

SERVICIOS ASISTENCIALES Y CRONICIDAD.

GESTIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE UN PACIENTE CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR II

Incluir a un paciente con patología cardiovascular en el Servicio Farmacéutico de Seguimiento SFT siempre es una gran responsabilidad. Gestionar, planificar, revisar, conciliar y asumir la misión de prevenir y detectar riesgos, resolver problemas o resultados negativos de su medicación, supone adquirir un compromiso personal y profesional con el paciente que, en la mayoría de las ocasiones, se ve compensado tan solo por el reconocimiento social y la satisfacción del trabajo bien hecho. Tanto es así, que no son muchos los farmacéuticos que se deciden a emprender este notable y singular servicio asistencial en el ámbito de la Farmacia Comunitaria o Farmacia Hospitalaria.

Hoy por hoy, es el paciente quién se acerca al farmacéutico para proveerse de la medicación que su médico le ha prescrito en el sistema de receta electrónica. En esa situación es cuando, a la vista de su tratamiento y de sus circunstancias clínicas, el farmacéutico puede plantearse la necesidad de prestar el servicio de Seguimiento FT. El paciente o sus familiares pueden aceptar o declinar la propuesta; el farmacéutico concertará cita para la primera entrevista si aceptan, y en caso negativo realizará la dispensación activa como acostumbra, pero sin adentrarse en un estudio exhaustivo del caso. Los programas informáticos de gestión farmacéutica ofrecen mucha información y algunos están conectados a bases de datos, como el Bot Plus, Micromedex o Medscape. Estos sistemas permiten chequear combinaciones de fármacos, acceden directamente a las fichas técnicas de los medicamentos y ofrecen información sobre normativa legal de cada dispensación. Sin embargo, no se puede hacer un estudio integral y pormenorizado de la situación clínica del paciente en un instante; es una dinámica que enlentece mucho el proceso y exige registro de datos; además debe llevarse a cabo en una zona de atención personalizada para garantizar la confidencialidad, no en un mostrador o en público; es decir, requiere un servicio aparte; esto es SFT. Son 4 fases:

1º) 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.

2º) 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.

3º) 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.

4º) EVALUACIÓN DEL PROCESO

- a) RESULTADOS**

CASO CLÍNICO 2: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CARDIOVASCULAR

Mujer de 69 años, IMC: 27, que acude a la farmacia a recoger su medicación con la e-receta.

Su tratamiento (ficticio):

- IMUREL 50: Azatioprina- Inmunosupresor (0-1/2-0)
- ENBREL 50: Etanercept- Inmunosupresor inyectable en jeringas precargadas (uso hospitalario) cada 15 días vía subcutánea
- IBUPROFENO 600: Aine (1-1-1) si precisa
- OMEPRAZOL 20: IBP (1-0-0)
- FUROSEMIDA 40: Diurético del asa (1-0-0)
- METFORMINA 850: Antidiabético oral- Biguanida (0-1-0)
- LISINOPRIL 5: IECA- Antihipertensivo (1-0-0)
- VERAPAMILLO 80: Calcioantagonista- Vasodilatador (1-1-1)
- SINTROM 4: Acenocumarol-Anticoagulante oral (TAO) (0-0-1/2)
- NITROPLAST 10- PARCHES: Nitroglicerina- Nitrato antianginoso (1-0-0)

En el proceso de dispensación se le ofrece información sobre su enfermedad y sus medicamentos; aunque dice saberlo todo perfectamente ya que hace 10 años que los toma. A la pregunta de qué tal le va su tratamiento, responde que regular; lleva dos semanas con una tos rebelde por las noches que le produce ahogo y fatiga.

A la vista de su complejo perfil farmacológico ya nos planteamos integrarle en nuestro servicio de SFT; pero ese posible efecto adverso de tos nos lo sugiere con más insistencia. Le proponemos hacer un estudio para ver si alguno de sus medicamentos es el causante de esa tos persistente y molesta; la paciente acepta sin mucho entusiasmo.

1ª ENTREVISTA INICIAL

En la ZAP (Zona de Atención Personalizada) procedemos a iniciar el procedimiento de SFT y su metodología.

Le pedimos que trajera todos los medicamentos que tuviera en su casa y los resultados de los análisis clínicos más recientes.

Lo primero que nos interesa es conocer su historia farmacoterapéutica, con su perfil, sus hábitos alimentarios, enfermedades hereditarias, etc. Toda esta información es oral, ya que no tenemos acceso a su historia clínica.

