

CONCILIACIÓN Y REVISIÓN EN SPD PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN. CASO CLÍNICO.

Lda. Manuela Plasencia Cano. Farmacéutica Analista Investigadora.

Paciente varón, de 68 años, adscrito a nuestro médico (MAP) del pueblo; pero no es paciente habitual de nuestra farmacia. Al introducir su tarjeta sanitaria vemos su receta electrónica con las siguientes prescripciones:

1. ACFOL 5 MG 28 COMPRIMIDOS
2. BOI K 1001 MG 50 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES
3. DICLOFENACO PENSA EFG 50 MG 40 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES
4. DIGOXINA KERN PHARMA 0,25 MG 50 COMPRIMIDOS
5. DUPHALAC SOLUCIÓN ORAL 800 ML
6. EPANUTIN 100 MG 100 COMPRIMIDOS
7. FERO GRADUMET 325 MG 30 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA
8. INSULATARD FLEXPEN PLUMAS PRECARGADAS
9. LORAZEPAM NORMON EFG 1 MG 25 COMPRIMIDOS
10. OFTALMOLOSA CUSI AUREOMICINA 5 MG/GR POMADA
11. OMEPRAZOL CINFA EFG 20 MG 28 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES
12. XUMADOL EFG 1 G 40 SOBRES EFERVESCENTES
13. PRAVASTATINA TECNIGEN EFG 40 MG 28 COMPRIMIDOS
14. SYNALAR RECTAL SIMPLE POMADA 30 GR
15. ENALAPRIL ALTER EFG 20 MG 28 COMPRIMIDOS
16. FUROSEMIDA UXA EFG 40 MG 30 COMPRIMIDOS

En el momento de la dispensación, dice que no necesita Pravastatina ni Omeprazol, que tiene varias cajas en casa sin abrir. Este comentario nos alerta sobre un posible incumplimiento del tratamiento o algún tipo de desajuste. El paciente nos revela que es soltero, empresario autónomo recientemente jubilado, vive con su madre de 91 años que precisa silla de ruedas por un accidente cardiovascular (ICV). Tiene a una asistenta-cuidadora para las tareas del hogar y para atender a su madre por las mañanas. Hasta ahora compraba todas sus medicinas en una farmacia de la ciudad, ubicada justo al lado de su oficina donde trabajaba como directivo en su empresa del sector alimentario.

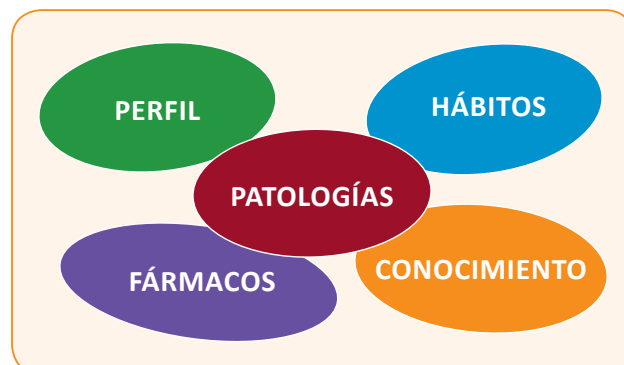
Ante la profusa polimedización y la sospecha de incumplimiento, le proponemos el servicio de SPD, como ayuda para facilitar el buen uso y administración de su medicación, además de realizar controles y estudiar con detenimiento su tratamiento. Alega que no lo necesita, que lleva toda la vida tomándose la medicación y que no está tan mal de la cabeza como para que tengamos que cuidarle nosotros. Le proponemos probar una semana el sistema SPD y si no le convence, pues seguirá con su método.

Le explicamos con todo detalle las características y ventajas del servicio remunerado SPD y le mostramos dispositivos ficticios para que vea cómo se utilizan, la identificación por colores de las tomas, abrir los alveolos, etc. Si disponemos de videos divulgativos sobre el uso de los SPD los mostramos y contestamos con calidez y empatía a todas las preguntas o comentarios que formule.

Acepta la prueba de mala gana, sin entusiasmo; y concertamos cita para la entrevista inicial, esa misma tarde.

PRIMER PASO: ESTADO DE SITUACIÓN DEL PACIENTE

Al inicio de la entrevista, le pedimos la firma para el consentimiento informado sobre confidencialidad de la LOPD, por el que nos responsabilizamos de proteger sus datos y utilizarlos solo para este servicio profesional.



