la somnolencia causada por el uso de neurolépticos como clotiapina y amisulprida y por el antidepresivo sertralina.

Como consecuencia del cuadro de somnolencia, la paciente toma café habitualmente a mitad de tarde con lo cual altera ciclos circadianos y de actividad.

El psiquiatra, al ser consultado por el PS, aumentó la dosis de bupropion.

Sin embargo, bupropion es una catinona, una amina despertadora.

Antes de incrementar la dosis de bupropion, parecería más adecuada la retirada progresiva de benzodiazepinas a primera hora de la mañana en lugar de aumentar dosis y/o polifarmacia.

TERAPIA ANTIPSICÓTICA

Respecto al tratamiento de la psicosis, las dosis se consideran dentro de rango (máximo 2 DDD):

- ▶ 100 mg amisulprida; $100/400 = 0,25$ DDD.
- ▶ 40 mg clotiapina; $40/80 = 0,5$ DDD.
- ▶ Total = 0,75 DDD.

Al aumentar la polifarmacia antipsicótica, si los medicamentos presentan diferente mecanismo de acción, indirectamente se podrían disminuir la gravedad de reacciones tipo A (dependiente de dosis). Pero, pueden aumentar la diversidad de las reacciones adversas tipo B (no dependiente de dosis).

Además dificultan la atribución de causalidad en caso de reacciones adversas o inefectividad del tratamiento.

Por todo ello, no estaría recomendada la asociación de antipsicóticos. Se podría proponer la reducción de la terapia antipsicótica.

EVALUACIÓN DE LA POLIFARMACIA

Todos los PS de esta paciente están tratados con más de un medicamento.

Esto podría estar justificado en el caso de la HTA y la diabetes, donde la asociación de medicamentos tiene efectos beneficiosos.

Sin embargo, no se justifica en el caso de la ansiedad o de la psicosis, donde los medicamentos empleados tienen el mismo mecanismo de acción, y tampoco en insomnio y depresión, donde ante la falta de efectividad se recomienda cambiar de medicamento.

Varios medicamentos, especialmente para ansiedad (clonazepam) e insomnio (flurazepam) sobrepasan en exceso la duración recomendada según su ficha técnica. Otros tres requieren reevaluación periódica (sertralina, clotiapina y pregabalina).

Finalmente, la polifarmacia del paciente está teniendo repercusión sobre la carga anticolinérgica que, en este caso, corresponde a un riesgo moderado-alto (1,9 DBI), lo que puede afectar a su capacidad cognitiva, principalmente por los efectos de bupropion, clonazepam, flurazepam y sertralina.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Con la información obtenida se han evaluado los Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) detectados, así como los Resultados Negativos de la Medicación (RNM) correspondientes.

El resumen se muestra en las Tablas 2 y 3:

Tabla 2. PRM y RNM identificados

PS	Medicamentos	RNM	PRM	Intervención/observación
Somnolencia	Flurazepam/clotiapina/ clonazepam	Inseguridad	Duplicidad	Elevada carga benzodicepínica Propuesta retirada gradual de clonazepam
Obesidad	-	Necesidad	PS insuficiente- mente tratado	Promoción hábitos saludables
Psicosis	Clotiapina Amisulpirida	Inseguridad	Probabilidad de efectos adversos	Retirada gradual amisulprida
Depresión	Bupropion Sertralina	Inseguridad	Duplicidad Probabilidad de efectos adversos	No justificada asociación; incremento efectos adversos Retirada gradual sertralina: aprovechar bupropion para deshabitación tabáquica



Tabla 3. Estado de situación tras evaluación

Problemas de Salud				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
Años	Hipertensión arterial*	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años	Olmesartán 40 mg Amlodipino 5 mg		Sí	No	Sí	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Hipercolesterolemia*	Poco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	Años	Simvastatina 20 mg		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Diabetes mellitus tipo 2		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	Años	Metformina 1.000 mg Sitagliptina 100 mg Insulina glargina		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Obesidad	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años		PS no tratado				<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Psicosis	Normal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	Años	Clotiapina 40 mg Amisulprida 100 mg	Probabilidad de efectos adversos	Sí	Sí	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Ansiedad	Mucha	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años	Clonazepam 2 mg	Probabilidad de efecto adverso Interacciones	Sí	Sí	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Depresión	Mucho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No sabe	Años	Bupropion 300 mg Sertralina 100 mg	Duplicidad Probabilidad de efecto adverso	Sí	Sí	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Tabaquismo	Poco	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Semanas	Bupropion 300 mg		Sí	No	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> RNM de ineffectividad	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Años	Dolor (neuropático)	Normal	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Años	Pregabalina 150 mg		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
Meses	Insomnio		<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	Meses	Flurazepam 30 mg Clotiapina 40 mg		Sí	Sí	Sí	<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input checked="" type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

