

SERVICIOS ASISTENCIALES Y CRONICIDAD.

GESTIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR I

Lda. Manuela Plasencia Cano.
Farmacéutica Analista Investigadora

Todos los pacientes con patología cardiovascular, por su condición de pacientes de riesgo, deberían estar incluidos en el servicio farmacéutico de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT).

El SFT es el servicio más novedoso, singular y notable de la Atención Farmacéutica. En el sexto comunicado de Foro AF-FC, publicado en Madrid, el 14 de junio de 2016, se define

Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) como el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos), para la prevención y resolución de RNM (Resultados Negativos de la Medicación). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

En el SFT, el farmacéutico estudia y analiza la situación del paciente en busca de problemas; se responsabiliza de las necesidades del paciente, de forma continuada, sistematizada y documentada; con el objetivo de conseguir la máxima efectividad de los medicamentos y la mejor calidad de vida para el paciente concreto.

Conviene recordar:

Problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM).

Y la definición de

Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)
son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

En el mismo acto de la dispensación, se pueden y se deben seleccionar los pacientes que pueden beneficiarse del servicio de seguimiento farmacoterapéutico; esto es, aquellos que siendo enfermos crónicos son polimedicados y su tratamiento es complejo, los pacientes de grupos de riesgo (diabéticos, hipocoagulados, cardiovasculares) los incumplidores, etc. También, los que toman citostáticos o quimioterapia, corticoides, opioides, medicamentos de margen estrecho (digoxina, metotrexato), etc. En fin, todos los pacientes que precisan un seguimiento personalizado y detallado para evitar riesgos con sus medicamentos y con sus problemas de salud. Es muy probable que con el paso del tiempo se realicen convenios interdisciplinarios con los Centros de Salud y con los equipos de Atención Primaria (AP); en ellos seguramente se va a consensuar el criterio de inclusión en el servicio de SFT de las farmacias acreditadas. Mientras tanto, es el farmacéutico quien selecciona al paciente y le ofrece el servicio directamente.



La infraestructura para llevar a cabo el servicio de SFT en farmacia, supone:

- 1- Zona ZAP (Zona de Atención Personalizada) para preservar la confidencialidad
- 2- Capacitación y acreditación en la metodología de AF (Atención Farmacéutica)
- 3- Documentación y recursos para aplicar las herramientas propias del servicio

El servicio de SFT es una monitorización de pacientes realizada por un farmacéutico, durante el tiempo que dura el proceso, que se desglosa en varias visitas en las que se gestiona el tratamiento integral y global del paciente tal y como ha sido establecido por su médico. Podemos puntualizar el procedimiento en 4 fases:

1ª ENTREVISTA INICIAL

- A. LOPD- CONSENTIMIENTO INFORMADO-** El paciente debe firmar este documento de consentimiento para el uso de sus datos, conforme a la ley de Protección de datos.
- B. FICHA DEL PACIENTE** con recogida de datos de interés sanitario, como: idiosincrasia del individuo, sus características físicas, edad, sexo, estado físico, hábitos de vida, sedentarismo, alergias, inmunodepresión, embarazo, lactancia, alimentación, deporte, estimulantes, alcohol, tabaco, plantas medicinales, medicación, médico prescriptor y especialistas.
- C. ESTADO DE SITUACIÓN** con los problemas de salud existentes y los medicamentos prescritos, incluidos los de automedicación. Se recomienda que el paciente lleve su bolsa de medicación. Se utiliza el método Dader mayoritariamente.
- D. FASE DE ESTUDIO** realizada con detenimiento y con tiempo, no en el mismo momento de la entrevista. Identificar posibles PRM.

2ª SEGUNDA VISITA

- A. PLAN DE SEGUIMIENTO** con las estrategias y propuestas para cubrir las necesidades del paciente.
- B. OBJETIVOS** a desarrollar: que la medicación sea lo más efectiva y segura posible para prevenir o resolver complicaciones
- C. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN** con el compromiso de cumplir lo pactado y corregir errores.
- D. COMUNICACIÓN** con el médico si es preciso.