Procedemos a recopilar los datos del paciente para cumplimentar la FICHA:

• PERFIL

Es un hombre de 68 años, con estatura de 164 cm y de peso 70 kg, IMC = 28. Autonomía total. Polimedicado y con pluri-patologías. Sus parámetros bioquímicos obtenidos en la propia farmacia mediante técnicas de química seca, antes de la entrevista, son: Glu = 129 mg/dl, Col = 288 mg/dl; y medición manual de TA = 159/92 mmHg. La tensión arterial la tenía bien hasta hace tres meses que tuvo una subida brusca, le llevó a urgencias y al tratamiento con fármacos. Está preocupado porque en los últimos meses le ha surgido la hipertensión, el colesterol alto, la anemia, el estreñimiento, etc. Parece que todo se le junta y está un poco triste y asustado.

• CONOCIMIENTO

Domina su diabetes, la insulino-terapia y la problemática de la DM2. La fenitoína y la epilepsia también están controladas y conoce a la perfección los signos de alarma y sus circunstancias. Ha recibido información completa sobre su cardiopatía y sobre los controles con el cardiólogo. Sin embargo, no acaba de entender los mecanismos de la HTA y cuando está baja se toma la dosis, y cuando está más alta, deja de tomar las pastillas de la tensión; por aquello de que ya toma muchas pastillas al día.

• PATOLOGÍAS

Es diabético insulino-dependiente desde su infancia. Ya en su juventud tuvo crisis epilépticas, bien controladas con la medicación hace mucho tiempo. Episodio de arritmia cardíaca hace 2 años. Hipertensión arterial diagnosticada hace 3 meses. Anemia ferropénica según el último control analítico hace 4 meses. Estreñimiento desde que toma pastillas de hierro. Orzuelo en el ojo izquierdo. Hipercolesterolemia reciente. Hemorroides. Padece dolor muscular en los gemelos de forma intermitente. Insomnio ocasional y cefaleas.

• FÁRMACOS PRESCRITOS

- 1) ACFOL 5 MG 28 COMPRIMIDOS. Ácido fólico. Antianémico (1-0-0)
- 2) BOI K 1001 MG 50 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES. Potasio. Suplemento (0-1-0)
- 3) DICLOFENACO PENSA EFG 50 MG 40 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES. Aine (1-0-1)
- 4) DIGOXINA KERN PHARMA 0,25 MG 50 COMPRIMIDOS. Cardiotónico (0-1/2-0)
- 5) DUPHALAC SOLUCIÓN ORAL 800 ML. Lactulosa. Laxante osmótico (1-1-1)
- 6) EPANUTIN 100 MG 100 COMPRIMIDOS. Fenitoína. Anti-convulsivante (1-1-1)

- 7) FERO GRADUMET 325 MG 30 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA. Hierro. Antianémico (1-0-0)
- 8) INSULATARD FLEXPEN PLUMAS PRECARGADAS. Insulina NPH. Antidiabético (1-1-0)
- 9) LORAZEPAM NORMON EFG 1 MG 25 COMPRIMIDOS. BZD de acción corta (0-0-1)
- 10) OFTALMOLOSA CUSI AUREOMICINA 5 MG/GR POMADA. Clortetraciclina. Antibiótico local. Uso oftálmico (1-1-1)
- 11) OMEPRAZOL CINFA EFG 20 MG 28 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES. IBP (1-0-0)
- 12) XUMADOL EFG 1 G SOBRES EFERVESCENTES. Analgésico y antitérmico (1-1-1)
- 13) PRAVASTATINA TECNIGEN EFG 40 MG 28 COMPRIMIDOS. Estatina. Hipocolesterolemizante (0-0-1)
- 14) SYNALAR RECTAL SIMPLE POMADA 30 GR. Corticoide. Uso externo (1-1-1)
- 15) ENALAPRIL ALTER EFG 20 MG 28 COMPRIMIDOS. IECA. Antihipertensivo (1-0-1)
- 16) FUROSEMIDA UXA EFG 40 MG 30 COMPRIMIDOS. Hidro-clorotiazida. Diurético del asa. Antihipertensivo (1-0-0)