*Problema de Salud diagnosticado

INTERVENCIÓN

La estrategia propuesta se muestra progresivamente y en el orden indicado, a continuación, y se aconseja esperar unas semanas entre cada una para valorar adecuadamente el efecto de la intervención:

1. Se prioriza la resolución del PS que más preocupa a la paciente: la somnolencia, mediante la reducción de la carga benzodiacepínica total, para ello, se consensua una estrategia de deprescripción a largo plazo, comenzando por clonazepam.
2. Se explica a la paciente que la cafeína puede alterar el ciclo de sueño, y se pacta disminuir la dosis diaria de café.
3. Se ofrece a la paciente el servicio de deshabituación tabáquica, explicándole los beneficios que podría tener el abandono del hábito.
4. Además, puesto que, sertralina y bupropion presentan interacción y se emplean para lo mismo, se propone retirar la sertralina ya que el bupropion a la dosis prescrita realizará el efecto antidepressivo ayudará, además, en el proceso de deshabituación tabáquica.
5. Reducción de la polifarmacia antipsicótica, eliminando el agente con menor dosis (amisulprida).
6. Realizar un seguimiento de la psicopatología y de las actividades de la vida diaria.
7. Seguimiento de parámetros bioquímicos, presión arterial, frecuencia cardíaca y función respiratoria.
8. Medidas no farmacológicas de apoyo:

Se debe acompañar de actividades de terapia psicosocial, arteterapia e instaurar un estilo de vida saludable que nos permita ir indicando la estrategia para el abordaje de la obesidad.

RESULTADOS

Se informó a su médico mediante informe escrito y se comenzó seguimiento.

Se vio que la paciente tras la subida de la dosis de bupropion mejoró; se mostraba participativa y más despierta. No obstante, en la consulta con su médico a finales de mayo, volvieron los problemas que motivaron la consulta de la psicóloga; incluso se quedó dormida en la entrevista psiquiátrica. Esto impulsó el cambio en la medicación sugerido por farmacia: retirada gradual de amisulprida, clonazepam y sertralina (Tabla 4):

Tabla 4. Resumen de intervenciones aceptadas

Fármaco	Desayuno	Comida	Cena	Noche
Amisulprida 100 mg (Solian®)	0	0	1/2 días alternos 7 días y retirar	0
Clonazepam 2 mg (Rivotril®)	0	1/2	1/2	0
Sertralina 100 mg	1/2 días alternos 7 días y retirar	0	0	0

- ▶ Resto de medicamentos: flurazepam, clotiapina, pregabalina, antidiabéticos, hipolipemiantes y antihipertensivos se mantienen a fecha de hoy como estaban.
- ▶ Se ha seguido semanalmente a la paciente desde la farmacia.
- ▶ La intervención ha resultado efectiva, a juicio de la paciente y del equipo asistencial, desapareciendo la somnolencia, lo que ha permitido a la paciente incorporarse a las actividades terapéutico-educativas. Ha pasado más de un mes y la mejoría se mantiene.

COMENTARIOS

El abordaje del paciente psiquiátrico no debe centrarse únicamente en la medicación como tal. Se debe enfatizar en las terapias psicosociales y apoyarse en la medicación cuando sea necesaria. La polifarmacia puede desencadenar RNM, por lo que se debe siempre analizar hasta qué punto es viable un determinado tratamiento y monitorizarlo a través de un adecuado Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

La deprescripción de amisulprida, clonazepam y sertralina, aunque quizá muy brusca, se podría haber realizado más gradualmente (sería recomendable realizar la retirada en días alternos durante cuatro semanas) demuestra resultados favorables y una mejora del estado cognitivo y anímico de la paciente. A partir de aquí se deberían abordar el resto de PRM/RNM, incluyendo a la paciente en un programa del Servicio de SFT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bazine S. Psychotropic drug directory, 2016. Ed. Lloyd-Reinhold Publications Limited. Norkfolk. 2016. ISBN; 13-978-0-9569156-3-4.
2. Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) - [fecha de acceso Abril 2018]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/65214/FT_65214.html/.
3. ATC/DDD Index 2018 [Base de datos de internet]. Oslo, Noruega: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology- [fecha de acceso del 15 de enero al 14 de junio del 2018]. Disponible en: https://www.whocc.no/atc_ddd_index.
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de medicamentos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2017. ISBN: 978-84-87089-05-3.
5. Cooper C, Katona C, Lyketsos K, Blazer D, Brodaty H, Rabins P, de Mendonça Lima C, *et al*. A systematic review of treatments for refractory depression in older people. *Am J Psychiatry*. 2011;168:681-8.
6. Correll CU, Rummel-Kluge C, Corves C, Kane JM, Leucht S. Antipsychotic combinations vs. monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull*. 2009;35:443-57.
7. Walter Broekema. Calculation of benzodiazepine switch. *Psychiatrienet.nl*. [Acceso Mayo 2018] Disponible en: <http://wiki.psychiatrienet.nl/index.php/Special:RunQuery/CalcBenzo>.
8. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Anticholinergic Burden Calculator [Acceso en Mayo 2018] Disponible en: <http://www.anticholinergicscales.es/calculate>.