3ª VISITAS SIGUIENTES

- A. ESTUDIO DE SITUACIÓN** si ha habido cambios en su tratamiento o en su salud.
- B. PLAN DE SEGUIMIENTO** con replanteamiento de la situación y de los objetivos terapéuticos cuando haya cambios.

4ª EVALUACIÓN DEL PROCESO

- a) RESULTADOS**

CASO CLÍNICO 1: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CARDIOVASCULAR

Varón de 65 años, que acude a la farmacia a recoger su medicación con la receta electrónica.

Su tratamiento ficticio:

- ADIRO 100 (0-1-0)
- DIGOXINA (1-0-0)
- NICARDIPINO 20 (1-1-1)
- OMEPRAZOL 20 (1-0-0)

En una dispensación activa y completa conforme a las normas de la AF, le preguntamos: ¿Qué tal le va su tratamiento? Nos cuenta que ha tenido un infarto cerebral hace unos meses y que está bastante bien, ya recuperado de las secuelas. Por el mero hecho de ser paciente cardiovascular con antecedente de infarto cerebral, ya nos parece importante derivarle al servicio de seguimiento SFT. El paciente pasa a la zona ZAP y nos sentamos, sin prisa, a hablar con él.

1ª ENTREVISTA INICIAL

Si el paciente ha sido derivado desde el servicio de dispensación de la farmacia, damos por hecho que se le ha informado adecuadamente sobre sus medicamentos y sobre su enfermedad. Sin embargo, se puede completar la información con cuestionarios o profundizar en los hábitos alimentarios o recopilar datos de su historia clínica o hereditaria. En el caso de nuestro paciente optamos por varios test de valoración:

- En primer lugar, queremos saber su peso corporal y su IMC; por tanto, le pasamos a la báscula pesa-personas. Su IMC = 29.
- SCORE para ver en las tablas el grado de riesgo CV para los próximos 10 años, en función de la edad, sexo, colesterol, tensión arterial y tabaquismo. Tomamos la tensión con tensiómetro automático y obtenemos una cifra de 139 de máxima y 90 mm Hg de mínima. En los últimos análisis de

sangre tenía 220 mg/dl de colesterol total. Por tanto, en las tablas score sale un riesgo de padecer un ACV = 5-9% de probabilidades!!! (5 naranja)

- Test de Morinsky-Green para ver cumplimiento o adherencia al tratamiento. El resultado es que si es cumplidor porque responde bien a las 4 preguntas.

- Para ver la evolución de autovaloración de la salud le pasamos el Termómetro Euroqol, ya que vamos a hacerle un seguimiento durante algunos meses, en principio. Nos marca un 60 considerando que 0 es lo peor posible y 100 lo mejor posible.

- No usamos el test de funcionalidad (índice de Katz) porque le vemos que es autosuficiente y nada dependiente, de momento.

- Comenta que a veces tiene insomnio y se toma una infusión

de flores de Espino blanco que compra en el herbolario y que le va muy bien.

A. LOPD-CONSENTIMIENTO INFORMADO. Imprescindible firmarlo.

B. FICHA DEL PACIENTE. A su ficha con datos personales añadiremos que suele tomar un whisky por las noches; que no hace deporte, es profesor de literatura y amante de la lectura; sedentario. Su madre murió de repente, supone que de algo de corazón. Es amante de las plantas medicinales y frecuenta los herbolarios. Tiene alergia al polen en primavera.