• HÁBITOS

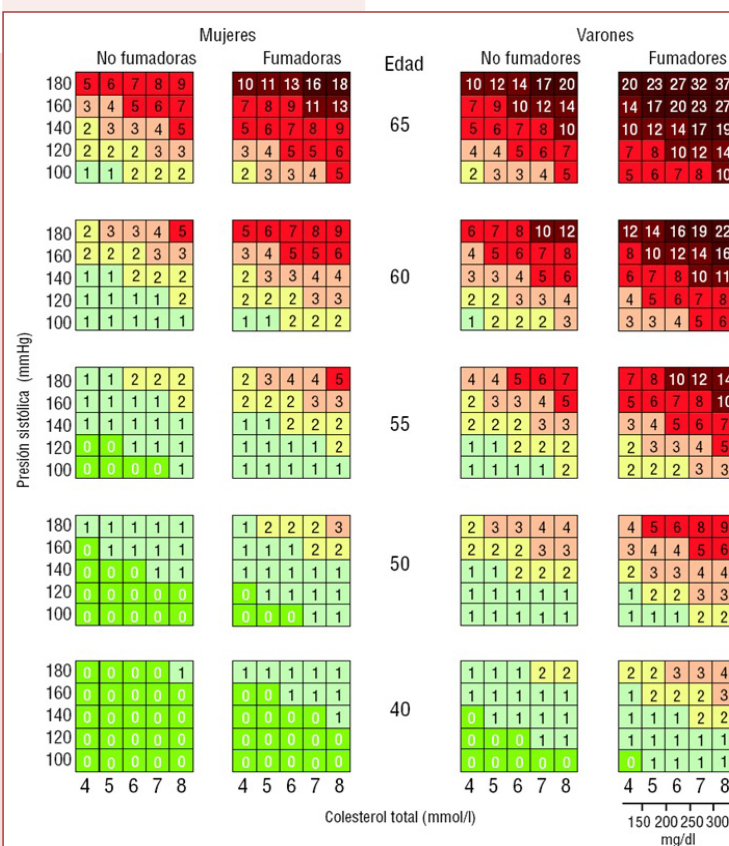
Sedentario, pero con autonomía plena. Exfumador. No toma bebidas alcohólicas desde el episodio cardiovascular. Toma 2-3 cafés al día. Alimentación variada y sana. Sale todos los días a caminar un rato, por las mañanas. Le gusta leer y hacer crucigramas. No se lleva muy bien con su madre; discuten continuamente. No trae la bolsa con los medicamentos que tiene en casa porque tiene muchos, mezclados con los de su madre, y no cabían todos en una sola bolsa.

Evaluamos al paciente con algunos cuestionarios tipo test de acuerdo con los riesgos que apreciamos para su salud:

- Cumple con los criterios de fragilidad: polimedicado, incumplidor, patologías de riesgo y toma medicamentos que requieren especial vigilancia.
- No es necesario el test de funcionalidad de Katz. Es independiente.
- Test de Morisky-Green positivo que muestra incumplimiento terapéutico.
- IMC = 28 (sobrepeso)
- Riesgo CV con las tablas del Score = 12% en 10 años (alto)
- Euroqol EQ-5D para comprobar la autopercepción que tiene de su salud. Marca 80 sobre 100 y luego decide que mejor 90.
- Sus últimos datos analíticos (orales): HbA1c = 6, Col = 271 mg/dl, Glu = 115 mg/dl
- Padece patologías de alto riesgo: Cardíaca, HTA, Epilepsia, Insomnio y Diabetes.
- Toma medicamentos de alto riesgo: Digoxina, Anticonvulsivantes, Benzodiazepinas y Antidiabéticos orales (implicados frecuentemente en efectos adversos)

Una vez completada la ficha del paciente con todos los datos que nos ha aportado, procedemos al segundo paso. Apreciamos falta de información detallada de su historia clínica, por lo que solicitamos permiso para obtener un informe médico o que lo aporte en la próxima visita. Despedimos al paciente y le emplazamos al día siguiente, para recoger el dispositivo SPD, de prueba y sin coste alguno, con su tratamiento para una semana.

1- Tabla Score de Riesgo Cardiovascular



SEGUNDO PASO: ESTADO DE SITUACIÓN FARMACOLÓGICA

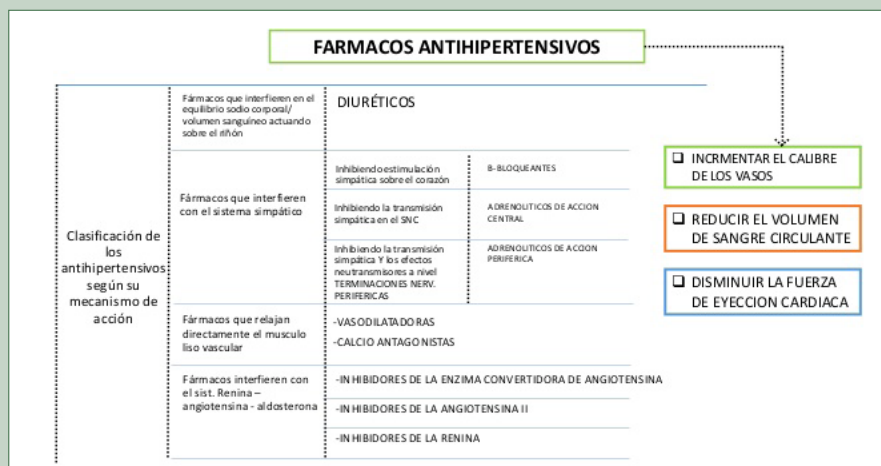
Para este paso no necesitamos ya la presencia del paciente.