> La báscula pesa-personas indica que su peso es 84 kg y su IMC= 27 (sobrepeso).

> No ha fumado nunca y su marido tampoco.

> El tensiómetro marca una PA de 135/88 mm Hg y 96 ppm.

> Parece que todos los parámetros bioquímicos están en rango. Son datos del mes pasado. Colesterol= 192 mg/dl, Glucosa= 130 mg/dl, urea y electrolitos en cifras normales.

> Es diabética tipo II hace 20 años. Toma Metformina prescrita por su internista.

> Tiene Artritis Reumatoide desde los 35 años. Ahora toma Imurel, Enbrel cada 15 días y si precisa Ibuprofeno. Ha tenido efectos adversos anteriormente con Metotrexato y muchos otros fármacos. Controlado por su reumatólogo.

> Hace 25 años que empezó a tomar pastillas para la tensión. Toma dos medicamentos: uno para la tensión y otro para orinar.

> Tiene enfermedad coronaria hace ya 7 años. Toma Verapamilo. Control por cardiólogo.

> Hace 3 años tuvo un infarto de miocardio. Se pone parches de Nitroglicerina y Sintrom.

Para completar la información le pasamos unos cuestionarios que nos permiten profundizar y recopilar datos con intención de utilizarlos en una evaluación posterior:

- 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. En las tablas Score obtenemos un riesgo de padecer un ACV = 2% de probabilidades (bajo riesgo).

- Test de Morinsky-Green para ver cumplimiento o adherencia al tratamiento. El resultado es que no es cumplidora porque responde mal a una de las 4 preguntas. Nos dijo que si alguna vez nota efectos adversos suspende la mediación porque ya le ha pasado varias veces y tiene miedo.

- Para ver la evolución de autovaloración de salud le pasamos el Termómetro Euroqol. Nos marca un 40 considerando que 0 es lo peor posible y 100 lo mejor posible.

- El test de funcionalidad (índice de Katz) = F. No es auto-suficiente y depende de su marido como cuidador para actividades de la vida diaria (baño, vestirse, zapatos, higiene, caminar).

A. LOPD- CONSENTIMIENTO INFORMADO. Imprescindible firmarlo.

B. FICHA DEL PACIENTE. A su ficha con datos personales añadiremos que no fuma ni bebe alcohol. Vive con su marido que le ayuda mucho en las tareas del hogar. Usa muletas para caminar porque lleva prótesis de rodilla y de cadera, y las manos las tiene muy deformadas por la enfermedad reumática. Su madre tuvo dos infartos y murió a los 73 años.

C. ESTADO DE SITUACIÓN. Utilizaremos la plantilla Dáder

Paciente: ACB**FECHA:****SEXO:** Mujer**EDAD:** 68**IMC:** 27**Alergias:** Hipersensible**Nº Historia:**

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS								
Desde	Problemas de Salud	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sosp. PRM	(fecha)
	Artritis reumatoide	no		IMUREL 50: ENBREL 50 IBUPROFENO 600 si precisa	(0-1/2-0) 1/15 días (1-1-1)	SI/SI	SI	SI	SI		
	Diabetes tipo II	no		METFORMINA 850	0-1-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	HTA	no		FUROSEMIDA 40 LISINOPRIL 5	1-0-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	Ardores/protector gástrico	no		OMEPRAZOL 20	1-0-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	Infarto / Coronarias	Si		VERAPAMILLO 80 SINTROM 4(0-0-1/2) NITROPLAST 10-PARCHES	(1-1-1) (0-0-1/2) (1-0-0)	SI/SI	SI	SI	¿?		

OBSERVACIONES: Reciente aparición de tos persistente con ahogo y fatiga. Inmunodeprimida.

PA: 135/88 mm Hg

Col: 192 mg/dl

Glu: 130 mg/dl

Score= 2

D. FASE DE ESTUDIO. Concertar la próxima cita en una semana o 15 días. Consultaremos fichas técnicas, bases de datos y fuentes bibliográficas.