C. ESTADO DE SITUACIÓN. Utilizaremos la plantilla Dáder.

Paciente: JFPM						FECHA:					
SEXO: Varón		EDAD: 65		IMC: 29		Alergias: Polen		Nº Historia:			

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F (fecha)
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS				N	E	S	SOSPECHA DE PRM	
Desde	Problemas de Salud	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co					
	Antiagregante	no		ADIRO 100	0-1-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Cardiotónico	no		DIGOXINA	1-0-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Antihipertensivo Bloqueante canales calcio	no		NICARDIPINO	1-1-1	Si/si	SI	SI			
	Gastro-protector	no		OMEPRAZOL 20	1-0-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Insomnio ocasional	si		ESPINO ALBAR	0-0-1	Si/si	SI	SI			

OBSERVACIONES: Sedentario. Episodio infarto cerebral.
 PA: 139/90 mm Hg
 Col: 220 mg/dl

Fecha	Parámetro	Valor

D. FASE DE ESTUDIO. Concertar la próxima cita en una semana o 15 días. El paciente se va y procedemos a revisarlo todo o lo dejamos para otro momento. Consultaremos fichas técnicas y otras bases de datos.

- El resultado = 5 de las tablas SCORE, si su colesterol es de 220 mg/dl. Además, con su antecedente de isquemia cerebral con infarto, el riesgo sigue siendo moderado.
- El sobrepeso también hay que abordarlo como riesgo evidente.
- La tensión arterial no está en cifras aceptables, sino en el

mismo límite de la normalidad; a pesar del Nicardipino como antihipertensivo.

- La automedicación con Espino albar es inadecuada y arriesgada por sus efectos sobre el corazón.
- El sedentarismo es otro factor negativo en su caso.
- En la ficha técnica de Nicardipino pone que no está indicada con Digoxina por riesgo de interacción con resultado de incremento de los efectos de Digoxina. Entre los efectos adversos de Nicardipino está el insomnio. PRM de seguridad y posible RNM de seguridad.

- En la ficha técnica de Digoxina se informa de que los Bloqueantes de canales de Calcio pueden incrementar los niveles séricos de Digoxina. Su efecto se produce por inhibición de la ATPasa Na-K. Entre los efectos adversos se cita el insomnio. PRM de seguridad y posible RNM de seguridad.
- Afortunadamente ya no es fumador. Hace 10 años que dejó de fumar.

• Tendremos presente que su tratamiento viene establecido desde el hospital, por un cardiólogo; por tanto, nuestras intervenciones estarán sujetas al escaso conocimiento que tenemos de su historia clínica y con el único interés de aportar seguridad y descartar dudas en nuestro cometido.

Paciente: JFPM						FECHA:					
SEXO: Varón		EDAD: 65		IMC: 29		Alergias: Polen		Nº Historia:			

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN			I.F	
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS				N	E	S	SOSPECHA DE PRM	(fecha)
Desde	Problemas de Salud	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co					
	Antiagregante	no		ADIRO 100	0-1-0	Si/si	SI	SI			
	Cardiotónico	no		DIGOXINA	1-0-0	Si/si	SI	SI			
	Antihipertensivo Bloqueante canales calcio	no		NICARDIPINO	1-1-1	Si/si	SI	NO	CONTRAINDICADO	INFORME	
	Gastro-protector	no		OMEPRAZOL 20	1-0-0	Si/si	SI	SI			
	Insomnio ocasional	no		ESPINO ALBAR	0-0-1	Si/si	SI	NO	CONTRAINDICADO	INFORME	

OBSERVACIONES: Sedentario. Episodio infarto cerebral.
PA: 139/90 mm Hg
Col: 220 mg/dl

Fecha	Parámetro	Valor

2ª) SEGUNDA VISITA

A. PLAN DE SEGUIMIENTO: estrategias

- asesoramiento nutricional con revisión de su dieta habitual.
- establecer una dieta (estricta) baja en grasas saturadas. Control de peso.
- revisión del control y estudio en sangre del perfil lipídico, niveles de Ca, Mg, Na, K y CK; parámetros de función renal (BUN y creatinina) y función hepática (GOT, GPT, fosfatasa alcalina, bilirrubina...)
- controles de tensión arterial semanales.
- supresión del Espino Albar y de toda automedicación.
- combatir el sedentarismo.
- vigilar posible aparición de efectos adversos por interacción digoxina-nicardipino: arritmias o efectos gastrointestinales.
- valorar la necesidad, o no, de un inductor del sueño.
- valorar la importancia de tomar whisky todas las noches.