Antes de iniciar la evaluación conviene recordar algunos puntos y tener a mano algunos gráficos:

2- Cuadro de clasificación de la Hipertensión por cifras

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Óptima	<120	y <80
Normal	120-129	y/o 80-84
Normal-alta	130-139	y/o 85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	y/o 90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	y/o 100-109
Hipertensión de grado 3	≥180	y/o ≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y <90

3- Clasificación de fármacos antihipertensivos



4- Guías clínicas y procedimientos de abordaje en hipertensión con riesgo cardiovascular para pacientes mayores de 65 años. Destacamos MEDAFAR hipertensión, un proyecto de coordinación médico-farmacéutico en HTA.

- Se estima que la prevalencia mundial de la HTA es del 45%; en España la padecen concretamente 10 millones de personas y globalmente el 68% de los mayores de 60 años. La hipertensión no es una enfermedad, es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales; por ello, el cálculo del FRCV en las tablas Framingham (Score o Regicor) es el dato relevante para la toma de decisiones farmacoterapéuticas, ya que cruza las cifras de TA, Colesterol, edad, sexo y tabaquismo para obtener un % de probabilidades de tener un ACV en los 10 años siguientes.

El objetivo terapéutico en HTA es siempre reducir la morbimortalidad.

- Influencias yatrogénicas: Regaliz, Aines, Estrógenos, Imaos, SPM, Antidepresivos, Antiasmáticos, Antiácidos, Corticoides, Tiroxina, Ergotamina, Ketoconazol, Broncodilatadores (Salbutamol o Terbutalina), Descongestionantes nasales en spray o Sales de Na.
- Existe polémica por la influencia negativa de la sal en hipertensos debido a un componente genético que diferencia a pacientes sensibles (SS) o resistentes (SR). Parece que ocurre algo similar con la ingesta de café.
- La OMS ha establecido un máximo tolerable de 5 g de sal o 2 g de Na al día. En base a esto, conviene comprobar la cifra de Na que aportan los medicamentos efervescentes.

5- Procedimiento para la toma de tensión con esfigmomanómetro manual anaeroide (AMPA: Automedida puntual o manual de la Presión Arterial). Las condiciones estipuladas y consensuadas son:

- Esfigmomanómetro manual anaeroide de aguja, calibrado y validado clínicamente; estetoscopio de diafragma en la arteria braquial, con arco de olivas y manguito adecuado al brazo del paciente.
- Reposo previo de 5 minutos
- Media hora antes sin tabaco, sin ejercicio, sin café ni te, sin alcohol ni cola, sin comer alimentos salados, sin estrés ni prisas, sin irritabilidad.
- Recomendable que la vejiga esté vacía, la espalda apoyada, piernas sin cruzar, palma hacia arriba y brazo a la altura del corazón.
- Anotar el primero y el quinto ruido de Nicolai Korotkoff, al empezar a oír (sistólica) y al dejar de oír el pulso radial (diastólica).
- Si la cifra es >140-90 mmHg, que es el límite aceptado como máximo tolerable de normotensión, repetir medición en el

otro brazo y hacer la media aritmética. Si obtenemos la misma cifra, repetir tres veces con intervalos de 2-5 minutos.

- Con un resultado aislado o circunstancial igual o mayor de 140-90 repetir en 24 horas y descartar posibles causas exógenas. Si persiste derivar y emitir informe al médico MAP, sin olvidar el registro del caso para archivos.

- En pacientes hipertensos diagnosticados se recomienda medir la PA una vez al mes si está controlada y no hay síntomas añadidos; si el paciente tiene la tensión descontrolada se debe medir cuando sea preciso o al menos una vez por semana. Anotar mediciones en una tarjeta de seguimiento.

6- MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (durante 24-48 horas con intervalo de muestreo de menos de una hora). Este método se reserva para pacientes con sospecha de HTA nocturna o refractaria.

Diferenciamos cuatro tipos de pacientes hipertensos según su ritmo circadiano:

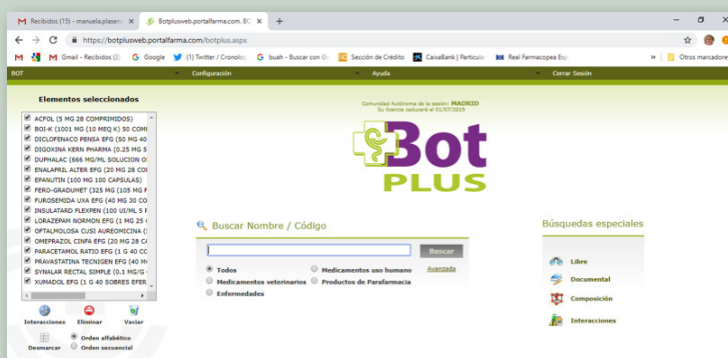
1. pacientes “dipper” que durante la noche su PA se reduce en un 10-20% de la diurna (la mayoría de los hipertensos).
2. pacientes “non dipper” apenas reducen un 0-10% su PA nocturna.
3. pacientes “extrem dipper” tienen una reducción de >20% de la PA diurna durante la noche.
4. pacientes “riser” que su PA por la noche es incluso mayor que por el día.