SEGUNDO FINALISTA

M^a JESÚS
RODRÍGUEZ

CARTAGENA
(MURCIA)

SERVICIO DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTE JOVEN CON PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS

PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Una paciente de 30 años acude a la farmacia con una prescripción del dermatólogo privado para que se le preparen unas cápsulas de ácido transretinoico 16 mg/24 h, prescrita para una psoriasis palmoplantar.

La farmacia se formó en 2014 en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), dentro del programa conSIGUE Implantación, y actualmente lleva a cabo el Servicio a los pacientes de forma habitual.

Así mismo, la farmacia está especializada en formulación magistral, y la realiza a terceros desde hace más de 10 años.

Debido a las altas probabilidades de daño hepático del ácido transretinoico, se le ofrece a la paciente el Servicio de SFT, para poder evaluar su medicación. Una vez aceptado, se le pide que nos indique toda la medicación que toma desde hace un año y que aporte los valores analíticos e informes clínicos que posea; dejando en suspenso la preparación de las cápsulas por nuestro laboratorio de formulación magistral.

1ª VISITA: ESTADO DE SITUACIÓN INICIAL

La paciente nos indica que en diciembre de 2016, se le diagnosticó enfermedad de Crohn ileal estenosante, por lo que se le prescribió iniciar tratamiento con anti-TNF, adalimumab. Desde el inicio del tratamiento hace 2 años, la paciente no ha presentado ningún efecto adverso, excepto pequeñas infecciones orofaríngeas, y sus valores serológicos son normales.

Refiere que al estar trabajando le es muy difícil desplazarse a la farmacia del hospital a retirar su medicación y que desde que terminaron sus vacaciones del verano, hace 6 meses, la paciente no ha vuelto a la farmacia hospitalaria a retirar su medicación; ya que la última vez que fue en septiembre pidió que le dieran "todas las cajas que tuvieran" para no tener que acudir a retirar la medicación mensualmente, en horario de mañana y en días laborales.

Hace un mes, la paciente empezó a presentar lesiones descamativas en palma de las manos, con prurito intenso, plantas de los pies, piernas, etc., por lo que acude a la consulta del dermatólogo privado porque le ha dado cita fuera del horario laboral de la paciente. El dermatólogo le diagnostica psoriasis y le prescribe una cápsula de transretinoico 16 mg diaria durante 1 mes.

La paciente declara tomar paracetamol de forma muy esporádica, pero no en el último mes.

Le pedimos que nos enseñe su analítica más reciente para comprobar, sobre todo, que sus valores de transaminasas hepáticas son correctos debido a la alta hepatotoxicidad que presenta el ácido transretinoico. Todos sus valores están dentro de los rangos permitidos excepto AST (GOT): 59 U/L; ALT (GPT): 63 U/L.

Con toda esta información establecemos el siguiente estado de situación (Tabla 1):

Tabla 1. Estado de situación inicial sin evaluación

Tabla resumen				Fecha 02/05/2018			
Sexo: Mujer/Edad: 30 años/IMC: 25,28 kg/m ² /Alergias: no conocidas/Embarazo: No							
Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
01/2016	Enfermedad de Crohn	Mucho	Sí	2016	Adalimumab	40 mg/15 días	40 mg/15 días
02/2018	Psoriasis	Mucho	No	-	Ac. transretinoico 16 mg	1/0/0	-
02/2018	Aumento transaminasas	Poco	No				
Fecha		Parámetros biológicos					
28/02/2018		Glucosa: 107 mg/dL; AST: 59 U/L; GPT: 63 U/L					

ESTUDIO DEL CASO

Una vez estudiada la medicación de la paciente se observa que todos los tratamientos son necesarios, debido a que han sido prescritos por un médico. En el caso de adalimumab está siendo efectivo, ya que la paciente se encuentra asintomática, pero no está siendo seguro. Encuentro un RNM de inseguridad, ya que la paciente presenta elevados sus valores de enzimas hepáticas y, por otro lado, la aparición del nuevo Problema de Salud, psoriasis, podría deberse a una reacción adversa del fármaco biológico: aparición de psoriasis paradójica.

Adalimumab presenta descrito en su ficha técnica como efecto secundario frecuente psoriasis, dermatitis y prurito, junto con aumento de transaminasas; que son las reacciones adversas (PRM) observadas en la paciente.