B. OBJETIVOS A DESARROLLAR:

- reducir el riesgo SCORE.
- bajar las cifras de tensión arterial.
- reducir el sobrepeso
- reducir cifra de colesterol.
- promover ejercicio físico suave, a diario.
- valorar la interacción digoxina-nicardipino.
- comprobar si el insomnio es un resultado negativo (RNM) como consecuencia de la interacción digoxina-nicardipino.
- suspender la ingesta diaria de whisky y reducirla a los fines de semana, en principio.

C. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- Informe al médico: Interacción Digoxina y Nicardipino.
- Rellenar la Tarjeta amarilla para comunicar el efecto adverso. También se puede realizar la comunicación directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (www.notificaram.es).

- Informe al médico: Propuesta de antihipertensivo que no interaccione: los diuréticos producen hipopotasemia y no están indicados en cardíacos. En arritmias la elección es Atenolol (betabloqueante cardioselectivo).

- Caminar una hora al día.
- Dieta baja en grasas saturadas. Control de peso semanal.
- Control semanal de la tensión arterial.
- Supresión del Espino Albar y de toda automedicación. Es una planta medicinal que actúa directamente sobre el corazón; por tanto, hay una interacción peligrosa por potenciación de efectos. Entregar al paciente un folleto con normas de higiene del sueño y medidas de buenas prácticas contra el insomnio.
- Posiblemente el insomnio desaparezca cuando se cambie el antihipertensivo y se suspenda el Espino. Comprobarlo durante unos días sin medicación hipnótica, con medidas de relajación y reduciendo el alcohol diario a fines de semana.

D. COMUNICACIÓN

- Comunicación con el paciente con lenguaje claro, directo, sencillo y con empatía.
- Comunicación directa con el médico en persona o por teléfono, móvil o email.

- Informe por escrito al médico:

El médico acepta la intervención farmacéutica y agradece el servicio al paciente; cambia la medicación a Atenolol 50 mg (1-0-0) y sugiere no tratar el insomnio, de momento.

3ª) TERCERA VISITA

A. NUEVO ESTADO DE SITUACIÓN

- Ha adelgazado solo 2 kilos.
- Los análisis de sangre están mejor: todos los parámetros indican que no hay problemas, ni complicaciones renales, ni hepáticas; pero LDL= 230 mg/dl (ha subido)
- La tensión arterial no se ha normalizado.
- Se ha apuntado a un grupo de senderismo, y ya no tiene problemas para dormir.
- Sigue tomando whisky solamente los fines de semana.
- Se le hinchan los tobillos, a veces. Emitir la Tarjeta amarilla por sospecha de farmacovigilancia por el antihipertensivo Atenolol.
- En la ficha técnica de Atenolol consta que los glucósidos digitálicos en asociación con β -bloqueantes pueden retrasar la conducción auriculoventricular.
- Plantilla Dáder para la nueva situación:

Estimado Dr. X:

Nuestro paciente JFPM (Nº de afiliación a la Seguridad Social) tiene en tratamiento DIGOXINA Y NICARDIPINO como podrá observar en su receta electrónica y en su historia clínica.

Consultando la base de datos de Agemed observamos que en la ficha técnica de Nicardipino (Calcio antagonista) que puede incrementar los niveles séricos de Digoxina, con mayor riesgo de efectos adversos.

Proponemos como alternativa Atenolol (betabloqueante) que no presenta esa interacción con Digoxina.

Por otro lado, hemos detectado que nuestro paciente tomaba una planta medicinal (Espino albar) para un insomnio esporádico y le hemos recomendado suspenderla, ya que tiene efectos sobre corazón que pueden afectar y complicar la patología cardíaca del paciente.

Sus cifras de tensión arterial están en el límite normal. Le adjunto los controles que hemos realizado semanalmente. Le hemos ofrecido asesoramiento nutricional para bajar de peso; y le hemos aconsejado realizar ejercicio físico caminando una hora cada día. Todo ello para reducir su riesgo Score que actualmente está en 5.