Esta diferenciación es muy importante a la hora de tomar decisiones en cuanto a la cronoterapia y posología de los antihipertensivos; así, por ejemplo, Enalapril y Captopril en pacientes “riser” o “non dipper” se pauta cada 12 horas, en vez de cada 24 horas.

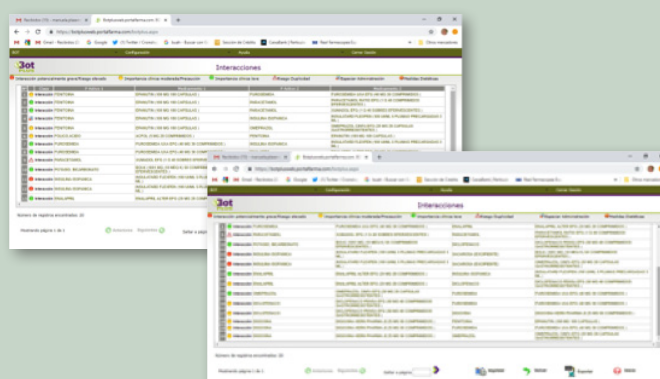
Con todos estos puntos esenciales sobre la mesa, procedemos a estudiar el estado de situación de nuestro paciente que se analiza bajo el prisma farmacológico, revisando todas las cuestiones que consideremos relevantes. Sin embargo, en este caso, no vamos a incluir la revisión manual de las fichas técnicas de los 16 medicamentos que utiliza el paciente (demasiado extenso). Vamos a analizar el caso con una herramienta informática diseñada especialmente para llevar a cabo la revisión sistemática de los tratamientos y evaluar la farmacoterapia: Bot PLUS del CGCOF.

Requiere una suscripción anual y exige colegiación. Hemos recibido autorización para mostrar aquí sus herramientas y accesos a páginas. También existe la opción de bolsillo: Bot PLUS 2.0 App y un módulo específico de Atención Farmacéutica para SFT que se puede implantar en el programa de gestión de farmacias comunitarias.

Accedemos con usuario y contraseña a la web: <https://bot-plusweb.portalfarma.com/botplus.aspx> y vamos buscando una por una las especialidades prescritas tal y como se ve en la pantalla:

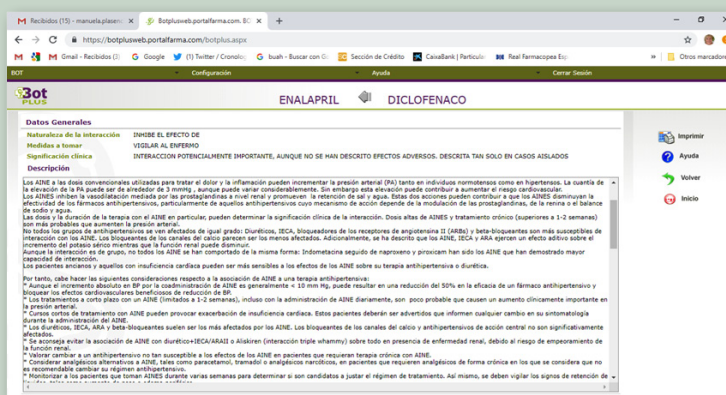


Una vez revisadas una por una las fichas técnicas y los datos generales de cada especialidad, pulsamos el botón de interacciones y salta una lista que muestra con un código de colores (verde-naranja-rojo) la trascendencia de las asociaciones de fármacos que concurren en este tratamiento.

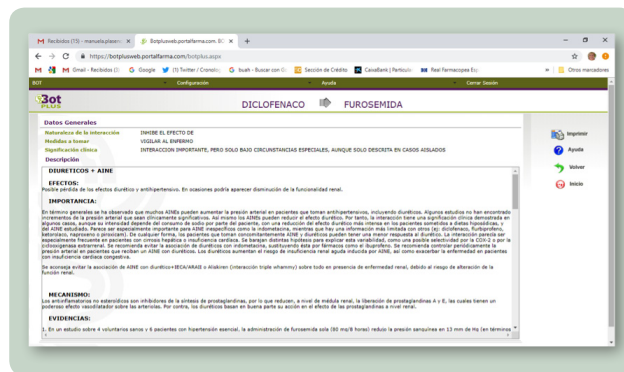
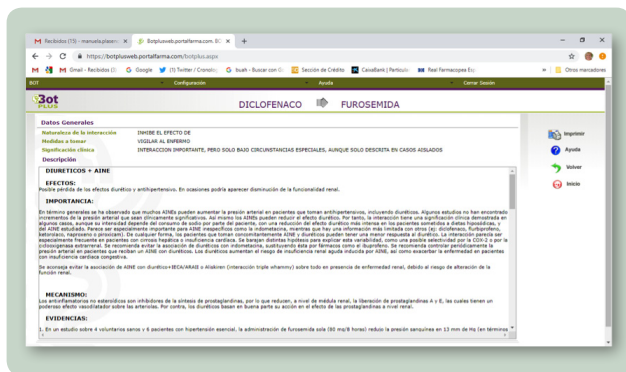