- Obtenemos un valor de riesgo SCORE = 2, que nos indica que el riesgo de padecer un ACV en los próximos años es bajo y están condicionados a su edad y sexo. No fuma y su colesterol está bajo control.
- Su tensión arterial está dentro de las cifras óptimas para su edad y no se observan efectos adversos por Furosemida. Los diuréticos deben ingerirse en ayunas.
- La dosis de Lisinopril es baja; pero en su ficha técnica leemos que la tos, persistente y no productiva, es un efecto adverso documentado.
- La diabetes parece estar controlada y sin complicaciones aparentes. No presenta los frecuentes efectos adversos gastrointestinales por Metformina.
- El sobrepeso y la actividad física están limitados a su deficiente movilidad.
- La inmunosupresión es inevitable y necesaria para la artritis reumatoide; pero hace que nuestra paciente sea especial-

mente vulnerable a cualquier proceso infeccioso; aunque no hay indicios de complicaciones por el momento.

- Etanercept es un principio activo antitumoral de gran efectividad para detener el avance de la enfermedad reumática. De hecho, la paciente no tiene dolores ya y la artritis no progresa. Estudiamos en su ficha técnica en busca de alguna contraindicación en pacientes hipocoagulados, ya que es de administración parenteral; sin embargo, no encontramos referencia alguna.
- Aunque el fármaco Ibuprofeno 600 está prescrito para uso esporádico y si precisa; no parece muy adecuado a la situación clínica de la paciente.
- Omeprazol está protegiendo la mucosa gástrica e intestinal; sin embargo, nos plantearemos su idoneidad en este caso de polimedicación, ya que interfiere con fármacos que se metabolizan por la ruta CYP450.
- Verapamilo es un bloqueante de los canales lentos de calcio, por lo que inhibe su entrada a través de la membrana de las células del músculo cardíaco y vascular. Al reducir la concentración de calcio intracelular, dilata las arterias coronarias, otras arterias y arteriolas periféricas. Está indicado como

preventivo de infartos y anginas. Es un inhibidor enzimático, por lo que puede inducir alteraciones metabólicas de otros medicamentos.

• Sintrom es Acenocumarol, anticoagulante oral y antivitamin K. Se utiliza para evitar trombosis o embolia de repetición. Los pacientes hipocoagulados son un grupo de alto riesgo, dado que cualquier interferencia bioquímica puede tener

consecuencias hemorrágicas catastróficas. A pesar de ello, el hecho de que esté monitorizado cada semana o cada mes, hace que se ajuste la dosis en base a la situación real del paciente, incluyendo las posibles interacciones farmacológicas de todo su tratamiento. Son tantas las advertencias negativas sobre alimentos y medicamentos, que los médicos últimamente recomiendan un listado positivo.

Medicamentos sin problemas para TAO

- ANTIINFLAMATORIOS: Nolotil, Diclofenaco, Glucocorticoides
- ANALGÉSICOS: Paracetamol, Dextropropoxifeno
- PSICOFÁRMACOS: Diazepam, Fluoxetina
- HIPOLIPEMIANTES: Simvastatina, Pravastatina
- ANTIULCEROSOS: Ranitidina, Famotidina
- LAXANTES: Lactulosa o supositorios de glicerina
- ANTIBIÓTICOS: Penicilinas, Clavulánicos, Cloxacilina, Norfloxacino
- ANTIGOTOSOS: Alopurinol, Colchicina
- OTROS: Mucolíticos, Espasmolíticos, Broncodilatadores, Antitusígenos, Insulinas, Antihistamínicos, Antidiarréicos, Antieméticos, Antimigrañosos, Antiparkinsonianos, Diuréticos, Cardiotónicos, Vasodilatadores coronarios, Hipotensores y cualquier medicación vía tópica.

• Las influencias alimentarias sobre la coagulación tienen una trascendencia limitada y cuantitativa. Pequeñas cantidades de alimentos ricos en vitamina K (lechuga, espárragos, espinacas, coles) no son trascendentes; y de cualquier modo, su influencia se compensa en los controles periódicos de INR y los ajustes de dosis de Sintrom.

• Cuando el médico insta un tratamiento con anticoagulantes orales comienza con una dosis aproximada que calcula según sea la constitución física del paciente, su edad y el estado de su enfermedad. La acción de los anticoagulantes orales no es rápida: si hay prisa en comenzar, ha de asociarse una heparina de bajo peso molecular durante al menos los cinco primeros días y hasta que se alcancen los niveles que se desea, y en ese momento suspender la heparina.