Dado que es un paciente de alto riesgo cardiovascular le hemos incluido en nuestro servicio de Seguimiento Fármaco Terapéutico (SFT); y por ello, después de un estudio detallado del caso, le informo de nuestras aportaciones para mejorar la situación clínica de nuestro paciente.

Todo ello, lo ponemos en su conocimiento para que tome las medidas que estime oportunas al caso y quedamos a su disposición para cualquier información o comentario.

Le saluda atentamente

Paciente: JFPM						FECHA:			
SEXO: Varón		EDAD: 65	IMC: 29	Alergias: Polen	Nº Historia:				

ESTADO DE SITUACIÓN						EVALUACIÓN				L.F.
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS			N	E	S	SOSPECHA DE PRM	
Desde	Problemas de Salud	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta					Cu/Co
	Antiagregante	no		ADIRO 100	0-1-0	Si/si	SI	SI		
	Cardiotónico	no		DIGOXINA	1-0-0	Si/si	SI	SI		
	Antihipertensivo Beta-Bloqueante	no		ATENOLOL 50	1-0-0	Si/si	SI			
	Gastro-protector	no		OMEPRAZOL 20	1-0-0	Si/si	SI	SI		

OBSERVACIONES: Sedentario. Episodio infarto cerebral.
PA: 139/90 mm Hg
Col: 220 mg/dl

Fecha	Parámetro	Valor

B. PLAN DE SEGUIMIENTO con replanteamiento de la nueva situación y de los objetivos terapéuticos.

- Valorar nuevo riesgo Score: sube a 6. Valorar necesidad de un hipolipemiante que baje el riesgo CV: informe al médico con la propuesta de prescripción de Atorvastatina, que es de elección en pacientes cardiovasculares.
- Vigilar tensión arterial semanal. Reducir el aporte dietético de sodio: usar sal baja en sodio y evitar la ingesta de alimentos ricos en sal (ahumados, conservas, mariscos, quesos maduros, etc). Beber al menos 2 litros de agua al día.
- La media de PA es 140-92 mm Hg. Propuesta al médico de monitorización de la tensión arterial (MAPA) para detectar las cifras de tensión nocturna, propias de pacientes "riser" (patrón circadiano de la PA con subida nocturna) o "no dipper" (patrón circadiano de la PA no desciende por las noches).
- Controlar el peso cada mes.
- Mantener el ejercicio físico suave y aeróbico.
- Valorar necesidad de un diurético. Para evitar la hipopotasemia típica de los diuréticos tiazídicos y del asa, que serían un riesgo grave para nuestro paciente; se puede optar por un diurético ahorrador de potasio, como Espironolactona.
- Informe al médico

4ª) CUARTA VISITA

El médico ha aceptado la intervención del farmacéutico, pero en vez de Atorvastatina prescribe Pravastatina que no interfiere con la citocromo P450. También nos comunica que si las cifras de tensión arterial de nuestro paciente con Aldactone no descienden, que subamos la dosis a 100 mg/día; esto es, (0-1-0). No estima necesario el control MAPA, por el momento; además no tiene aparatos disponibles. El estado de situación en esta cita queda así:

El estado de situación en esta cita queda así:

Paciente: JFPM						FECHA:					
SEXO: Varón		EDAD: 65		IMC: 29		Alergias: Polen		Nº Historia:			

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F (fecha)
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS				N	E	S	SOSPECHA DE PRM	
Desde	Problemas de Salud	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co					
	Antiagregante	no		ADIRO 100	0-1-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Cardiotónico	no		DIGOXINA	1-0-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Antihipertensivo Beta-Bloqueante	no		ATENOLOL 50	1-0-0	Si/si	SI	SI	SI		
	Gastro-protector	no		OMEPRAZOL 20	1-0-0	Si/si	SI	SI	SI		
Nuevo	Edema tobillos	si		ALDACTONE 100	0- 1/2-0	Si/si	SI				
Nuevo	Hipolipemiente	no		PRAVASTATINA 40	0-0-1	Si/si	si				

OBSERVACIONES: Sedentario. Episodio infarto cerebral. PA: 140/92 mm Hg Col: 230 mg/dl							Fecha Parámetro Valor		

5ª) EVALUACIÓN DEL PROCESO

RESULTADOS

A los 6 meses, hacemos evaluación del proceso de SFT; vamos a comparar los resultados reales con los objetivos terapéuticos que nos habíamos propuesto.