Prestamos especial atención a los avisos de color rojo o naranja que reflejan asociación peligrosa o de cierta consideración clínica:

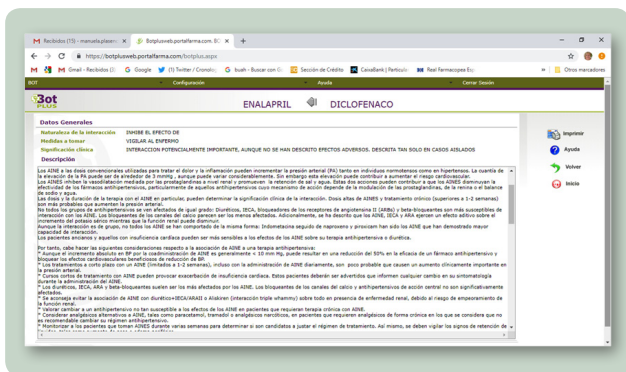
- CARBAMAZEPINA - FUROSEMIDA = Posible descontrol diurético. Efectos adversos no descritos.
- CARBAMAZEPINA – OMEPRAZOL = Posible inhibición enzimática del CYP2C19 y posible incremento de los niveles plasmáticos de Carbamazepina. Interacción documentada desde el punto de vista farmacocinético, pero con poca significación clínica.
- FÓLICO – FENITOÍNA = Mecanismos de inducción enzimática hacen referencia a posibles efectos sobre la biodisponibilidad del ácido fólico. Poca evidencia clínica.
- INSULINA – GLUCOSA (excipientes con sacarosa) = Evidente en teoría, pero con leve incidencia real cuando es por excipientes farmacológicos.
- ENALAPRIL – DICLOFENACO = Interacción documentada ampliamente, pero con escasa incidencia real cuando los Aines son de prescripción temporal.



- DICLOFENACO – FUROSEMIDA = Asociación de alto riesgo, y muy especialmente cuando se añade a un antihipertensivo tipo IECA (Enalapril) porque entonces, la interacción “triple whammy” (Aine+Diurético+IECA) puede dañar gravemente una función renal ya comprometida.



- DIGOXINA - DICLOFENACO = Posible interacción que requiere controles periódicos y monitorización de digoxina, evidentemente.
- DIGOXINA – CARBAMAZEPINA = Posible interacción que requiere controles periódicos y monitorización de ambos fármacos por su escaso margen terapéutico.
- DIGOXINA – CARBAMAZEPINA = Interacción farmacológica relevante. Los dos fármacos son monitorizados desde los servicios correspondientes hospitalarios y cualquier incidencia se compensará con ajustes posológicos, en principio. Los niveles plasmáticos de potasio son los que marcarán las acciones farmacológicas posteriores. En el caso de nuestro paciente ya está recibiendo suplementos de K.
- DIGOXINA – FUROSEMIDA = Riesgo de hipokalemia; pero nuestro paciente ya tiene prescrito BOI-K como suplemento. A pesar de ello, la alerta continúa activa.



- DIGOXINA- OMEPRAZOL = Posible hipomagnesemia que puede aumentar teóricamente la toxicidad de digoxina. Muy pocas evidencias clínicas.

Obtenemos 21 interacciones, de las cuales 3 son las relevantes y peligrosas:

- 1- Diclofenaco + Enalapril
- 2- Omeprazol + Digoxina
- 3- Omeprazol + Carbamazepina

Hay otras 4 interacciones claras que requieren monitorizar o hacer seguimiento estricto de fármacos: Digoxina, Diclofenaco, Carbamazepina y Furosemida.

Las otras interacciones detectadas no tienen una gran significación clínica.

EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DEL SPD

A la vista de la información recibida, tenemos facilitado en gran medida el trabajo de evaluación y validación. Ciertamente, es una herramienta muy útil para la revisión de la medicación; sin embargo, la intervención del farmacéutico sigue siendo imprescindible y fundamental para aportar una visión integral de la situación del paciente.

Como es un tratamiento de crónico, prestaremos especial atención al incumplimiento, efectos adversos o aparición de RAM, el uso indebido de medicamentos, los errores y las alertas.