• Nitroplast a base de nitratos indicado especialmente para prevención de la angina de pecho. Los parches de nitroglicerina tienen muchas particularidades a considerar en la aplicación transdérmica: explicar bien a la paciente cómo y dónde debe ponérselos. No tenerlos puestos más de 12 horas (quitarlos por las noches o por las mañanas). Colocarlos en zonas sin vello, limpias y secas, alternando. Otro dato es que no se pueden cortar.

• Tendremos siempre presente que el tratamiento viene establecido desde el hospital, por médicos especialistas; por tanto, nuestras intervenciones están sujetas al precario co-

nocimiento de su historia clínica, y tienen como único interés aportar seguridad y descartar dudas en nuestro cometido, que es proteger la salud de los pacientes.

2ª) SEGUNDA VISITA

A. PLAN DE SEGUIMIENTO: estrategias

• Como es mayor de 65 años aplicaremos los criterios STOPP o MAI para detectar posible medicación inapropiada.

• Haremos seguimiento de los controles semanales o mensuales del INR (siglas en inglés de International Normalized Ratio). Rango terapéutico debe estar entre 2 y 3, pero el valor medio es 2,5. Es un dato clave para ajustar la posología de Acenocumarol. El tiempo de protrombina no se utiliza para monitorizar. Debe realizarse siempre en el mismo centro y con las mismas técnicas para que sean resultados equiparables.

• Sintrom pautado en la cena, que es cuando se toman menos medicamentos y evitando siempre la administración simultánea con otros

• Asesoramiento nutricional con revisión de su dieta habitual, detectando errores y alimentos o platos hipercalóricos que no interesan para el sobrepeso de nuestra paciente. Establecer una dieta baja en grasas saturadas y controles de peso regulares. Desaconsejar dietas mágicas y el consumo de alcohol.

- Revisión periódica del estudio en sangre del perfil lipídico, niveles de Ca, Mg, Na, K y CK; parámetros de función renal (BUN y creatinina).
- Controles de tensión arterial mensuales, mientras no haya indicios de alteraciones. Recordar los agentes iatrogénicos de hipertensión y los alimentos que aportan sal (Na) a la dieta. Posible control domiciliario con aparatos calibrados y validados, realizando AMPA en horarios y condiciones estipuladas. El dato más relevante es la presión diastólica que nunca debe sobrepasar los 9,5 mm de Hg. Evitar diuréticos por la noche.
- Vigilar posible aparición de efectos adversos:
 - > Alerta por la posibilidad de que aparezca un angioedema en la cara, extremidades, labios, lengua, glotis y/o laringe, como ocurre con los fármacos del grupo IECA (Lisinopril).
 - > Alerta permanente por hematomas o petequias indicativas de desajuste en INR.
 - > Alerta si aparecen cefaleas o migrañas, mareos o vómitos por los Nitratos. A veces también se irrita la piel en la zona de aplicación de los parches.
 - > Alarmas: tener que dormir con más almohadas de lo habitual, aumento de volumen del abdomen, hinchazón de pies, tobillos y piernas o disminución de la cantidad de orina, tos irritativa persistente, dolor en el pecho, taquicardias o cansancio intenso.
- Protección con vacuna de la gripe y la de enfermedad neuromuscular para evitar infecciones y complicaciones por inmunosupresión.
- Explicar la importancia del cumplimiento terapéutico.
- Introducir alertas en la ficha de esta paciente para que en la dispensación (mostrador) salte un aviso de que está hipocoagulada y que se preste especial atención a la automedicación.

B. OBJETIVOS

- Suprimir la tos seca nocturna improductiva y la fatiga que padece; ya que es lo que más preocupa a nuestra paciente.
- Mantener el riesgo SCORE en 2.
- Mantener las cifras de tensión arterial. Especialmente la diastólica siempre por debajo de 9,5 mm Hg.
- Reducir el sobrepeso. Lo ideal es alcanzar IMC = 25.
- Mantener la cifra de colesterol en rango. Siempre por debajo de 200 mg/dl.
- Promover paseo corto o ejercicio físico suave, a diario.
- Asegurarse que todos los medicamentos que toma sean realmente necesarios.
- Constatar que sus medicamentos son eficaces y seguros en la medida de lo previsto.
- Evitar la aparición de otros efectos adversos y detección precoz si ocurre.
- Comprobar si hay un resultado negativo (RNM) como consecuencia de interacción farmacológica.

C. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- Rellenar la Tarjeta amarilla para comunicar una sospecha de efecto adverso, como es el caso de la tos por Lisinopril. También se puede realizar la comunicación directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (www.notificaram.es). Podemos usar el método Naranja para predecir si un efecto adverso está provocado por un fármaco.
- Informe al médico: Sospecha de reacción adversa de Lisinopril. También podría tratarse de un agravamiento de su patología cardíaca, por lo que sugerimos revisión general de su situación clínica.
- Informe al médico sobre la recomendación de las autoridades sanitarias de utilizar Pantoprazol en pacientes hipocoagulados en vez de Omeprazol que usa rutas metabólicas (CYP450) que pueden interferir con muchos medicamentos y afectar su biodisponibilidad.
- Comentar con la paciente que en caso de dolor es mejor que tome Paracetamol en vez de Ibuprofeno.
- La problemática de la inyección subcutánea de Enbrel en pacientes hipocoagulados no existe, en principio; lo que está contraindicado son las inyecciones intramusculares o intraarticulares. Conviene recordar que en caso de cirugía menor o extracción dentaria tienen que advertir previamente al facultativo su condición de hipocoagulado.
- Editar una tarjeta personal de la paciente con la leyenda "Estoy hipocoagulado". Identificación, dirección, sus datos de afiliación al seguro médico, un teléfono de contacto, número de teléfono de su médico y de su farmacéutico en una cara; y los medicamentos que componen su tratamiento en el dorso. Que la lleve siempre consigo.
- Preparar un impreso con la planificación de su tratamiento para tener a mano en su casa o para sus familiares.
- Si la paciente se hace mucho lío con su complejo tratamiento, proponer el servicio de SPD con pastilleros semanales revisados y supervisados por el farmacéutico.
- Buscar información sobre los nuevos anticoagulantes orales "no cumarínicos" como Dabigatran y Rivaroxabán; por si acaso, nuestra paciente podría beneficiarse de ellos; ya que son bien tolerados y no precisan controles ni ajustes de posología.
- Informar de la existencia de una pulsera QR para control y datos de pacientes en tratamientos con anticoagulantes que puede ser de utilidad. En caso de necesidad, pueden comprar un aparato coagulómetro para hacerse controles diarios en su domicilio, que se llama TAO- CONTROL.
- Si alguno de sus familiares está al día en temas de e-Salud, le diremos que hay apps disponibles y gratuitas: INRControl, INRDiario, MyINR, Coagu, y AntiacoagEvaluator.
- También existe un amplio catálogo de "ayudas técnicas" en

farmacias y ortopedias que facilitan la vida a las personas con determinados grados de dependencia: cubiertos especiales, platos, elevador de water, cortador de pastillas, muletas y bastones, camas articuladas, etc. Ofrecer o buscar información más completa.

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:

Estimado Dr. X:

Nuestro ACB (Nº de afiliación a la Seguridad Social) tiene en tratamiento LISINOPRIL, OMEPRAZOL Y SINTROM, entre otros fármacos, como podrá observar en su receta electrónica y en su historia clínica.

Dado que es una paciente de alto riesgo cardiovascular la 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 nuestra paciente.

*Consultando la base de datos de Agemed observamos que en la ficha técnica de LISINOPRIL (IECA) se cita como efecto adverso tos seca improductiva. **Nuestra paciente dice que siente tos, ahogo y fatiga desde hace unas dos semanas.***

Por otro lado, recibimos hace unos meses, una notificación de las autoridades sanitarias con respecto al uso de OMEPRAZOL en pacientes hipocoagulados, recomendando su sustitución por PANTOPRAZOL que se metaboliza por otra ruta metabólica y no interfiere con otros medicamentos.

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

El farmacéutico titular

El médico no acepta la intervención sobre Lisinopril ni sobre Omeprazol, y deriva al paciente a su cardiólogo para una revisión general. Interpreta que la tos, fatiga y ahogo pueden deberse a una descompensación o a empeoramiento de su estado. Agradece la información aportada y reconoce lo oportuno de nuestros comentarios.

3ª TERCERA VISITA

A. NUEVO ESTADO DE SITUACIÓN

- El marido de nuestra paciente empieza a tener signos de deterioro cognitivo y deciden ingresar en una residencia de mayores, en cuanto vendan el piso donde viven.
- Ella ha estado ingresada unos días en el hospital de referencia para observación y revisión de su patología cardiovascular. Han desaparecido los efectos adversos que padecía. Se encuentra bien.