OBJETIVOS

- reducir el riesgo SCORE
- bajar las cifras de tensión arterial.
- reducir el sobrepeso
- reducir cifra de colesterol.
- promover ejercicio físico suave, a diario.
- valorar la interacción digoxina-nicardipino.
- comprobar si el insomnio es un resultado negativo (RNM) como consecuencia de la interacción digoxina-nicardipino.
- suspender la ingesta diaria de whisky y reducirla a los fines de semana, en principio.

En las sucesivas visitas, comprobamos que vamos cumpliendo los objetivos que establecimos hace 6 meses:

- > Se normaliza la tensión arterial a 128/89 mm Hg y no hay problemas con Atenolol 50. Ha resultado muy eficaz la lista de alimentos que le entregamos con los productos que no debe tomar por su alto contenido en Na y con consejos sobre su enfermedad.
- > El colesterol total está en 200 mg/dl y no hay incidencias con Pravastatina. Ha entendido la importancia de mantener una dieta baja en grasas saturadas.
- > El índice de riesgo Score se ha reducido a 3.
- > Ha adelgazado hasta un IMC 26, gracias a que ha entendido la importancia de hacer ejercicio regularmente y de seguir una dieta saludable.
- > Ya no tiene insomnio y ha asumido que tomar a diario alcohol no es una buena costumbre. También hemos constatado que Nicardipino era la causa del insomnio.
- > Ha asimilado que la automedicación es un riesgo innecesario. Ya no toma nada del herbolario sin consultarnos.
- > Le pasamos de nuevo el Termómetro Euroqol de autoevaluación de su salud y marca 80.
- > El paciente está satisfecho y despreocupado sabiendo que está en Seguimiento por el farmacéutico, además de las revisiones periódicas del médico de AP y de su cardiólogo.

Por nuestra parte, a nivel profesional, hemos intervenido en varias ocasiones:

- Información y educación sanitaria han sido determinantes en la comprensión y adherencia del paciente al tratamiento.
- Hemos aplicado criterios de selección de fármacos para nuestro paciente en el caso de Atenolol y de Espironolactona.
- En dos ocasiones hemos enviado Tarjeta amarilla a Farmacovigilancia.
- Hemos encontrado un PRM de necesidad de un hipolipemiente y se ha informado al médico. Intervención aceptada.
- Detectamos un PRM de seguridad cualitativo por interacción de Nicardipino junto a Digoxina
- Hemos detectado un PRM de seguridad por efecto adverso (insomnio) de Nicardipino
- Hemos detectado un PRM de seguridad por efecto adverso (edema en tobillos) por Atenolol.
- Hemos emitido informes al médico con aceptación de nuestras sugerencias y hemos intercambiado comentarios en interés de la salud de nuestro paciente.
- No hemos valorado las posibles interacciones de Omeprazol y Adiro sobre la Digoxina, ya que el paciente tiene monitorizados los niveles de Digoxina y no detectamos indicios de alteraciones en su salud por estas causas.
- Hemos pasado encuesta al paciente sobre satisfacción del servicio de SFT y su respuesta ha sido "sobresaliente".

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Farmacoterapia del paciente pediátrico I. Particularidades, aspectos nutricionales e infecciones.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 6,1 créditos - 58 horas



Farmacoterapia del paciente pediátrico II. Patologías frecuentes del paciente pediátrico.

Acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Acreditado con 9,9 créditos - 65 horas



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>