A) Empezaremos por ofrecer educación sanitaria para hipertensos en 5 claves:

- Bajar de peso para alcanzar el normopeso (IMC < 24)
- Disminuir o eliminar el consumo de alcohol y tabaco
- Realizar ejercicio regular aeróbico
- Reducir el consumo de sal en la dieta
- Mantener una dieta DASH a base de frutas, verduras y pescado

B) DETECCIÓN DE ERRORES

- Parece que el paciente es muy emocional, se enfada con facilidad; discute con frecuencia con su madre y esta circunstancia puede afectar a sus mediciones de tensión arterial. Recomendaremos ejercicios respiratorios, relajación, escuchar música que le guste, yoga, deporte y mindfulness.
- Tiene sobrepeso y no hace ejercicio físico regular. Vamos a poner el caso en manos de nuestro servicio de nutrición para establecer objetivos y diseñar estrategias para mejorar sus resultados de salud.
- Detectamos dos prescripciones de preparados efervescentes que pueden aportar un extra de sodio (Na) que, junto con la ingesta descontrolada de sal en su dieta, pueden elevar los niveles de sodio en sangre con la correspondiente subida de TA. Vamos a proponer al médico la sustitución por especialidades no efervescentes, como Paracetamol en comprimidos. En el caso de Boi-K existe una alternativa con Potasio en cápsulas, pero parece que hay problemas de suministro.

C) INCUMPLIMIENTO

La existencia de envases de medicamentos prescritos inacabados (Pravastatina y Omeprazol), en su domicilio, confirma nuestra sospecha de incumplimiento farmacoterapéutico. El sistema SPD forma parte de la solución, además de la información sobre sus enfermedades, medicamentos y educación sanitaria.

D) INTERVENCIONES EN NECESIDAD

- Detectamos que se ha pautado Lorazepam para el insomnio ocasional en la cena y, dado que el paciente se acuesta tarde viendo la televisión hasta altas horas de la noche, vamos a proponer que se retrase a media hora antes de ir a dormir. También vamos a educar al paciente en la higiene del sueño.
- Observamos que se ha pautado Enalapril cada 12 horas y eso nos hace pensar que el paciente es del tipo “non dipper” o incluso puede ser “riser”. Consultaremos si se le ha puesto MAPA y comentaremos con el médico sus resultados.
- Preguntaremos al paciente si dispone en casa de Glucagon y de un vial de Insulina rápida para posibles hipo o hiperglucemias. Es fundamental para cualquier persona diabética que pueda necesitarlo.
- Nos parece innecesario el Omeprazol ya que el paciente en ningún momento ha sufrido ni se queja de problemas digestivos; de hecho, no lo toma. Si está prescrito como protección gástrica frente a Diclofenaco, cuestionaremos al médico el caso y nuestra propuesta, en principio, sería desprescribir Diclofenaco y Omeprazol por innecesarios. Es muy probable que las molestias de las piernas desaparezcan con adelgazamiento, deporte y ejercicio físico regular; si es que era el problema.
- La aparición de hemorroides puede indicar que el estreñimiento no está suficientemente tratado y quizás necesite otro laxante, además de Duphalac mientras persista la necesidad de hierro.

E) INTERVENCIONES EN EFECTIVIDAD

- El paciente necesita Pravastatina para bajar sus niveles de colesterol, y no lo está tomando. No podemos decir que es ineficaz, porque no lo toma. La adherencia al tratamiento es nuestra misión más primordial con el servicio SPD y ha demostrado resultados sorprendentes.
- La efectividad de la insulina es incuestionable porque mantiene el rango adecuado de hemoglobina glicosilada.
- La efectividad de Carbamazepina también es óptima, ya que no ha tenido crisis hace tiempo.
- Tomar por las mañanas en el desayuno sales de hierro, Acol, Epanutin, Diclofenaco, Omeprazol, Xumadol, Enalapril y Furosemida, tal y como está pautado, nos parece bastante inapropiado. Al menos Fero-Gradumet debería separarse del resto una hora antes o dos horas después de los demás medicamentos. Diclofenaco y Xumadol podrían pautarse como temporal o “si precisa” y no como tratamiento crónico.
- La influencia de excipientes con glucosa, ciertamente, interacciona con la insulina y con la diabetes; pero no es una cifra significativa.