- Cuando entramos en su receta electrónica vemos que hay cambios en su tratamiento. En la dispensación, y luego en la visita de seguimiento, ofrecemos información detallada y explicaciones sencillas de los nuevos medicamentos hasta comprobar que la paciente ha entendido y asimilado lo que le decimos.

Cambios en las pautas de su medicación:

> SINTROM (0-0-1/4)

Nuevos medicamentos que se añaden a los que tenía pautados:

- DIGOXINA 0,25 (0-1-0)
- BOI K (0-1-0)
- PARACETAMOL si precisa
- PANTOPRAZOL 20 (1-0-0)

- Plantilla Dáder para la nueva situación:

Paciente: ACB

FECHA:

SEXO: Mujer EDAD: 68 IMC: 27 Alergias: Hipersensible Nº Historia:

PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				I.F
Desde	Problemas de Salud	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co	N	E	S	Sosp. PRM	(fecha)
	Artritis reumatoide	no		IMUREL 50: ENBREL 50 PARACETAMOL si precisa	(0-1/2-0) 1/15 días (1-1-1)	SI/SI	SI	SI	SI		
	Diabetes tipo II	no		METFORMINA 850	0-1-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	HTA	no		FUROSEMIDA 40 LISINOPRIL 5	1-0-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	Ardores/protect or gástrico	no		PANTOPRAZOL 20	1-0-0	SI/SI	SI	SI	SI		
	Infarto / Coronarias	Si		VERAPAMILO 80 SINTROM 4 (0-0-1/4) NITROPLAST 10-PARCHES DIGOXINA 0,25 BOI K	(1-1-1) (0-0-1/4) (1-0-0) (0-1-0) (0-1-0)	SI/SI	SI	SI	SI		

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

- Valorar nuevo riesgo Score: 2. Sigue igual.
- Mantener la tensión arterial a raya.
- Controlar el peso cada mes.
- Mantener el ejercicio físico suave y aeróbico.
- Continuar el seguimiento del INR.
- Seguimiento de la monitorización de Digoxina.
- Vigilar efectos adversos de Digoxina: arritmias, taquicardias, anorexia, dolor abdominal y cualquier otro que pudiera aparecer.
- Posible influencia del BOI K en comprimidos efervescentes en las cifras de tensión arterial y en caso de oliguria o insuficiencia renal. Alerta con la aparición de molestias gastrointestinales: vómitos, náuseas, flatulencias, diarrea o dolor abdominal.

5º) EVALUACIÓN DEL PROCESO

RESULTADOS

A los 6 meses, hacemos evaluación del proceso de SFT. En las sucesivas visitas, comprobamos que hemos cumplido los objetivos que establecimos hace 6 meses:

- > La paciente comenta que ha resultado muy eficaz la lista de alimentos que le entregamos.
- > Nos agradece la tarjeta, el planing semanal con su tratamiento y la información sobre las ayudas técnicas y demás avances.
- > Ha entendido la importancia de mantener una dieta baja en grasas saturadas.
- > El índice de riesgo Score se ha mantenido en 2.
- > Ha entendido la importancia de hacer ejercicio suave diariamente.

- > La tos nocturna con ahogo y fatiga han desaparecido. RNM resuelto.
- > El test de Morinsky-Green demuestra que ya es cumplidora al 100%
- > Le pasamos de nuevo el Termómetro Euroqol de autoevaluación de su salud y marca 60.
- > El paciente responde a la encuesta que está muy satisfecha con el programa de Seguimiento farmacéutico.

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 utilizado herramientas, metodología y procedimientos de AF.
- Hemos enviado una Tarjeta amarilla a Farmacovigilancia por Lisinopril.

- Hemos encontrado un posible PRM de seguridad con Omeprazol y se ha informado al médico.
- Hemos identificado un posible PRM de seguridad por efecto adverso de Ibuprofeno y se ha informado al médico.
- Hemos ayudado al cumplimiento y hemos procurado mejorar la calidad de vida de nuestra paciente, con informaciones, recomendaciones y consejos.
- Hemos emitido informes al médico y hemos intercambiado comentarios en interés de la salud de nuestra paciente, ofreciendo alternativas.
- No hemos valorado las posibles interacciones sobre la Digoxina o Sintrom, ya que la paciente tiene monitorizados ambos fármacos y no detectamos indicios de alteraciones en su salud por estas causas.
- Hemos pasado encuesta a la 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>