Adalimumab no necesita un ajuste posológico en pacientes con insuficiencia renal y hepática, por lo que descartamos que el medicamento esté mal dosificado por estos motivos. Lo que sí se observa es que la paciente refiere que ha aumentado de peso de manera importante en los últimos meses y existe una relación directa entre el aclaramiento total de adalimumab y el peso¹⁻³.

Por otro lado, el ácido transretinoico presenta una advertencia de seguridad en insuficiencia hepática, por lo que en pacientes con niveles de transaminasas elevados está totalmente contraindicado^{2,4,5}.

También descartamos que se esté produciendo alguna interacción entre medicamentos debido a que la paciente, por estar tomando un biológico, no toma ningún otro medicamento de automedicación y tampoco presenta prescripciones concomitantes.

EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

En el estado de situación se observan dos Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) de seguridad, relacionados con adalimumab, consecuencia de un Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM) de “probabilidad de efectos adversos”. La psoriasis aparecida en el último mes puede ser la manifestación de una reacción adversa provocada por el medicamento biológico, al igual que la elevación de las enzimas hepáticas.

Del mismo modo, se detecta otro RNM de inseguridad, derivado de un PRM de “contraindicación”; ya que las cápsulas de ac. transretinoico están contraindicadas en pacientes con sus funciones hepáticas anormales.

Tabla 2. Estado de situación tras evaluación

Problema de salud				Tratamientos		Evaluación					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
2016	Enfermedad de Crohn	Mucho	<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	2016	Adalimumab 40 mg	Probabilidad de efectos adversos	Sí	Sí	No	<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
03/2018	Psoriasis	Mucho	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe	03/2018	Ac. transretinoico 16 mg	Contraindicado	Sí	Sí	No	<input type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input checked="" type="checkbox"/> Inseguridad
02/2018	Aumento de enzimas hepáticas	Poco	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No sabe							<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No necesidad <input checked="" type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

INTERVENCIÓN

Nuestra intervención se basó en informar al especialista de digestivo, que fue el médico prescriptor de adalimumab, a través de una carta escrita, vía farmacéutico-paciente-médico, en un sobre abierto de las posibles reacciones adversas detectadas en la paciente. Así mismo, se le comunicó la supresión temporal en la preparación de las cápsulas de transretinoico debido a los valores de transaminasas tan elevados encontrados hasta su confirmación.

Además, se le indicó a la paciente que por tratarse de un fármaco biológico podía acudir a la consulta del médico de digestivo, sin cita previa, porque se trataba de una urgencia.

RESULTADOS

El médico le suspendió temporalmente el tratamiento con adalimumab para valorar si se trataba de una reacción psoriásica paradójica anti-TNF.

También confirmó la supresión del tratamiento con transretinoico y derivó al paciente a dermatología para biopsia cutánea y valorar una posible toxicodermia, junto con ecografía de abdomen.

Dermatología confirmó que las lesiones cutáneas son compatibles con psoriasis cutánea inducida por anti-TNF. Sus valores analíticos, AST(GOT): 41 U/L, ALT(GPT): 79 U/L, presentaban una mejora de las lesiones cutáneas y del prurito. La ecografía dio una esteatosis hepática, sin otras alteraciones y se instaura tratamiento con ustekinumab 90 mg/día.

COMENTARIOS

Actualmente, la dispensación de medicamentos biológicos está restringida al ámbito hospitalario. En este caso, si el paciente hubiera retirado la medicación en su farmacia, no habría estado 6 meses sin control de su medicación.

Resaltar la importancia del farmacéutico como agente coordinador en Atención Primaria, ya que hemos integrado todas las prescripciones: públicas y privadas.

Por otra parte, como expertos del medicamento, detectamos un efecto adverso que iba a ser tratado como un Problema de Salud nuevo y hemos impedido el daño hepático producido por la fórmula magistral que podría haber sido desastroso en la vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bot PLUS. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2018. <https://botplusweb.portalfarma.com>.
2. Ficha técnica Adalimumab. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR__Product_Information/human/000481/WC500050870.pdf.
3. Eickstaedt JB, Killpack L, Tung J, Davis D, Hand JL, Tollefson MM. Psoriasis and Psoriasiform Eruptions in Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease Treated with Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents. *Pediatr Dermatol*. 2017 May;34(3):253-260.
4. Ficha técnica ácido transretinoico. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/65396/65396_ft.pdf.
5. Perea G, Salar A, Altés A, Brunet S, Sierra J. Acute hepatomegaly with severe liver toxicity due to all-trans-retinoic acid. *Haematologica*. 2000 May;85(5):551-2.





7
SÉPTIMA
EDICIÓN





7ª EDICIÓN

PREMIOS FORO AF-FC 2018

Con la colaboración de:



**FORO DE
ATENCIÓN
FARMACÉUTICA**
Farmacia Comunitaria