F) INTERVENCIONES EN SEGURIDAD

- Carbamazepina y Digoxina son dos fármacos de alto riesgo y de estrecho margen terapéutico; por ello, se monitorizan en el ámbito hospitalario para detectar cualquier alteración de sus niveles plasmáticos y garantizar la seguridad del paciente.
 - Existe riesgo de hipokalemia en la asociación de Digoxina y Furosemida, pero ya se ha tenido en cuenta al prescribir suplemento de potasio.
 - Lo más peligroso de este tratamiento es la asociación de Aines+Diuréticos+IECA = Diclofenaco+Furosemida+Enalapril. Se puede producir el conocido “efecto triple whammy” con graves consecuencias para el paciente en su función renal. Sin embargo, vamos a proponer al médico MAP eliminar la prescripción de Diclofenaco; así, logramos romper la triada y el riesgo.
 - La posible hipomagnesemia producida por Omeprazol con Digoxina, si se mantiene la prescripción, se corrige con un suplemento de Magnesio; no obstante, vamos a proponer la desprescripción de Omeprazol y, si acepta, desaparecerá esta incidencia. Finalmente, validamos el SPD con la siguiente planificación: En el SPD quedarán incluidos los siguientes medicamentos: Acol, Fero-gradumet, Enalapril, Furosemida, Epanutin, Digoxina, Omeprazol, Lorazepam y Pravastatina
- Quedan fuera del SPD:
- Oftalmolosa Cusi Aureomicina pomada ocular
 - Synalar rectal pomada
 - Insulatard
 - Boi-K comprimidos efervescentes
 - Xumadol comprimidos efervescentes (si precisa)
 - Duphalac solución oral
 - Diclofenaco comprimidos (si precisa)

En el informe que redactaremos para el médico, vamos a detallar todas y cada una de las intervenciones profesionales que realizamos:

- 1- Detectamos asociación de riesgo renal por "triple whammy" no manifestada.
- 2- Justificamos cambio en la hora de administración de Lorazepam.
- 3- Detectamos incumplimiento de Pravastatina y de Omeprazol.
- 4- Proponemos desprescripción de Diclofenaco con el propósito de minimizar el riesgo renal.
- 5- Proponemos sustitución de las formas efervescentes de Boi-K y de Xumadol, por otras alternativas comercializadas.
- 6- Recordamos realizar controles analíticos de perfil lipídico, hepático y renal con Potasio, Sodio, CK, Creatinina; así como niveles de Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) Mg y hematológicos.
- 7- Derivamos al paciente a nuestro servicio de Nutrición.
- 8- Informamos de que este paciente está incluido en nuestro servicio de SPD para la mejora de su adherencia al tratamiento. El paciente recoge su dispositivo SPD a prueba para una semana.

SUCESIVAS VISITAS

Antes de acabar la semana, el paciente acude a la farmacia, solicitando continuar con los SPD. Dice que es una maravilla despreocuparse por su medicación y es muy cómodo que se lo demos ya todo planificado.

Al mes siguiente, el médico ha aceptado todas nuestras consideraciones y agradece el informe con nuestras actuaciones profesionales.

A los tres meses, vemos cambios positivos en su tratamiento. Está en seguimiento con nuestro servicio nutricional y ha perdido 4 kilos. Hace bicicleta con un grupo de aficionados al ciclismo en el pueblo. Ya no precisa Duphalac; no tiene estreñimiento ni hemorroides. Iniciamos suspensión lenta gradual de Lorazepam que se prolongará unos meses hasta deshabituarse.

No necesita analgésicos, ni Paracetamol. Tiene prescrito Acol cada seis meses y Fero-Gradumet otros seis, alternando las prescripciones para que no coincidan. Las cifras de la presión arterial están controladas y en rango.

Un año después ha tenido algunas incidencias como taquiarritmia supraventricular, ginecomastia y alteraciones en la visión, que son propias de sus patologías cronicadas y, aunque son tratadas, van haciendo mella en los órganos diana.

ALERTAS en pacientes hipertensos: taquicardia, dolor torácico, mareos, fatiga, nerviosismo, agitación, cefalea, debilidad, calambres, visión borrosa, tos seca persistente, edemas en tobillos, etc.

Por supuesto, cualquier sospecha de reacción adversa la notificaremos en tarjeta amarilla a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es

CONCILIACIÓN

Este invierno ha cogido una gripe muy reactiva y acude a la farmacia a por unos sobres sin receta que dio anoche una vecina y que le han aliviado bastante. La composición del producto es: Paracetamol, Clorfenamina, Fenilefrina y sacarosa.

Repasamos su tratamiento actual para contrastar datos y referencias. Detectamos que es una especialidad farmacéutica no adecuada para su condición de enfermo crónico, diabético, cardíaco e hipertenso. En consecuencia, negamos la dispensación y le ofrecemos otro medicamento perfectamente adecuado para él. Seleccionamos N-AcetilCisteína y Paracetamol en formas no efervescentes y sin azúcares.

Enlaces de interés:

- <http://www.ehrca.org/guia-de-farmacos-antihipertensivos/>
- https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/813/medafar-htaversion_definitiva.pdf
- http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf
- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/hipertension-arterial/>
- <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903111>
- <https://www.sefac.org/seh-lelha>
- https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkgpc02/es/contenidos/informacion/gpc_hta/es_ampa/definicion.html
- <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-1-2-2017-11.pdf>
- <http://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/cronoterapia-manejo-del-paciente-con-hipertension-arterial>

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>



www.dicaf.es